

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**



PROCESO ENFERMERO SEGÚN MODELO DE MARJORY GORDON Y LA TAXONOMÍA DE NANDA, NOC Y NIC APLICADO A PACIENTE C.N.A CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE INFECCIÓN SUPERFICIAL DE SITIO OPERATORIO EN EL TERCIO MEDIO ANTERIOR DEL ABDOMEN POR LAPAROTOMÍA EXPLORADORA +DM II + HTA Y OBESIDAD II, INGRESADA EN EL ÁREA DE AISLADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA MUJERES DEL HOSPITAL NACIONAL DE SAN BARTOLO “ENFERMERA ANGELICA VIDAL DE NAJARRO” DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR EN EL PERÍODO DE ABRIL A NOVIEMBRE DE 2024

**INTEGRANTES:**

KARLA ROSIBEL FLORES VENTURA FV18004

LARISSA RAQUEL FLORES NAVAS FN19001

**PARA OPTAR POR EL TITULO DE:**

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**DOCENTE ASESOR:**

LICDO. JORGE ALBERTO HENRIQUEZ RODRÍGUEZ

**CIUDAD UNIVERSITARIA, EL SALVADOR, NOVIEMBRE 2024**

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

MSC: JUAN JOSÉ ROSA QUINTANILLA  
**RECTOR**

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN  
**VICERRECTOR ACADÉMICO**

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO  
**VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

LIC. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA  
**SECRETARIO GENERAL**

**AUTORIDADES  
DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

**DR. SAÚL DÍAZ PEÑA  
DECANO**

**LIC. FRANKLIN ARNULFO MÉNDEZ DURÁN  
VICEDECANO**

**MSP ROBERTO CARLOS HERNÁNDEZ MARROQUÍN  
SECRETARIO**

**LIC. MÓNICA RAQUEL VENTURA DE RAMOS  
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**MSP. JOSÉ ISMAEL LÓPEZ PÉREZ  
DIRECTOR DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**PROCESO DE GRADO APROBADO POR**

MSSR. LICDA. TELMA LORENA DÍAZ MÉNDEZ  
**COORDINADORA DE PROCESO DE GRADO**

LICDO. JORGE ALBERTO HENRÍQUEZ RODRÍGUEZ  
**DOCENTE ASESOR**

**TRIBUNAL CALIFICADOR.**

LICDO. JORGE ALBERTO HENRÍQUEZ RODRÍGUEZ  
MSSR. LICDA. TELMA LORENA DÍAZ MÉNDEZ  
LIC. JOSE ISMAEL LÓPEZ PÉREZ

## **AGRADECIMIENTOS**

### **Karla Rosibel Flores Ventura**

El principio de la sabiduría es el temor a Jehová, Proverbios 1:7.

Con profundo gozo en mi ser agradezco primeramente a Dios por haberme permitido iniciar y muy pronto culminar este viaje académico con satisfacción, a mis padres porque sin su esfuerzo y apoyo no hubiera sido posible a mis hermanos por su motivación y entusiasmo a mi familia en general gracias, mis agradecimientos también van dirigidos a todas aquellas personas especiales que sin duda Dios puso en mi camino amigos, compañeros, licenciados y docentes que en algún momentos contribuyeron a mi formación de manera significativa. En especial a la doctora Liliana González y la doctora Nely Sánchez por su apoyo y motivación durante mi carrera.

Agradezco a la paciente Cirila Navarro Ángel por haber aceptado ser parte de nuestro trabajo de grado, a mi compañera de caso Larissa Flores por haber compartido su conocimiento y sacrificio hasta el final a mi docente asesor por habernos permitido recurrir a su capacidad y conocimiento científico. Gracias

## **Larissa Raquel Flores Navas**

Agradezco a Dios por darme la fortaleza, sabiduría, entendimiento, salud, para afrontar con dedicación, todos los retos vividos durante la formación académica y poder alcanzar mis metas. “Todo lo puedo en Cristo que me fortalece” (Filipense 4:13). Me ha acompañado en cada momento, recordándome que con fe y determinación es posible lograr los sueños más anhelados.

A mis padres, quien con su amor, sacrificio y apoyo incondicional han sido mi pilar fundamental. Gracias por creer en mí, por enseñarme el valor del esfuerzo y por estar siempre a mi lado en los momentos de alegría y en los de dificultad durante mi formación académica. Siempre han sido mis mejores guías de mi vida.

A mi novio, por su apoyo, amor, paciencia, por brindarme palabras de ánimo. Ha estado a mi lado en cada momento de mi carrera universitaria, recordándome que soy capaz de lograr mi sueño de ser una Licenciada en Enfermería.

A mis abuelos, quienes con su ejemplo y sabiduría me han inspirado a alcanzar mis metas y me han motivado a seguir adelante en cada etapa de este proceso.

A mi tía/tío, hermano y primos/as por su cariño, apoyo, sus palabras de aliento me han dado fuerzas para seguir adelante y no rendirme. A todas esas personas que fueron parte de mi aprendizaje en todas las instituciones de salud donde realice mis prácticas clínicas y mi servicio social.

A mi compañera de trabajo de grado, por su dedicación y colaboración en cada etapa de este proceso. A la paciente de este trabajo de grado, quien con su generosidad y disposición a colaborar permitió la realización de este estudio. A mi asesor, quien, con su experiencia, paciencia y conocimiento, nos orientó en cada momento y nos brindó las herramientas necesarias para desarrollar este trabajo. A los demás docentes de la carrera de Licenciatura en Enfermería, que contribuyeron a mi formación académica compartiendo sus conocimientos y experiencias. Mis más profundos agradecimientos.

## ÍNDICE

CONTENIDO	PÁG
RESUMEN .....	x
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN .....	xvi
CAPÍTULO I .....	18
1.1. Justificación.....	18
1.2. Objetivos.....	20
1.2.1. Objetivo general:.....	20
1.2.2. Objetivos específicos: .....	20
CAPÍTULO II .....	21
2.1. Modelo de Marjory Gordon. ....	21
2.1.1. Desarrollo de los Patrones Funcionales de Salud. ....	21
2.1.2. Introducción de la Terminología Estandarizada en Enfermería. ....	21
2.1.3. Enfoque Holístico de la Atención al Paciente. ....	22
2.1.4. Impacto en la Educación en Enfermería. ....	26
2.1.5. Contribuciones a la Investigación en Enfermería. ....	27
2.2. Fases del proceso enfermero. ....	29
2.2.1. Valoración.....	29
2.2.2. Fase diagnóstica. ....	60
2.2.3. Fase de Planificación, ejecución y evaluación.....	81
2.3. Consideraciones éticas .....	90
CAPÍTULO III.....	91
3.1. Discusión de los resultados .....	91

3.2. Conclusiones .....	93
3.3. Recomendaciones.....	95
3.4. Fuentes de información .....	97

## ANEXOS

- 1.1. Patologías
- 1.2. Examen físico
- 1.3. Cronograma
- 1.4. Presupuesto de la investigación

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Patrones funcionales de Marjory Gordon .....	22
<b>Tabla 2</b> Exámenes de laboratorio de la paciente.....	30
<b>Tabla 3</b> Plan de cuidados durante estancia hospitalaria.....	31
<b>Tabla 4</b> Tratamiento farmacológico durante estancia hospitalaria .....	32
<b>Tabla 5</b> Patrones disfuncionales.....	37
<b>Tabla 6</b> Análisis e interpretación de los datos .....	44
<b>Tabla 7</b> Diagnósticos enfermeros centrados en el problema .....	60
<b>Tabla 8</b> Diagnósticos enfermeros de riesgos .....	70
<b>Tabla 9</b> Diagnostico enfermero de promoción de la salud .....	73
<b>Tabla 10</b> Listados de diagnósticos .....	74
<b>Tabla 11</b> Priorización de diagnósticos .....	76
<b>Tabla 12</b> Planes de cuidados de enfermería.....	81
<b>Tabla 13</b> Cronograma de actividades.....	121
<b>Tabla 14</b> Presupuesto .....	123

## RESUMEN

**Introducción:** El Proceso Enfermero, se compone de varias etapas que incluyen la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Cada una de estas fases es crucial para garantizar que se brinde una atención de calidad y que se aborden adecuadamente las necesidades específicas de cada paciente. Es por ello, que el presente PE se retomó a la paciente femenina de 66 años de edad, que presento un estado de salud comprometido; por complicaciones postoperatorias de cura de heria incisional debido a un proceso infeccioso con dehiscencia de la parte baja abdominal más Diabetes mellitus tipo II Hipertensión arterial y la falta de adherencia al tratamiento.

**Objetivo general:** Desarrollar el PE con la aplicación del modelo de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA, NOC y NIC a la usuaria C.N.A de 66 años, durante su proceso salud enfermedad en el servicio de medicina del Hospital Nacional de San Bartolo, “Enfermera Angelica Vidal de Najarro.” Departamento de San Salvador, en el periodo de abril a noviembre de 2024.

**Metodología:** Para la elaboración del PE, se realizó según el modelo de Marjory Gordon basado en la recolección de datos a través de la valoración de los 11 patrones funcionales de salud, y la guía de examen físico aplicado a usuaria C.N.A. Además, se utilizó la taxonomía NANDA, NOC Y NIC validando y documentando las reacciones de la usuaria a las intervenciones de enfermería según Murray Atkinson.

**Resultados:** Durante el desarrollo del PE se identificaron nueve patrones disfuncionales, diez diagnósticos enfermeros centrado en el problema, tres diagnósticos de riesgos y un diagnóstico de promoción de la salud. De los cuales se priorizaron tres planes de cuidados: Autogestión ineficaz de la salud, riesgo de recuperación quirúrgica retrasada y riesgo de caída en adultos. Se ejecutaron actividades de enfermería del cual se desarrolló intervenciones educativas durante su estancia hospitalaria en la que se explica en que consiste la obesidad, complicaciones, manejo y prevención, para mantener un índice de masa corporal ideal a su peso y talla, a reconocer los signos y síntomas de hiperglucemia como; poliuria, polidipsia,

polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea, se incentiva a paciente a realizarse control de glucosa a lo que paciente refiere que se le dificulta asistir a la unidad de salud y no posee un glucómetro en casa.

Se instruyó a la paciente y la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando se deben notificar al cuidador, además se apoyó en actividades como el baño, se realizó cambio de apósito monitoreando secreciones olor y apariencia de herida. Además, se apoyó en la movilización y deambulación puesto que presenta; Riesgo de caída en adultos relacionado con el deterioro de la movilidad física, equilibrio postural alterado, obesidad y dificultad para desempeñar actividades de la vida diaria por esto se determinó la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo, se orientó en mantener barandales de la unidad arriba y sobre uso de calzado seguro además de esto se incentivó a pedir ayuda al personal de enfermería.

Se realizó dos visitas domiciliar posterior a su alta para observar cómo continuaba su estado de salud de lo que se pudo observar es que había modificado su alimentación incluía algunas verduras con mayor frecuencia en su plato de comida, evita la ingesta de jugos artificiales y bebidas carbonatadas manifiesta que ha sentido una mejoría del colon irritable y que ha intentado aumentar la ingesta de agua, refiere que su hija se ha dedicado a cuidarla que ella le prepara su alimentación y que aún necesita ayuda para cubrir herida operatoria al momento de bañarse pues mantiene apósitos por dehiscencia de parte inferior de herida abdominal pero por lo que continua yendo a curación tres veces a la semana al hospital pero que ya se logra vestir y bañar sola.

Para la deambulación no hace uso de dispositivos de soporte solo que no puede pasar de pie por periodos muy largos de tiempo, se observa con pérdida de peso aparentemente con abundancia de piel colgante, no obstante, continua sin tomar medicamento para la diabetes desde el alta no sabe el valor de la glucosa. La reacción de la usuaria fue positiva pues se mostró atenta a expresar su proceso de recuperación a pesar de que han pasado 5 meses y que aun continua en curación, ha recibido apoyo de su familia lo que la motiva a poner de su parte para la recuperación, con relación al duelo por la pérdida de su hermana manifiesta que fue una pérdida irreparable pero que Dios ha brindado el consuelo de que su hermana ya no

está sufriendo. Además, durante las dos visitas domiciliarias realizadas posteriormente, se retomaron diversos aspectos que aún requerían intervención para mejorar la salud de la paciente. En estas visitas, se proporcionó asesoría personalizada, enfocándose en áreas clave que necesitaban ser reforzadas o modificadas para optimizar su recuperación y bienestar general. Se utilizaron las escalas proporcionadas por las NOC, resultando en una escala de desviación moderada del rango normal en escala de Likert de 3, posterior a la ejecución se logró aumentar a desviación leve del rango normal en escala de Likert 4.

**Conclusiones:** Durante la fase de valoración, se completó el 81.81% de la información requerida, la condición de la paciente facilitó la recopilación de datos a través del formulario de los 11 patrones de Marjory Gordon, la guía de examen físico y su expediente clínico, Este proceso ayudó a identificar los datos relevantes, de los cuales se determinaron nueve patrones alterados. Durante la fase diagnóstica, se identificó el 75% de los diagnósticos enfermeros. La utilización de las taxonomías NOC y NIC en la planificación de los cuidados permitió diseñar planes basados en los resultados de enfermería más adecuados, junto con indicadores específicos de medición. Tras la validación y documentación de los planes de cuidados, según Murray Atkinson se logró implementar el 100% de las intervenciones de enfermería, lo cual fue fundamental para responder a las necesidades de la paciente de manera integral.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Nursing Process, is composed of several stages including assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation. Each of these phases is crucial to ensure that quality care is provided and that the specific needs of each patient are adequately addressed. That is why the present PAE was taken up with the 66-year-old female patient, who presented a compromised state of health; due to postoperative complications of incisional hernia healing due to an infectious process with dehiscence of the lower abdominal part plus Diabetes mellitus type II Arterial hypertension and lack of adherence to treatment.

**General objective:** To develop the nursing process with the application of Marjory Gordon's model and the NANDA, NOC and NIC taxonomy to the 66 year old user C.N.A., during her health and illness process in the medical service of the National Hospital of San Bartolo, "Enfermera Angelica Vidal de Najarro". Department of San Salvador, in the period from April to November 2024.

**Methodology:** The Nursing Process was developed according to Marjory Gordon's model based on data collection through the assessment of the 11 functional health patterns and the physical examination guide applied to the C.N.A. user. In addition, the NANDA, NOC and NIC taxonomy was used to validate and document the reactions of the user to the nursing interventions according to Murray Atkinson.

**Results:** During the development of the Nursing Process, nine dysfunctional patterns, ten problem-focused nursing diagnoses, three risk diagnoses and one health promotion diagnosis were identified. Of these, three care plans were prioritized: ineffective self-management of health, risk of delayed surgical recovery, and risk of falling in adults. Nursing activities were carried out and educational interventions were developed during their hospital stay, explaining what obesity is, its complications, management and prevention, to maintain an ideal body mass index for their weight and height, to recognize the signs and symptoms of hyperglycemia such as polyuria, polydipsia, polyphagia, weakness, malaise, lethargy, blurred vision or headache, the patient was encouraged to perform glucose control, to which the

patient referred that it was difficult for her to attend the health unit and she did not have a glucometer at home.

The patient and family were instructed about the signs and symptoms of infection and when the caregiver should be notified, in addition, support was provided in activities such as bathing, dressing changes were performed, monitoring secretions, odor and appearance of the wound. In addition, support was provided in mobilization and ambulation, since the patient presents a risk of falling in adults related to the deterioration of physical mobility, altered postural balance, obesity and difficulty in performing activities of daily living, for

Two home visits were made after her discharge to observe how her state of health continued, what could be observed was that she had modified her diet, included some vegetables more frequently in her plate, avoided the intake of artificial juices and carbonated beverages, said that she has felt an improvement in her irritable colon and that she has tried to increase her water intake, she refers that her daughter has dedicated herself to take care of her, that she prepares her food and that she still needs help to cover the surgical wound when bathing because she keeps dressings due to dehiscence of the lower part of the abdominal wound, but she continues to go to the hospital three times a week for treatment, but she is able to dress and bathe by herself.

For ambulation she does not use support devices only that she cannot stand for very long periods of time, she is observed with weight loss apparently with an abundance of hanging skin, however, she continues without taking medication for diabetes since the discharge she does not know the value of glucose. The reaction of the user was positive because she was attentive to express her recovery process despite the fact that 5 months have passed and that she is still healing, she has received support from her family which motivates her to do her part for her recovery, in relation to the mourning for the loss of her sister she states that it was an irreparable loss but that God has given her the consolation that her sister is no longer suffering. In addition, during the two subsequent home visits, various aspects that still required intervention to improve the patient's health were taken up again. During these visits, personalized counseling was provided, focusing on key areas that needed to be strengthened

or modified to optimize her recovery and overall well-being. The scales provided by the NOCs were used, resulting in a scale of moderate deviation from the normal range on a Likert scale of 3, after which it was possible to increase it to a slight deviation from the normal range on a Likert scale of 4.

**Conclusions:** During the assessment phase, 81.81% of the required information was completed, the patient's condition facilitated data collection through the 11 Marjory Gordon patterns form, the physical examination guide and her clinical record, This process helped to identify relevant data, of which nine altered patterns were determined. During the diagnostic phase, 75% of the nursing diagnoses were identified. The use of the NOC and NIC taxonomies in care planning allowed the design of plans based on the most appropriate nursing outcomes, together with specific measurement indicators. After validation and documentation of the care plans, according to Murray Atkinson, 100% of the nursing interventions were implemented, which was fundamental to respond to the patient's needs in a comprehensive manner.

## INTRODUCCIÓN

El Proceso Enfermero (PE), se compone de varias etapas que incluyen la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Cada una de estas fases es crucial para garantizar que se brinde una atención de calidad y que se aborden adecuadamente las necesidades específicas de cada paciente.

Con la finalidad de desarrollar el proceso enfermero con la aplicación del modelo de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA, NOC y NIC a la usuaria C.N.A de 66 años, durante su proceso salud enfermedad. Es por ello que los profesionales de enfermería pueden desarrollar una mayor autonomía y mejorar la calidad de los cuidados que realizan, fomentando así su criterio científico como profesionales de la salud. Es así como; Los once Patrones Funcionales de Marjory Gordon son un marco teórico fundamental en la práctica de la enfermería, diseñado para facilitar la valoración integral de los pacientes. Esta clasificación nos permite a los profesionales de la salud evaluar de manera sistemática y holística el estado de salud y las necesidades humanas considerando no solo aspectos físicos, sino también emocionales y sociales.

Posterior a la selección de la paciente inicia la fase de valoración en la que se realizó la recolección de datos según formato de los once patrones funcionales además de esto el examen físico destacando datos alterados con el objetivo principal de identificar problemas de salud y determinar las necesidades del paciente. Con base a esto se realizó un análisis del proceso salud enfermedad de la paciente donde se encontraron etiquetas diagnósticas según la taxonomía NANDA de los cuales se priorizaron tres según el establecimiento de prioridades alta, media y baja, de estos se desarrollaron tres planes de cuidados con base a la taxonomía NOC Y NIC que guía las intervenciones de enfermería y asegura que se brinde una atención centrada en las necesidades de la paciente además nos permitió anticipar y gestionar posibles complicaciones, optimizando así los resultados de la salud.

En la fase de ejecución se aplicaron las intervenciones durante la hospitalización y posterior al alta de la paciente entre ellas se ejecutaron administración de medicamentos, educación para la salud, asistencia en actividades diarias. Luego en la fase de evaluación según lo

planificado con las intervenciones realizadas evaluamos los resultados obtenidos en el tiempo estipulado, observando si hubo un cambio positivo o negativo en la salud de la paciente.

Al finalizar la ejecución y evaluación sobre las intervenciones en la paciente con quien se trabajó con las etiquetas diagnosticas del NANDA como; Riesgo de nivel de glicemia inestable, retraso de recuperación quirúrgica retrasada, y riesgo de caída, con el fin de lograr aumentar la escala Likert planteada según la taxonomía NOC. Analizamos los resultados obtenidos de las NIC aplicadas describiendo la respuesta obtenida de la paciente las diferentes direcciones que estas pueden tomar y los resultados que se esperaban durante el proceso Enfermero.

En la parte final del documento se encuentran los anexos, en primer lugar, la patología de infección superficial de sitio operatorio en el tercio medio anterior del abdomen por laparotomía exploradora, diabetes mellitus, Hipertensión arterial y Obesidad. A demás se encuentra anexo el examen físico aplicado a usuaria C.N. A en el que se ejecutó de forma cefalocaudal durante su estancia hospitalaria con el objetivo de observar alteraciones físicas

## CAPÍTULO I

### 1.1. Justificación

Dentro de la atención de enfermería se encuentran cuatro áreas que son la Docencia, Investigación, Gerencia y Administración y Atención directa; Esta última es de suma importancia debido que el recurso de enfermería aplica de forma integral y holística el cuidado de enfermería donde se identifican necesidades de la persona, familia y comunidad. Bajo este rol el personal de enfermería utiliza la herramienta científica del cuidado que es el Proceso Enfermero, donde se seleccionan aquellos pacientes que ameritan mayor atención en su proceso salud enfermedad. Es por ello que el presente PE se retomó a la paciente femenina de 66 años de edad, que presento un estado de salud comprometido; por complicaciones postoperatorias de cura de heria incisional debido a un proceso infeccioso con dehiscencia de la parte baja abdominal más Diabetes mellitus tipo II Hipertensión arterial y la falta de adherencia al tratamiento.

Tomando en cuenta lo anterior se hace importante intervenir en la paciente con el fin de fortalecer el autocuidado de su herida operatoria, la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus e Hipertensión arterial y mejorando así su calidad de vida. Por ende, se realizó el PE basado en la teoría de Marjory Gordon con el objetivo de valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar a la usuaria C.N.A durante su proceso salud enfermedad de acuerdo con la utilización de la taxonomía NANDA, NOC y NIC. Para cumplir lo anterior fue necesario realizar diferentes intervenciones de enfermería con la paciente hospitalizada y durante la visita domiciliaria que se adaptaron a los recursos humanos, materiales y económicos disponibles, tanto en el entorno hospitalario como en el hogar.

