



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**Cuidado de un paciente con evisceración, neumonía  
y diabetes en un hospital público-2024**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO EN BACHILLER  
EN ENFERMERÍA**

**AUTOR:**

Inga Incio Jose Victor

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8178-3574>

**ASESOR:**

Lic. Enf. Denis Sergio Morante Flores

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2869-9608>

**Línea de Investigación**

**Calidad de vida, promoción de la salud del individuo y la  
comunicación para el desarrollo de la sociedad**

**Sublínea de Investigación**

**Nuevas alternativas de prevención y el manejo de enfermedades crónicas  
y/o no trasmisibles**

**Pimentel - Perú**

**2024**


## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quien suscribe la DECLARACIÓN JURADA, soy egresado de la escuela de profesional de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaro bajo juramento que soy autor del trabajo titulado:

### **Cuidado de un paciente con evisceración, neumonía y diabetes en un hospital público-2024**

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán, conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación a las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

Inga Incio Jose Victor	DNI: 74771295	
------------------------	---------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Pimentel 20 de diciembre del 2024

# REPORTE DE SIMILITUD TURNITIN






## 19% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

### Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

### Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 16%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

#### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## **DEDICATORIA**

En primer lugar, a dios por ser siempre mi guía, a todos mis seres queridos por su amor y confianza. En especial a mis padres por ser el motivo principal de mi existencia, por brindarme incondicionalmente su amor y su apoyo constante el cual ha sido una luz que ha guiado cada etapa de esta travesía académica. A cada uno de ustedes que celebraron cada uno de mi logro alcanzado, que estuvieron presentes en cada obstáculo, los cuales siempre creyeron en mí, me motivaron a nunca rendirme y lograr mis sueños.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la universidad señor de sipan, que se convirtió en un lugar importante en mi formación académica a lo largo de cinco años la cual me proporciono conocimientos y herramientas fundamentales el cual me permitió una buena formación profesional en el campo de enfermería. Recalcando cada entapa, experiencia y practica que fueron pilares para mi desarrollo académico y personal, dando lugar a descubrir el compromiso con la salud, la importancia del cuidado y bienestar de las personas.

## Índice

DEDICATORIA .....	4
AGRADECIMIENTO .....	5
ÍNDICE DE TABLAS: .....	7
RESUMEN:.....	8
ABSTRACT .....	9
I. INTRODUCCIÓN .....	10
1.1 Realidad problemática .....	10
1.2 Formulación del problema .....	12
1.3 Objetivos .....	12
1.4 Teorías relacionadas al tema.....	13
II. MATODO DE INVESTIGACIÓN.....	14
III. RESULTADOS:.....	16
IV. DISCUSIÓN.....	25
V. CONCLUSIONES.....	28
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	29
VII. ANEXOS .....	31

## ÍNDICE DE TABLAS:

**Tabla 1. Plan de cuidado del diagnóstico de enfermería: (00132) Patrón respiratorio ineficaz..... Error! Bookmark not defined.8**

**Tabla 2. Plan de cuidado del diagnóstico de enfermería: (00132) Dolor agudo ..... Error! Bookmark not defined.9**

**Tabla 3. Plan de cuidado del diagnóstico de enfermería: (00179) Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable ..... Error! Bookmark not defined.0**

**Tabla 4. Plan de cuidado del diagnóstico de enfermería: (00004) Riesgo de infección ..... Error! Bookmark not defined.1**

## RESUMEN:

**Introducción:** Una evisceración es el resultado de una mala cicatrización de una incisión, realizado en la pared abdominal durante una intervención quirúrgica. **Objetivo:** Elaborar un plan de cuidado integral de enfermería con el fin de optimizar la calidad de atención de pacientes hospitalizados con evisceración, 2024. **Materiales y métodos:** El estudio tuvo un enfoque cualitativo, de tipo estudio de caso a través del proceso de atención de enfermería aun adulto maduro de 59 años con evisceración. **Resultados:** la valoración fue llevada a cabo mediante los 11 patrones funcionales de Marjory Gordón donde se hallaron alterados 4 y se priorizaron 4 a través del modelo AREA de Persuty Herman. Es, por ende, que se empleó las taxonomías NANDA; resultados NOC e intervenciones NIC. **Discusión:** el cuidado de enfermería en un paciente con evisceración se da inicio con una valoración minuciosa, el cual involucra la recolección de datos subjetivos, que incluye descripción e intensidad del dolor, y objetivos, tales como signo vital, características del abdomen, análisis de laboratorio, entre otros, esta valoración ayuda a determinar un plan de cuidado holístico e individualizado basado en las necesidades del paciente. **Conclusiones:** La priorización de los diagnósticos permitió mejorar el estado de salud del paciente con evisceración, por ende, se priorizó la valoración del patrón respiratorio ineficaz que se logró un 80 %, mientras que el dolor agudo, el riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable y riesgo de infección se logró un 100% los cuidados brindados.

**Palabras clave:** Evisceración, Diabetes, Neumonía, Proceso de enfermería, terminología normalizada de enfermería, Virginia Henderson-Modelo de las 14 necesidades.



## ABSTRACT

**Introduction:** An evisceration is the result of poor healing of an incision made in the abdominal wall during a surgical intervention. **Objective:** Develop a comprehensive nursing care plan in order to optimize the quality of care for hospitalized patients with evisceration, 2024. **Materials and methods:** The study had a qualitative approach, case study type through the care process of nursing a 59-year-old mature adult with evisceration. **Results:** the assessment was carried out using the 11 functional patterns of Marjory Gordon, of which 4 were found altered and 4 were prioritized through the AREA model of Persuty Herman. It is, therefore, that the NANDA taxonomies were used; NOC outcomes and NIC interventions. **Discussion:** Nursing care in a patient with evisceration begins with a thorough assessment, which involves the collection of subjective data, which includes description and intimacy of the pain, and objectives, such as vital sign, characteristics of the abdomen, analysis of laboratory, among others, this assessment helps determine a holistic and individualized care plan based on the patient's needs. **Conclusions:** The prioritization of the diagnoses made it possible to improve the health status of the patient with evisceration, therefore, the assessment of the ineffective respiratory pattern was prioritized, which was achieved in 80%, while the acute pain, the risk of unstable blood glucose level and risk of infection, 100% of the care provided was achieved.

**Keywords:** Evisceration, Diabetes, Pneumonia, Nursing process, standardized nursing terminology, Virginia Henderson-14 Needs Model.

# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1 Realidad problemática

Alrededor del mundo la evisceración es una complicación medica grave posterior a una cirugía abdominal la cual consiste es la salida de las vísceras del abdomen por intermedio de los bordes del corte de una intervención quirúrgica de laparotomía, causada por cambios durante la fase de curación. En su origen se involucran variables nutricionales, mecánicos y locales, de las cuales simulan las relacionadas con la intervención quirúrgico, éstas incentivan complejidad de criterios en la sociedad científica. <sup>(1)</sup>

El proceso enfermero (PE) brinda los materiales necesarios para tratar las enfermedades propias de cada individuo, en pacientes con evisceración abdominal se utiliza diversos procesos críticos que se inician con una evaluación integra referente al estado de salud del usuario. Lo que implica reconocer síntomas como lo son protrusión de órganos, dolor abdominal intenso, fiebre, náuseas y vómitos, taquicardia e hipertensión. A su vez la valoración se lleva a cabo por medio de entrevistas y apoyados de guías estandarizadas, esto nos facilita instaurar diagnósticos determinados y priorizados en el cuidado enfermero <sup>(2)</sup>. Basado en esta evaluación, formulamos planes de intervenciones que nos permiten tratar el manejo del dolor, la monitorización respiratoria y el manejo de la hiperglucemia.

La atención enfermera referido a la evisceración va más allá de solo la administración de medicamento, abarca también el apoyo emocional y psicológico del paciente. Los cambios drásticos de salud que pasa el paciente pueden ser importantes ya que trae como consecuencia la ansiedad, es, por ende, que es fundamental que la enfermera brinde un ambiente tranquilo y seguro. Asimismo, las intervenciones deben

englobar técnicas para fomentar una actitud positiva y promocionar del autocuidado, el cual proporcione involucrarse en el rápido proceso de recuperación <sup>(3)</sup>.

El estudio del proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con evisceración es de suma importancia por diversos argumentos. Como se manifiesta en primer lugar en los pocos estudios realizados, admite al personal de salud a través de un enfoque sistemático reconocer eficazmente complicaciones latentes por ende la rápida toma de decisiones que permitan no convertirse en circunstancias irreparables. Del mismo modo, un buen manejo de calidad ayuda a la rápida recuperación del paciente disminuyendo el tiempo de hospitalización y garantizando un mejor resultado continuo <sup>(4)</sup>. Entendemos a la atención integral como un enfoque que busca satisfacer todas las necesidades requerida por una persona, no solo las físicas y médicas del paciente, sino que a su vez se toma en cuenta el bienestar emocional y social, lo que nos permite una mejoría más eficaz y duradera.

La evisceración es un proceso, generalmente traumático cuyos síntomas perjudican el bienestar físico, emocional y social. Es, por ende, que es determinante laborar con una perspectiva total en el plan de cuidados, que hable sobre el proceso de recuperación y el apoyo emocional.

Entendemos que es una complicación muy grave ya que la morbilidad y mortalidad relacionadas son altas. De forma global, las incidencias referidas en investigaciones recientes acostumbran a ser mayor que en estudios anteriores. Tomando en consideración lo anterior, la incidencia referida en la literatura puede variar entre 0,2 y 6% 4,5, donde la tasa de mortalidad puede llegar al 45% 1,4. <sup>(5)</sup>

La investigación llevada a cabo por Hernández y Ayala et al.18 en el Hospital "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba, entre los años 1964 a 1969, se diagnosticaron 50 evisceraciones que simboliza el 0,9 % del total de las laparotomías llevadas a cabo. En este sentido, prevalecen los pacientes hombres mayores de 60 años, dichos estados

están relacionadas constantemente a: anemia, obesidad, diabetes, hipoproteinemia y neoplasias, intervenciones programadas urgentes, el tipo de incisión para media derecha e izquierda. <sup>(6)</sup>

En el transcurso de 5 años entre el año 2002-2006 en el Hospital "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, 19 Guasch y otros reportaron 30 evisceraciones en general el cual simboliza el 0,89 % del todas las laparotomías realizadas, con prevalencia en adultos mayores hombres <sup>(7)</sup>.

Lamentablemente, no existe una tasa oficial y actualizada respecto a la incidencia de evisceración abdominal en nuestro país. Este escás de datos exactos en el Perú es a causa de diversos factores, de los cuales resalta el subregistro del cual muchas veces las complicaciones postquirúrgicas tales como lo es la evisceración no se registran de forma sistemática en los hospitales del Perú. Asimismo, la falta de estudios epidemiológicos a pesar de ser de suma importancia, se ha llevado a cabo pocos estudios a gran escala en el Perú.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles con los cuidados de enfermería más efectivos en el manejo de pacientes hospitalizados con evisceración en Chiclayo durante del año 2024, y como impactan estos en su recuperación?

## **1.3 Objetivos**

### **Objetivo general:**

- Elaborar un plan de cuidado en paciente hospitalizado con Evisceración, 2024

### **Objetivos específicos:**

- Reconocer las necesidades en un paciente hospitalizado con evisceración mediante la valoración por patrones funcionales de Maryory Gordon.
- Reconocer los diagnósticos de enfermería en un paciente hospitalizado con evisceración.

- Planificar cuidados de enfermería en un paciente hospitalizado con evisceración empleando las taxonomías NOC para resultados y NIC para las intervenciones
- Evaluar los resultados luego de aplicar los cuidados de enfermería en un paciente hospitalizado con evisceración.

#### **1.4 Teorías relacionadas al tema**

El presente estudio se argumenta por distintas razones principales, acorde con la teórica de Virginia Henderson, a partir de una perspectiva teórica, debido a la ayuda que nos permite entender como los profesionales de enfermería empleamos el modelo teórico para valorar y atender a los pacientes sustentado en las 14 necesidades básicas.

A partir de un enfoque práctico, ya que la investigación maximizará la ayuda y dará un impulso educativo, en este sentido se educará a los estudiantes de enfermería para brindar cuidados holísticos y minimizando el error humano cometido en estos pacientes con esta enfermedad.

A partir de un enfoque social debido a que incentivo un vínculo único con el paciente, en este sentido desarrollando un ambiente más seguro y empático, asimismo siempre poniendo en práctica el respeto a la persona.

El tratar esta problemática es trascendente ya que consiste en función que realizamos a futuro de enfermería, anticipadamente teniendo conocimientos sobre los síntomas de esta complicación y su adecuado manejo de una manera científica, el cual aseguren cuidados de calidad por cada individuo basados en cuidados holísticos. Para poder brindar cuidados de calidad se emplea el PE el cual proporciona al profesional de enfermería priorizar los cuidados, en este sentido ayuda al diagnóstico enfermero, planificación, ejecución y evaluación del estado en que hallamos al paciente y la evolución que tiene.

Realizar un plan de cuidados de enfermería es la finalidad principal de este trabajo para poder brindar atención hospitalaria en pacientes con diagnóstico de evisceración

abdominal. Los objetivos específicos fueron: Reconocer complicaciones potenciales, tratar síntomas relacionadas a la recuperación y promover en el autocuidado. Brindando consistencia al paciente mediante la implementación de un plan de cuidados y actividades de enfermería. Las cuales las actividades puedan ser verificadas a través de la escala de evaluación del paciente.

Teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Brindando simplicidad en el diagnóstico de enfermería, la planificación de intervenciones individuales, la ejecución apropiada de cuidados y la evaluación constante de los resultados. Fundamental en la investigación el cual nos admite valorar regiones críticas del paciente. A través de la taxonomía de diagnósticos de enfermería NANDA, la clasificación de resultados de enfermería NOC y la clasificación de intervenciones de enfermería NIC. <sup>(8)</sup>

Teoría de Mary Margo McCaffery en 1968 la cual define al dolor como " toda aquella experiencia de la cual la persona manifiesta que es dolor, hallándose siempre que ella y/o él manifieste que lo es" <sup>(9)</sup>. En los pacientes con evisceración abdominal el manejo del dolor es de suma importancia, por lo cual esta teoría se relaciona con el tema, alcanzado tener una mejor satisfacción y comodidad del paciente hospitalizado.

Teoría Déficit de autocuidado Dorothea Elizabeth Orem modelo teórico de enfermería el cual "se enfoca en la capacidad de los pacientes para realizar actividades que implican el autocuidado" <sup>(10)</sup>. Esta teoría tiene conexión con el tema, ya que es fundamental en los pacientes posoperados puedan realizar sus actividades independientemente y tengan una recuperación más rápida y eficaz.

## **II. MATODO DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación fue básica puesto que posee importancia clínica, usamos el proceso de atención de enfermería el cual aporto al conocimiento. Asimismo, dispone

de un enfoque cualitativo, ya que se enfoca en el reporte de caso, por lo que es detallada a profundidad el manejo de estos pacientes con evisceración abdominal, admitiendo información precisa de las intervenciones de enfermería y a su vez de los resultados contemplados. Análogamente, diseñado de forma no experimental, y corte trasversal, ya que el propósito no es manipular las variables, por el contrario el análisis se condiciona a registrar el proceso de atención en un tiempo determinado, De igual manera, el método empleado fue de observación directa y documentación del cuidado proporcionado adicionalmente evaluación constante del estado de la salud del paciente.

Utilizamos la metodología del proceso de atención de enfermería encaminado y apoyado por la teoría de Virginia Henderson, inicialmente en la valoración reunimos todos los datos por medio de la entrevista organizada por los patrones realizado por Marjory Gordón (anexo 1) llevando a cabo el examen físico céfalo caudal y analizando la historia clínica <sup>(11)</sup>. Reconocer las necesidades inconformes se llevan a cabo conforme a los patrones de Henderson. A lo largo de la planificación se orientaron los diagnósticos fundamentados al estado de salud del paciente, tomando en cuenta su independencia y realizando planes de cuidados individualizados. Respecto a la ejecución se efectuaron los cuidados para el paciente, en tanto la evaluación los logros conseguidos se midieron en relación a las necesidades básicas, el método es respaldado en las taxonomías NIC y NOC de su séptima edición. <sup>(12)</sup>.

Se consideraron los principios éticos básicos del informe de Belmont el cual "manifiesta a esos criterios globales que trabajan como pilares para argumentar los diversos preceptos éticos y valoraciones individuales de las acciones de la humanidad. De las cuales los fundamentales que se validan de

forma universal, tres de ellos son: Los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia" (13).

### **III. RESULTADOS:**

#### Caso Clínico

##### **Valoración**

Adulto maduro con iniciales F.G.D de 59 años de edad, de sexo masculino, procedente de cayanca-Lambayeque. Perú, se encuentra hospitalizado en la cama número 01 del Hospital Regional Docente las Mercedes, en su décimo cuarto día de hospitalización se encuentra lucido, orientado en tiempo, espacio y persona, con diagnóstico médico de evisceración, neumonía intrahospitalario y diabetes.