Este enfoque no solo beneficio a la paciente, brindándole una atención personalizada y continua, sino también a su familia, que pudo participar y colaborar en su cuidado. Además, nosotras como estudiantes de enfermería de la Universidad de El Salvador, fuimos beneficiarias de este proceso, ya que nos permitió desarrollar nuestras competencias en la implementación del PE mejorar nuestras habilidades en la valoración integral, y aprender a tomar decisiones clínicas basadas en la evaluación continua. La implementación de este PE

fortalece el rol del personal de enfermería en las diversas áreas en las que se desempeña, ya que proporciona una guía para tomar decisiones basadas en evidencia, evaluar los resultados obtenidos y ajustar las intervenciones de acuerdo con la respuesta de la paciente, lo cual es importante para mejorar su calidad de vida. Además, el PE es fundamental en la práctica de enfermería, dado que permite a los enfermeros aplicar conocimientos científicos en su quehacer diario, contribuyendo al desarrollo y consolidación de la disciplina. Al proporcionar una guía clara para evaluar y mejorar los cuidados, el PE fortalece el rol de la enfermería como una profesión autónoma, orientada a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

## 1.2. Objetivos.

### 1.2.1. Objetivo general:

Desarrollar proceso enfermero con la aplicación del modelo de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA, NOC y NIC a la usuaria C.N.A de 66 años, durante su proceso salud enfermedad en el servicio de medicina del Hospital Nacional de San Bartolo, “Enfermera Angelica Vidal de Najarro.” Departamento de San Salvador, en el periodo de abril a noviembre de 2024.

### 1.2.2. Objetivos específicos:

- Identificar datos subjetivos y objetivos significativos por patrones disfuncionales del estado de salud de la persona, encontrados durante la etapa de valoración a través del formulario de los 11 patrones de Marjory Gordon.
- Construir diagnósticos enfermeros focalizados en el problema, riesgo y/o de promoción de la salud, utilizando la taxonomía NANDA para realizar una evaluación del paciente como un ser bio-psicosocial a través del análisis e interpretación de las respuestas humanas.
- Formular planes de cuidado que den respuesta a los diagnósticos enfermeros priorizados por medio de la taxonomía de NOC Y NIC con base al análisis identificado en la paciente en la fase diagnóstica.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería priorizadas, utilizando la taxonomía NIC y aplicando los pasos según Murray Atkinson en la usuaria C.N.A.
- Evaluar la eficacia de las intervenciones de (NIC) a través del puntaje de los indicadores de la escala de medición de las NOC, para establecer resultados medibles y observables que permitan evaluar el grado de satisfacción, modificación o finalización de los planes de cuidados priorizados.

## CAPÍTULO II

### **2.1. Modelo de Marjory Gordon.**

#### 2.1.1. Desarrollo de los Patrones Funcionales de Salud.

Cada patrón es una expresión de integración psicosocial, ningún patrón puede comprenderse sin el conocimiento de los restantes. Los patrones funcionales están influidos por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido<sup>1</sup>. Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales (1982). La valoración en enfermería desempeña un papel fundamental al permitir comprender la respuesta de individuos y familias ante procesos vitales o problemas de salud, tanto reales como potenciales<sup>2</sup>. Estos datos, analizados mediante el sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon, contribuyen significativamente al diagnóstico de enfermería.

#### 2.1.2. Introducción de la Terminología Estandarizada en Enfermería.

Las terminologías normalizadas, o estandarizadas, en Enfermería representan un lenguaje basado en la práctica y la ciencia de la Enfermería. Son la base para el desarrollo de la expresión coherente del conocimiento enfermero aplicado al ámbito asistencial. Es necesario evaluar el impacto de esta aplicabilidad de los lenguajes de cuidados a la praxis clínica, así como de los resultados en salud a lograr en los pacientes, para acumular suficiente evidencia sobre la necesidad de su uso y contribuir a la mejora en la calidad de su progreso<sup>3</sup>. A lo largo de todo el mundo se utilizan muchas terminologías estandarizadas en Enfermería. Hasta la fecha, se han identificado doce tipos de registros de lenguaje de cuidados estandarizado. Entre ellos, siete son los que aportan elementos para el diagnóstico, las intervenciones y la evaluación. Son varias las clasificaciones aceptadas y de uso habitual, destacando entre ellas la de diagnósticos enfermeros de NANDA-I, la Clasificación de Resultados en Salud (NOC), y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Por otro lado, se cuenta, además,

con la Clasificación de Atención Clínica (CCC); la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (ICNP) y el Conjunto de Datos de Enfermería Perioperatoria (PNDS).

### 2.1.3. Enfoque Holístico de la Atención al Paciente.

El enfoque holístico en medicina es la práctica en la que los pacientes son tratados como un todo, en vez de darle tratamiento a los síntomas de una enfermedad específica. Además, desde este punto de vista, las personas son evaluadas en áreas que involucran lo físico, mental, espiritual y emocional. La utilización de los Patrones Funcionales permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta<sup>4</sup>. La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

**Tabla 1**  
*Patrones funcionales de Marjory Gordon*

<b>Patrón Funcional</b>	<b>Definición</b>
<p style="text-align: center;"><b>PATRÓN I:</b> Percepción - manejo de la salud</p>	<p>Este primer patrón funcional aborda la percepción que un individuo tiene sobre su estado de salud y su habilidad para controlar y gestionar su bienestar. Implica un conjunto integral de capacidades que influyen directamente en la toma de decisiones relacionadas con la salud y la búsqueda de recursos médicos eficaces.</p> <p>Este patrón funcional no solo abarca la identificación de problemas de salud, sino también la capacidad del individuo para tomar medidas preventivas, adoptar estilos de vida saludables y buscar ayuda médica de manera efectiva.</p>

<b>Patrón Funcional</b>	<b>Definición</b>
<p><b>PATRÓN II:</b> Nutricional- Metabólico.</p>	<p>Se centra en la relación fundamental entre la ingesta de alimentos, el metabolismo y los patrones de eliminación, todos los cuales desempeñan un papel crucial en la salud general de un individuo.</p>
<p><b>PATRÓN FUNCIONAL DE SALUD III:</b> Eliminación.</p>	<p>El Patrón Funcional 3 se centra en la eficacia de la eliminación de desechos del cuerpo, abarcando procesos como la micción, la defecación y la eliminación a través de la piel y los pulmones. La evaluación de este patrón considera la regularidad, cantidad y calidad de estas funciones, además de examinar posibles molestias o dificultades durante el proceso.</p>
<p><b>PATRÓN FUNCIONAL DE SALUD IV:</b> Actividad/ Ejercicio.</p>	<p>Este patrón se centra en la capacidad del individuo para participar en actividades físicas y deportivas, así como en su nivel habitual de ejercicio. La evaluación abarca la movilidad, la ejecución de actividades diarias y la práctica de ejercicio físico con el objetivo de mejorar o mantener la salud.</p>
<p><b>PATRÓN FUNCIONAL DE SALUD V:</b> Sueño- Descanso.</p>	<p>Se centra en la evaluación de los hábitos de sueño y descanso del paciente, abordando factores que influyen en la calidad y cantidad de su descanso.</p> <p>La evaluación incluye:</p> <p>Duración y Calidad del Sueño: Exploración de la duración y calidad del sueño, considerando la presencia de despertares nocturnos y la somnolencia diurna.</p>
<p><b>PATRÓN FUNCIONAL DE SALUD VI:</b></p>	<p>Se centra en la capacidad de una persona para procesar la información sensorial y cognitiva, influyendo en su desempeño en actividades diarias y toma de decisiones.</p>

Patrón Funcional	Definición
Cognitivo-Perceptivo.	<p>Este patrón abarca áreas como percepción sensorial, cognición, aprendizaje, memoria, juicio, toma de decisiones, atención y lenguaje.</p> <p>La evaluación de este patrón es crucial para identificar posibles trastornos cognitivos o perceptivos que puedan impactar significativamente la calidad de vida y la funcionalidad del individuo.</p>
<p><b>PATRÓN FUNCIONAL DE SALUD VII:</b> Autopercepción- Autoconcepto.</p>	<p>Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc). Se valora la capacidad de la persona para cuidarse a sí misma, el autoconcepto, definido como la imagen mental propia, es crucial para la salud mental y física.</p>
<p><b>PATRÓN FUNCIONAL DE SALUD VIII:</b> Rol-Relaciones</p>	<p>Aborda el papel social que desempeña cada individuo en su entorno familiar, laboral y social. Este concepto abarca responsabilidades, expectativas y la compleja dinámica de satisfacción o insatisfacción que surge en estas relaciones.</p> <p>La interacción entre factores genéticos y ambientales, incluyendo el entorno social y cultural, configura el desarrollo humano. Se destaca la importancia del grupo de pertenencia (familia, comunidad, lugar de trabajo) y del grupo de referencia, que sirve como punto de</p>

Patrón Funcional	Definición
	comparación en términos de afinidad ideológica, aspiraciones o valores compartidos.
<p><b>PATRÓN FUNCIONAL DE SALUD IX:</b></p> <p>Sexualidad y Reproducción</p>	<p>Se centra en la satisfacción y expresión de la sexualidad, así como en la capacidad reproductiva de la persona, desempeñando un papel vital en la vida cotidiana. Este patrón aborda la seguridad en las relaciones sexuales, la satisfacción percibida por la persona y las alteraciones que puedan surgir en este ámbito.</p>
<p><b>PATRÓN FUNCIONAL DE SALUD X:</b></p> <p>Adaptación-Tolerancia al estrés.</p>	<p>Se enfoca en evaluar la habilidad de un individuo para gestionar y responder al estrés presente en su entorno. Este abarca tanto la adaptación, que implica ajustarse a situaciones estresantes, como la tolerancia, que se refiere a la capacidad de resistir y soportar el estrés.</p> <p>El Patrón 10 es crucial para comprender cómo el individuo maneja el estrés, ya que las alteraciones pueden manifestarse de diversas maneras. La identificación temprana de dificultades en la adaptación y tolerancia al estrés permite desarrollar estrategias de intervención personalizadas para preservar el bienestar emocional.</p>
<p><b>PATRÓN FUNCIONAL DE SALUD XI:</b></p> <p>Valores y Creencias.</p>	<p>Destaca la interconexión entre las creencias personales y la salud física y mental. Enfocado en aspectos como religión, cultura, política y ética, también aborda las actitudes hacia uno mismo, hacia los demás y hacia la vida. Este patrón reconoce la capacidad de adaptación de las creencias y valores para mejorar la salud, considerando incluso las experiencias traumáticas que pueden moldear estas perspectivas.</p>

#### 2.1.4. Impacto en la Educación en Enfermería.

El modelo de los 11 Patrones Funcionales de Salud de Marjorie Gordon es una herramienta valiosa en la educación en enfermería, especialmente al abordar casos complejos como el de un paciente con múltiples comorbilidades. Marjory Gordon fue una docente de origen estadounidense conocida por desarrollar el método de valoración de enfermería basado en patrones funcionales de salud. Este enfoque revolucionó la práctica clínica al permitir una evaluación integral de los pacientes, abarcando no solo síntomas específicos, sino también los aspectos funcionales en la salud general de cada individuo. Gracias a este modelo, se puede crear planes de cuidado personalizados, adaptados a las necesidades únicas de cada paciente<sup>5</sup>.

Por otro lado, Gordon también jugó un papel crucial en el desarrollo de la enfermería como disciplina académica, su modelo se basa en la premisa de que la valoración en enfermería debe centrarse en la capacidad funcional del paciente, promoviendo un enfoque holístico e integral. Los 11 patrones funcionales de salud permiten a los profesionales de la salud obtener una visión más completa del paciente, lo que facilita la identificación de problemas y el diseño de intervenciones más efectivas<sup>5</sup>. La aplicación de los patrones funcionales impulsa al personal de enfermería a analizar y sintetizar información de múltiples áreas de la vida del paciente, lo que fortalece el pensamiento crítico y la toma de decisiones basada en evidencia.

El modelo de Gordon destaca la importancia de la interacción paciente-enfermera, lo que fomenta habilidades de comunicación efectiva entre el personal de enfermería, ayudándolos a realizar entrevistas clínicas detalladas y obtener información clave sobre el bienestar del paciente<sup>5</sup>. El modelo proporciona un marco que ayuda a organizar la recopilación de datos, la identificación de diagnósticos y la planificación del cuidado, lo que facilita el uso del proceso de enfermería de manera eficiente y ordenada.

### 2.1.5. Contribuciones a la Investigación en Enfermería.

Gordon desarrolló este modelo para proporcionar una estructura holística y sistemática para la valoración de enfermería. La fortaleza de este modelo radica en su capacidad para capturar la complejidad y la interconexión de múltiples aspectos de la vida de una persona<sup>6</sup>. Su contribución más destacada fue la creación del método de valoración de enfermería basado en patrones funcionales de salud, un enfoque que ha trascendido fronteras y se ha convertido en una herramienta fundamental en la práctica clínica de enfermería en todo el mundo<sup>7</sup>. Esta guía servía para ayudar a los enfermeros a hacer un reconocimiento completo de sus pacientes de forma más completa.

Los Patrones funcionales de Marjory Gordon fue especialmente conocida por crear el modelo diagnóstico para enfermería conocido como patrones funcionales; consiste en una lista de actividades y comportamientos que contribuyen a la salud y la calidad de vida de las personas, para examinar a los pacientes se usan tanto preguntas y cuestionarios como datos objetivos, extraídos de la observación por parte del enfermero<sup>8</sup>. Los patrones fueron identificados a mediados de los años 70 para enseñar a los alumnos la valoración y los diagnósticos en la Escuela de Enfermería de Boston (EEUU). Marjory Gordon desarrolla el modelo de Patrones Funcionales para establecer una valoración en enfermería basada en la capacidad de funcionar.

El método de Gordon no solo se enfoca en mitigar problemas de salud, sino también en fortalecer comportamientos que promuevan el bienestar, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Además, facilita la comunicación entre profesionales de la salud y apoya el diagnóstico enfermero, siendo la base de la clasificación por dominios de la NANDA. El formato PES en enfermería, creado por Marjory Gordon es una estructura que facilita la elaboración de diagnósticos según la NANDA y que ayuda a los profesionales sanitarios a comprender y abordar problemas de salud<sup>9</sup>. La tercera fase del proceso de atención de enfermería es la planeación de la atención de enfermería es decir el proceso que contemplan el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados para ello se utilizan las taxonomías NOC Y NIC.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia de la enfermera y cuáles son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud. La ejecución es la cuarta fase de las cinco que componen el proceso de enfermería. La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería. Esta fase consiste en varias actividades, según Murray – Atkinson, las cuales son:

- Validación y Escritura del plan: Es la aprobación del plan de intervención; es recomendable solicitar la ayuda de otra colega con experiencia.
- Documentación del plan: Es realizar la máxima difusión del plan, con el propósito de enriquecer la información que se tiene y así asegurar el éxito del mismo, clarificar y darles continuidad a las intervenciones.
- Suministro y documentación de la intervención de Enfermería: Es la implementación del plan de Intervención, puede ser que en este momento se presenten inconvenientes, sin embargo, se harán las valoraciones y se priorizara.
- el Registro de las acciones realizadas.

La fase de evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Entre las actividades clave de la evaluación se incluyen:

- Documentar las reacciones del paciente, registrando cómo responde a las intervenciones y comparando las actividades realizadas (NIC) con los resultados obtenidos.
- Valorar el puntaje de los resultados de enfermería (NOC), comparando las mediciones pre y post intervención para determinar el impacto de las acciones realizadas.
- Identificar los factores que influyen durante la implementación del plan de cuidados, considerando elementos que puedan haber alterado los resultados esperados.
- Decidir si es necesario mantener, modificar o finalizar el plan de cuidados, en función de los resultados de la evaluación y los avances del paciente.

## **2.2.Fases del proceso enfermero.**

### 2.2.1. Valoración.

#### a) Resumen clínico de enfermería

##### Datos generales:

Señora C.N.A de 66 años de sexo femenino, con ocupación ama de casa, soltera según su estado civil quien actualmente reside en la colonia trinidad, avenida santa Ana, barrio tres casas número 30 del municipio de Ilopango, del departamento de San Salvador, con número de contacto: 6460-6820.

##### Historia de la presente enfermedad:

Señora con diagnostico medico de: Infección superficial de sitio operatorio en el tercio medio anterior del abdomen por laparotomía exploradora, diabetes mellitus, hipertensión arterial y colon irritable, obesidad tipo II, expediente 9455-16, quien ingreso el 24 de abril del 2014 a este centro hospitalario, al momento con 19 días de estancia hospitalaria, ingresada actualmente en el servicio de cirugía mujeres con medidas de aislamiento del Hospital Nacional “enfermera Angelica Vidal de Najarro” San Bartolo del municipio de Ilopango, quien tiene como responsable a la señorita María Milagro Navarro.

##### Resumen de la historia clínica de ingreso:

P1 Infección de sitio quirúrgico, P2 hernia incisional, paciente que fue operada por hernia incisional gigante en pared abdominal el 17/04/2024, dada de alta el 23/04/2024 y reingreso por ISQ el 24/04/2024 cumplió inicialmente ciprofloxacina y clindamicina por siete días y posteriormente piperacilina tazobactam por 13 días, sin mejoría solo ha pasado una ocasión a lavado quirúrgico y debridación el 30/04/2024, paciente afebril, herida operatoria en 1/3 distal sucia con salida abundante de secreción purulenta con tejido sucio, no necrosis.

Registro actual de Enfermería:

” Señora quien refiere que hace 8 días fue sometida a cura de hernia incisional, quien el día de ayer fue dada de alta; familiar de paciente refiere esta mañana presentar salida de secreción abundante cantidad y serosanguinolenta por lo que deciden consultar. Se encuentra alerta, pálida, mucosa oral húmeda, no disnea, no tirajes, paciente con múltiples equimosis en sitios de punción por ingreso anterior, abdomen blando, cubierta con apósito manchado se observa dehiscencia de herida operatoria con equimosis en borde de herida y periferia, necrosis de tejido, fetidez, rubor en la zona. Señora pasa a pequeña cirugía, le retiran grapas, realizan curación posteriormente se cubre, señora es evaluada con ingreso, le canalizan acceso venoso periférico previo asepsia catéter #22, se toma muestras sanguíneas, no edema de miembros inferiores, Pendiente de ingreso”.

Medios de diagnóstico y resultados:

Último hemograma 29/04/2024, HB. 9.60, HTO.29%, GB.11,000, NEU.75%, PLT. 253,000, Creatinina. 0.55, Cultivo de secreción de HOP del 7/05/2024 *Klebsiella pneumoniae* Blee positivo: sensible a Imipenem  $\leq 0.25$  CMI solicitan cambio de antibiótico.

**Tabla 2**

*Exámenes de laboratorio de la paciente*

PRUEBA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Leucocitos	11.0 10e3/ $\mu$ L	5.0 - 10.0 10e3/ $\mu$ L
Neutrófilos	No se observan	
Linfocitos	1.50 10e3/ $\mu$ L	1 - 4.8 10e3/ $\mu$ L
Hemoglobina	9.60 g/dl	11.5- 15.5 g/dl
Eritrocitos	3.21 10e3/ $\mu$ L	4.1 – 5-7 10e3/ $\mu$ L
Plaquetas	253 10e3/ $\mu$ L	150 – 400 10e3/ $\mu$ L
Hematocrito	29.2%	35 – 46%
Cultivo de secreción de cavidad abdominal	<b>Positivo a <i>klebsiella pneumoniae</i></b>	-

Tratamiento Actual:

Imipenem 500 mg IV cada 6 horas por 10 días. Lavado quirúrgico por cirugía general (parte del foco infeccioso debe ser lavado quirúrgico y valorar debridación, además por presencia de malla quirúrgica se debe valorar si hay reacción a cuerpo extraño; El antibiótico solo no puede mostrar mejoría si no se controla foco infeccioso)

**Tabla 3**

*Plan de cuidados durante estancia hospitalaria*

<b>PLAN DE CUIDADOS</b>	
Signos vitales cada 6 horas	Interconsulta con Infectología
Dieta blanda para diabético, hiposódica  Reposo relativo	Lavado quirúrgico por cirugía general (Parte del control del foco infeccioso debe ser lavado quirúrgico y valorar debridación, además por presencia de malla quirúrgica se debe valorar si hay resistencia a cuerpo extraño; El antibiótico por sí solo no puede mostrar mejoría si no se controla foco infeccioso).
Curación cada 12 horas	Hemograma  PCR  Creatinina cada 72 horas-
HGT Cada 6 horas	Esquema de insulina:  150 – 200 2UI  201 -250 4UI  251 – 300 6 UI  301 – 350 8 UI  Mayor a 350 10UI

**Tabla 4***Tratamiento farmacológico durante estancia hospitalaria*

RÉGIMEN TERAPÉUTICO	
Acetaminofén 1 gr vo cada 8 horas	IMIPENEM 500 mg EV cada 6 horas por 10 días. #1
Amlodipina 1 tableta v/o cada noche	Piperacilina E/V 1 frasco c/8 horas
Heparina sódica 500 UI SC cada día	Insulina IR, Catéter venoso.

**Responsable que tomó los datos:** Br. Larissa Flores, Br. Karla Flores**Fecha:** 13/Mayo/2024

b) Valoración de los once patrones funcionales.

I Patrón percepción manejo/salud.

La paciente evalúa su salud como **regular**, ya que desde que comenzó con “dolor de cabeza por la presión alta, problemas de la vista, diabetes” ha visto su salud deteriorarse, además manifiesta padecer de colon irritable, hipertensión arterial, diabetes mellitus, y obesidad tipo II (**Refiere que en casa nunca ha tomado medicación para la diabetes, ya que la ha manejado únicamente a través de la alimentación; ultimo valor de glucosa fue de 135mg/dl Además, toma una tableta de Amlodipino cada noche**). No mantiene vicios con cigarrillos, alcohol o drogas, paciente refiere que ingiere **cinco tazas de café al día**, su estado de vacunación es incompleto pues refiere que “cree que le faltan”, no presenta alergias a algún medicamento. Refiere que antes de ingresar para su cirugía de hernia **sufrió un accidente de tipo casero manifestando que se deslizó en el piso de su casa y se golpeó la cabeza provocando un trauma de herida expuesta**. Además, ha presentado tres ingresos hospitalarios **en lo que va del año por caída, por cirugía de las hernias abdominales y por infección de sitio quirúrgico. Recibió una unidad de sangre por que presento hemoglobina de 9.60g/dl** aparte de las recientes cirugías, hace aproximadamente 30 años se sometió a dos cesáreas por el nacimiento de sus hijos; en cuanto a la condición de salud de sus padres menciona que sus padres ya fallecieron de muerte natural. La paciente se observa limpia, sin presencia de seborrea, **uñas largas un**

**poco sucias.** Al solicitar descripción de su casa menciona “es chiquita, techo de lámina, paredes de ladrillos y el suelo es de cemento”.