Al examen físico: se le observa cánula binasal con oxígeno a 2L/Min, tórax móvil simétrico, Abdomen distendido, a la auscultación Ruidos Hidroaéreos aumentados, percusión, dolor a la palpación en Fosa iliaca izquierda. Según escala de EVA el valor es de 6/10, Presencia de vía periférica en miembro superior izquierdo refundiendo cloruro de sodio 0.9 x 1000 a 15 gotas x<sup>1</sup>, también con herida operatoria en fosa iliaca derecha, dren penrose conectado a una bolsa colectora eliminando líquido hemático 15 cm. Al control de signos vitales se encuentra con temperatura de 35.9° C, una frecuencia cardíaca de 56 por minuto, frecuencia respiratoria de 28 por minuto, saturación de oxígeno: 94% y una presión arterial de 130/70 mmHg. En las medidas Antropométricas: se encuentra un peso de 86kg, una talla de 1.55 cm y un índice de masa corporal 35.

A la entrevista paciente refiere "joven siento un dolor leve en sitio donde me ha operado, es mi segunda operación, la primera se me infectó y no puedo dormir bien hace 3 días, estuve tomando pastillas para poder dormir, pero me chocó y se me retiró el tratamiento, tengo diabetes tipo 2 hace 10 años y me da mucha sed.

Me siento preocupado, tensionado e impaciente porque soy el único sustento de mi



familia, soy panadero hace 40 años y deseo mejorar rápido para me den de alta pronto.

Al control de glucosa en sangre se registra 185 mg/dl

Considerando que el instrumento de entrevista en la valoración de enfermería, las cuales divididas en 11 patrones funcionales de Marjory Dordon, detallando en cada uno de los patrones un nivel de función corporal que se entrelazan entre ellas con el objetivo de brindar una valoración holística, hallando 4 patrones alterados: Actividad – ejercicio, nutricional–metabólico, Cognitivo–perceptivo, percepción de la salud, eliminación. Determinar estas alteraciones nos consiente dirigir las planificaciones de forma individualizada y precisa. (**ANEXO 2**)

Patrón I: Actividad–ejercicio: Paciente refiere “ Joven tengo dificultad para respirar, es mi segunda operación, la primera se me infecto” se le encuentra ventilando con ayuda de una cánula vinasal, Frecuencia respiratoria: 28 x min, frecuencia cardiaca: 56x min, Saturación: 95%.

Patrón II: Nutricional–Metabólico: Paciente refiere “que tiene diabetes tipo2 hace 10 años” Peso: 86 kg. Talla: 1.55 cm. IMC:35.8 kg/mts<sup>2</sup>

Patrón III: Cognitivo–Perceptivo: Paciente manifiestas “siento dolor en el sitio donde me han operado” según escala de EVA: 6/10

Patrón IV: percepción de la salud: Paciente refiere “joven es mi segunda operación, la primera se me infecto” se le observa dren penrose, Catéter venoso periférico.

Patrón V: Eliminación: Observamos deposiciones liquidas, Ruidos intestinales aumentados y abdomen distendido, dolor a la palpación.

Patrón VI: Nutricional–Metabólico: se observa piel y mucosas orales Secas y deshidratadas.

Patrón VII: Adaptación y tolerancia al estrés: paciente refiere “Me siento preocupado, tensionado e impaciente porque soy el único sustento de mi familia, soy panadero hace 40 años y deseo que me den de alta pronto”

Patrón VIII: Sueño–Descanso: Paciente refiere “no puedo dormir bien hace 3 días, estuve tomando pastillas para poder dormir, pero me choco y se me retiro el tratamiento”

se le observa en cama en posición semifowler, facie pálida y cansado.

Patrón IX: Percepción de la salud: paciente refiere “que tiene mucha sed a cada momento” observamos piel deshidratada, piel gruesa, tersa en región lumbar y miembros superiores e inferiores.

Patrón X: Actividad–Ejercicio: paciente nos refiere “deseo mejorar rápido para que me den de alta pronto.”

### **Fase diagnóstico**

En la siguiente etapa, el examen llevado a cabo a un adulto maduro, se aplicó diagnósticos de enfermería de la taxonomía NANDA 2021-2023 se reconocen 13 diagnósticos de enfermería. Quienes se organizaron y priorizaron a través de la teoría de Virginia Henderson, respecto a las necesidades y comodidad del paciente, así mismo en la tercera etapa estructuramos los principales cuidados relacionados con los diagnósticos, priorizados en conveniencia a la propuesta de Pesut y Herman por medio de su modelo de análisis de resultado esperado AREA, en colaboración con los resultados NOC e intervenciones NIC (séptima edición). Lo que nos permite identificar principales diagnósticos instaurando relaciones entre ambos usando la red de razonamiento clínico. **(ANEXO 1)**

### **Diagnósticos priorizados según Modelo de AREA de Pesut y Herman**

(00032) patrón respiratorio ineficaz r/c con obesidad e/p dificultad para respirar, ventilando con ayuda de una cánula binasal, FR: 28 x min.

(00132) dolor agudo r/c agente lesivos físicos e/p herida operatoria en fosa iliaca derecha, m/p siento dolor en sitio operatorio, EVA de 5/10.

(00179) riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable r/c hiperglucemia, diabetes mellitus tipo 2 (persona con antecedentes familiares de diabetes mellitus)

(00004) riesgo de infección r/c procedimiento invasivo dren penrose, catéter venoso periférico.

(00013) diarrea r/c ansiedad, acceso inadecuado a alimentos seguros e/p deposiciones líquidas.

(00195) riesgo de desequilibrio electrolíticos r/c disfunción reguladora endocrina e/p mucosas orales secas, piel deshidratada.

(000146) ansiedad r/c barreras en el entorno m/p me siento preocupado, tensionado e impaciente porque soy el único sustento de mi familia.

(00198) patrón del sueño perturbado r/c perturbaciones ambientales, inmovilización m/p estrés, soy el único sustento de mi familia

(00046) deterioro de la integridad de la piel r/c situación actual de herida operatoria, inmovilización.

(00182) preparación para un mejor cuidado personal r/c expresa el deseo de mejorar el cuidado personal e/p deseo mejorar rápido para que me den de alta

### **Fase de planificación**

Se realizó un plan de cuidado individualizado en ese sentido determinado a cada cuadro diagnóstico ya priorizados, fundamentado en el NOC determinando las metas deseadas y el NIC para elaborar cada una de las intervenciones de enfermería. (Cuadro1), (Cuadro2), (Cuadro3), (Cuadro4)

**Tabla 1. Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00032) patrón respiratorio ineficaz**

Diagnóstico de Enfermería	Criterios de resultados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00032) patrón respiratorio ineficaz relacionado con obesidad evidenciado por dificultad para respirar, ventilando con ayuda de una cánula vinasal, FR: 28x	<p><b>Estado respiratorio 0415</b></p> <p><b>Indicadores</b></p> <p>-041501 Frecuencia respiratoria</p> <p>Puntuación inicial 2(DS)</p> <p>Puntuación diana: aumentar a 4</p> <p>-041508 Saturación de oxígeno</p> <p>Puntuación inicial 2(DS)</p> <p>Puntuación diana: aumentar a 4</p> <p>-041018 Uso de músculos accesorios</p> <p>Puntuación inicial 2(DS)</p> <p>Puntuación diana: aumentar a 4</p>	<p><b>Monitorización respiratoria 3350</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <p>-control de funciones vitales</p> <p>-Posicionar al paciente en posición semifowler a 30 a 45° (elevar la cabecera de la cama) durante el turno hospitalario.</p> <p>- Auscultar sonidos respiratorios observando las aéreas de disminución/ ausencia de ventilación y presencias de sonidos adventicios</p> <p>- Anotar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones</p> <p>-Administrar antibiótico según indicación.</p>	<p><b>RESULTADO ESPERADO NOCE:</b></p> <p><b>CR1:</b> 041501 Frecuencia respiratoria</p> <p>Puntuación Final 4(DL)</p> <p>Puntuación de cambio: +2</p> <p><b>CR2:</b> 041508 Saturación de oxígeno</p> <p>Puntuación Final 4(DL)</p> <p>Puntuación de cambio: +2</p> <p><b>CR3:</b> 041018 Uso de músculos accesorios</p> <p>Puntuación Final 4(DL)</p> <p>Puntuación de cambio: +2</p>

**Tabla 2. Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00132) dolor agudo**

Diagnóstico de Enfermería	Criterios de resultados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
<p>(00132) Dolor agudo relacionado con agente lesivos físicos evidenciado por herida operatoria en fosa iliaca derecha, manifestado por ciento dolor en sitio operatorio, EVA de 6/10</p>	<p><b>Control del dolor-1605</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>-160502 Reconoce el comienzo del dolor</p> <p>Puntuación inicial 4(FD)</p> <p>Puntuación diana: aumentar a 5</p> <p>-160501 Reconoce factores causales</p> <p>Puntuación inicial 4(FD)</p> <p>Puntuación diana: aumentar a 5</p> <p>-160509 Reconoce síntomas asociados del dolor</p> <p>Puntuación inicial 4(FD)</p> <p>Puntuación diana: aumentar a 5</p>	<p><b>Manejo del dolor agudo 1410</b></p> <p>-Realizar una valoración exhaustiva del dolor.</p> <p>-Preguntar al paciente respecto al nivel del dolor que consienta su comodidad y manejarlo adecuadamente, pretendiendo sosteniéndolo en nivel igual o inferior.</p> <p>-comunicar al médico si los tratamientos farmacológicos de control de dolor no hacen efecto.</p> <p>-Administrar analgésico según indicaciones.</p> <p>-Control de sus funciones vitales</p>	<p><b>RESULTADO ESPERADO NOCE:</b></p> <p><b>CR1:</b> 160502 Reconoce el comienzo del dolor</p> <p>Puntuación Final 5(SD)</p> <p>Puntuación de cambio: +1</p> <p><b>CR2:</b> 160501 Reconoce factores causales</p> <p>Puntuación Final 5(SD)</p> <p>Puntuación de cambio: +1</p> <p><b>CR3:</b> 160509 Reconoce síntomas asociados del dolor</p> <p>Puntuación Final 5(SD)</p> <p>Puntuación de cambio: +1</p>

**Tabla 3. Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00179) riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable**

Diagnóstico de Enfermería	Criterios de resultados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
<p>(00179) Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable relacionado con hiperglucemia, diabetes mellitus tipo 2 (persona con antecedentes familiares de diabetes mellitus)</p>	<p><b>Nivel de glucemia -2300</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>-230001 Concentración sanguínea de glucosa</p> <p>Puntuación inicial 1(DG)</p> <p>Puntuación diana: aumentar a 5</p>	<p><b>Manejo de la hiperglucemia 2120</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <p>-Vigilar los niveles de glucemia.</p> <p>-Observar si hay signos y síntomas de polidipsia, polifagia, letargo, visión borrosa o cefalea. hiperglucemia: poliuria, debilidad, malestar</p> <p>-Administrar la insulina según prescripción médica.</p> <p>-Hallar factores posibles de la hiperglucemia.</p> <p>-Educar al paciente y familiares en el reconocer, prevenir e intervenir ante la hiperglucemia.</p> <p>-informar al paciente y familiares respecto a la situación de la diabetes en curso a la enfermedad, adecuando el uso de insulina y/o antidiabéticos orales, control de ingesta de líquidos, sustituir los hidratos de carbono y cuando bebe solicitar asistencia sanitaria profesional</p>	<p><b>RESULTADO ESPERADO NOCE:</b></p> <p><b>CR1:</b> 230001 Concentración sanguínea de glucosa</p> <p>Puntuación Final 5(SD)</p> <p>Puntuación de cambio: +4</p>

**Tabla 4. Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00004) riesgo de infección**

Diagnóstico de Enfermería	Criterios de resultados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00004) Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo dren penrose, catéter venoso central	<p><b>Control de riesgo: proceso infeccioso-1924</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>-192412 Utilizar estrategias para desinfectar suministros</p> <p>Puntuación inicial 4(FD)</p> <p>Puntuación diana: aumentar a 5</p> <p>-192415 Practicas de la higiene de las manos</p> <p>Puntuación inicial 4(FD)</p> <p>Puntuación diana: aumentar a 5</p> <p>-192411 Mantiene un entorno limpio</p> <p>Puntuación inicial 4(FD)</p> <p>Puntuación diana: aumentar a 5</p> <p>-192417 Adapta estrategias de control de la infección</p> <p>Puntuación inicial 4(FD)</p> <p>Puntuación diana: aumentar a 5</p>	<p><b>Control de infecciones 6540</b></p> <p>-Lavarse las manos antes, durante y después de cada uno de las actividades individualizadas para los cuidados del paciente.</p> <p>-Usar en todo momento guantes según lo exigen las normas de precaución universal</p> <p>-Limpiar adecuadamente la piel del paciente con un antibacteriano adecuado.</p> <p>-Cambiar la posición de las vías I.V periférica, central y los vendajes de acuerdo con las directrices actuales de los CDC.</p> <p>-asegurar una manipulación adecuada y aséptica de todas las vías I.V</p>	<p><b>RESULTADO ESPERADO NOCE:</b></p> <p><b>CR1:</b> 1192412 Utilizar estrategias para desinfectar suministros 60502 Reconoce el comienzo del dolor</p> <p>Puntuación Final 5(SD)</p> <p>Puntuación de cambio: +1</p> <p><b>CR2:</b> 192415 Practicas de higiene de las manos</p> <p>Puntuación Final 5(SD)</p> <p>Puntuación de cambio: +1</p> <p><b>CR3:</b> 192411 Mantiene un entorno limpio</p> <p>Puntuación Final 5(SD)</p> <p>Puntuación de cambio: +1</p> <p><b>CR3:</b> 192417 Adapta estrategias de control de la infección</p> <p>Puntuación Final 5(SD)</p> <p>Puntuación de cambio: +1</p>

## **Fase de ejecución**

En esta etapa se lleva a cabo todas las intervenciones programadas tanto las autónomas como las dependientes a lo largo de su permanencia hospitalaria. Resaltando la mayor dificultad del paciente para su recuperación es bajo conocimiento y prácticas para el autocuidado.

## **Fase de evaluación**

Se consiguieron resultados positivos en el paciente con evisceración abdominal, inicialmente se le brindo terapia de respiración, asimismo alcanzando el manejo del dolor, para luego controlar la glucosa en sangre ya que los niveles eran muy altos y finalmente constantemente se pone en práctica la asepsia y antisepsia para reducir el riesgo de infección. En este sentido. Usamos puntuaciones conforme las escalas de medición de los indicadores al 100%

Iniciando de forma priorizada el diagnostico de Patrón respiratorio ineficaz, en cual el paciente alcanzo mejoría puesto que no se mostró ninguna alteración en la respiración, sin embargo, la neumonía es una afección que requiere tiempo para su recuperación, logrando el indicador alcanzar así un 80% (cuadro 1)

Siguiendo con el segundo diagnóstico de dolor agudo alcanzamos a reducir la frecuencia y la intensidad presentes de una escala de frecuentemente demostrado a raramente demostrado al 100% (cuadro 2)

Para el tercer diagnostico priorizado de riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable, constatado por una concentración de 182 mg/dl, se le brindo hidratación y aplicación de insulina consiguiendo así efectuar con el indicador de concentración sanguínea de glucosa, alcanzando un 100 %(cuadro 3)

Para finalizar el ultimo diagnóstico de riesgo de infección relacionado al proceso invasivo dren penrose y catéter venoso periférico, efectuando sepsia y antisepsia se llega a cumplir indicadores por lo que se logra alcanzar un 100% (cuadro 4)



#### IV. DISCUSIÓN

El proceso de atención de enfermería tuvo como finalidad principal delimitar el estado de salud de la persona, formulando diagnósticos y a su vez planes reales, del paciente con iniciales F.G.D de 59 años de edad internada en el Hospital Regional Docente las Mercedes 2024, los factores relevantes encontrados son la vida sedentaria que lleva el paciente manifestando que casi nunca tiene una alimentación saludable ya que es el único sustento de su familia, que si no trabaja su familia no tiene como alimentarse, es por ende que muchas veces no controla sus niveles de glucosa, ante ello se muestra que el paciente experimenta preocupación, angustia y ansiedad tanto por su salud como por el estado de su familia.

Asimismo, se formularon aproximadamente 10 diagnósticos de enfermería, de los cuales 5 fueron de problemas reales, 4 de ellos de riesgo y 1 de promoción de la salud.

De igual manera, encontramos resultados muy parecidos en los pocos estudios encontrados de los cuales fueron referidos por Lozada E, Mayagoitia J, Smolinski R, Álvarez J, Montiel y Hernández L. Los cuales nos manifiestan en su investigación que La evisceración se considera la primera causa de complicación después de una laparotomía media, siendo la incidencia del 12-15 % de las laparotomías llevadas a cabo en forma general de manera programada, consiguiendo así un 40 % de casos de urgencia y a su vez en pacientes con alto riesgo <sup>(14)</sup>. Frente a la investigación observada menciona su origen multifactorial, de los cuales se detallan más de treinta causas relacionadas a sus factores de riesgos a su origen, en ese sentido es porque se hace complicado predecir su ocurrencia.