## II Patrón nutricional-metabólico.

Tiene indicada dieta blanda para diabético hiposódica, al consultarle sobre su alimentación la paciente menciona que se alimenta de **carnes una vez al mes**, lácteos refiere que, si consume diario, **no come frutas**, verduras de manera frecuente, **consume cereales como; frijoles y arroz todos los días en dos tiempos de comida**, pastas manifiestas que dos veces al mes y entre otros alimentos tortilla, gelatina y **jugos artificiales con azúcares añadidas**, Menciona que no consume alimentos con abundantes condimentos. Usaria refiere que **durante el día toma un litro y medio de agua**. Manifiesta que actualmente su **apetito ha disminuido** pues refiere que **no le gusta la comida que le dan en el Hospital**, pero si consume la dieta prescrita excepto los frijoles últimamente. Tiene **problemas gastrointestinales como Colitis**; No presenta náuseas, vómitos o regurgitaciones. Se observan sus mucosas hidratadas, pálidas, **dentadura incompleta lo que le genera problemas de la masticación** y uso de prótesis removible, **refiere alteración en el peso según usuaria ha disminuido**, con peso 89 kg, talla 1.56cm, IMC 36.62kg/m<sup>2</sup>. Se observa piel hidratada, **fragilidad capilar con lesiones por múltiples venopunciones anteriores**, cabello fino corto y limpio, **uñas largas y sucias**, T°: 36°C. Al momento de realizar curación de herida operatoria se observa **con eritema en piel alrededor de la herida, con secreción purulenta de olor fétido y con puntos abiertos en región abdominal baja**

## III Patrón Eliminación.

Se palpa abdomen blando y depresible, se ausculta peristaltismo a 2 por minuto, al consultarle a usuaria sobre su eliminación intestinal menciona “una vez al día, considero que normal”. Manifiesta que no presenta molestias, mantiene control de esfínter, no uso de lactantes, no ostomía; micción espontanea con frecuencia aproximada de siete veces al día de orina amarillo claro.

#### IV Patrón actividad – ejercicio.

La paciente no se observa cansada sin soplos presentes, al momento respirando aire ambiente, TA: 130/80 mmHg, FC:93x1, SpO2: 97%; FR: 21x', con buena expansión pulmonar. Refiere que actualmente necesita **ayuda de otra persona para actividades de autocuidado pues se le dificulta hacer algunos movimientos por la herida operatoria** como baño y vestido, menciona **casi no realizar actividad física** más que realizar limpieza en su hogar la cual es ligera. No realiza actividades de recreación, Manifiesta que **presenta dolor de herida operatoria con escala de EVA de 7**, que interfiere en su vida cotidiana actualmente, **No logra mantener la coordinación y el equilibrio por mucho tiempo debido a H.O.** Además, **mantiene postura antalgia sosteniéndose la región abdominal por temor a que se abra más la herida y apoyándose de objetos externos**, no requiere de dispositivos de apoyo.

#### V Patrón sueño-reposo.

Usuaría refiere que **no se siente descansada y preparada para las actividades de la vida después de dormir**, pues manifiesta que se **“siente decaída”**. Menciona que generalmente posee **dificultad para conciliar el sueño**, se despierta con frecuencia durante la noche, logrando de esta forma dormir alrededor de **6 horas diarias**, no tiene pesadillas, no toma medicamentos para dormir, **no realiza períodos de descanso durante el día**, refiere que **bosteza con frecuencia**, **presenta ojeras**, al momento señora no se observa somnolienta, Actualmente por su ingreso **no logra dormir debido a factores ambientales externos como el ruido, luz, calor o frío**. Además, refiere **“en la noche no logra dormir porque las enfermeras me vienen a poner la medicina”**.

#### VI Patrón cognitivo- perceptivo.

No tiene problemas para escuchar, pero menciona **dificultad para ver claramente y no usa lentes**. En marzo de 2024 se realizó un chequeo y refiere que **fue diagnosticada con cataratas en ambos ojos, pero más avanzado en el ojo izquierdo**. No tiene alteraciones en los sentidos del olfato y gusto. Experimenta **cambios en la memoria a corto plazo y en la concentración** refiere que **olvida las llaves de la puerta, si cierra el grifo del agua**. Presenta signos de dolor

al realizar movimientos leves debido a una herida quirúrgica. Además, menciona **malestar físico con mareos**. Está consciente y orientada en tiempo, lugar y persona.

#### VII Patrón autopercepción.

Al describirse a sí misma, menciona **sentirse anciana y decaída**. Cuando se le pregunta cómo se siente consigo misma, dice que está muy bien y que confía en Dios. **Ha notado cambios en sus sentimientos hacia sí misma y su cuerpo**, manifestando que "desde los 40 años sentí que mi salud se vino abajo". **Hay cosas que la enfadan frecuentemente**, refiere "me enoja que no me limpien el cuarto, la comida que me dan no me gusta". **Siente miedo o ansiedad** porque menciona que nunca la dan de alta. **Ha experimentado periodos de desesperanza** y comenta que "los antibióticos no me hacen efecto, porque me volvieron hacer examen de cultivo y continuo con la bacteria y nunca me voy de alta".

#### VIII Patrón rol-relaciones.

La usuaria comprende el lenguaje y tiene un habla normal. Vive con su familia, compuesta por su hija e hijo con quienes mantiene una buena relación y se siente apoyada en todo momento. Sin embargo, menciona que es difícil para su hija pues trabaja, ya que es la única que la visita en el Hospital; su otro hijo no lo hacen por motivos de trabajo, su tercer hijo no se encuentra en el país; pero refiere que si recibe apoyo económicamente. Además, **refiere que vivía con su hermana con quien tenía una buena relación, pero recientemente falleció; del cual no pudo asistir a su velorio y funeral ya que en ese momento ella se encuentra hospitalizada, por lo que le generaba tristeza**. Sus hijos no dependen económicamente de ella. Pertenece a un grupo social manifiesta que asiste a la iglesia católica. Se relaciona principalmente con sus vecinos, con quienes mantiene una relación respetuosa y amigable, aunque no muy cercana.

#### IX Patrón sexualidad-reproducción.

La paciente menciona que la menopausia comenzó a los 45 años, con fórmula obstétrica de G3P3P0A0V3, Indica que **no se ha realizado la citología**, pero realiza autoexamen de mama

una vez al año y ya se ha hecho una mamografía. Con genitales femeninos íntegros **con presencia de secreción purulenta que desciende de la herida operatoria.**

X Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés.

Ha experimentado un cambio significativo en su vida debido a la cirugía y la incertidumbre sobre su futuro por su salud actual, lo que ha generado **crisis emocionales**. Expresa que "**me siento sola en ocasiones, ya que me encuentro con medidas de aislamiento en un cuarto sola en este hospital, solo me vienen a ver a la hora de la comida y la medicina**". A pesar de esto, menciona que cuenta con apoyo familiar, social y religioso para enfrentar estas situaciones.

XI Patrón valores y creencias.

Profesa en la religión católica donde ha encontrado consuelo en tiempos difíciles. Menciona que actualmente no participa activamente en las diversas actividades de la iglesia debido a su enfermedad. Afirma que no teme a la muerte, ya que la considera una parte natural de la vida.

c) Identificación de datos significativos según los patrones funcionales.

**Tabla 5**

*Patrones disfuncionales*

PATRONES DISFUNCIONALES (Ubicar solo datos significativos, incluidos los factores de riesgo)			DATOS DEL RESUMEN CLÍNICO DE ENFERMERÍA
NOMBRE DEL PATRÓN	DATO SUBJETIVO	DATO OBJETIVO	
<b>Patrón I:</b> Percepción y Control de la Salud	1. Se valora paciente femenina de 66 años 2. Paciente expresa que evalúa su salud como regular. 3. Paciente refiere que padece colon irritable, hipertensión arterial, obesidad tipo II, diabetes mellitus tipo II. 4. Expresa que Ingiere cinco tazas de café al día. 5. La paciente expresa que en casa nunca ha tomado medicación para la diabetes, ya que la ha manejado únicamente a través de la alimentación. Además, sigue	1. Se evidencia tres ingresos hospitalarios en lo que va del año. 2. Se observa infección de sitio quirúrgico. 3. Se observa uñas largas y sucias.	<b>I. DATOS GENERALES</b> 1. <b>Nombre de la usuaria:</b> C,N,A 2. <b>Edad:</b> 66 años 3. <b>Sexo:</b> Femenino 4. <b>Grado de escolaridad:</b> 5. <b>Ocupación:</b> Ama de casa 6. <b>Dirección:</b> Colonia trinidad, avenida santa Ana, barrio tres casas número 30 del municipio de Ilopango, del departamento de San Salvador. 7. <b>Teléfono de contacto:</b> 6455-3099  <b>II. HISTORIA DE LA PRESENTE ENFERMEDAD</b>

PATRONES DISFUNCIONALES (Ubicar solo datos significativos, incluidos los factores de riesgo)			DATOS DEL RESUMEN CLÍNICO DE ENFERMERÍA
NOMBRE DEL PATRÓN	DATO SUBJETIVO	DATO OBJETIVO	
	<p>una dieta y toma una tableta de Amlodipina cada noche.</p> <p>6. Expresa que su estado de vacunación es incompleto.</p>		<p><b>1. Diagnóstico médico:</b> Infección superficial de sitio operatorio en el tercio medio anterior del abdomen por laparotomía exploradora, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y colon irritable.</p> <p><b>2. Número de expediente:</b> 9455-16</p> <p><b>3. Fecha de ingreso:</b> reingreso el 24/04/24</p> <p><b>4. Días de estancia hospitalaria:</b> 19 días.</p> <p><b>5. Servicio/unidad de hospitalización:</b> Aislados, cirugía mujeres.</p> <p><b>6. Resumen de la historia clínica de ingreso:</b> Señora quien refiere que hace 8 días fue sometida a cura de hernia incisional,</p>
<p><b>Patrón II:</b> Nutricional / Metabólico</p>	<p>1. Refiere que consume carnes una vez al mes.</p> <p>2. Expresa que no come frutas, consume cereales como; frijoles y arroz todos los días en dos tiempos de comida y jugos artificiales con azúcares añadidas.</p> <p>3. Refiere que ingiere durante el día un litro y medio de agua.</p> <p>4. Expresa que tiene problemas gastrointestinales como Colitis.</p> <p>5. Expresa que su apetito ha disminuido.</p>	<p>1. Se observa dentadura incompleta.</p> <p>2. Se define un peso de 89 kg, talla 1.56cm, IMC 36.5kg/m<sup>2</sup>.</p> <p>3. Se observa fragilidad capilar, con lesiones por múltiples venopunciones.</p> <p>4. Se observan mucosas y encías semi hidratada, de color rosa pálido.</p> <p>5. Se observa herida operatoria con eritema alrededor de la piel con salida de secreción purulenta de olor fétido. Con punto abierto en región abdominal baja.</p>	

PATRONES DISFUNCIONALES (Ubicar solo datos significativos, incluidos los factores de riesgo)			DATOS DEL RESUMEN CLÍNICO DE ENFERMERÍA
NOMBRE DEL PATRÓN	DATO SUBJETIVO	DATO OBJETIVO	
<b>Patrón IV:</b> Actividad / Ejercicio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refiere que actualmente necesita ayuda de otra persona para actividades de autocuidado.</li> <li>2. Informa que no realizar actividad física.</li> <li>3. Manifiesta que presenta dolor en la herida operatoria, con escala de EVA de 7.</li> <li>4. Refiere que presenta dificultad para la marcha, además manifiesta que se mareo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se observa que no logra mantener la coordinación y el equilibrio por mucho tiempo debido a H.O. Además, mantiene postura antalgia sosteniéndose la región abdominal por temor a que se abra más la herida y apoyándose de objetos externos.</li> </ol>	<p>quien el día de ayer fue dada de alta; familiar de paciente refiere esta mañana presentar salida de secreción abundante cantidad y serosanguinolenta por lo que deciden consultar. Se encuentra alerta, pálida, mucosa oral húmeda, no disnea, no tirajes, paciente con múltiples equimosis en sitios de punción por ingreso anterior, abdomen blando, cubierta con apósito manchado se observa dehiscencia de herida operatoria con equimosis en borde de herida y periferia, necrosis de tejido, fetidez, rubor en la zona. Señora pasa a pequeña cirugía, le retiran grapas, realizan curación posteriormente se cubre, señora es evaluada con ingreso, le canalizan acceso venoso periférico previo asepsia catéter #22, se toma muestras sanguíneas, no edema de miembros inferiores, Pendiente de ingreso”.</p>

PATRONES DISFUNCIONALES (Ubicar solo datos significativos, incluidos los factores de riesgo)			DATOS DEL RESUMEN CLÍNICO DE ENFERMERÍA
NOMBRE DEL PATRÓN	DATO SUBJETIVO	DATO OBJETIVO	
<b>Patrón V:</b> Sueño / Reposo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refiere que no se siente descansada y preparada para las actividades de la vida después de dormir, manifiesta que se “siente decaída”</li> <li>2. Expresa que no logra dormir debido a factores ambientales externos como el ruido, luz, calor o frío. Además, refiere “en la noche no logro dormir porque las enfermeras me vienen a poner la medicina”.</li> <li>3. Informa que no realiza períodos de descanso durante el día.</li> <li>4. Refiere que solo duerme aproximadamente 6 horas diarias.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se observa que bosteza con frecuencia</li> <li>2. Se observan ojeras.</li> <li>3. Se valora que posee dificultad para conciliar el sueño.</li> </ol>	<p><b>7. Registro actual de enfermería:</b> Señora Cirila Navarro, quien este día se encuentra en su unidad, con respaldo a 35 grados, en posición de sedestación, con diagnóstico médico de: Infección superficial de sitio operatorio en el tercio medio anterior del abdomen por laparotomía exploradora, diabetes mellitus, hipertensión arterial, y obesidad. Al momento se encuentra consciente y orientada en tiempo, lugar y persona. Al interrogatorio refiere “Ya me quiero ir para mi casa, aquí ya no me quieren atender, y la comida que me dan no me gusta” se observan mucosas orales y nasales semi hidratadas de color rosa pálido, se observan facies de tristeza, respirando aire ambiente, sin</p>

PATRONES DISFUNCIONALES (Ubicar solo datos significativos, incluidos los factores de riesgo)			DATOS DEL RESUMEN CLÍNICO DE ENFERMERÍA
NOMBRE DEL PATRÓN	DATO SUBJETIVO	DATO OBJETIVO	
<b>Patrón VI:</b> Cognitivo / Perceptivo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expresa que tiene dificultad para ver claramente y no usa lentes, ya que diagnosticada con cataratas en ambos ojos, pero más avanzado en el ojo izquierdo.</li> <li>2. Refiere que presenta signos de dolor</li> <li>3. Manifiesta malestar físico con mareos.</li> <li>4. Paciente refiere "me siento sola en ocasiones, ya que me encuentro con medidas de aislamiento en un cuarto sola en este hospital, solo me vienen a ver a la hora de la comida y la medicina".</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se examina que experimenta cambios en la memoria a corto plazo y la concentración.</li> </ol>	dificultad, no disena, no cianosis, tórax simétrico, mantiene acceso venoso periférico con sello de heparina en miembro superior izquierdo sin signos de flebitis, ambos miembros superiores con equimosis por múltiples punciones anteriores, del cual presenta fragilidad capilar, abdomen blando y depresible a la palpación, con herida operatoria sellada con apósitos estériles y esparadrapo, del cual se observa con salida de secreción purulenta en moderada cantidad de consistencia espesa y olor fétido, micción y evacuaciones espontaneas, miembros inferiores simétricos, no presenta edema, con signos vitales de:

PATRONES DISFUNCIONALES (Ubicar solo datos significativos, incluidos los factores de riesgo)			DATOS DEL RESUMEN CLÍNICO DE ENFERMERÍA
NOMBRE DEL PATRÓN	DATO SUBJETIVO	DATO OBJETIVO	
<b>Patrón VII:</b> Auto percepción / Auto concepto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manifiesta sentirse anciana y decaída.</li> <li>2. Expresa que hay cosas que la enfadan frecuentemente</li> <li>3. Informa que siente miedo o ansiedad</li> <li>4. Expresa que ha experimentado periodos de desesperanza por prolongación de estadía en el hospital.</li> <li>5. Expresa cambios en sus sentimientos hacia sí misma y su cuerpo.</li> </ol>		Temperatura de 36.5°C, TA:130/80 mmHg, SatO2:97%, FR:21. <b>8. Medios de diagnóstico y resultados:</b> Cultivo de secreción de HOP del 7/05/2024 Klebsiella pneumoniae Blee positivo <b>9. Tratamiento actual:</b> Acetaminofén 1 gramo VO cada 8 horas, amlodipino 1 tableta VO cada noche, heparina sódica 500 UI SC cada día, imipenem 500 mg EV cada 6 horas por 10 días, piperacilina E/V 1 frasco c/8 horas. Esquema de insulina durante su

PATRONES DISFUNCIONALES (Ubicar solo datos significativos, incluidos los factores de riesgo)			DATOS DEL RESUMEN CLÍNICO DE ENFERMERÍA
NOMBRE DEL PATRÓN	DATO SUBJETIVO	DATO OBJETIVO	
<b>Patrón VIII:</b> Patrón rol/ relaciones	1. Refiere que vivía con su hermana con quien tenía una buena relación, pero recientemente falleció; del cual no pudo asistir a su velorio ya que en ese momento ella se encuentra hospitalizada, por lo que le generaba tristeza.		hospitalización: 150 – 200 2UI, 201 -250 4UI, 251 – 300 6 UI, 301 – 350 8 UI, Mayor a 350 10UI. <b>Responsable:</b> Br. Karla Flores y Br. Larissa Flores <b>Fecha:</b> 13 de mayo del 2024.
<b>Patrón IX:</b> Sexualidad	1. Informa que no se ha realizado la citología.	1. Se observa secreción de pus de la herida operatoria.	
<b>Patrón X:</b> Afrontamiento / Tolerancia al Estrés	1. Expresa que ha presentado crisis emocionales.		

d) Organización, análisis e interpretación de los datos

**Nombre del paciente:** C,N,A

**Diagnóstico médico:** Infección superficial de sitio operatorio en el tercio

medio anterior del abdomen por laparotomía exploradora, diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y obesidad.

**Sexo:** Femenina

**Edad:** 66 años

**Servicio:** Aislados, cirugía mujeres

**Fecha:** 13 de mayo del 2024

**Tabla 6**

*Análisis e interpretación de los datos*

ORDENAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	Etiquetas de NANDA
<b>Patrón No. 1:</b> <a href="#">Percepción de la salud, control de la salud.</a>		
<p><b>DS1.</b> Se valora paciente femenina de 66 años de edad.</p> <p><b>DS2.</b> Paciente expresa que evalúa su salud como regular.</p> <p><b>DS3.</b> Paciente refiere que padece de colon irritable, hipertensión arterial, obesidad tipo II, diabetes mellitus tipo II.</p> <p><b>DS5.</b> La paciente expresa que no ha tomado medicación para la diabetes, ya</p>	<p>La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS). La forma en que las personas perciben su salud está influenciada por un complejo conjunto de factores; las condiciones ambientales, culturales y socioeconómicas, entre otros. No es de extrañar que a medida que aumenta la edad (<b>DS1</b>), más baja sea la percepción de gozar de buena salud (<b>DS2</b>). Sin embargo, para el caso presentado, la usuaria tiene antecedentes por los cuales, su afirmación se considera certera (<b>D01-DS4</b> se definen a continuación). La paciente femenina de 66 años presenta múltiples comorbilidades crónicas como</p>	<p>Autogestión ineficaz de la salud pág. 201</p>

ORDENAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	Etiquetas de NANDA
que la ha manejado únicamente a través de la alimentación.	hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, obesidad tipo II y síndrome de intestino irritable. La paciente ha visto un declive progresivo en su salud, lo que la lleva a calificar su estado de salud como "regular". La ausencia de tratamiento farmacológico para la diabetes y el control dietético refleja una posible percepción inadecuada del manejo de esta enfermedad crónica, lo que podría afectar negativamente su evolución a largo plazo <sup>10</sup> .	
<p><b>DS4.</b> Refiere que Ingiere cinco tazas de café al día.</p> <p><b>DO2.</b> Se evidencia tres ingresos hospitalarios por caídas, cirugía de hernias abdominales e infecciones en el sitio quirúrgico en lo que va del año.</p>	El consumo elevado de café ( <b>DS3</b> ) puede exacerbar su hipertensión arterial, dado que la cafeína puede aumentar temporalmente la presión arterial, lo que es preocupante considerando que ya tiene un diagnóstico de hipertensión. Sus múltiples ingresos hospitalarios ( <b>D02</b> ) recientes indican fragilidad física, un factor común en el adulto mayor, y una posible falta de medidas preventivas de seguridad en el hogar, lo que pone en riesgo su bienestar. Además, pueden generar una percepción de vulnerabilidad y dependencia, lo que puede reducir la confianza de la paciente en su capacidad para manejar su salud de manera independiente ( <b>Ver PVI DS1- PVII DS1</b> ).	
<b>DS4.</b> Paciente refiere que tiene problemas gastrointestinales como Colitis. (Patrón II: Nutricional / Metabólico)	En pacientes con colitis o síndrome de intestino irritable, ( <b>PII DS4</b> ) los problemas digestivos crónicos pueden interferir con la absorción adecuada de nutrientes, lo que a su vez agrava otras afecciones de salud. Marjory Gordon destaca la importancia de evaluar cómo estos síntomas afectan la	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional pág. 269

ORDENAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	Etiquetas de NANDA
<p><b>DS5.</b> Expresa que su apetito ha disminuido. (Patrón II: Nutricional / Metabólico)</p> <p><b>DO3.</b> Se observa infección de sitio quirúrgico.</p>	<p>percepción del paciente sobre su capacidad para mantener una dieta equilibrada y un peso saludable. (Ver PII DS2-D02) En este caso, el consumo excesivo de café, junto con una dieta deficiente, refleja hábitos que exacerbaban sus comorbilidades, como la hipertensión y la diabetes. La disminución del apetito de la paciente, (PII DS5) debido a su desagrado por la comida hospitalaria, puede perjudicar su recuperación. Una ingesta nutricional inadecuada en esta etapa de la vida compromete su sistema inmunológico, retrasa la cicatrización y aumenta el riesgo de infecciones (D03), complicando aún más su estado de salud.</p>	
<p><b>Patrón No. 2: <a href="#">Nutricional y Metabólico</a></b></p>		
<p><b>DS1.</b> Refiere que consume carnes una vez al mes.</p> <p><b>DS2.</b> Expresa que no come frutas, consume cereales como; frijoles y arroz todos los días en dos tiempos de comida y jugos artificiales.</p>	<p>Una dieta bien balanceada debe de incluir El 50% del plato debe contener frutas y verduras de temporada y de producción local, 22% granos y cereales, 15% de leguminosas, 8% de alimentos de origen animal y e l 5% de aceites y grasas saludables (en su forma natural y sin sellos). Además de agregar como mínimo 3 porciones de verduras y 2 porciones de fruta fresca al día porque aportan vitaminas, minerales y fibra, estas ayudan a mejorar el movimiento intestinal, da sensación de saciedad o llenura, atrapa las partículas de grasa y azúcar en el intestino. La paciente</p>	<p>Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable pág. 236</p>

ORDENAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	Etiquetas de NANDA
<p>DS4. Paciente refiere que tiene problemas gastrointestinales como Colitis</p> <p>D01. Se observa dentadura incompleta.</p> <p>DS5. Expresa que su apetito ha disminuido.</p>	<p>presenta un estado nutricional comprometido, reflejando un bajo consumo de proteínas (DS1) que fortalecen y mantienen los huesos, los músculos y la piel. Además, presenta bajo consumo de frutas (DS2) lo cual predispone a deficiencias de micronutrientes esenciales como hierro, vitaminas y fibra, necesarios para la función inmunológica y la regulación gastrointestinal, agravando su colitis (DS4), la ingesta de jugos artificiales puede tener consecuencias negativas en su salud. Estos productos suelen contener altos niveles de azúcar y adictivos que pueden descontrolar la glucosa en sangre, agravando la diabetes y retrasando la cicatrización de la herida operatoria. Asimismo, exacerbando su colitis e hipertensión arterial ya que suelen tener un alto contenido de sodio. Su dentadura incompleta (D01) limita la ingesta de alimentos sólidos, promoviendo una dieta rica en carbohidratos repetitivos (DS2) y pobre en variedad, lo cual empeora su condición de obesidad (DO2) y diabetes. Además, la falta de apetito y su insatisfacción con la comida hospitalaria (DS5) agravan su riesgo de malnutrición, lo que compromete su capacidad de recuperación y cicatrización de herida operatoria<sup>11</sup>.</p>	

ORDENAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	Etiquetas de NANDA
<p><b>DO2.</b> Se define un peso 89 kg, talla 1.56cm, IMC 36.5kg/m<sup>2</sup>.</p>	<p>Cuando no se siguen pautas de ingesta de alimentos adecuada hablamos de dietas desequilibradas. La dieta desequilibrada puede ser por exceso, causando sobrepeso u obesidad (DO2); pero también puede ser por defecto, con falta de alimentos que provoca malnutrición, déficit de los nutrientes necesarios (nutrición no balanceada) (DS1 y DS2). El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos<sup>12</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrepeso: IMC igual o superior a 25.</li> <li>• Obesidad: IMC igual o superior a 30. (D02).</li> </ul>	<p>Obesidad pág. 226</p>
<p><b>DS3.</b> Refiere que durante el día ingiere un litro y medio de agua.</p> <p><b>DO4.</b> Se observan mucosas y encías semi hidratada, de color rosa pálido.</p>	<p>Un adulto sano necesita unos 35 ml de agua al día por kilo de peso. Es la recomendación general de los organismos científicos como la OMS. Una persona de 50 kg necesita 1,7 litros; una de 60 kg, 2,1 litros; una de 70 kg, 2,4 litros; y una de 80 kg, 2,8 litros. La paciente tiene una ingesta de agua por debajo de la recomendación general para adultos (DS3) especialmente en condiciones de hospitalización, donde las demandas hídricas pueden aumentar debido a diferentes</p>	

ORDENAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	Etiquetas de NANDA
	<p>factores como su tratamiento farmacológico, entre otros. Las mucosas y encías se observan semi hidratadas y pálidas (D04) indican una posible deshidratación leve o insuficiencia en la hidratación, que también podría estar relacionada con una baja ingesta de nutrientes como el hierro, contribuyendo a la palidez. La hidratación inadecuada puede afectar negativamente funciones corporales esenciales, como la digestión, la función renal, y la cicatrización, además de exacerbar la sensación de fatiga y empeorar los problemas gastrointestinales<sup>13</sup>.</p>	
<p>D05. Se observa herida operatoria con eritema alrededor de la piel con salida de secreción purulenta de olor fétido. Con punto abierto en región abdominal baja.</p>	<p>Las Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ), ocurren después de intervenciones quirúrgicas en una parte del cuerpo donde se realizó la incisión, generando fiebre, drenaje de líquido purulento por la herida quirúrgica, enrojecimiento y dolor alrededor del área donde se realizó la incisión (D05). La presencia de Klebsiella como patógeno es una bacteria gramnegativa que comúnmente causa infecciones nosocomiales, incluyendo infecciones de herida quirúrgica particularmente en pacientes con factores de riesgo como diabetes u obesidad. Esta bacteria es conocida por su resistencia a múltiples antibióticos, lo que puede complicar el tratamiento. La secreción purulenta y el mal olor indican un proceso infeccioso avanzado, y la dehiscencia (D05) favorece la propagación de la infección, la paciente recibió</p>	<p>Recuperación quirúrgica retrasada pág.513</p> <p>Integridad de la piel deteriorada pág.507</p>

ORDENAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	Etiquetas de NANDA
	un manejo inmediato con desbridamiento, al momento continua con antibióticos de amplio espectro <sup>14</sup> .	
DO3. Se observa fragilidad capilar, con lesiones por múltiples venopunciones.	La fragilidad capilar, manifestada por lesiones en la piel tras múltiples venopunciones, indica una alteración en la resistencia de los vasos sanguíneos superficiales. Esta condición es común en pacientes de edad avanzada o aquellos con deficiencias nutricionales, como falta de vitamina C, que es crucial para la síntesis de colágeno y la integridad de las paredes vasculares. Además, la fragilidad capilar puede estar exacerbada por condiciones como diabetes, uso prolongado de corticosteroides o hipertensión, que afectan la microcirculación. Las venopunciones repetidas en pacientes hospitalizados también contribuyen al daño capilar y la formación de equimosis o hematomas, lo que aumenta el riesgo de infecciones.	
<b>Patrón No. 4: <u>Actividad y Ejercicio</u></b>		
DS1. Refiere que actualmente necesita ayuda de otra persona para actividades de autocuidado.	La necesidad de asistencia en las actividades de autocuidado puede ser una consecuencia de la cirugía de hernia incisional, combinada con las comorbilidades presentes. Los pacientes mayores pueden experimentar una reducción en su capacidad funcional postoperatoria debido al dolor, debilidad muscular y posible desregulación metabólica. Un	Déficit de autocuidado al bañarse pág. 316

ORDENAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	Etiquetas de NANDA
	<p>estudio publicado en el <i>Journal of Geriatric Surgery</i> muestra que los pacientes mayores tienen una mayor dependencia funcional post-ciurgia debido a la disminución de la reserva funcional y la presencia de comorbilidades. La cirugía puede agravar la debilidad preexistente y la capacidad reducida para realizar actividades diarias.</p>	
<p><b>DS2.</b> Informa que no realizar actividad física.</p> <p><b>DS4.</b> Refiere que presenta dificultad para la marcha, además manifiesta que se mareo.</p> <p><b>DO1.</b> Se observa que no logra mantener la coordinación y el equilibrio por mucho tiempo.</p> <p><b>DS3.</b> Manifiesta malestar físico con mareos. (<b>Patrón No. 6: <u>Cognitivo – Perceptivo</u></b>)</p>	<p>La paciente presenta una combinación de inactividad física, dificultad para la marcha, mareos y problemas de equilibrio, lo que sugiere un deterioro de la capacidad funcional y movilidad (<b>DS2, DS4, DO1 Y PVI DS3</b>). La falta de actividad física contribuye a la pérdida de fuerza muscular y coordinación, lo que agrava la inestabilidad postural y dificulta la marcha. Los mareos pueden estar relacionados a efectos secundarios de medicamentos, cambios en la presión arterial o deshidratación. Además, la postura antiálgica y el sostén de la región abdominal indican un miedo a la dehiscencia de la herida quirúrgica, lo que refuerza su dependencia de objetos externos para mantener el equilibrio. Esta combinación de factores crea un ciclo negativo: el dolor, la inactividad y el temor a lesionar la herida limitan aún más su movilidad, aumentando el riesgo de caídas y complicaciones secundarias.</p>	<p>Disminución de la tolerancia a la actividad pág. 280</p> <p>Riesgo de caída en adultos pág. 476</p>

ORDENAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	Etiquetas de NANDA
<p><b>DS3.</b> Manifiesta que presenta dolor de herida operatoria, con escala de EVA de 7.</p> <p><b>DS2.</b> Refiere que presenta signos de dolor (<b>Patrón No. 6: <u>Cognitivo – Perceptivo</u></b>)</p>	<p>El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño. Se produce cuando llegan a distintas áreas corticales del SNC un número de estímulos suficientes a través de un sistema aferente normalmente inactivo. El dolor (<b>DS3</b>) puede estar afectando la calidad de vida del paciente, su funcionalidad y su proceso de recuperación. Las personas expresan el dolor en forma verbal y mediante cambios en su comportamiento: lloran, se lamentan, gimen, hacen muecas, se muestran intranquilos, inquietos o deprimidos (<b>DS2</b>). Según IASP (Asociación Mundial para el Estudio del Dolor)<sup>15</sup></p>	<p>Dolor agudo pág. 554</p>
<p><b>Patrón No. 5: <u>Sueño y Reposo</u></b></p>		
<p><b>DS1.</b> Refiere que no se siente descansada y preparada para las actividades de la vida después de dormir, manifiesta que se “siente decaída”</p> <p><b>DS2.</b> Expresa que no logra dormir debido a factores ambientales externos como el ruido, luz, calor o frío.</p>	<p>La paciente presenta un estado de privación del sueño y fatiga manifestándose en su sensación de no estar descansada y en su decaimiento general (<b>DS1</b>). La interrupción del sueño por el personal de enfermería para la administración de medicamentos, junto con factores ambientales adversos como ruido, luz y temperatura, (<b>DS2</b>) limita su capacidad para lograr un sueño reparador, lo que, genera bostezos frecuentes y presencia de ojeras (<b>D01, D02</b>) La insuficiencia en la cantidad de sueño, (<b>DS3, D03</b>) que se</p>	<p>Patrón de sueño perturbado pág. 279</p>

ORDENAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	Etiquetas de NANDA
<p><b>DO1.</b> Se observa que bosteza con frecuencia</p> <p><b>DO2.</b> Se observan ojeras.</p> <p><b>DS3.</b> Informa que no realiza períodos de descanso durante el día.</p> <p><b>D03.</b> Posee dificultad para conciliar el sueño.</p> <p><b>DS4.</b> Refiere que solo duerme aproximadamente 6 horas diarias.</p>	<p>reduce a aproximadamente 6 horas diarias, (<b>DS4</b>) es insuficiente para un adecuado restablecimiento físico y mental, Existen varios signos de alteraciones en el sueño de la paciente que están afectando su bienestar general. Un valor de hemoglobina de 9.60 g/dl, indicativo de anemia, tuvo un impacto significativo en el estado de ánimo de la paciente, ya que reduce la capacidad del cuerpo para transportar oxígeno a los tejidos, lo que puede provocar fatiga crónica, debilidad y falta de energía (<b>PVII DS1</b>). Estos síntomas físicos no solo afectan la funcionalidad diaria, sino que también pueden llevar a sentimientos de frustración, desánimo y depresión (<b>PVII S4</b>). La sensación de estar constantemente cansada y "decaída" puede hacer que la paciente se sienta menos motivada para participar en actividades cotidianas, (<b>PIV DS2</b>) lo que contribuye a un ciclo negativo de aislamiento social y deterioro emocional. Además, la falta de sueño reparador, exacerbada por su estado de salud puede agravar la irritabilidad y la dificultad para concentrarse, generando un mayor impacto en su bienestar emocional.</p>	
<p><b>Patrón VI:</b> <u>Cognitivo / Perceptivo</u></p>		

ORDENAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	Etiquetas de NANDA
<p><b>DS1.</b> Expresa que tiene dificultad para ver claramente y no usa lentes, ya que fue diagnosticada con cataratas en ambos ojos, pero más avanzado en el ojo izquierdo.</p> <p><b>DS3.</b> Manifiesta malestar físico con mareos.</p>	<p>La paciente refiere que fue diagnosticada con cataratas en ambos ojos, pero más avanzado en el ojo izquierdo. Esta se define como una opacidad del cristalino del ojo, que suele ser transparente. Para las personas que tienen cataratas, ver a través de cristalinos opacos es parecido a mirar a través de una ventana escarchada o empañada<sup>16</sup>. Por lo que paciente refiere que observa borroso y no logra identificar los rostros; como vemos en el patrón I la paciente padece de diabetes mellitus tipo II y una de las complicaciones a largo plazo de esta son los problemas visuales por lo que no se descarta una relación, influye el factor que nunca ha usado lentes lo que resulta un mayor esfuerzo visual<sup>17</sup>.</p>	<p>Deterioro de la memoria Pag, 333</p>
<p><b>DO1.</b> Se examina que experimenta cambios en la memoria a corto plazo y la concentración.</p>	<p>Aunque los cambios en la memoria a corto plazo son comunes en adultos mayores, es importante distinguir entre lo que es parte del envejecimiento normal y lo que podría indicar un problema más serio. El deterioro cognitivo puede ser un estado que puede preceder a condiciones más serias como la demencia, las enfermedades crónicas y el estilo de vida pueden influir en gran manera en la memoria. Según un artículo de la revista española de geriatría y gerontología expresa que estudios transversales como los longitudinales ponen de manifiesto que las pérdidas de memoria son mucho más significativas en unas tareas que en otras. Esto</p>	

ORDENAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	Etiquetas de NANDA
	se relaciona con la situación actual de la paciente manifestada.	
DS2. Refiere que presenta signos de dolor	La paciente manifiesta dolor; El Subcomité de Taxonomía de la IASP (Asociación Internacional para el Estudio de dolor) define El dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial o descrita en los términos de dicha lesión. A esto podemos asociar la situación actual de la paciente con su herida operatoria contaminada y abierta de gran tamaño en relación a las complicaciones que ha presentado durante su recuperación se pueden atribuir los mareos.	
DS4. Paciente refiere "me siento sola en ocasiones, ya que me encuentro con medidas de aislamiento en un cuarto sola en este hospital, solo me vienen a ver a la hora de la comida y la medicina".	El impacto psicológico de la hospitalización en los pacientes ingresados en larga estancia es variable y se muestra en respuesta al estrés y en el desempeño del rol de enfermo del paciente hospitalizado es así como lo expresa el informe "Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico". Actualmente usuaria lleva más de 15 días de ingreso por su situación actual está en área de aislados, su diagnóstico ha sido algo difícil asimilar. La propia situación de hospitalización ya supone por sí misma una carga de ansiedad y unos problemas importantes para todos los implicados, ya sean los propios pacientes tanto por la	

ORDENAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	Etiquetas de NANDA
	propia evaluación de la enfermedad padecida, como por los tratamientos y exploraciones a que puede ser sometido <sup>18</sup> .	
<b>Patrón VII:</b> <a href="#">Auto percepción / Auto concepto</a>		
<p><b>DS1.</b> Manifiesta sentirse anciana y decaída.</p> <p><b>DS2.</b> Expresa que hay cosas que la enfadan frecuentemente</p> <p><b>DS3.</b> Informa que siente miedo o ansiedad</p> <p><b>DS4.</b> Expresa que ha experimentado periodos de desesperanza por prolongación de estadía en el hospital.</p> <p><b>DS5.</b> Expresa cambios en sus sentimientos hacia sí misma y su cuerpo</p>	<p>Usuaría de la tercera edad, con historia de hipertensión, diabetes, paciente postoperatoria con infección de sitio quirúrgico y obesidad, manifiesta el <b>DS1</b> en relación a como se siente lo que indica una notable afectación en su bienestar emocional y psicológico. Varios de estos síntomas se pueden relacionar con las enfermedades crónicas y complicaciones postoperatorias que tienen un efecto adverso en la autoevaluación y el estado emocional del paciente. Es así como podemos ver una relación entre el <b>DS3, DS4, Y DO1</b></p> <p>Las enfermedades crónicas en sí mismas pueden manifestarse con síntomas depresivos y de ansiedad, que se expresan en una evaluación negativa de sí mismo y desesperanza. Además, el dolor continuo y problemas de salud deterioran el bienestar y causan irritabilidad como se observa en el <b>DS2</b>. Florence Nightingale la madre de la enfermería moderna. Aunque no se refiriese a ella como “enfermería holística”, Nightingale conocía a fondo el concepto de tratamiento del paciente como un todo y los</p>	<p>Desesperanza pág. 341</p> <p>Trastorno de la imagen corporal Pág. 355</p>

ORDENAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	Etiquetas de NANDA
	<p>factores ambientales que podrían afectar a su recuperación. A medida que el tiempo avanza, la paciente ha presentado el <b>DS5</b> en los últimos años debido a diferentes situaciones que van deteriorando su autopercepción; La forma en que las personas mayores se ven a sí mismos puede estar influenciada por su salud, su capacidad para realizar actividades y realizar actividades sociales. Aquellos que mantienen una actitud positiva hacia el envejecimiento tienden a tener una mejor calidad de vida y bienestar emocional.</p>	
<p><b>Patrón VIII: <u>Patrón rol/relaciones.</u></b></p>		
<p><b>DS1.</b> Refiere que vivía con su hermana con quien tenía una buena relación, pero recientemente falleció; del cual no pudo asistir a su velorio ya que en ese momento ella se encuentra hospitalizada, por lo que le generaba tristeza.</p>	<p>La familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar. La pérdida de un ser querido en una situación de enfermedad es desfavorable en la pronta recuperación de la usuaria se compromete en relación al <b>DS1</b> podemos ver que su salud emocional se vio afectada en gran manera por dicho suceso es una suma de emociones que desfavorecen a un paciente con enfermedades crónicas degenerativas que a lo largo pueden traer resultados negativos como el <b>DS4</b> del anterior patrón.</p>	

ORDENAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	Etiquetas de NANDA
<b>Patrón IX: <a href="#">Sexualidad</a></b>		
<p><b>DS1.</b> Informa que no se ha realizado la citología.</p>	<p>A partir de los 50 años, se recomienda que las mujeres se realicen citologías regularmente, ya que el riesgo de desarrollar problemas de salud aumenta con la edad. Estudios indican que las mujeres que se someten a al menos tres citologías entre los 50 y 65 años tienen un riesgo significativamente menor de desarrollar cáncer cervical.</p> <p>La Klebsiella Pneumoniae puede causar infecciones graves en diversas partes del cuerpo, incluyendo los pulmones, la vejiga, el cerebro, el hígado y la sangre. Estas infecciones son particularmente preocupantes en entornos hospitalarios, en relación con el <b>DS2</b> usuaria presenta salida de secreción de su herida operatoria por lo que se debe brindar cuidados higiénicos integrales de manera oportuna para evitar la transmisión de dicha bacteria a otras partes del</p>	
<b>Patrón X: <a href="#">Afrontamiento / Tolerancia al Estrés</a></b>		
<p><b>DS1.</b> Expresa que ha presentado crisis emocionales</p>	<p>La pérdida de un ser querido, sentimientos de desesperanza y problemas de salud, son algunos síntomas de crisis emocionales que están presentes durante la hospitalización de la paciente, por lo que la salud mental está siendo</p>	

<b>ORDENAMIENTO DE DATOS</b>	<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN</b>	<b>Etiquetas de NANDA</b>
	<p>afectada también debido a que la adaptación a estos cambios puede generar ansiedad La comunicación efectiva y el apoyo social son fundamentales para ayudar a la persona en crisis a procesar sus emociones y encontrar soluciones. Practicar hábitos saludables, como dormir bien, alimentarse correctamente lo que se ve relacionado con los demás patrones<sup>19</sup>.</p>	

## 2.2.2. Fase diagnóstica.

**Tabla 7***Diagnósticos enfermeros centrados en el problema*

## a) Diagnósticos enfermeros

**DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA N° 1****PASO N°1: VALIDACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS (NANDA)**

<b>1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:</b>	Obesidad		
<b>2. DEFINICIÓN:</b>	Afección en la que un individuo acumula un exceso de grasa para la edad y el sexo que supera el sobrepeso.		
<b>3. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACIÓN (MG)</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	- Se define un peso de 89 kg, talla 1.56cm, IMC 36.5kg/m2.	• ADULTO: Índice de masa corporal > 30 kg / m2	
<b>4. FACTORES RELACIONADOS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN LA VALORACIÓN</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	- Expresa que Ingiere cinco tazas de café al día. - Expresa que no come frutas, consume cereales como frijoles y arroz todos los días en dos tiempos de comida y jugos artificiales con azúcares añadidas.	• Patrones de comportamiento alimentario anormales • Consumo de bebidas azucaradas.	
<b>5. DOMINIO: 2</b>	Nutrición		
<b>6. CLASE: 1</b>	Ingestión		
<b>7. CÓDIGO:</b>	00232	<b>8. N° DE PAG.</b>	226

**PASO N° 2: CONSTRUCCIÓN DE DIAGNÓSTICOS: Utilice el método PES; de la siguiente manera:**

<b>PROBLEMA (P)</b>	<b>ETIOLOGÍA (E)</b>	<b>SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)</b>
Obesidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrones de comportamiento alimentario anormales</li> <li>• Consumo de bebidas azucaradas.</li> </ul>	• ADULTO: Índice de masa corporal > 30 kg / m2

## DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA N° 2

### PASO N° 1: VALIDACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS (NANDA)

<b>1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:</b>	Patrón de sueño alterado		
<b>2. DEFINICIÓN:</b>	Despertares limitados en el tiempo debido a factores externos.		
<b>3. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACIÓN(MG)</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refiere que no se siente descansada y preparada para las actividades de la vida diaria.</li> <li>- Informa que no realiza períodos de descanso durante el día.</li> <li>- Refiere que solo duerme aproximadamente 6 horas diarias.</li> <li>- Se observa que bosteza con frecuencia</li> <li>- Se observan ojeras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad en el funcionamiento diario</li> <li>• Dificultad para mantener el estado de sueño</li> <li>• Expresa insatisfacción con el sueño.</li> <li>• Expresa cansancio</li> </ul>	
<b>4. FACTORES RELACIONADOS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN LA VALORACIÓN</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresa que no logra dormir debido a factores ambientales externos. Además, refiere “en la noche no logro dormir porque las enfermeras me vienen a poner la medicina”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perturbaciones ambientales</li> </ul>	
<b>5. DOMINIO: 4</b>	Actividad / descanso		
<b>6. CLASE: 1</b>	Sueño / descanso		
<b>7. CÓDIGO:</b>	8. 0019 8	<b>4. N° DE PÁG.</b>	279

### PASO N° 2: CONSTRUCCIÓN DE DIAGNÓSTICOS: Utilice el método PES; de la siguiente manera:

PROBLEMA (P)	ETIOLOGÍA (E)	SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perturbaciones ambientales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad en el funcionamiento diario</li> <li>• Dificultad para mantener el estado de sueño</li> <li>• Expresa insatisfacción con el sueño.</li> <li>• Expresa cansancio</li> </ul>



## DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA N° 4

### PASO N° 1: VALIDACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS (NANDA)

<b>1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:</b>		Déficit de autocuidado al bañarse	
<b>2. DEFINICIÓN:</b>		Incapacidad para completar de forma independiente las actividades de limpieza.	
<b>3. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>		<b>DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACIÓN(MG)</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>
		- Refiere que actualmente necesita ayuda de otra persona para actividades de autocuidado.	• Dificultad para lavar el cuerpo
<b>4. FACTORES RELACIONADOS:</b>		<b>DATOS RECOLECTADOS EN LA VALORACIÓN</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>
		- Manifiesta que presenta dolor en la herida operatoria, con escala de EVA de 7. - Refiere que presenta dificultad para la marcha, además manifiesta que se mareo. - Se observa que no logra mantener la coordinación y el equilibrio por mucho tiempo, debido a H.O	• Dolor • Debilidad
<b>5. DOMINIO: 4</b>		Actividad / descanso	
<b>6. CLASE: 5</b>		Autocuidado	
<b>7. CODIGO:</b>	00108	<b>8. N° DE PAG.</b>	316

### PASO N° 2: CONSTRUCCIÓN DE DIAGNÓSTICOS: Utilice el método PES; de la siguiente manera:

PROBLEMA (P)	ETIOLOGÍA (E)	SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)
Déficit de autocuidado al bañarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor</li> <li>• Debilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para lavar el cuerpo</li> </ul>

## DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA N° 5

### PASO N° 1: VALIDACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS (NANDA)

<b>1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:</b>		Dolor agudo	
<b>2. DEFINICIÓN:</b>		Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración inferior a 3 meses.	
<b>3. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>		<b>DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACIÓN(MG)</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifiesta que presenta dolor en la herida operatoria, con escala de EVA de 7</li> <li>- Refiere que presenta signos de dolor al realizar movimientos leves debido a una herida quirúrgica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informa la intensidad utilizando una escala de dolor estandarizada</li> <li>• Comportamiento expresivo</li> </ul>
<b>4. FACTORES RELACIONADOS:</b>		<b>DATOS RECOLECTADOS EN LA VALORACIÓN</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se observa herida operatoria con eritema alrededor de la piel con salida de secreción purulenta de olor fétido, con punto abierto en región abdominal baja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agente de lesiones físicas</li> </ul>
<b>5. DOMINIO: 12</b>		Comodidad	
<b>6. CLASE: 1</b>		Comodidad/física	
<b>7. CÓDIGO:</b>	00132	<b>8. N° DE PÁG.</b>	554

### PASO N° 2: CONSTRUCCIÓN DE DIAGNÓSTICOS: Utilice el método PES; de la siguiente manera:

PROBLEMA (P)	ETIOLOGÍA (E)	SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)
Dolor agudo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agente de lesiones físicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informa la intensidad utilizando una escala de dolor estandarizada</li> <li>• Comportamiento expresivo</li> </ul>

## DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA N° 6

### PASO N° 1: VALIDACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS (NANDA)

<b>1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:</b>	Recuperación quirúrgica retrasada		
<b>2. DEFINICIÓN:</b>	Ampliación del número de días postoperatorios necesarios para iniciar y realizar actividades que mantengan la vida, la salud y el bienestar.		
<b>3. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACIÓN(MG)</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refiere que presento infección de sitio quirúrgico. Con cultivo Klebsiella pneumoniae Blee positivo.</li> <li>- Refiere que le realizan curación cada día de H.O.</li> <li>- Manifiesta que presenta dolor de herida operatoria, con escala de EVA de 7.</li> <li>- Se observa que no logra mantener la coordinación y el equilibrio por mucho tiempo, debido a H.O</li> <li>- Refiere que actualmente necesita ayuda de otra persona para actividades de autocuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cicatrización interrumpida del área quirúrgica.</li> <li>• Expresa malestar</li> <li>• Dificultad para moverse</li> <li>• Requiere ayuda para el autocuidado</li> </ul>	
<b>4. FACTORES RELACIONADOS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN LA VALORACIÓN</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se define un peso de 89 kg, talla 1.56cm, IMC 36.62kg/m<sup>2</sup>.</li> <li>- Refiere que padece de diabetes mellitus tipo 2. Esquema de insulina durante su hospitalización: 150 – 200 2UI, 201 -250 4UI, 251 – 300 6 UI, 301 – 350 8 UI, Mayor a 350 10UI</li> <li>- Ultimo valor:135 mg/dl.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad</li> <li>• Aumento del nivel de glucosa en sangre.</li> </ul>	
<b>5. DOMINIO: 11</b>	Seguridad/protección		
<b>6. CLASE: 2</b>	Lesión física		
<b>7. CÓDIGO :</b>	<b>00100</b>	<b>8. N° DE PAG.</b>	513

### PASO N° 2: CONSTRUCCIÓN DE DIAGNÓSTICOS: Utilice el método PES; de la siguiente manera:

PROBLEMA (P)	ETIOLOGÍA (E)	SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)
Recuperación quirúrgica retrasada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad</li> <li>• Aumento del nivel de glucosa en sangre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cicatrización interrumpida del área quirúrgica.</li> <li>• Expresa malestar</li> <li>• Dificultad para moverse</li> <li>• Requiere ayuda para el autocuidado</li> </ul>

## DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA N° 7

### PASO N° 1: VALIDACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS (NANDA)

<b>1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:</b>	Deterioro de la integridad de la piel		
<b>2. DEFINICIÓN:</b>	Epidermis y / o dermis alterada		
<b>3. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACIÓN</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refiere dolor de moderada intensidad en H.O.</li> <li>- Se observa eritema alrededor de la piel.</li> <li>- Se observa herida operatoria en tercio medio del abdomen. Con punto abierto en región abdominal baja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor agudo</li> <li>• Color de piel alterado.</li> <li>• Superficie de la piel alterada</li> </ul>	
<b>4. FACTORES RELACIONADOS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN LA VALORACIÓN</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se observa herida operatoria con salida de secreción purulenta de olor fétido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humedad excesiva</li> <li>• Secreciones</li> </ul>	
<b>5. DOMINIO: 11</b>	Seguridad/ protección.		
<b>6. CLASE: 2</b>	Lesión Física		
<b>7. CÓDIGO:</b>	00046	<b>8. N° DE PAG.</b>	507

### PASO N° 2: CONSTRUCCIÓN DE DIAGNÓSTICOS: Utilice el método PES; de la siguiente manera:

<b>PROBLEMA (P)</b>	<b>ETIOLOGÍA (E)</b>	<b>SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)</b>
Integridad de la piel deteriorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humedad excesiva</li> <li>• Secreciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor agudo</li> <li>• Color de piel alterado.</li> <li>• Superficie de la piel alterada</li> </ul>

## DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA N° 8

### PASO N° 1: VALIDACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS (NANDA)

<b>1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:</b>	Desesperanza		
<b>2. DEFINICIÓN:</b>	La sensación de que uno no experimentará emociones positivas o una mejora en su condición.		
<b>3. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACIÓN</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresa que ha experimentado periodos de desesperanza y comenta que "los antibióticos no me hacen efecto, porque me volvieron hacer examen de cultivo y continuo con la bacteria y nunca me voy de alta".</li> <li>- Refiere que no se siente descansada y preparada para las actividades de la vida después de dormir, pues manifiesta que se "siente decaída".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresa una esperanza disminuida.</li> <li>• Reporta ciclo de sueño-vigilia alterado.</li> </ul>	
<b>4. FACTORES RELACIONADOS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN LA VALORACIÓN</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente refiere "me siento sola en ocasiones, ya que me encuentro con medidas de aislamiento en cuarto sola".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento social</li> </ul>	
<b>5. DOMINIO: 6</b>	Autopercepción.		
<b>6. CLASE: 1</b>	Autoconcepto		
<b>7. CÓDIGO:</b>	00124	<b>8. N° DE PAG.</b>	341

### PASO N° 2: CONSTRUCCIÓN DE DIAGNÓSTICOS: Utilice el método PES; de la siguiente manera:

PROBLEMA (P)	ETIOLOGÍA (E)	SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)
Desesperación	Aislamiento social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresa una esperanza Disminuida.</li> <li>• Reporta ciclo de sueño-vigilia alterado.</li> </ul>

## DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA N° 9

### PASO N° 1: VALIDACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS (NANDA)

<b>1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:</b>	Deterioro de la memoria		
<b>2. DEFINICIÓN:</b>	Incapacidad persistente para recordar o recordar bits de información o habilidades, mientras se mantiene la capacidad de realizar de forma independiente las actividades de la vida diaria.		
<b>3. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACIÓN</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	- Refiere que olvida las llaves de la puerta, y si cierra el grifo del agua.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para recordar eventos</li> <li>• Dificultad para recordar si un comportamiento fue realizado</li> </ul>	
<b>4. FACTORES RELACIONADOS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN LA VALORACIÓN</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente refiere “me siento sola en ocasiones, ya que me encuentro con medidas de aislamiento”</li> <li>- Expresa que hay cosas que la enfadan frecuentemente</li> <li>- Informa que siente miedo o ansiedad</li> <li>- Expresa que ha experimentado periodos de desesperanza.</li> <li>- Refiere que se siente triste ya que no asistió al velorio y funeral de su hermana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Síntomas depresivos</li> </ul>	
<b>5. DOMINIO: 5</b>	Percepción / cognición		
<b>6. CLASE: 4</b>	cognición		
<b>7. CÓDIGO:</b>	00131	<b>8. N° DE PÁG.</b>	333

### PASO N° 2: CONSTRUCCIÓN DE DIAGNÓSTICOS: Utilice el método PES; de la siguiente manera:

PROBLEMA (P)	ETIOLOGÍA (E)	SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)
Deterioro de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Síntomas depresivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para recordar eventos</li> <li>• Dificultad para recordar si un comportamiento fue realizado</li> </ul>

## DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA N° 10

### PASO N° 1: VALIDACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS (NANDA)

<b>1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:</b>	Trastorno de la imagen corporal		
<b>2. DEFINICIÓN:</b>	Imagen mental negativa del yo físico.		
<b>3. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	- Expresa que ha notado cambios en sus sentimientos hacia sí misma y su cuerpo, manifestando que "desde los 40 años sentí que mi salud se vino abajo"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrado en la apariencia pasada</li> <li>• Monitorea los cambios en el cuerpo.</li> </ul>	
<b>4. FACTORES RELACIONADOS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN LA VALORACIÓN</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se define con un IMC 36.5kg/m<sup>2</sup>.</li> <li>- Manifiesta que se siente anciana y decaída</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad</li> <li>• Baja autoestima</li> </ul>	
<b>5. DOMINIO: 6</b>	Autopercepción		
<b>6. CLASE: 3</b>	Imagen corporal		
<b>7. CODIGO:</b>	00118	<b>8. N° DE PAG.</b>	355

### PASO N° 2: CONSTRUCCIÓN DE DIAGNÓSTICOS: Utilice el método PES; de la siguiente manera:

PROBLEMA (P)	ETIOLOGÍA (E)	SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)
Trastorno de la imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad</li> <li>• Baja autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrado en la apariencia pasada</li> <li>• Monitorea los cambios en el cuerpo.</li> </ul>

**Tabla 8**  
*Diagnósticos enfermeros de riesgos*

**DIAGNOSTICO ENFERMERO DE RIESGO N° 11**

**PASO N° 1: VALIDACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS (NANDA)**

<b>1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:</b>	Riesgo de nivel de glucemia inestable		
<b>2. DEFINICIÓN:</b>	Susceptible a variaciones en los niveles séricos de glucosa del rango normal, lo que puede comprometer la salud.		
<b>3. FACTORES DE RIESGO:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACIÓN</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	<p>- Expresa que no come frutas, verduras de manera frecuente, cereales como frijoles y arroz todos los días en dos tiempos de comida, toma jugos artificiales con azúcares añadidas.</p> <p>- Refiere que nunca ha tomado nada para la diabetes.</p> <p>- Manifiesta que no realiza control de glucemia capilar o en sangre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingesta dietética inadecuada.</li> <li>• Conocimiento inadecuado sobre el manejo de la enfermedad.</li> <li>• Autocontrol inadecuado de la glicemia.</li> </ul>	
<b>4. DOMINIO: 2</b>	Nutrición/ Metabolismo		
<b>5. CLASE: 4</b>	Nutrición		
<b>6. CÓDIGO:</b>	00179	<b>7. N° DE PAG.</b>	236

**PASO N° 2: CONSTRUCCIÓN DE DIAGNOSTICO:** Utilice el método P + FR ; de la siguiente manera:

<b>PROBLEMA (P)</b>	<b>FACTOR DE RIESGO</b>
Riesgo de nivel de glucemia inestable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingesta dietética inadecuada.</li> <li>• Conocimiento inadecuado sobre el manejo de la enfermedad.</li> <li>• Autocontrol inadecuado de la glicemia.</li> </ul>

## DIAGNOSTICO ENFERMERO DE RIESGO N° 12

### PASO N° 1: VALIDACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS (NANDA)

<b>1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:</b>	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional		
<b>2. DEFINICIÓN:</b>	Susceptible a aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica dentro del tracto gastrointestinal, lo que puede comprometer la salud.		
<b>3. FACTORES DE RIESGO:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACIÓN</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se observa con dificultad para la marcha pues refiere que se mareo y se sostiene abdomen por miedo a que se habrá más la herida.</li> <li>- Expresa que su Apetito ha disminuido pues refiere que no le gusta la comida que le dan en el Hospital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movilidad física deteriorada</li> <li>• Cambio de hábitos alimenticios</li> </ul>	
<b>4. DOMINIO: 3</b>	Eliminación e intercambio		
<b>5. CLASE: 2</b>	Función gastrointestinal		
<b>6. CÓDIGO:</b>	00197	<b>7. N° DE PAG.</b>	269

### PASO N° 2: CONSTRUCCIÓN DE DIAGNOSTICO: Utilice el método P + FR ; de la siguiente manera:

<b>PROBLEMA (P)</b>	<b>FACTOR DE RIESGO</b>
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movilidad física deteriorada</li> <li>• Cambio de hábitos alimenticios</li> </ul>

**DIAGNOSTICO ENFERMERO DE RIESGO N° 13****PASO N° 1: VALIDACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS (NANDA)**

<b>1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:</b>	Riesgo de caídas en adultos		
<b>2. DEFINICIÓN:</b>	Adulto susceptible de experimentar un evento que resulte en descansar inadvertidamente en el suelo, piso u otro nivel inferior, lo que puede comprometer la salud.		
<b>3. FACTORES DE RIESGO:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se observa dificultad para la marcha</li> <li>- Manifiesta que sufrió un accidente de tipo casero manifestando que se deslizó en el piso de su casa</li> <li>- Se define con un Peso 89 kg, talla 1.56cm, IMC36.62kg/m<sup>2</sup>.</li> <li>- Refiere que tiene dificultad para realizar actividades de autocuidado de baño, acicalamiento y vestido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro de la movilidad física.</li> <li>• Equilibrio postural alterado.</li> <li>• Obesidad</li> <li>• Dificultad para desempeñar actividades de la vida diaria.</li> </ul>	
<b>4. DOMINIO: 11</b>	Seguridad / protección		
<b>5. CLASE: 2</b>	Lesión física		
<b>6. CÓDIGO:</b>	00303	<b>7. N° DE PAG.</b>	476

**PASO N° 2: CONSTRUCCIÓN DE DIAGNOSTICO: Utilice el método P + FR; de la siguiente manera:**

<b>PROBLEMA (P)</b>	<b>FACTOR DE RIESGO</b>
Riesgo de caídas en adultos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro de la movilidad física.</li> <li>• Equilibrio postural alterado.</li> <li>• Obesidad</li> <li>• Dificultad para desempeñar actividades de la vida diaria.</li> </ul>

**Tabla 9***Diagnostico enfermero de promoción de la salud***DIAGNOSTICO ENFERMERO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD N° 14****PASO N° 1: VALIDACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS (NANDA)**

<b>1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:</b>	Autogestión ineficaz de la salud		
<b>2. DEFINICIÓN:</b>	Manejo insatisfactorio de síntomas, régimen de tratamiento, consecuencias físicas, psicosociales y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una enfermedad crónica.		
<b>3. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION(MG)</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente expresa que evalúa su salud como regular, ya que padece de colon irritable, hipertensión arterial, obesidad tipo II, diabetes mellitus tipo II.</li> <li>- Refiere que no ha tomado medicación para la diabetes, ya que la ha manejado únicamente a través de la alimentación.</li> <li>- Paciente lleva una alimentación inadecuada e ingiere durante el día un litro y medio de agua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresa insatisfacción con la calidad de vida.</li> <li>• No incluir régimen de tratamiento en la vida diaria.</li> <li>• Elecciones ineficaces en la vida diaria para alcanzar el objetivo de salud.</li> </ul>	
<b>4. FACTORES RELACIONADOS:</b>	<b>DATOS RECOLECTADOS EN LA VALORACION</b>	<b>VALIDACIÓN (NANDA)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresa que ingiere cinco tazas de café al día.</li> <li>- Expresa que no come frutas, alto consumo de carbohidratos y jugos artificiales con azúcares añadidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento inadecuado del régimen de tratamiento.</li> </ul>	
<b>5. DOMINIO: 1</b>	Promoción de la salud		
<b>6. CLASE: 2</b>	Gestión de la salud		
<b>7. CÓDIGO:</b>	00294	<b>8. N° DE PAG.</b>	201

**PASO N° 2: CONSTRUCCIÓN DE DIAGNÓSTICOS: Utilice el método PES; de la siguiente manera:**

<b>PROBLEMA (P)</b>	<b>ETIOLOGÍA (E)</b>	<b>SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)</b>
Autogestión ineficaz de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento inadecuado del régimen de tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresa insatisfacción con la calidad de vida.</li> <li>• No incluir régimen de tratamiento en la vida diaria.</li> <li>• Elecciones ineficaces en la vida diaria para alcanzar el objetivo de salud.</li> </ul>

## b) Listado de diagnóstico enfermero

**Tabla 10***Listados de diagnósticos*

N°	Diagnóstico enfermero
1.	<b>Obesidad R/C</b> Patrones de comportamiento alimentario anormales, Consumo de bebidas azucaradas. <b>E/P</b> ADULTO: Índice de masa corporal > 30 kg / m <sup>2</sup> (Dominio 2: Nutrición, clase 2: Ingestión, código: 00232, pág. 226)
2.	<b>Patrón de sueño alterado R/C</b> Perturbaciones ambientales <b>E/P</b> Dificultad en el funcionamiento diario, Dificultad para mantener el estado de sueño, Expresa insatisfacción con el sueño, Expresa cansancio (Dominio 4: Actividad / descanso, clase 2: Sueño / descanso, código: 00198, pág. 279)
3.	<b>Disminución de la tolerancia a la actividad R/C</b> Dolor, Síntomas depresivos <b>E/P</b> Expresa fatiga y Debilidad generalizada (Dominio 4: Actividad / descanso, clase 2: Actividad / ejercicio, código: 00298, pág. 280)
4.	<b>Déficit de autocuidado al bañarse R/C</b> Dolor, Debilidad <b>E/P</b> Dificultad para lavar el cuerpo (Dominio 4: Actividad / descanso, clase 5: Autocuidado, código: 00108, pág. 316)
5.	<b>Dolor agudo R/C</b> Agente de lesiones físicas <b>M/P</b> Informa la intensidad utilizando una escala de dolor estandarizada, Comportamiento expresivo (Dominio 12: Comodidad, clase 1: Comodidad/física, código: 00132, pág. 554)
6.	<b>Recuperación quirúrgica retrasada R/C</b> Obesidad, Aumento del nivel de glucosa en sangre. <b>E/P</b> Cicatrización interrumpida del área quirúrgica, expresa malestar, dificultad para moverse, requiere ayuda para el autocuidado. (Dominio 11: Seguridad/ Protección, Clase 2: Lesión física, código 00100, pág.513 ).
7.	<b>Deterioro de la Integridad de la piel R/C</b> secreciones, Humedad excesiva <b>E/P</b> dolor agudo, color de piel alterado, superficie de la piel alterada. (Dominio 11: Seguridad/

N°	Diagnóstico enfermero
	Protección, Clase 2: Lesión Física, código 00046, pág.507).
8.	<b>Desesperanza R/C</b> Aislamiento social <b>E/P</b> Expresa una esperanza disminuida, reporta de sueño -vigila alterado. (Dominio 6: Auto percepción, Clase 1: Autoconcepto, código: 00124, pág. 341).
9.	<b>Deterioro de la memoria R/C</b> Síntomas depresivos, Aislamiento social <b>M/P</b> Dificultad para recordar eventos, Dificultad para recordar si un comportamiento fue realizado (Dominio 5: Percepción / cognición Clase 4: Cognición, código: 00131, pág. 333.)
10.	<b>Trastorno de la imagen corporal R/C</b> Obesidad, baja autoestima <b>M/P</b> Síntomas depresivos, Centrado en la apariencia pasada, Monitorea los cambios en el cuerpo. (Dominio 6: Auto percepción Clase 4: Imagen corporal, código: 00118, pág. 355.)
11.	<b>Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C</b> Ingesta dietética inadecuada, conocimiento inadecuado sobre el manejo de la enfermedad, autocontrol inadecuado de la glicemia. (Dominio 2: Nutrición/ Metabolismo, clase 4: Nutrición, código: 00179, pág. 236)
12.	<b>Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional R/C</b> movilidad física deteriorada, cambios de hábitos alimenticios. (Dominio 3: Eliminación e intercambio, clase 2: Función gastrointestinal, código: 00197, pág. 269).
13.	<b>Riesgo de caídas en adultos R/C</b> Deterioro de la movilidad física, equilibrio postural alterado, obesidad y dificultad para desempeñar actividades de la vida diaria. (Dominio 11: Seguridad/ protección, Clase 2: Lesión física, código: 00303, pág. 476.)
14.	<b>Autogestión ineficaz de la salud R/C</b> Conocimiento inadecuado del régimen de tratamiento <b>E/P</b> Expresa insatisfacción con la calidad de vida, No incluir régimen de tratamiento en la vida diaria, Elecciones ineficaces en la vida diaria para alcanzar el objetivo de salud. (Dominio 1: Promoción de la salud, clase 2: Gestión de la salud, código: 00294, pág. 201)

## c) Redacción y priorización de diagnósticos enfermeros

Se eligió el MÉTODO BIOPSIICOSOCIAL con el propósito de categorizar los problemas obtenidos en prioridad alta, media y baja para saber en el cual intervenir de forma inmediata y cuáles no.