Por otro lado, un estudio fundamental de Fica L. nos dice que su estudio tuvo como finalidad Recolectar, organizar y brindar información accesible en la fraseología para dar a conocer un contexto general de los pacientes con evisceraciones, Para llevar a cabo se empleó la inspección se hizo una exploración web de literatura utilizable empleando las palabras “evisceración postoperatoria”, “evisceración abdominal”, “tratamiento evisceración abdominal”, concluyendo que se sostiene una baja incidencia, entre 0.26% al 3%, conlleva una alta tasa de letalidad, entre 10% al 44%<sup>(15)</sup>. La importancia de seguir estudiando esta

condición es fundamental, para poder diagnosticar, tratar y prevenir de una manera más eficaz y a su vez brindando adecuada dos cuidados los cuales nos ayuden a reducir la mortalidad.

Teniendo estas investigaciones basadas en evidencias científicas con resultados que aportan conocimiento, se agrega nuestro estudio, en el cual resaltamos 5 diagnósticos priorizados: Diarrea, Riesgo de desequilibrio electrolítico, ansiedad, patrón del sueño perturbado y deterioro de la integridad cutánea. Recordemos que nuestro paciente tiene 5 diagnósticos reales, siendo así que debemos evitar que los diagnósticos de riesgo no se compliquen por lo que hemos priorizado estos diagnósticos.

Por ende, para los diagnósticos de (00032 respira) patrón torio ineficaz r/c con obesidad e/p dificultad para respirar, ventilando con ayuda de una cánula binasal, FR: 28x<sup>1</sup>. (00132) dolor agudo r/c agente lesivos físicos e/p herida operatoria en fosa iliaca derecha, m/p paciente refiere joven siento dolor en sitio operatorio, EVA de 6/10. (00179) riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable r/c hiperglucemia, diabetes mellitus tipo 2 (persona con antecedentes familiares de diabetes mellitus) y (00004) riesgo de infección r/c procedimiento invasivo dren penrose, catéter venoso periférico. Obteniendo positivamente resultados noche, alcanzados al 100% de lo efectuado, no obstante, en el diagnostico (00032) patrón respiratorio ineficaz r/c con obesidad e/p dificultad para respirar, ventilando con ayuda de una cánula binasal, FR: 28x<sup>1</sup>. Se llegó a obtener un 80%.

En cuanto a los diagnósticos que se logró obtener los resultados esperados se llevó de una manera eficaz, rápida y estricta, en el caso de diagnóstico patrón torio ineficaz se alcanzó un 80% solamente, hallando limitaciones en el sentido que el paciente al presentar una obesidad y más la neumonía adquirida en el hospital el tratamiento de las neumonías bacterianas es a base de fármacos antibióticos <sup>(16)</sup>. La eficacia requiere un lapso de tiempo para que vaya mejorando progresivamente siendo así que aún dependía de la cánula binasal para sentirse mejor. Siendo así que no se logró alcanzar el 100%

El trabajo de investigación de Modalidades especiales de tratamiento: ventilación no invasiva y cánula nasal de alto flujo realizado por Pirez C, Pelizzo G et al. Los cuales no dicen que cuales son las ventajas resaltadas de la VNI respecto a la ventilación convencional son: disminución del uso de antibióticos, evitar la sedación profunda y la relajación muscular, disminución de infecciones nosocomiales, disminuye el tiempo de hospitalización. Así mismo que es un tratamiento no invasivo. Además, soportable para el paciente. El cual posibilita el poder comer, tomar medicamentos vía oral y poder comunicarse. Por otra parte, nos brinda altas concentraciones de oxígeno si así se requiere. Simple y rápida de aplicar. <sup>(17)</sup>

El diagnóstico del dolor agudo garantizamos que la medicación indicada por el medico sea efectuada por el paciente asimismo se le brinda información concisa y precisa referente a la evisceración y como el dolor es consecuencia de esta. El dolor constituye un síntoma preponderante, responsable de una buena parte de la pérdida de confortabilidad y de la merma funcional en el paciente. <sup>(18)</sup> Como personal de salud que está a su cuidada realizamos un examen céfalo caudal minimizando riesgos y evitando que el dolor empeore.

Para el diagnóstico de riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable, empleamos una hidratación con cloruro de sodio al 0.9% x1000 a través de un acceso intravenoso permeable y aplicando Insulina NPH 14 UI 8:00 am, 8 UI 8:00 pm e Insulina R, en escala móvil 180 - 199 -- 2UI, 200 - 249-- 4UI y 250 - 299 – 6UI.

Recordemos que los pacientes diabéticos tipo 1 tiene la responsabilidad de administrarse insulina para mantener en rangos normales la glucosa s en sangre. Asimismo, los pacientes con condiciendo de diabetes tipo 2 o diabetes gestacional requieren igual administrarse insulina indicado por el médico tratante. <sup>(19)</sup>

Finalizando con el ultimo diagnóstico de riesgo de infección, poniendo en práctica la asepsia y antisepsia en todo momento de los cuidados y procedimientos brindados a nuestro paciente siempre sustentadas en evidencias científicas, asimismo educando al paciente sobre las

medidas de higiene y los autocuidados que debe aplicar en su día a día. Garantizar las características de esterilidad en cada uno de las intervenciones quirúrgicas es el principal factor más pertinente para eludir complicaciones graves a largo plazo.

Las técnicas de asepsia y antisepsia son bases importantes, para todo el personal de la salud que lleva acabo o ayuda en una intervención, comprender que técnicas pueden ser puestas en prácticas en superficies vivas e inertes, a su vez el tiempo recomendado para poner en práctica.<sup>(20)</sup>

## **V. CONCLUSIONES**

Tratamos de una manera eficaz el dolor agudo, aplicando cuidados de enfermería alcanzados al 100%, a través de la administración de medicamentos apropiados como lo son los antibióticos y complementando asimismo a través de la educación al paciente respecto a su estado y las consecuencias que conlleva su condición. En este sentido las intervenciones incentivaron al paciente afrontar su estado actual, gracias a ello cumpliendo exitosamente a las intervenciones de enfermería un 100%.

En el riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable, se logró moderar mediante la administrar de insulina el cual ayuda a minimizar la glucosa en sangre y a su vez suministrando líquidos intravenosos recordando que, al haber un nivel alto de glucosa en sangre, el cuerpo va a querer desecharlo a través de la orina, trayendo como consecuencia deshidratación. La evaluación constante, la administración de su tratamiento nos permitió prevenir complicaciones, alcanzando las intervenciones de enfermería a un 100%.

Para el riesgo de infección mediante la constante aplicación de procedimiento de limpieza, desinfección y educación en autocuidado al paciente, nos permitió lograr el 100% de las intervenciones de enfermería.

En el último diagnostico patrón respiratorio ineficaz, las actividades se logró aplicar en un 80% es por ende que es necesario brindar una buena calidad de vida y mantener continuamente en evaluación al paciente, la atención integral se enfoca en cubrir las necesites del paciente, lo que involucra el bienestar físico, metal y social. Lo que fomenta su participación en sus actividades y brinda un empoderamiento del paciente.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Fernández Z, Nazario Dolz AM, Jaén Oropeza A. Consideraciones actuales acerca de la evisceración tras laparotomía en adultos. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2017 [citado el 2 de noviembre de 2024];46(4):395–406. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572017000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572017000400010)
2. ENFERMERÍA BLOG / PAE [Internet]. Available from: <https://enfermeriablog.com/pae/>
3. Moreno A, Fernando E, Tatay C. Capítulo 17 [Internet]. Available from: <https://www.sohah.org/wp-content/uploads/libro/eventraciones-parte-II.pdf>
4. Camargo-Hernández KC, Villafrade-Guerrero MA, Zapata-Orejarena PA, Triana-Miranda JS, AmadorJaimes JP, Duarte-Carrillo KA, Cáceres-Bohórquez YL. Cuidados de enfermería en pacientes con abdomen abierto y fístulas enterocutáneas. MedUNAB [Internet]. 2022;25(2):264-278. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4044>
5. Viscuso MN, Recalde Minutta M, Velasco Hernández D, Sáez Carlín P, Sánchez del Pueblo C, Peña Soria MJ. Evisceración de la herida quirúrgica. Factores de riesgo, incidencia y mortalidad en 914 cierres de pared abdominal realizados por residentes de cirugía general. Rev Hispanoam Hernia [Internet]. 2019; Disponible en: <https://hernia.grupoaran.com/filesPortalWeb/204/MA-00204-01.pdf>
6. Rodríguez Fernández Z, Nazario Dolz AM, Jaén Oropeza A. Consideraciones actuales acerca de la evisceración tras laparotomía en adultos. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2017 Dec 1;46(4):395–406. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572017000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572017000400010)
7. Rodríguez Fernández Z, Nazario Dolz AM, Jaén Oropeza A. Consideraciones actuales acerca de la evisceración tras laparotomía en adultos. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2017 [citado el 2 de noviembre de 2024];46(4):395–406. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572017000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572017000400010)
8. Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Enferm Univ [Internet]. 2019 [citado el 2 de noviembre de 2024];16(4):374–89. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632019000400374](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400374)
9. Pérez Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Revista de la Sociedad Española del Dolor [Internet]. 2020 Aug 1;27(4):232–3. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462020000400003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003)
10. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. 2017 Dec 1;19(3):89–100. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)
11. Valoración de Enfermería Ce falo- Caudal [Internet]. SlideShare. Slideshare; 2017. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/valoracin-de-enfermera-ce-falo-caudal/72787788>
12. Com.do. [citado el 2 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.servisalud.com.do/post/las-14-necesidades-de-virginia-he>
13. 1.EL INFORME BELMONT PRINCIPIOS Y GUÍAS ÉTICOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y DEL COMPORTAMIENTO [Internet]. Disponible en: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
14. 1.Lozada Hernández EE, Mayagoitia González JC, Smolinski Kurek R, Álvarez Canales J de J, Montiel Hinojosa L, Hernández Villegas L. Comparación de dos técnicas de sutura para cierre aponeurótico en laparotomía media en pacientes con alto riesgo de evisceración posquirúrgica. Revista Hispanoamericana de Hernia. 2016 Oct;4(4):137–43.

15. Revistademedicinayhumanidadesmedicas.cl. [citado el 13 de diciembre de 2024]. Disponible en: [https://www.revistademedicinayhumanidadesmedicas.cl/ediciones/2023/numero\\_unico/LEONARDO%20FICA%20ALARCON.pdf](https://www.revistademedicinayhumanidadesmedicas.cl/ediciones/2023/numero_unico/LEONARDO%20FICA%20ALARCON.pdf)
16. 1. Neumonía [Internet]. <https://www.cun.es>. [citado el 14 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/neumonia>
17. Pérez C, Peluffo G, Giachetto G, Menchaca A, Pérez W, Machado K, et al. Modalidades especiales de tratamiento: ventilación no invasiva y cánula nasal de alto flujo. Arch Pediatr Urug [Internet]. 2020 [citado el 14 de diciembre de 2024];91:40–7. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492020000700040](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492020000700040)
18. La muerte “se Puede Aceptar, El dolor profundo y PNPA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PALIATIVO CON DOLOR [Internet]. Comsegovia.com. [citado el 14 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2014/sesion2/3%20ENFERMERIA%20EN%20DOLORCP.SESION2.pdf>
19. Diabetes: prueba de título [Internet]. Mayoclinic.org. [citado el 14 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/diabetes/diagnosis-treatment/drc-20371451>
20. Clavijo-Silva CA, Macas-Macas AN, Estrada-Vizueté CM, Pallo-Sarabia MS. Asepsia y antisepsia en procedimientos quirúrgicos dentales. Rev cienc médicas Pinar Río [Internet]. 2023 [citado el 15 de diciembre de 2024];27. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942023000400027](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000400027)

## VII. ANEXOS

### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DATOS GENERALES						
Nombre del paciente: Felipe Guzmán Sampén						
Fecha de nacimiento: 27/12/1963		Edad: 59 años		Sexo: Masculino		
Dirección: Centro poblado callanca						
Servicio: Emergencia			Fecha de ingreso: 07/04/24		Hora: 8:50 pm	
Procedencia: Admisión( ) Emergencia( <input checked="" type="checkbox"/> ) Otro hospital( ) Otro( )						
Forma de llegada: Ambulatorio( ) Silla de ruedas( ) Camilla( ) Otros( <input checked="" type="checkbox"/> )						
Peso: 86 kg	Estatura: 1.55 cm	PA: 130/70	FC: 56	FR: 28	T°: 35.9	
Fuente de información: Paciente( <input checked="" type="checkbox"/> ) Familiar( ) Otros( )						
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y/O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS						
HTA( ) DBM( <input checked="" type="checkbox"/> ) GASTRITIS( ) ÚLCERAS( ) ASMA( ) TBC( )						
Otros (especifique):						
CIRUGÍA: SI( <input checked="" type="checkbox"/> ) NO( )		ESPECIFIQUE: Evisceración			FECHA: 01/04/2024	
DIAGNÓSTICO MÉDICO (MOTIVO DE INGRESO):						

VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN PATRONES							
PATRON I: PERCEPCION DE LA SALUD				M	T	N	
<b>Alergias y otras reacciones:</b>							
Fármacos ( ) especifique: _____							
Alimentos ( ) especifique: _____							
Signos y síntomas: rash ( ) rinitis ( ) lagrimeo( ) urticaria( ) edema glotis( )							
<b>Estilos de vida/hábitos:</b>							
Uso de tabaco: si ( ) no( <input checked="" type="checkbox"/> )							
Cantidad /frecuencia: _____							
Uso de alcohol: si( ) no( <input checked="" type="checkbox"/> )							
Cantidad /frecuencia: cada 2 meses							
Realiza ejercicio: si( ) no( <input checked="" type="checkbox"/> )							
Se auto medica : si( ) no( <input checked="" type="checkbox"/> )							
Estado de higiene	BUENO	REGULAR	MALO				
Corporal	<input checked="" type="checkbox"/>						
Higiene oral		<input checked="" type="checkbox"/>					
Estilo de alimentación		<input checked="" type="checkbox"/>					
PATRÓN II: NUTRICIONAL METABÓLICO				M	T	N	
PESO= 86 kg TALLA= 1.55 m IMC= 35.8							
GLUCOSA=182 mg/dl							
PESO:							
Delgadez (IMC <18.5) ( )							
Normal (IMC >18.5 <25) ( )							
Sobrepeso (IMC 25 < 30) ( )							
Obesidad (IMC >30) ( <input checked="" type="checkbox"/> )							
Dentición completa: si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) no ( )							
NPO							
NPT ( ) NE ( ) N.MIXTA ( )							
Tolerancia oral							
Dieta : D. Líquida amplia ( ) D. Blanda severa ( <input checked="" type="checkbox"/> )							
D. Completa ( )							
Apetito : Normal ( ) Dificultad para deglutir ( )							
Náuseas ( ) Pirosis ( ) Vómitos ( )							
Cantidad/Características _____							

SNG / SOG / SNY /Gastrostomía /Yeyunostomía			
Sonda a gravedad: si ( ) no ( <input checked="" type="checkbox"/> )			
Características			
ABDOMEN	Blando / depresible		
	Globuloso		
	Distendido / timpánico		<input checked="" type="checkbox"/>
	Doloroso		<input checked="" type="checkbox"/>
	PIA		
	Drenes		<input checked="" type="checkbox"/>
RHA	Presencia de heridaoperatoria		<input checked="" type="checkbox"/>
	Aumentados		
RESIDUO GÁSTRICO	Disminuidos		
	SI (contenido hemático)		<input checked="" type="checkbox"/>
PIEL / MUCOSAS	NO		
	Húmedas		
	Secas		<input checked="" type="checkbox"/>
	Palidez		<input checked="" type="checkbox"/>
	Ictérica		
INTEGRIDAD DELA PIEL	Cianosis:		
	Distal ( )		
	Peribucal ( )		
	General ( )		
	Intacta		
	Dispositivos invasivos: si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) no ( )		
	Ubicación: catéter en miembro superior izquierdo y drenaje penrose en FID		
	Ictericia		
	Sudoración		
	Lesión por venopunción		<input checked="" type="checkbox"/>
	Equimosis		
	Hematomas		
Flogosis			
Incisión Qx		<input checked="" type="checkbox"/>	
LPP: ESCALA DE NORTON ( )			
Grado: 15			

	Localización:			
EDEMAS	SI..../++++			
	NO		X	
	Donde:			
TERMOREGULACIÓN	Nomotermita		X	
	Hipotermita			
	Hipertermia			
<b>PATRÓN III: ELIMINACIÓN</b>		<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>
SISTEMA URINARIO	Espontánea			
	Sonda vesical			
	Anuria			
	Talla vesical			
	Oliguria			
	Poliuria			
	Características			
SISTEMA GASTROINTESTINAL	Deposición:			
	Estreñimiento ( )			
	Formada ( )			
	Blanda ( )			
	Dura ( )			
	Líquida (X)			
	Frecuencia: _____			
Melena				
.....ostomía				
SISTEMA RESPIRATORIO	Patrón respiratorio			
	Ruidos respiratorios:			
	Murmullo vesicular (X)			
	Sibilantes ( )			
	Estertores ( )			
	Roncos ( )			
	Tos efectiva:			
si ( ) no (X)				
Secreción Bronquial:				
Cantidad: _____				
Características: _____				
Drenaje: si (X) no ( )				
Tipo: penrose				
D° ( ) I° ( )				
CUTÁNEA	Diaforesis ( )			
	Exudado ( )			
	Trasudado ( )			
<b>PATRÓN IV: ACTIVIDAD/EJERCICIO</b>		<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>
ACTIVIDAD /MOTORA	Sin déficit motor ( )			
	Paresia:			
	MSD ( ) MSI ( )			
	MID ( ) MII ( )			
	Plejía:			
	MSD ( ) MSI ( )			
	MID ( ) MII ( )			
Contracturas :				
Si ( ) No (X)				
Flacidez : Si ( ) No (X)				
Fatiga : Si (X) No ( )				
Escala de Downton:				
Puntaje: _____				
ACTIVIDAD CARDIOVAS C.	Ritmo cardiaco :			
	RS ( ) TS ( )			
	BAV ( ) CVP ( )			
	Arritm. ( ) _____			
	Marcapaso: si ( ) no (X)			
	Llenado capilar			
	Frialdad distal: SI ( ) NO (X)			
	Pulso radial: D ( ) I ( )			
	Pulso poplíteo: D ( ) I ( )			
	Pulso pedio: D ( ) I ( )			
Pulso femoral: D ( ) I ( )				
Normotensión				
Hipertensión				