**Tabla 11**  
*Priorización de diagnósticos*

N°	Diagnóstico enfermero	Método de priorización	Razonamiento de la priorización
1.	Autogestión ineficaz de la salud <b>R/C</b> Conocimiento inadecuado del régimen de tratamiento <b>E/P</b> Expresa insatisfacción con la calidad de vida, No incluir régimen de tratamiento en la vida diaria, Elecciones ineficaces en la vida diaria para alcanzar el objetivo de salud.	<b>ALTA</b>	El estilo de vida de la paciente su condición y calidad de vida son factores que se relacionan con la falta de conocimiento sobre el régimen de tratamiento lo que puede llevar a decisiones ineficaces que empeoran su estado de salud, incrementando el riesgo de complicaciones, es aquí en donde la educación para salud puede hacer un impacto positivo en la paciente y su entorno.
2.	Recuperación quirúrgica retrasada <b>R/C</b> Obesidad, Aumento del nivel de glucosa en sangre. <b>E/P</b> Cicatrización interrumpida del área quirúrgica, expresa malestar, dificultad para moverse, requiere ayuda para el autocuidado.	<b>ALTA</b>	La cicatrización interrumpida puede resultar en complicaciones graves y afectar la capacidad de la paciente para moverse y realizar actividades de autocuidado. El resultado positivo a una bacteria, la abundancia de tejido adiposo en la región abdominal complica la recuperación de la paciente lo que conlleva a un tiempo

N°	Diagnóstico enfermero	Método de priorización	Razonamiento de la priorización
			prolongado de curación de la herida.
3.	<p>Riesgo de caídas en adultos  <b>R/C</b> Deterioro de la movilidad física, equilibrio postural alterado, obesidad y dificultad para desempeñar actividades de la vida diaria.</p>	<b>ALTA</b>	<p>Es importante intervenir en el entorno de la paciente, las caídas son un riesgo latente en este caso incrementa por ser una persona de la tercera edad con antecedentes de caída en el hogar, y discapacidad visual que refiere, además de la limitación a movimientos y a una posición erguida por su situación actual.</p>
4.	<p>Deterioro de la integridad de la piel <b>R/C</b> secreciones, Humedad excesiva <b>E/P</b> dolor agudo, color de piel alterado, superficie de la piel alterada.</p>	<b>MEDIA</b>	<p>Las alteraciones en la piel pueden ser extremadamente dolorosas y afectar la imagen corporal. Por lo que, es necesario brindar apoyo emocional para ayudar al paciente a mantener su autoestima mientras enfrenta las complicaciones. No obstante, la paciente no refería dolor intenso en región de la herida más sin embargo era de gran tamaño lo que conlleva en un futuro una cicatriz en la mayor parte de su abdomen alterando la auto percepción de su físico.</p>

N°	Diagnóstico enfermero	Método de priorización	Razonamiento de la priorización
5.	<p>Riesgo de nivel de glucemia inestable <b>R/C</b> Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable <b>M/P</b> Ingesta dietética inadecuada, conocimiento inadecuado sobre el manejo de la enfermedad, autocontrol inadecuado de la glicemia.</p>	<b>MEDIA</b>	<p>El nivel de glucosa en sangre de la paciente es mayor al de los rangos normales, refiere que no toma ningún medicamento para dicha enfermedad además que no realiza autocontrol de su glucosa, lo que puede estar relacionado con la prolongación de tiempo hospitalizada debido a la dificultad de la cicatrización de su herida operatoria abdominal. Es por esto que se maneja como una prioridad alta.</p>
6.	<p>Dolor agudo <b>R/C</b> Agente de lesiones físicas <b>M/P</b> Informa la intensidad utilizando una escala de dolor estandarizada, Comportamiento expresivo</p>	<b>MEDIA</b>	<p>Aunque el dolor agudo puede ser manejado con intervenciones a corto plazo, su impacto en la calidad de vida es significativo. Por lo tanto, es importante abordar el dolor de manera efectiva para permitir que la paciente participe en su tratamiento y actividades diarias vigilando si existe un aumento a intenso según la escala de EVA.</p>
7.	<p>Obesidad <b>R/C</b> Patrones de comportamiento alimentario anormales y Consumo de bebidas azucaradas. <b>E/P</b></p>	<b>MEDIA</b>	<p>La obesidad aumenta el deterioro de la calidad de vida de la paciente en conjunto con las enfermedades antes mencionadas es una situación de</p>

N°	Diagnóstico enfermero	Método de priorización	Razonamiento de la priorización
	ADULTO: Índice de masa corporal > 30 kg / m <sup>2</sup>		riesgo no inmediata. Debido a que el cambio en el peso depende de los hábitos alimenticios, afecciones patológicas, y movilidad física de la paciente que puede variar en un periodo largo de tiempo.
8.	Disminución de la tolerancia a la actividad <b>R/C</b> Dolor, Síntomas depresivos <b>E/P</b> Expresa fatiga y Debilidad generalizada	<b>MEDIA</b>	La disminución de la tolerancia a la actividad puede afectar la calidad de vida, su impacto inmediato es tan crítico como otros problemas. Pueden ser abordadas de manera gradual, lo que permitirá mejorar la tolerancia a la actividad sin la necesidad de intervención inmediata.
9.	Desesperanza <b>R/C</b> Aislamiento social <b>E/P</b> Expresa una esperanza disminuida, reporta de sueño - vigila alterado.	<b>BAJA</b>	La salud mental es fundamental, y la desesperación puede afectar el autocuidado y la adherencia al tratamiento, aunque no siempre requiere intervención inmediata.
10.	Patrón del sueño alterado <b>R/C</b> perturbaciones ambientales <b>E/P</b> Dificultad en el funcionamiento diario, Dificultad para mantener el estado de sueño, Expresa insatisfacción con el sueño,	<b>BAJA</b>	Afecta la calidad de vida y el funcionamiento diario, pero se puede manejar con cambios ambientales y ajustes en la rutina.

N°	Diagnóstico enfermero	Método de priorización	Razonamiento de la priorización
	Expresa cansancio.		
11.	Déficit de autocuidado al bañarse <b>R/C</b> Dolor y Debilidad <b>E/P</b> Dificultad para lavar el cuerpo	<b>BAJA</b>	Si bien es importante, el autocuidado puede mejorarse gradualmente con apoyo y adaptaciones.
12.	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional <b>R/C</b> movilidad física deteriorada, cambios de hábitos alimenticios	<b>BAJA</b>	Aunque puede causar malestar, generalmente puede ser manejado mediante cambios en la dieta y ejercicio. Su manejo es menos urgente y puede ser parte de un enfoque integral.
13.	Deterioro de la memoria <b>R/C</b> Síntomas depresivos, Aislamiento social <b>M/P</b> Dificultad para recordar eventos, Dificultad para recordar si un comportamiento fue realizado.	<b>BAJA</b>	Estas preocupaciones pueden afectar la calidad de vida, pero pueden ser tratadas en etapas posteriores, integrándose en un enfoque de atención más amplio y holístico.
14.	Trastorno de la imagen corporal <b>R/C</b> Obesidad, baja autoestima <b>M/P</b> Centrado en la apariencia pasada, Monitorea los cambios en el cuerpo.	<b>BAJA</b>	La autopercepción de la paciente presenta una alteración en relación a su salud física y emocional, lo que implica una intervención mediata que puede modificarse con el apoyo de su familia el alta hospitalaria.

2.2.3. Fase de Planificación, ejecución y evaluación

**Tabla 12**

Planes de cuidados de enfermería

**PLAN DE CUIDADOS N°   1**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ C.N.A. \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO MÉDICO: Infección superficial de sitio operatorio en el tercio medio anterior del abdomen por laparotomía exploradora, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad tipo II y colon irritable.  
 SEXO: *femenina* EDAD: *66 años* SERVICIO: Aislados cirugía mujeres  
 FECHA: 13 de mayo de 2024

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** *Autogestión ineficaz de la salud* **R/C** Conocimiento inadecuado del régimen de tratamiento **E/P** Expresa insatisfacción con la calidad de vida, No incluir régimen de tratamiento en la vida diaria, Elecciones ineficaces en la vida diaria para alcanzar el objetivo de salud. (Dominio 1: Promoción de la salud, clase 2: Gestión de la salud, código: 00294, pág. 201)

N O C	<p><b>1. RESULTADO:</b> Autocontrol: Diabetes</p> <p><b>2. DEFINICIÓN:</b> Acciones personales para manejar la diabetes, su tratamiento y para evitar complicaciones</p> <p><b>3. DOMINIO IV:</b> Conocimiento y conducta de salud</p> <p><b>4. CLASE FF:</b> Gestión de la salud</p> <p><b>5. CÓDIGO:</b> 1619</p> <p><b>6. PÁGINA:</b> 102-103</p>	<p><b>3. PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO</b>                      Mantener: <u>  2  </u>                      Aumentar: <u>  3  </u></p> <p><b>4. INDICADORES:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #76923C; color: white;"> <th rowspan="2">Código</th> <th rowspan="2">Indicador (nombre del indicador)</th> <th colspan="5">Parámetros</th> </tr> <tr> <th>Nunca demostrado</th> <th>Raramente demostrado</th> <th>A veces demostrado</th> <th>Frecuentemente demostrado</th> <th>Siempre demostrado</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>161911</td> <td>Controla la glucemia</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>161920</td> <td>Sigue la dieta recomendada</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Código	Indicador (nombre del indicador)	Parámetros					Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado			1	2	3	4	5	161911	Controla la glucemia		X	X			161920	Sigue la dieta recomendada		X	X		
	Código	Indicador (nombre del indicador)			Parámetros																														
			Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado																												
		1	2	3	4	5																													
161911	Controla la glucemia		X	X																															
161920	Sigue la dieta recomendada		X	X																															

		<b>161924</b> Mantiene el peso óptimo		<b>X</b>	<b>X</b>		
<b>N I C</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>					
	<b>Enseñanza: dieta prescrita</b> <b>DEFINICIÓN:</b> Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita. <b>DOMINIO 3:</b> Conductual <b>CLASE S:</b> Educación de los pacientes <b>CÓDIGO:</b> 5614 <b>PÁGINA:</b> 178	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.</li> <li>- Informe al paciente sobre los alimentos permitidos, como: Alimentos bajo en sodio, productos lácteos bajo en grasa (queso fresco, requesón, leche deslactosada), alimentos ricos en fibra y pescado sin freír.</li> <li>- Informe al paciente sobre los alimentos prohibidos. como: Sal, alimentos procesados, enlatados y otros que contengan sodio añadido; como sopas enlatadas y comidas rápidas, agua mineral con gas, evitar frutas con mucha fructosa, harinas refinadas y alimentos con alto contenido en grasa.</li> <li>- Ayudar al paciente a sustituir ingredientes para cumplir las recetas favoritas de la dieta prescrita.</li> <li>- Instruir al paciente sobre la forma de planificar las comidas adecuadas, incluyendo refrigerios saludables entre tiempos de comida.</li> </ul>					
	<b>Manejo de la hiperglucemia</b> <b>DEFINICIÓN:</b> Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal <b>DOMINIO 2:</b> Fisiológico: complejo <b>CLASE G:</b> Control de electrolitos y ácido básico <b>CÓDIGO:</b> 2120 <b>PÁGINA:</b> 274	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar la glucemia</li> <li>- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea.</li> <li>- Potenciar la ingesta oral de líquidos según su peso y edad.</li> <li>- Orientar al paciente sobre disminuir la ingesta de jugos artificiales.</li> <li>- Instruir al paciente y sus allegados en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.</li> <li>- Fomentar el autocontrol de la glucemia.</li> <li>- Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y se recomienda realizar deambulación asistida.</li> </ul>					
<b>Manejo del peso</b> <b>DEFINICIÓN:</b> Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal. <b>DOMINIO 1: Fisiológico: básico</b> <b>CLASE D:</b> Apoyo nutricional <b>CÓDIGO:</b> 1260 <b>PÁGINA:</b> 317	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comentar con el individuo las condiciones médicas que pueden afectar al peso</li> <li>- Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable.</li> <li>- Determinar el peso corporal ideal del individuo.</li> <li>- Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.</li> <li>- Motivar a paciente a que consulte con un nutricionista.</li> </ul>						

### EJECUCION

**La validación** del plan se realizó 15/05/24 con el asesor, licdo Jorge Henríquez quien realiza correcciones; sobre modificar el orden de las NIC colocándolas de la siguiente manera: Enseñanza: dieta prescrita, manejo de la hiperglucemia, manejo del peso, y agregar intervenciones que realiza enfermería que no están en el libro las cuales se tomaron en cuenta a la hora de la administración del plan de cuidados, **la documentación** se llevó a cabo con el personal de enfermería del servicio de medicina y cirugía, se procede a **suministrar** el plan el 17/05/24 se llevó a cabo durante las horas del servicio social en el servicio de aislados cirugía mujeres, en el Hospital Nacional “ Enfermera Angelica Vidal de Najarro” San Bartolo.

En el seguimiento del plan se realizó la validación y documentación el 26/09/24 con docente asesor experto en Proceso Enfermero, director de la carrera, equipo de docentes asesores e invitados de Universidad de El Salvador del cual se realizan observaciones, se tomaron en cuenta y se incorporaron al plan de cuidados.

Se procede a realizar la comparación entre las NIC y las actividades realizadas, para valorar las reacciones de la persona.

### EVALUACIÓN

INTERVENCIONES ACTIVIDADES	REACCIONES DE LA PERSONA EN CADA ACTIVIDAD
<b>Enseñanza: dieta prescrita</b>	Se le explica por medio de una intervención educativa a la paciente de modificar la dieta para mejorar la salud general, aumentando la ingesta de proteínas, frutas y verduras; a lo que paciente se compromete a intentarlo, en evitar las harinas refinadas, alimentos con azúcares añadidas, disminuir la ingesta de sodio, carbohidratos y grasas saturadas, evitar preparar los alimentos con muchos condimentos; del cual paciente tomo a bien las intervenciones realizadas y refiere que modificara su alimentación.
<b>Manejo de la hiperglucemia</b>	Paciente al momento de realizar las intervenciones no se observa con signos y síntomas de hiperglucemia, se toma glucosa capilar obteniendo un valor de 135mg/dl, se motiva a la paciente y a familiar a prevenir valores altos de glucosa siguiendo la dieta recomendada, y a reconocer los signos y síntomas de hiperglucemia como; poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea, se incentiva a paciente a realizarse control de glucosa a lo que paciente refiere que se le dificulta asistir a la unidad de salud y no posee un glucómetro en casa.
<b>Manejo del peso</b>	Se desarrolla una intervención educativa a paciente y a familiar en la que se explica en que consiste la obesidad, complicaciones, manejo y prevención, para mantener un índice de masa corporal ideal a su peso y talla. Además, se motiva a paciente a consultar con nutrición, para optimizar su peso, sin embargo, paciente refiere que al momento de su alta que no recibió ninguna referencia con nutrición. Paciente y familiar se muestran interesadas en la información que se brindó y refieren que han comprendido.

Se efectúa el puntaje de los indicadores el día de la intervención se obtuvo un puntaje planeado de 3 (A veces demostrado) durante el suministro del plan no se presentó ninguna limitante es mas todo fue beneficioso por lo tanto se decide finalizar el plan el día 10/10/24.

## PLAN DE CUIDADOS N°   2

NOMBRE DEL C.N.A                      DIAGNÓSTICO MÉDICO: Infección superficial de sitio operatorio en el tercio medio anterior del abdomen por laparotomía exploradora, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad tipo II y colon irritable.  
 PACIENTE  
 SEXO: *femenina*                      EDAD: *66 años*                      SERVICIO: Aislados cirugía mujeres  
 FECHA:                                      13 de mayo de 2024

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** *Recuperación quirúrgica retrasada* **R/C** Obesidad, Aumento del nivel de glucosa en sangre. **E/P** Cicatrización interrumpida del área quirúrgica, expresa malestar, dificultad para moverse, requiere ayuda para el autocuidado. (Dominio 11: Seguridad/ Protección. Clase 2: Lesión física. código 00100. pág.513 ).

N O C	<b>1. RESULTADO:</b> Recuperación quirúrgica: Convalecencia.	<b>3. PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO</b> Mantener: <u>  3  </u> Aumentar: <u>  4  </u>																																												
	<b>2. DEFINICION:</b> Grado en que una persona alcanza la función fisiológica, psicológica, y del rol después del alta desde la unidad de reanimación posquirúrgica hasta la última visita clínica después de la operación.	<b>5. INDICADORES:</b>																																												
	<b>3. DOMINIO:</b> Salud fisiológica II	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #c6e0b4;"> <th rowspan="2">Código</th> <th rowspan="2">Indicador (nombre del indicador)</th> <th colspan="5">Parámetros</th> </tr> <tr> <th>Desviación grave del rango normal</th> <th>Desviación Sustancial del rango normal</th> <th>Desviación moderada del rango normal</th> <th>Desviación leve del rango normal</th> <th>Sin Desviación del rango normal</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>230416</td> <td>Nivel de glucemia</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>230419</td> <td>Curación de la herida</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>230420</td> <td>Ambulación</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Código	Indicador (nombre del indicador)	Parámetros					Desviación grave del rango normal	Desviación Sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin Desviación del rango normal			1	2	3	4	5	230416	Nivel de glucemia			X	X		230419	Curación de la herida		X		X		230420	Ambulación			X	X	
	Código	Indicador (nombre del indicador)	Parámetros																																											
			Desviación grave del rango normal	Desviación Sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin Desviación del rango normal																																							
		1	2	3	4	5																																								
230416	Nivel de glucemia			X	X																																									
230419	Curación de la herida		X		X																																									
230420	Ambulación			X	X																																									
<b>4. CLASE:</b> Respuesta Terapéuticas AA																																														
<b>5. CODIGO:</b> 2304																																														

	6. PAGINA: 499	230428	Realización de actividades de autocuidado			X	X	
<b>N I C</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>						
	<b>Ayuda con el autocuidado</b> <b>DEFINICIÓN:</b> Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria. <b>DOMINIO 1:</b> Fisiológico básico <b>CLASE C:</b> Control de inmovilidad <b>CODIGO:</b> 1800 <b>PÁGINA:</b> 93	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerar la edad del paciente al promover las actividades del autocuidado.</li> <li>- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.</li> <li>- Observar la necesidad del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.</li> <li>- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.</li> <li>- Cubrir herida operatoria cuando se va a bañar.</li> <li>- Cambiar el apósito cuando este húmedo o sucio.</li> <li>- Asistir la movilización al trasladarse de la unidad o al baño.</li> <li>- Orientar a la paciente a identificar zonas de riesgo de caída.</li> </ul>						
	<b>Control de infecciones</b> <b>DEFINICIÓN:</b> Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos. <b>DOMINIO 2:</b> Fisiológico complejo <b>CLASE J:</b> cuidados perioperatorios <b>CÓDIGO:</b> 6540 <b>PÁGINA:</b> 113	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.</li> <li>- Usar guantes según lo exigen las normas en el hogar.</li> <li>- Mantener técnicas de aislamiento apropiadas.</li> <li>- Instruir al paciente sobre la técnica correcta del lavado de manos.</li> <li>- Limitar el número de visitas según corresponda.</li> <li>- Llevar ropa de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso.</li> <li>- Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuado.</li> <li>- Fomentar una ingesta nutricional adecuada.</li> <li>- Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda.</li> <li>- Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.</li> <li>- Instruir al paciente y la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando se deben notificar al cuidador</li> <li>- Curación de herida operatoria con técnica aséptica.</li> </ul>						
<b>EJECUCION</b>								
<p><b>La validación</b> del plan se realizó 15/05/24 con el asesor, lido Jorge Henríquez quien realiza correcciones; sobre eliminar la NIC Cuidados de las heridas: Ausencia de cicatrización, pues si bien es cierto la herida operatoria está abierta con infección de sitio quirúrgico, pero ya existe tejido de granulación las cuales se tomaron en cuenta a la hora de la administración del plan de cuidados, <b>la documentación</b> se llevó a cabo con el personal de enfermería del servicio de medicina y cirugía, se procede a <b>suministrar</b> el plan el 17/05/24 se llevó a cabo durante las horas del servicio social en el servicio de aislados cirugía mujeres, en el Hospital Nacional “ Enfermera Angelica Vidal de Najarro” San Bartolo.</p>								

<p>En el seguimiento del plan se realizó la validación y documentación el 26/09/24 con docente asesor experto en Proceso Enfermero, director de la carrera, equipo de docentes asesores e invitados de la Universidad de El Salvador, del cual se realizan observaciones, se tomaron en cuenta y se incorporaron al plan de cuidados.</p> <p>Se procede a realizar la comparación entre las NIC y las actividades realizadas, para valorar las reacciones de la persona.</p>	
<b>EVALUACION</b>	
<b>INTERVENCIONES ACTIVIDADES</b>	<b>REACCIONES DE LA PERSONA EN CADA ACTIVIDAD</b>
<b>Ayuda con el autocuidado</b>	Señora acepta el plan de cuidados de recuperación quirúrgica retrasada, por lo tanto, al ejecutar las actividades la paciente participa al realizar sus cuidados higiénicos matutinos; se cubre su herida operatoria con bolsa plástica y acceso venoso para evitar que se moje, posteriormente se traslada deambulando en compañía de personal de enfermería a la ducha, se coloca silla para que permanezca sentada durante realice su aseo por si sola de forma cefalocaudal, se coloca su bata, desenreda su cabello, sin embargo aun hace uso del pampier por dehiscencia de la herida viéndose levemente afectada su movilidad física, se asiste arreglo de unidad, se le proporciona su alimentación la cual ingiere por si sola. Se realiza curación de herida con medidas de bioseguridad según indicación médica cada 2 días posterior al alta.
<b>Control de infecciones</b>	Se orienta a paciente y a familiar sobre la técnica e importancia de lavado de manos de manera frecuente al asistir los cuidados de la paciente, de igual forma si se presenta la necesidad de manipular la herida operatoria hacer uso de guantes y mascarilla a lo que paciente y familiar están de acuerdo y mencionan que lo tomaran en cuenta. Además, se habla sobre la importancia de llevar una dieta balanceada en la que incluya frutas y verduras, abundante ingesta de agua; a lo que refiere paciente que se le dificulta por que se le olvida, se le explica tomar su tratamiento farmacológico según indicación médica y no suspender el medicamento para ver resultados positivos en relación a su salud, a lo que ella refiere que se tomara el medicamento como se lo han dejado. Se hace énfasis al paciente y la familia acerca de los signos y síntomas de infección; si presenta salida de secreción anormal con olor fétido, si presenta temperatura mayor de 37.5 °C, dolor intenso, acudir al centro hospitalario inmediatamente del cual comprenden la información y refieren que consultaran nuevamente, si hay presencia de algunos de estos signos y síntomas y asistir a sus curaciones.
<p>Se efectúa el puntaje de los indicadores el día de la intervención se obtuvo un puntaje planeado de 4 (Desviación leve del rango normal) durante el suministro del plan no se presentó ninguna limitante es mas todo fue beneficioso por lo tanto se decide finalizar el plan el día 10/10/24.</p>	

**PLAN DE CUIDADOS N° 3**

NOMBRE DEL C.N. A      **DIAGNÓSTICO MÉDICO:** Infección superficial de sitio operatorio en el tercio medio anterior del abdomen por laparotomía exploradora, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad tipo II y colon irritable.  
 SEXO: *femenina*      EDAD: *66 años*      SERVICIO: Aislados cirugía mujeres  
 FECHA:                      13 de mayo de 2024

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** *Riesgo de caída en adultos* **R/C** Deterioro de la movilidad física, equilibrio postural alterado, obesidad y dificultad para desempeñar actividades de la vida diaria. (Dominio 11: Seguridad/ protección, Clase 2: Lesión física, código: 00303, pág.