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">         0 = AUSENCIA          +1 = DISMINUCION NOTABLE          +2 = DISMINUCION MODERADA          +3 = DISMINUCION LEVE          +4 = PULSACION NORMAL       </div>	Hipotensión			
	Flujo urinario, aprox.(ml/kg/h)			
	Inotrópicos			
	Vasodilatadores			
	Diuréticos			
ACTIVIDAD RESPIRATORIA	Respiración :			
	Regular (X) Irregular ( )			
	SO <sub>2</sub> = 95 %			
	Disnea ( )			
	Polipnea ( )			
	Tos: SI ( ) NO (X)			
	Respiración: Espontánea Si ( ) No (X)			
Oxígeno suplementario: Si (X) No ( )				
Ventilación Mecánica: Si (X) No ( )				
TET ( )				
TRQ ( )				
GRADO DE DEPENDENCIA				
I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( )				
<b>PATRÓN V: SUEÑO-DECANSO</b>		<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>
SUEÑO/DESCANSO	Horas de sueño			
	Problemas para dormir SI (X) NO ( )			
	Toma algo para dormir SI ( ) NO (X)			
	Sueño Conservado			
	Insomnio			
	Inversión Día/Noche SI ( ) NO ( )			
	Sedoanalgesia: Escala de RASS ( )			
<b>PATRÓN VI: COGNITIVO PERCEPTIVO</b>		<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>
ESTADO DE CONCIENCIA	Orientado : T (X) E (X) P (X)		X	
	Confuso / agitado			
	Obnubilado			
	Soporoso			
	Comatoso			
	Sedado (RASS)			
ESCALA DE GLASGOW	Respuesta ocular: 4 3 2 1			3
	Respuesta Verbal: 5 4 3 2 1			5
	Respuesta Motora: 6 5 4 3 2 1			X
PULSOS	Isocóricas			
	Anisocóricas: D > I I > D			
	Discóricas			
	Midriáticas			X
	Mióticas			
	RFM: si ( ) no ( )			
	Reflejo corneal			
EVALUACIÓN CORNEAL	Edema periorbital			
	Parpadeo (+) (-)			
	Apertura ocular: Completa ( ) Incompleta (X)			X
SIGNOS MENÍNGEOS	Ausentes			X
	Rigidez de nuca			
	Babinski (+) (-)			
	Convulsión			
Lagunas mentales: Frecuentes ( ) Espaciadas ( )				
Alteración en el proceso del pensamiento: SI ( ) NO ( )				
Alteraciones sensoriales:				



COMUNICACIÓN	Alteración del habla: SI ( ) NO (X) Disartria ( ) Afasia ( )			
	Barreras: Nivel de conciencia ( ) Edad ( ) Barreras físicas ( ) Diferencia Cultural ( ) Barrera Psicológica ( ) Medicamentos ( )			
DOLOR	Agudo (X) Localización: FID en la herida operatoria			
	Crónico ( ) Localización: _____			
	EVA: 6/10			
<b>PATRÓN VII: AUTOOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO</b>		<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>
Autoestima elevada (X) Autoestima media ( ) Autoestima baja ( )				
Escala de Rosenberg /Puntaje ( )				
<b>PATRÓN VIII: ROL/RELACIONES</b>		<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>
Estado Civil: Conviviente (X) Profesión: panadero				
¿Con quién vive? Solo ( ) Familia (X) Otros ( )				
Fuentes de apoyo: Familia (X) Amigos ( ) Otros ( )				
Cuidado personal y familiar Desinterés ( ) Negligencia ( ) Desconocimiento (X) Cansancio ( ) Otros _____				
Conflictos familiares : SI ( ) NO ( )				
<b>PATRÓN IX: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN</b>		<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>
Estado civil: Casado (a) ( ) Soltero (a) ( ) Divorciado(a) (X) Viudo(a) ( ) Conviviente ( )				
<b>PATRÓN X: ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS</b>		<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>
Cambio de vida familiar en los últimos años: SI ( ) NO (X) Especifique motivo: _____				
Reacción frente a enfermedades y muerte: Preocupación ( ) Ansiedad (X) Temor ( ) Indiferencia ( ) Desesperanza ( ) Tristeza ( ) Negación ( ) Otros: actitud positiva que mejorara				
<b>PATRÓN XI: VALORES Y CREENCIAS</b>		<b>M</b>	<b>T</b>	<b>N</b>
Religión: Católico (X) Ateo ( ) Otros ( ) Especifique: _____				
Restricciones religiosas: SI ( ) NO (X) Especifique: _____				
Solicita visita de su asesor espiritual: SI ( ) NO (X)				

ESTADO FISICO GENERAL	ESTAD O MENTAL	ACTIV IDAD	MOVILIDAD	INCONTIN ENCIA	PUN TOS
BUENO	ALERT A (X)	AMBUL ANTE	TOTAL	NINGUNA (X)	4
MEDIANO (X)	APATI CO	DISMI NUIDA (X)	CAMION ACON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONF USO	MUY LIMIT A DA	SENTADO	URINARI AO FECAL	2
MUY MALO	ESTUP OROSO COMA TOSO	INMOV IL	ENCAMA DO (X)	URINARIA YFECAL	1
CLASIFICACION DEL RIESGO: 5 a 9 = RIESGO MUY ALTO 10 a 12 = RIESGO ALTO 13 a 14 = RIESGO MEDIO >14 = RIESGO MINIMO/ NO RIESGO					

### ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ECG)

PARAMETRO	DESCRIPCION	VALOR
APERTUR A OCULAR	ESPONTANEA	4
	ORDEN VERBAL	3 (X)
	DOLOR	2
	NO RESPONDE	1
RESPUEST A VERBAL	ORIENTADO Y CONVERSANDO	5 (X)
	DESORIENTADO Y HABLANDO	4
	PALABRAS INAPROPIADAS	3
	SONIDOS INCOMPENSIBLES	2
	NINGUNA RESPUESTA	1
RESPUEST A MOTORA	OBEDECE A ORDEN VERBAL	6 (X)
	LOCALIZA EL DOLOR	5
	RETIRADA Y FLEXIÓN	4
	FLEXIÓN ANORMAL	3
	EXTENSION	2
	NINGUNA RESPUESTA	1
TEC LEVE : 13 - 15 TEC MODERADO: 9 - 12 TEC GRAVE : 3 - 8		

### PULSOS PERIFERICOS:

### MEDIR O GRADUAR EL EDEMA PERIFERICO

1+	FOVEA LIGERA, DESAPARECE RAPIDAMENTE, (2mm)
2+	FOVEA ALGO MAS PROFUNDA, DESAPARECE EN 10 a 15 seg. (4mm)
3+	FOVEA CLARAMENTE PROFUNDA, DURA MAS DE 1 min. (6mm)
4+	FOVEA MUY PROFUNDA, DURA 2 a 5 min. (8mm)