N O C	<p><b>1. RESULTADO: Control de riesgo: Caídas</b></p> <p><b>2. DEFINICION:</b> Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir caídas.</p> <p><b>3. DOMINIO IV:</b> Conocimiento y conducta de salud</p> <p><b>4. CLASE T:</b> Control del riesgo</p> <p><b>5. CÓDIGO:</b> 1939</p> <p><b>6. PÁGINA:</b> 279-280</p>	<p><b>3. PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO</b>                  Mantener: <u>3</u>                      Aumentar: <u>4</u></p> <p><b>6. INDICADORES:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #8ebf42; color: white;"> <th rowspan="2">Código</th> <th rowspan="2">Indicador (nombre del indicador)</th> <th colspan="5">Parámetros</th> </tr> <tr style="background-color: #8ebf42; color: white;"> <th>Nunca demostrado</th> <th>Raramente demostrado</th> <th>A veces demostrado</th> <th>Frecuentemente demostrado</th> <th>Siempre demostrado</th> </tr> <tr style="background-color: #8ebf42; color: white;"> <th></th> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #d9ead3;">193903</td> <td style="background-color: #d9ead3;">Reconoce los riesgos personales que le pueden ocasionar caídas.</td> <td style="background-color: #d9ead3;"></td> <td style="background-color: #d9ead3;"></td> <td style="background-color: #d9ead3;"><b>X</b></td> <td style="background-color: #d9ead3;"><b>X</b></td> <td style="background-color: #d9ead3;"></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d9ead3;">193907</td> <td style="background-color: #d9ead3;">Utiliza estrategias para compensar sus limitaciones visuales</td> <td style="background-color: #d9ead3;"></td> <td style="background-color: #d9ead3;"></td> <td style="background-color: #d9ead3;"><b>X</b></td> <td style="background-color: #d9ead3;"><b>X</b></td> <td style="background-color: #d9ead3;"></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d9ead3;">193925</td> <td style="background-color: #d9ead3;">Utiliza estrategias para compensar las</td> <td style="background-color: #d9ead3;"></td> <td style="background-color: #d9ead3;"></td> <td style="background-color: #d9ead3;"><b>X</b></td> <td style="background-color: #d9ead3;"><b>X</b></td> <td style="background-color: #d9ead3;"></td> </tr> </tbody> </table>	Código	Indicador (nombre del indicador)	Parámetros					Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado			1	2	3	4	5	193903	Reconoce los riesgos personales que le pueden ocasionar caídas.			<b>X</b>	<b>X</b>		193907	Utiliza estrategias para compensar sus limitaciones visuales			<b>X</b>	<b>X</b>		193925	Utiliza estrategias para compensar las			<b>X</b>	<b>X</b>	
	Código	Indicador (nombre del indicador)			Parámetros																																					
			Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado																																			
			1	2	3	4	5																																			
193903	Reconoce los riesgos personales que le pueden ocasionar caídas.			<b>X</b>	<b>X</b>																																					
193907	Utiliza estrategias para compensar sus limitaciones visuales			<b>X</b>	<b>X</b>																																					
193925	Utiliza estrategias para compensar las			<b>X</b>	<b>X</b>																																					

		limitaciones de movilidad					
<b>N I C</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>					
	<p><b>Ayuda con el autocuidado: transferencia</b>  <b>DEFINICION:</b> Ayudar a una persona con limitación de movimiento independiente para aprender a cambiar la ubicación del cuerpo.  <b>DOMINIO 1:</b> Fisiológico: básico  <b>CLASE F:</b> Facilitación del auto cuidado  <b>CÓDIGO:</b> 1806  <b>PÁGINA:</b> 96</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo.</li> <li>- Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente.</li> <li>- Enseñar al individuo las técnicas de traslado de una zona a otra.</li> <li>- Ayudar al paciente a recibir todos los cuidados necesarios (p. ej., higiene personal, reunir las pertenencias) antes de realizar la transferencia, según corresponda.</li> <li>- Utilizar la mecánica corporal adecuada durante los movimientos.</li> </ul>					
	<p><b>Prevención de caídas</b>  <b>DEFINICION:</b> Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caída.  <b>DOMINIO 4:</b> Seguridad  <b>CLASE V:</b> Control del riesgo  <b>CÓDIGO:</b> 6490  <b>PÁGINA:</b> 376-377</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.</li> <li>- Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia.</li> <li>- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).</li> <li>- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.</li> <li>- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.</li> <li>- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.</li> <li>- Sugerir el uso de calzado seguro.</li> <li>- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para</li> </ul>					
<b>EJECUCIÓN</b>							
<p><b>La validación</b> del plan se realizó 15/05/24 con el asesor, lido Jorge Henríquez quien realiza correcciones; sobre agregar intervenciones que realiza enfermería que no están en el libro las cuales se tomaron en cuenta a la hora de la administración del plan de cuidados, <b>la documentación</b> se llevó a cabo con el personal de enfermería del servicio de medicina y cirugía, se procede a <b>suministrar</b> el plan el 17/05/24 se llevó a cabo durante las horas del servicio social en el servicio de aislados cirugía mujeres, en el Hospital Nacional “ Enfermera Angelica Vidal de Najarro” San Bartolo.</p>							

En el seguimiento del plan se realizó la validación y documentación el 26/09/24 con docente asesor experto en Proceso Enfermero, director de la carrera, equipo de docentes asesores e invitados de la Universidad de El Salvador, del cual se realizan observaciones, se tomaron en cuenta y se incorporaron al plan de cuidados.

Se procede a realizar la comparación entre las NIC y las actividades realizadas, para valorar las reacciones de la persona.

### EVALUACIÓN

INTERVENCIONES ACTIVIDADES	REACCIONES DE LA PERSONA EN CADA ACTIVIDAD
<b>Ayuda con el autocuidado: transferencia</b>	Se le enseñan a paciente a trasladarse de un lado a otro teniendo precaución por presencia de herida operatoria con dehiscencia, siempre utilizando la mecánica corporal para evitar futuras complicaciones. Del cual la paciente manifiesta que ha estado intentando caminar distancias cortas para incorporarse a sus actividades cotidianas, ya se logra trasladar al baño por sí sola, apoyándose de las camillas que estaba cerca de ella.
<b>Prevención de caídas</b>	Paciente con deterioro físico por herida operatoria, presenta antecedentes de caída a su misma altura en su hogar, además tiene problemas visuales. Por lo que se mantiene su entorno limpio, sin obstáculos que puedan causar una caída, se está vigilando constantemente su marcha y equilibrio, se enfatiza en pedir ayuda al personal de enfermería siempre que necesite realizar movimientos que no logra por sí sola, y de utilizar calzado siempre que deambule, se mantiene barandales de cama elevados.
Se efectúa el puntaje de los indicadores el día de la intervención se obtuvo un puntaje planeado de 3 (frecuentemente demostrado) durante el suministro del plan no se presentó ninguna limitante es mas todo fue beneficioso por lo tanto se decide finalizar el plan el día 10/10/24.	

## **2.3. Consideraciones éticas**

### **2.3.1. Respeto a las personas.**

Este principio se aplicará mediante el acceso a la información sobre la salud de la paciente con autorización de ella y sus familiares cercanos, durante su hospitalización en el Hospital Nacional de San Bartolo “Enfermera Angelica Vidal de Najarro “dirigido a los profesionales de enfermería del área de estudio para optar al título de licenciatura en Enfermería. Este documento describe explícitamente los propósitos de cada una de las actividades a realizar; así mismo, se le dará a conocer que su participación será de carácter voluntario y que podrá abstenerse de seguir siendo participe en cualquier momento que lo considere pertinente, enfatizando que dicha acción no representará consecuencias legales o acciones que dañen su integridad física o moral, por tal razón, queda implícito el respeto a su autonomía y a sus derechos en todo momento.

### **2.3.2. Beneficencia y no maleficencia:**

Durante la ejecución de las actividades del estudio de caso del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), no se realizarán acciones que perjudique la integridad física y moral de la paciente por tanto se cumplirá simultáneamente este principio. Por otra parte, los resultados del PAE se convertirán de beneficio dado que por medio de esto se ejecutarán intervenciones del cuidado para optimizar su pronta recuperación, esto servirá de base para el establecimiento de estrategias que fomenten el accionar de enfermería.

### **2.3.3. Justicia:**

El presente estudio de caso cumple con este principio debido a que la participante será incluida sin distinción de estado sociocultural, económico, raza, credo o religión, genero, respetando los derechos establecidos por la ley. Por otra parte, las actividades planificadas para el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería serán las mismas para todas las etapas, y los beneficios que se pretenden alcanzar a futuro tendrán un impacto positivo para ambas partes.

## CAPÍTULO III.

### 3.1. Discusión de los resultados

Durante la fase de valoración se recopiló toda la información relevante sobre la paciente para comprender su situación de salud y necesidades utilizando el formulario de los once patrones de Marjory Gordon, la guía del examen físico y el expediente clínico. Esta información permitió identificar nueve patrones disfuncionales los cuales proporcionan datos tanto objetivos como subjetivos sobre su estado físico y emocional. Sin embargo, en base a los datos obtenidos, se determinó que dos patrones no presentaban información suficiente para ser evaluados como disfuncionales. Así, en los nueve patrones disfuncionales identificados, se logró obtener una visión integral de la paciente.

Posteriormente, se llevó a cabo la fase diagnóstica, en la cual se identificaron un total de 14 diagnósticos enfermeros. De estos, diez diagnósticos enfermeros centrado en el problema, tres diagnósticos enfermeros de riesgos y un diagnóstico de promoción de la salud. Estos diagnósticos se establecieron en función de la patología de la paciente y la respuesta humanada identificada. Estas etiquetas diagnósticas se relacionan con la enfermedad de la paciente, por lo tanto, fue lo que se estableció dando respuesta a la patología de la paciente los cuales se validaron de acuerdo con la taxonomía NANDA.

En la fase de planificación, se realizan tres planes de cuidados con base a la priorización diagnóstica del método biopsicosocial (Prioridad alta, media y baja) tomando en cuenta la fase de valoración, haciendo relación a la patología de la paciente se establecieron tres planes de cuidado de los cuales son: autogestión ineficaz de salud, recuperación quirúrgica retrasada, riesgo de caídas en adultos, haciendo uso de las NOC: Autocontrol diabetes, recuperación quirúrgica convalecencia, control de riesgo caída, y las NIC aplicadas se incluyeron: La enseñanza: dieta prescrita, manejo de la hiperglucemia, manejo del peso, ayuda con el autocuidado, control de infecciones, ayuda con el autocuidado: transferencia y prevención de caídas, del cual se aplicaron los pasos de Murray Atkinson para ser ejecutados.

En donde se proporcionaron dos intervenciones educativas durante su estancia hospitalaria, en el primer plan se brindó una intervención educativa sobre la enseñanza de la dieta

prescrita, manejo de la hiperglucemia, manejo del peso, en el segundo plan se orientó y se brindó intervenciones educativas sobre el control de infecciones y sus cuidados higiénicos. En el tercer plan se realizó orientación y demostración sobre como moverse de forma segura, dada la herida quirúrgica que presenta para evitar complicación. Esto se realizó el 17 de mayo del 2024. Además, durante las dos visitas domiciliarias realizadas posteriormente, se retomaron diversos aspectos que aún requerían intervención para mejorar la salud de la paciente. En las dos visitas se proporcionó asesoría personalizada, enfocándose en áreas clave que necesitaban ser reforzadas o modificadas para optimizar su recuperación y bienestar general.

Se brindó orientación sobre su alimentación, en donde se le llevaron productos alimenticios abordando las recomendaciones específicas para mejorar su nutrición, especialmente en relación con su condición de salud (como la diabetes o la recuperación postquirúrgica). Esta orientación fue crucial para garantizar que la paciente siguiera una dieta adecuada que favoreciera su bienestar y ayudara a controlar sus niveles de glucosa, promoviendo un enfoque integral de autocuidado.

Asimismo, se dedicó tiempo a enseñar y reforzar los cuidados de la herida operatoria, asegurándose de que la paciente comprendiera la importancia de mantener la herida limpia y protegida, además de reconocer signos de posibles complicaciones como infecciones. Se proporcionaron pautas sobre la higiene adecuada y las señales a tener en cuenta para prevenir riesgos.

En la fase de evaluación, se trabajó de manera colaborativa con el docente asesor para evaluar la efectividad de las intervenciones. Los resultados mostraron una mejora significativa en los indicadores de salud de la paciente. Se observó que la paciente pasó de una desviación moderada del rango normal (3) a una desviación leve del rango normal (4). Este cambio sugiere que las intervenciones de educación contribuyeron a una mejoría en su salud y autocontrol.

### 3.2. Conclusiones

- 3.2.1. Se concluye que en la fase de valoración, se completó el 81.81% de la información requerida, la condición de la paciente facilitó la recopilación de datos a través del formulario de los 11 patrones de Marjory Gordon, la guía de examen físico y su expediente clínico, Este proceso ayudó a identificar los datos relevantes, de los cuales se determinaron nueve patrones alterados: Patrón I: Percepción y Control de la Salud, Patrón II: Nutricional / Metabólico, Patrón IV: Actividad / Ejercicio, Patrón V: Sueño / Reposo, Patrón VI: Cognitivo / Perceptivo, Patrón VII: Auto percepción / Auto concepto, Patrón VIII: Rol/relaciones, Patrón IX: Sexualidad, Patrón X: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés. Sin embargo, dos patrones no se lograron abarcar ya que no hay datos suficientes para verse afectados.
- 3.2.2. Se deduce que en la fase diagnóstica, se identificó el 75% de los diagnósticos enfermeros, ya que no se logró realizar diagnósticos de síndrome, por lo tanto, solo se lograron establecer diez diagnósticos enfermeros centrado en el problema los cuales fueron: Obesidad, patrón del sueño alterado, disminución de la tolerancia a la actividad, déficit de autocuidado al bañarse, dolor agudo, recuperación quirúrgica retrasada, deterioro de la integridad de la piel, desesperanza, deterioro de la memoria y trastorno de la imagen corporal. Además, se identificaron tres diagnósticos enfermeros de riesgos: Riesgo de nivel de glucemia inestable, riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional y riesgo de caídas en adulto. También se estableció un diagnóstico de promoción de la salud, correspondiente a la autogestión ineficaz de la salud. En total, se realizaron 14 diagnósticos enfermeros de los cuales se validaron de acuerdo a la taxonomía NANDA.
- 3.2.3. Se infiere que la utilización de las taxonomías NOC y NIC en la planificación de los cuidados permitió diseñar planes basados en los resultados de enfermería más adecuados, junto con indicadores específicos de medición. Tras la validación y documentación de los planes de cuidados, según Murray Atkinson, se logró implementar el 100% de las intervenciones de enfermería, lo cual fue fundamental para responder a las necesidades de la paciente de manera integral. Entre las

intervenciones aplicadas se incluyeron: La enseñanza: dieta prescrita, manejo de la hiperglucemia, manejo del peso, ayuda con el autocuidado, control de infecciones, ayuda con el autocuidado: transferencia y prevención de caídas. Estas intervenciones permitieron evaluar el estado de la paciente en función de los resultados esperados, contribuyendo a un cuidado completo y efectivo.

- 3.2.4. Se concluye que se lograron ejecutar en su totalidad las intervenciones de enfermería planificadas, obteniendo la respuesta de la paciente en cada intervención ejecutada. Esto contribuyó a mejorar el puntaje de los indicadores de medición establecidos. En el primer plan, “Riesgo de nivel de glucemia inestable” la paciente paso de mantener 2 (Raramente demostrado) a una puntuación de 3 (A veces demostrado). En el segundo plan, “Recuperación quirúrgica retrasada” avanza de un puntaje de 3 (Desviación moderada del rango normal) a una puntuación de 4 (Desviación leve del rango normal). En el tercer plan, “Riesgo de caída en adultos” aumento de un puntaje 3 (Raramente demostrado) a una puntuación de 4 (frecuentemente demostrado). La paciente durante este proceso se mostró colaborativa con buena actitud en las intervenciones realizadas, de igual manera sus familiares apoyaron a que estas actividades implementadas se cumplieran en su totalidad. Se le recomendó continuar aplicando los conocimientos y recomendaciones recibidas, para evitar futuras complicaciones y así mejorar su autocuidado.

### **3.3.Recomendaciones**

#### **A las autoridades de la Universidad de El Salvador:**

- Que la Universidad de El Salvador, como institución formadora de profesionales en Enfermería, continúe fortaleciendo la enseñanza del proceso enfermero en sus programas de formación. Este proceso, que abarca las fases de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, debe ser abordado con un enfoque integral, que contemple tanto la parte teórica como la práctica clínica, permitiendo a los estudiantes desarrollar competencias necesarias para ofrecer cuidados de alta calidad.

#### **Al Hospital de San Bartolo**

- Que el Hospital de San Bartolo garantice que el personal de enfermería cuente con el tiempo necesario para realizar una valoración completa y detallada de cada paciente, ya que este es el primer paso esencial para ofrecer una atención de calidad. La fase de valoración no solo involucra la recolección de datos sobre el estado físico del paciente, sino que también requiere una evaluación exhaustiva de aspectos emocionales, sociales y psicológicos, lo que solo es posible mediante un tiempo adecuado para el contacto directo con el paciente.
- Que el hospital de San Bartolo asegure que se lleve a cabo un seguimiento adecuado del impacto de las intervenciones de enfermería a través de evaluaciones periódicas, permitiendo hacer ajustes cuando sea necesario. La retroalimentación constante de los resultados obtenidos, tanto positivos como negativos, es esencial para mejorar continuamente los cuidados y asegurar que se alcancen los resultados esperados.

#### **Al estudiante:**

- Al realizar la fase de valoración, es fundamental que dedique el tiempo necesario para realizar una adecuada anamnesis completando todos los patrones funcionales de Marjory Gordon, asimismo realizando una evaluación física para obtener datos verídicos. Esto puede lograrse mediante una observación más detallada y un interrogatorio ampliado, complementando con la información proporcionada en el expediente clínico y, si es posible, con aportes de los familiares. Una valoración completa permitirá una visión

integral de la salud de la paciente, facilitando la identificación precisa de todas sus necesidades y mejorando la efectividad del plan de cuidados.

- Al elegir las etiquetas diagnósticas y formular los diagnósticos de enfermería, asegurarse de basarse en los datos obtenidos durante la valoración. Además, realizar una validación adecuada utilizando la taxonomía de NANDA para dar respuesta a las necesidades de la paciente.
- Al elaborar planes de cuidados, es importante establecer indicadores claros que den respuesta a los diagnósticos enfermeros priorizados, permitiendo seguir de cerca el progreso de la paciente en su salud, al seleccionar las actividades deben de ser viables para el paciente, adaptadas a los recursos humanos, financieros y materiales disponible. Además, es esencial optar por una metodología adecuada para llevar a cabo las intervenciones de enfermería, con el fin de facilitar de adquirir los conocimientos necesarios.
- Realizar visitas regulares, ya que esto permitirá monitorear su progreso y realizar ajustes oportunos en las intervenciones de enfermería garantizando una atención integral. Además, se debe de fomentar la comunicación constante entre la paciente y su familia para obtener una evaluación más precisa de las respuestas del paciente a las intervenciones y así reflejar un puntaje final más real de su avance.