0	AUSENCIA
+1	DISMINUCION NOTABLE
+2	DISMINUCION MODERADA
+3	DISMINUCION LEVE
+4	PULSACION NORMAL

### ESCALA DE NORTON

## GRADO DE DEPENDENCIA

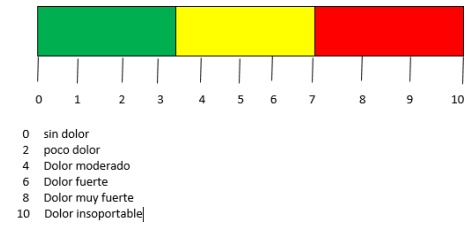
DEPENDENCIA I O ASISTENCIA MINIMA	PUUEE VALERSE POR SI MISMA, DEAMBULA, ASISTENCIA DE ENFERMERIA ORIENTADA A LA EDUCACION EN SALUD, ESTABILIDAD EMOCIONAL.
DEPENDENCIA II O ASISTENCIA PARCIAL	PUUEE VALERSE POR SI MISMA, REQUIERE AYUDA PARCIAL, ENFERMEDAD CRONICA COMPENSADA. ALTERACION PARCIAL DE FUNCIONES VITALES, PRE Y POS OPERATORIO INMEDIATO EN CIRUGIA DE BAJA COMPLEJIDAD, MEDICACION ORAL Y/O NPARENTERAL CADA 6 hrs, USO DE EQUIPOS DE REHABILITACION Y CONFORT.
DEPENDENCIA III O ASISTENCIA INTERMEDIA	PRIORIDAD MEDIANA, NO PARTICIPA EN SU CUIDADO, CRONICO INESTABLE, REQUIERE DE VALORACION CONTINUA Y MONITOREO, ALTYERACION SIGNIFIVCATIVA DE SIGNOS VITALES, MEDICACION PARENTERAL PERMANENTE.
DEPENDENCIA IV O ASISTENCIA INTENSIVA	CRITICAMENTE ENFERMO, INESTABLE CON COMPROMISO MULTIORGANICO SEVERO, RIESGO INMINENTE DE SU VIDA, INCONSCIENTE, CON SEDACION Y RELAJACION, TRATAMIENTO QUIRURGICO ESPECIALIZADO, CUIDADOS DE ENFERMERIA ESPECIALIZADOS, VALORACION, MONITOREO Y CUIODADO PERMANENTE.
DEPENDENCIA V OASITENCIA MUY ESPECIALIZADA	SOMETIDAS A TRANSPLANTE DE ORGANOS, CUIDADOS MUY ESPECIALIOZADSO, UNIDADES ESPECIALES, EQUIPOS Y TYRATAMIENTO SOFISTICADO.

## ESCALA DE ROSENBERG

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.		X		
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas		X		
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente		X		
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	X			
5. En general estoy satisfecha de mí mismo/a	X			
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				X
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				X
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo				X
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				X
10. A veces creo que no soy buena persona.				X
A. MUY DE ACUERDO				
B. DE ACUERDO				
C. EN DESACUERDO				
D. MUY EN DESACUERDO				

Del ítem 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1  
De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.  
30 a 40 puntos: autoestima elevada, normal  
26 a 29 puntos: autoestima media, mejorarla.  
Menos de 25 puntos: autoestima baja, problemas significativos de autoestima

## ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR (EVA)



## ESCALA DE RAS

### ESCALA DE RASS

-5	No despertable	No responde a voz ni estímulos físicos
-4	Sedación profunda	Se mueve o abre los ojos a estimulación física, no a la voz
-3	Sedación moderada	Movimientos de apertura ocular a la voz, no dirige mirada
-2	Sedación ligera	Despierta a la voz, mantiene contacto visual menos de 10 segundos
-1	Somnolencia	No completamente alerta, se mantiene despierto más de 10 segundos
0	Despierto y tranquilo	
1	Inquieto	Ansioso, sin movimientos desordenados, agresivo ni violento
2	Agitado	Se mueve de forma desordenada, lucha con el respirador
3	Muy agitado	Agresivo, se intenta arrancar tubos y catéteres
4	Combativo	Violento, representa un riesgo inmediato para el personal

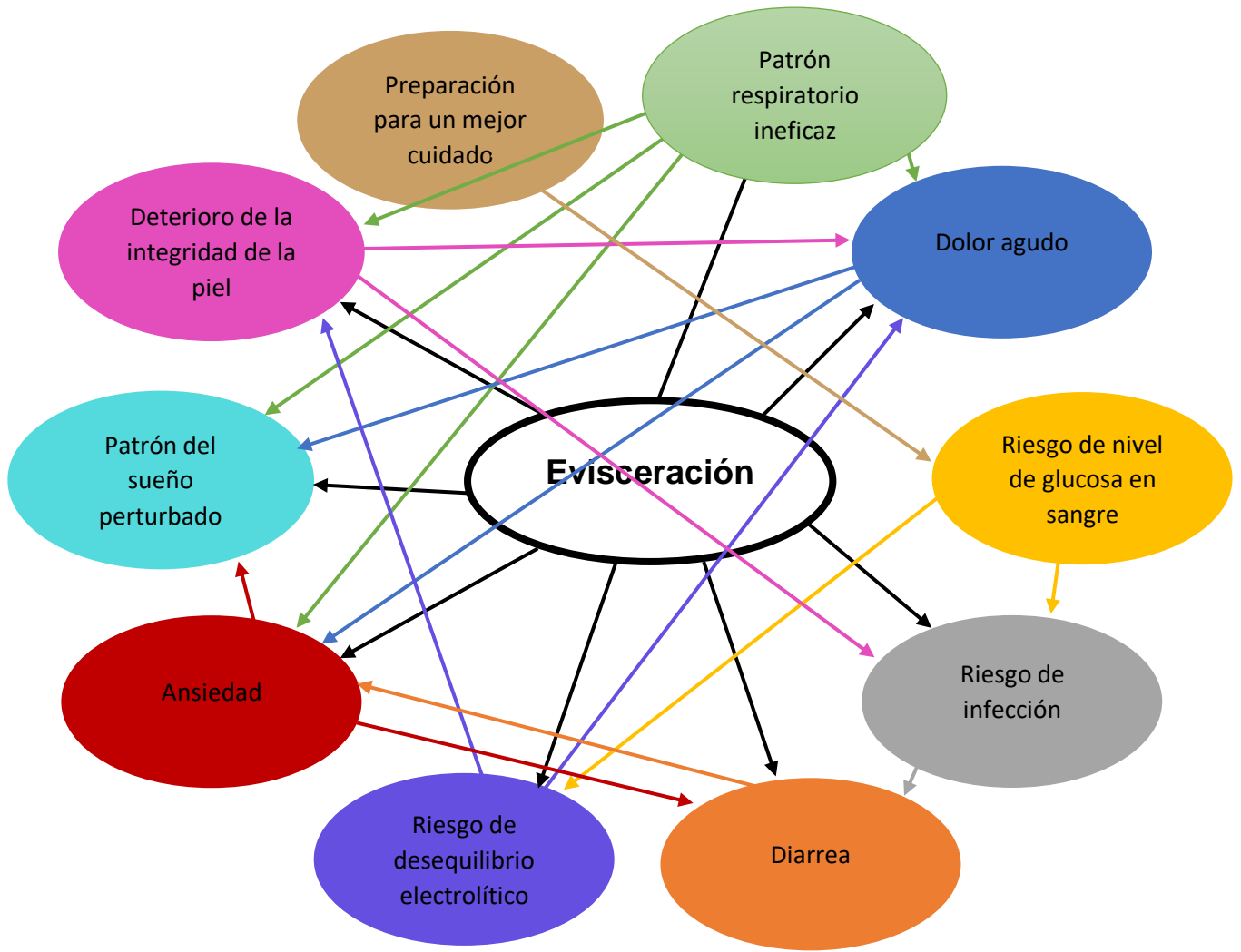
## ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (DOWTON)

Variable de medición	Respuesta	Valor
Caídas previas	No X	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes X	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Anti parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno X	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus)	1
Estado mental	Orientado X	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda X	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

\*Interpretación del puntaje: valor igual o mayor a 3: alto riesgo; valor de 1 a 2: mediano riesgo; valor de 0 a 1: bajo riesgo.

La escala BPS contempla los siguientes ítems:

<b>Expresión facial</b>	
Relajado	1
Parcialmente contraída (por ejemplo, fruncir el ceño)	2
Fuertemente contraída (por ejemplo, ojos cerrados)	3
Mueca de dolor	4
<b>Movimiento de miembros superiores</b>	
Sin movimiento	1
Parcialmente flexionado	2
Fuertemente flexionado con flexión de dedos	3
Permanentemente flexionados	4
<b>Adaptación a la ventilación mecánica</b>	
Tolerando ventilación mecánica	1
Tosiendo, pero tolerando ventilación mecánica la mayoría del tiempo	2
Luchando con el ventilador	3
Imposible de ventilar	4
Ausencia de dolor = 3 puntos. Máximo dolor = 12 puntos.	





## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Lugar:** Hospital regional docentes las mercedes Chiclayo

Yo .....(a) con el DNI:....., en uso de mi facultades mentales acepto mi participación voluntariamente y declaro haber sido informado (a) previamente por José Victor Inga Incio actualmente interno de enfermería de la universidad señor de sipan quien garantiza que los datos brindados serán absolutamente confidenciales para la aplicación proceso de atención de enfermería con un fin netamente educativos, del cual a través de este presente documento brindo mi consentimiento para ser sometido a una valoración de enfermería según patrones, el cual consiste en responder diversas preguntas enfocadas en mi estado de salud actual.

\_\_\_\_\_  
Firma entrevistado

\_\_\_\_\_  
Firma investigador

**Fecha:** 07 de abril del 2024