### 3.4. Fuentes de información

1. Valoración enfermera [Internet]. Salusplay.com. [citado el 26 de Jul de 2024]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/consulta-de-enfermeria/tema-1valoracion-enfermera>
2. Chozas JMV. Patrones Funcionales [Internet]. Enfermería Actual. 2022 [citado el 26 Jul de 2024]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/patrones-funcionales/>
3. Núñez-Marrero Janet, Brito-Brito Pedro Ruymán. Efectividad de las terminologías normalizadas de enfermería para la práctica enfermera y los resultados en salud [evidencia comentada]. Ene. [Internet]. 2022 [citado 2024 Jul 27]; 16(1): 1388. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2022000100012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000100012&lng=es). Epub 19-Sep-2022.
4. Chozas JMV. Patrones Funcionales [Internet]. Enfermería Actual. 2022 [citado el 26 Jul de 2024]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/patrones-funcionales/>
5. Chozas JMV. Marjory Gordon [Internet]. Enfermería Actual. 2024 [citado el 26 de julio de 2024]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/marjory-gordon/>
6. Chozas JMV. Modelos de Enfermería: Guía para una Atención de Calidad [Internet]. Enfermería Actual. 2024 [citado el 26 de julio de 2024]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/modelos-de-enfermeria/>
7. Chozas JMV. Marjory Gordon [Internet]. Enfermería Actual. 2024 [citado el 26 de julio de 2024]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/marjory-gordon/>
8. Chozas JMV. Patrones Funcionales [Internet]. Enfermería Actual. 2022 [citado el 26 de julio de 2024]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/patrones-funcionales/>
9. Chozas JMV. Formato PES en Enfermería [Internet]. Enfermería Actual. 2024 [citado el 26 de julio de 2024]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/formato-pes-en-enfermeria/>
10. BOE-A-1973-682 Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmada en Nueva York el 22 de julio de 1946. Enmiendas a los artículos 24 y 25 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptadas en la XII Asamblea, en Ginebra, el 28

- de mayo de 1959 [Internet]. Boe.es. [citado el 26 Jul de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE->
11. Nuevas guías alimentarias para la población mexicana y el Plato del Bien Comer - Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (CIAD) [Internet]. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (CIAD). 2023 [citado el 26 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.ciad.mx/nuevas-guias-alimentarias-para-la-poblacion-mexicana-y-el-plato-del-bien-comer/>
  12. Eurofarma. ¿Cómo se define la Obesidad y sobrepeso? - Eurofarma [Internet]. Com.ec. [citado el 27 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.eurofarma.com.ec/articulos/como-se-define-la-obesidad-y-el-sobrepeso>
  13. Cuánta agua hay que beber al día [Internet]. Brita.es. [citado el 26 Jul de 2024]. Disponible en: <https://www.brita.es/blog/bienestar/cuanta-agua-beber-diaria?>
  14. Aecirujanos.es. [citado el 27 de julio de 2024]. Disponible en: [https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic\(1\).pdf](https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic(1).pdf)
  15. Revista de la Sociedad Española del Dolor [Internet]. Resed.es. [citado 27 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.resed.es/Version-actualizada-de-la-definicion-de-dolor-de-la-IASP-un-paso-adelante-o-un-paso-atras990?AspxAutoDetectCookieSupport=1>
  16. Touhami S. Cataratas. EMC - Tratado Med [Internet]. 2022 [citado el 26 de julio de 2024];26(2):1–9. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/cataracts/symptoms-causes/syc-20353790>
  17. Complicaciones de la diabetes a largo plazo [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 27 de julio de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000327.htm>
  18. Benítez-Agudelo Juan C., Barceló-Martínez Ernesto A., Gelves-Ospina Melissa. Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. 2016 dic [citado 2024 Jul 26]; 42(4): 391-398. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0376-78922016000400012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000400012&lng=es).

19. Enfermería holística: un enfoque distinto para tratar pacientes [Internet]. Codimg.com. [citado el 27 de julio de 2024]. Disponible en: <https://codimg.com/healthcare/blog/es/enfermeria-holistica>
20. Salvador S, De F. Guías Clínicas de Medicina Interna [Internet]. Who.int. [citado el 26 de julio de 2024]. Disponible en: [https://extranet.who.int/ncdccs/Data/SLV\\_D1\\_guias\\_clinica\\_meidicina\\_interna.pdf](https://extranet.who.int/ncdccs/Data/SLV_D1_guias_clinica_meidicina_interna.pdf)
21. Aecirujanos.es. [citado el 27 de julio de 2024]. Disponible en: [https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic\(1\).pdf](https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic(1).pdf)
22. Guillén Fonseca Martha. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior. Rev cubana Enfermer [Internet]. 1999 abr [citado 2024 Jul 27]; 15(1): 10-16. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191999000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100002&lng=es).

## ANEXOS

### 1.1. Patologías

#### 1.1.1. Hernia incisional

##### a) Definición

Hernia se define como la protrusión de peritoneo parietal (que puede acompañarse de vísceras intraabdominales) a través de un anillo anatómicamente débil de la pared abdominal.

Hernia Incisional o eventración crónica (> 30 días) puede definirse como cualquier defecto de la pared abdominal con o sin aumento de volumen, en el área de una cicatriz operatoria (zona u orificio de la pared abdominal debilitada quirúrgicamente), perceptible o palpable por examen clínico y en casos excepcionales imagenológicamente. Se dice que representa el fracaso en la reconstrucción de la pared abdominal en una cirugía.

Según la Localización las hernias se clasifican en:

- Hernias Inguinales:
- Hernias Femoral:
- Hernias Umbilicales:
- Hernias Epigástricas:
- Hernias Incisionales:
- Hernias de Spiegel:

##### b) Fisiopatología

En toda eventración, existen 3 elementos importantes:

- El anillo: formado por bordes musculares y/o aponeuróticos retraídos e invadidos por tejido fibroso.
- El saco: cuando se inicia la separación músculo aponeurótica, las fibras que fueron disgregadas son invadidas por tejido conjuntivo fibroso, que se adhiere a la cara profunda de la cicatriz cutánea constituyendo el fondo de saco (aspecto peritoneal en cara interna).
- El contenido: es variable, pudiendo haber epiplón, vísceras, intestino delgado y grueso, etc.

La dehiscencia de alguna de las capas de la pared abdominal, ocurre en general en la 1ª semana del post operatorio, coincidiendo con el apogeo de la fase inflamatoria y colagenolisis.

El problema básico en la reparación primaria es la tensión a la que se ve sometida la línea de sutura. Si la tensión es mayor de 1,5 kg, habrá disminución de la oxigenación local de los tejidos, alterándose la polimerización y entrecruzamiento de las fibras colágenas, dando lugar a un tejido cicatrizal desorganizado que favorece la dehiscencia. Medios de diagnósticos

c) Medios de diagnóstico

El diagnóstico positivo se basa, fundamentalmente, en la triada que comprende, en la zona que afecta cicatriz quirúrgica o trauma, el dolor y tumor reductible o irreductible.

- Antecedentes.
- Laparotomía.
- Traumatismo.
- Examen físico: presencia de un tumor reductible o no, a nivel o inmediato a una cicatriz, con 1 o varios anillos herniarios.
- Diagnóstico diferencial: el aspecto más importante que se debe tener en cuenta si la hernia se ha hecho sintomática, por un conflicto continente/contenido determinado por el crecimiento de un tumor cavitario, o por el aumento desmesurado de las presiones positivas que producen los tumores, la constipación, el síndrome obstructivo urinario bajo, o las enfermedades respiratorias obstructivas crónicas. Una vez descartada la presencia de un tumor abdominal, ya sea de la esfera digestiva, ginecológica, urológica y el aneurisma de la aorta en los adultos mayores.

Otros medios de diagnósticos:

- Examen Físico
- Ultrasonido Abdominal
- Radiografía de Tórax y Abdomen

d) Tratamiento

El tratamiento es quirúrgico. Existen 4 alternativas de reparación:

- Sutura Aponeurótica Simple: las técnicas
- Reparación con Malla mediante técnica abierta
- Reparación con malla mediante técnica laparoscópica
- Técnica de separación de las partes

e) Cuidados de enfermería

- Toma de constantes vitales.
- Administración de medicación.
- Vigilar herida (hemorragia).
- Controlar micción.
- Iniciar tolerancia líquida.
- Proporcionar conocimientos al alta.

1.1.2. Complicación de herida operatoria

La infección del sitio quirúrgico (ISQ) es la complicación más frecuente de la cirugía y una importante fuente de problemas clínicos y económicos para los sistemas de salud. A pesar de los avances aparecidos en las técnicas, los materiales quirúrgicos, los antibióticos y los métodos de esterilización, un número importante de procedimientos quirúrgicos desembocan en este tipo de complicación. No hay cirujano que no tenga que afrontar el problema de las complicaciones que pueden presentarse en los pacientes que ha sometido a intervención quirúrgica. Estas posibles complicaciones están referidas a: dehiscencia de la herida, dolor de la herida, acumulación de suero, hemorragia, senos de las líneas de sutura, infección de la herida, cicatrices hipertróficas, queloides, eventraciones.

#### a) Infecciones en Cirugía

El concepto “operación quirúrgica” implica un procedimiento que comporte como mínimo una incisión a través de la piel o las mucosas, o una reparación por vía de incisiones de operaciones previas, que tiene lugar en un quirófano o una sala de radiología intervencionista. Una ISQ es aquella infección relacionada con el procedimiento operatorio que ocurre en la incisión quirúrgica o cerca de ella durante el periodo de vigilancia. La ISQ incluye las categorías de: incisional superficial (IIS, afecta a piel y tejido subcutáneo); incisional profunda (IIP, afecta a tejidos blandos profundos), y de órgano-espacio u órgano-cavitaria (IOE, afecta a cualquier estructura anatómica distinta de la incisión manipulada durante la intervención).

Clasificación de las Infecciones Quirúrgicas:

- ENDÓGENAS
- EXÓGENAS

La infección Endógena parte de tres focos principales, que por orden de frecuencia e importancia son:

- Vía Digestiva: muy especialmente en el sector colosigmoideo;
- Vía urinaria baja,
- Vía respiratoria Alta,

Se produce por protopatogenicidad adquirida, es decir, por prioridad o superioridad patogénica de los gérmenes consignados y para ello se necesitan estados favorables.

Estos son:

- Stress quirúrgico
- Íleo paralítico
- Antibioticoterapia
- Hormonoterapia
- Citostáticos o inmunodepresores
- Antiexudativos no hormonales
- Irradiaciones

- Estado de coma
- Transplante de órganos
- Reemplazo o prótesis
- Catéteres
- Intoxicación neoplásica
- Sondas en cavidades

#### b) Fisiopatología de la infección de sitio quirúrgico

El origen de la ISQ es multifactorial y la gran mayoría de ellas se gestan en el momento de la cirugía. Los tres principales determinantes de la infección son el cirujano, el patógeno y el paciente. El desarrollo de una infección en el área intervenida depende del equilibrio entre las defensas del organismo y las bacterias agresoras.

Este equilibrio depende de:

- Cantidad de inóculo bacteriano presente en el sitio quirúrgico.
- Tipo y virulencia del organismo agresor.
- Mecanismos de defensa del huésped.
- Factores de riesgo.

La infección puede prevenirse si se reduce el inóculo a una magnitud susceptible de ser eliminada por el propio huésped, si se incrementa la capacidad de los tejidos para eliminar las bacterias presentes o mediante una combinación de los dos mecanismos.

#### c) Las manifestaciones de infección de herida operatoria

Las manifestaciones aparecen generalmente entre el tercero y décimo días del postoperatorio, aunque con menos frecuencia pueden aparecer antes o después. El tejido celular subcutáneo es el más frecuentemente comprometido. La manifestación más frecuente es la fiebre, puede haber aumento de dolor en la herida, así como edema y eritema. Prevenir la infección de la herida operatoria es uno de los aspectos más importantes en el cuidado del paciente, esto

puede conseguirse reduciendo la contaminación, con técnica quirúrgica limpia y suave, sostén de las defensas del paciente y a veces antibiótico.

#### d) Tratamiento de las infecciones de la herida quirúrgica

Una vez diagnosticada la infección o si existe una alta sospecha clínica, se debe instaurar tratamiento, y si procede, realizar técnicas complementarias de diagnóstico, como cultivos, hemocultivos o pruebas de imagen.

Los principios generales de tratamiento de IHQ permanecen prácticamente inalterados desde principios de siglo cuando fueron descritos por Kirschner en 1920. Los 3 pilares fundamentales del tratamiento son la instauración de un tratamiento antibiótico adecuado, el drenaje quirúrgico y el soporte metabólico y hemodinámico del paciente, que evite la aparición de una segunda complicación

### 1.1.3. Diabetes tipo mellitus II.

#### a) Definición

Según la OMS la diabetes mellitus es un trastorno metabólico de etiología múltiple, caracterizado por hiperglicemia crónica, debido a alteraciones del metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas, a consecuencia de defectos en la secreción de insulina, acción de la hormona o de ambos.

Diabetes mellitus tipo 2, caracterizada por grados variables de resistencia a la insulina o deficiencia relativa o absoluta de ésta.

#### b) Fisiopatología

La obesidad mórbida se asocia con el desarrollo de diferentes enfermedades, entre las que destacan la diabetes y la hipertensión. La obesidad es una consecuencia de la ingesta continua y desregulada de alimento rico en contenido energético que no es aprovechado como consecuencia de una baja actividad metabólica y/o sedentarismo, por lo tanto, se almacena y acumula en tejido graso. Durante esta situación, el páncreas tiene una hiperactividad por la

concentración alta y constante de glucosa en sangre, con una secreción de insulina elevada para conservar la glucemia en niveles normales.

c) Medios de diagnóstico

- Glucosa en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl.
- Glucosa al azar mayor o igual a 200 mg/dl con síntomas de hiperglucemia.
- Prueba de tolerancia a glucosa mayor o igual a 200 mg/dl, administrando 75 gramos de glucosa anhidra.
- Niveles de hemoglobina glicosilada A1c mayor o igual a 6.5 %.
- Examen Físico.

d) Tratamiento

El tratamiento incluye cuatro aspectos básicos:

- Educación en salud.
- Plan de alimentación.
- Programa de ejercicio.
- Farmacoterapia

Uso de antidiabéticos orales:

Se debe iniciar tratamiento farmacológico al momento del diagnóstico, simultáneo con inicio en modificaciones del estilo de vida. El fármaco de elección es metformina siempre y cuando no haya contraindicaciones para su uso. En cuanto a glimepirida 1mg/día, si el control es satisfactorio, emplear como mantenimiento; si no es satisfactorio, incrementar según control glucémico, a intervalos de 1 a 2 semanas entre cada aumento hasta 2,3,0 4 mg/día; máximo 6 mg/día. Tomar poco antes o durante desayuno abundante (o primera comida).

Esquema intensivo de insulina:

- Tres o más dosis de insulina rápida, más insulina de acción intermedia.

- Administración en bomba de infusión continua. En el análisis de ajustes de la dosis de Insulina deben analizarse los datos de glucemia e indagar síntomas que sugieran hiperglicemia (polidipsia, poliuria, polifagia, variación en peso) o hipoglicemia (sudoración excesiva, cefalea, palpitaciones, pesadillas, hambre excesiva, trastorno del sensorio).

e) Cuidados de Enfermería

- Fomentar el autocuidado y la prevención de complicaciones en el tratamiento de la diabetes mellitus de forma individual y colectiva.
- Brindar consejería sobre el plan de alimentación, actividad física y hábitos saludables.
- Tomar signos vitales
- Realizar peso y talla del paciente.
- Aplicar farmacoterapia según indicación médica a paciente diabético que lo amerite
- Realizar prueba hemoglucotest según indicación médica.
- Vigilar y reportar el estado del paciente hospitalizado.
- Brindar seguimiento a nivel comunitario.
- Monitorizar reacciones adversas al tratamiento.

1.1.4. Hipertensión arterial

a) Definición

La HTA es una enfermedad no transmisible de etiología múltiple, caracterizada por la elevación de la presión arterial que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica y enfermedad renal crónica. Elevación sostenida de la presión arterial, sistólica y/o diastólica, con valores iguales o mayores de 140/90 mm Hg medida correctamente en dos o más consultas médicas.

## Clasificación de la hipertensión arterial (HTA)

PA Sistólica	PA Diastólica	Consenso LA 2008
< 120	< 80	Óptima
120 a 130	80 a 84	Normal
131 a 139	85 a 89	Normal Alta
140 a 159	90 a 100	HTA Grado I
160 a 179	101 a 109	HTA Grado II
≥ 180	≥ 110	HTA Grado III
≥ 140	< 90	HTA Sistólica aislada

PA: presión arterial; La categoría de PA se define según las cifras de PA medida en consulta con el paciente sentado y el valor promedio de las últimas dos mediciones de PA, ya sea sistólica o diastólica. La HTA sistólica aislada se clasifica en grado 1, 2 o 3 según los valores de PAS en los intervalos indicados. Se emplea la misma clasificación para todas las edades a partir de los 16 años.

**Fuente:** Datos modificados de Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial (ESC/ESH 2018 Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1-e78). DOI: 10.1016/j.recesp.2018.12.005

### b) Fisiopatología

Hipertensión arterial es una condición crónica caracterizada por un aumento persistente de la presión en las arterias, lo cual obliga al corazón a trabajar con mayor fuerza para bombear sangre. Fisiopatológicamente, la hipertensión puede ser causada por una combinación de factores genéticos, ambientales, y comportamentales que alteran los mecanismos reguladores de la presión arterial. Entre estos, destacan el sistema renina-angiotensina-aldosterona, que promueve la vasoconstricción y la retención de sodio y agua, y el sistema nervioso simpático, que aumenta la frecuencia cardíaca y la resistencia vascular. Estos cambios provocan un endurecimiento y estrechamiento de las arterias, lo que incrementa la resistencia vascular periférica y contribuye al desarrollo de complicaciones como insuficiencia cardíaca, daño renal, y accidentes cerebrovasculares.

### c) Medios de diagnósticos

Las personas con resultado anormal en su presión arterial en la consulta médica, se deberá tomar al menos dos mediciones separadas de un intervalo de 5 a 10 minutos siguiendo la técnica correcta y se tomará en cuenta el promedio de las últimas dos mediciones, dejando

constancia en el expediente clínico. Para la confirmación de HTA estadio I se citará al paciente en un lapso no menor de 2 semanas. A excepción HTA en estadio II en adelante o cuando hay evidencia clara de daño a órgano blanco.

Se diagnóstica HTA cuando:

- La presión arterial sistólica (PAS) es  $\geq 140$  mmHg o
- La presión arterial diastólica (PAD) es  $\geq 90$  mmHg

Antes de iniciar el tratamiento, se deberán realizar las siguientes pruebas diagnósticas:

- Análisis de orina
- Electrocardiograma
- Glucemia
- Hematocrito
- Potasio, creatinina y calcio séricos
- Perfil de lipoproteínas y colesterol, que debe incluir HDL LDL y Triglicéridos
- Otras pruebas que se pueden solicitar incluyen excreción de albúmina en orina, valoración del filtrado glomerular (eliminación de Creatinina) y pruebas para determinar algunos factores de riesgo cardiovascular Emergentes, como la proteína C Reactiva y la homocisteína

#### d) Tratamiento

Tratamiento no farmacológico:

Independientemente de los valores de presión arterial y de la categoría de riesgo en el paciente con hipertensión, la modificación del estilo de vida es mandatorio, de la siguiente manera:

- Baja ingesta de sal (menos de 5 gramos al día): no agregar sal, a la comida ya preparada, evitar el consumo de bebidas carbonatadas y enlatadas.
- Aumentar el consumo de agua.

- Moderar el consumo de alcohol: menor 30 g/día en hombres y menor 20 g/día en las mujeres. (Una cerveza o una copa de vino equivalen a 10 gramos de alcohol).
- No estimular el consumo de alcohol en ningún caso en los previamente abstemios.
- Reducir el peso intentando conseguir un IMC de 25 kg/m<sup>2</sup> y un perímetro de cintura menor de 102 centímetros en varones y menor de 88 centímetros en mujeres.
- Practicar ejercicio físico de forma regular, 30 o más minutos al día, al menos 5 días a la semana.
- Dejar de fumar.
- Promover cambios en la dieta incrementando la cantidad de frutas y verduras, así como productos lácteos bajos en grasa. El consumo de frutos secos, aceite de oliva virgen y/o de origen vegetal, entre otros.

El tratamiento farmacológico:

Los objetivos del tratamiento son lograr el control efectivo de la presión arterial y prevenir daño a órgano blanco.

El tratamiento actual de la hipertensión incluye una o más de las siguientes clases de fármacos: diuréticos, beta bloqueantes, simpaticolíticos de acción central, vasodilatadores, Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) bloqueantes del receptor de angiotensina II (BRA) y antagonistas del calcio en la mayor parte de los pacientes se necesitan dos o más fármacos de distinta clase para conseguir un control eficaz

e) Cuidados de enfermería

- Medición regular de la presión arterial siguiendo una técnica adecuada para obtener valores precisos.
- Monitoreo de los síntomas de crisis hipertensiva (dolor de cabeza, mareos, visión borrosa, etc.).
- Fomentar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, explicando la importancia de no suspender la medicación sin consultarlo con el médico.
- Fomentar una dieta baja en sodio rica en frutas, verduras, cereales integrales, y baja en grasas saturadas.

- Estimular la práctica de ejercicio físico moderado (como caminar o nadar) al menos 30 minutos al día.
- Controlar la aparición de síntomas relacionados con complicaciones como la insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular o insuficiencia renal.
- Observar cambios en el estado neurológico (confusión, dificultad para hablar, etc.), dolor torácico, edema en extremidades, disnea, etc
- Vigile los aportes y pérdidas y pese al paciente todos los días (si está en una unidad hospitalaria) una vez a la semana (si está en la comunidad)
- Monitorizar edema periférico

Durante su estancia hospitalaria:

- Coloque en posición de simi fowler
- Reportar diuresis horaria para descartar insuficiencia renal
- Control de balance hídrico y reportar si esta positivo o negativo
- Corregir deficiencias electrolíticas
- Control de líquidos endovenosos, regular infusión de goteos.

#### 1.1.5. Obesidad

##### a) Definición

La obesidad es una enfermedad crónica que se define por una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La obesidad puede provocar un aumento del riesgo de diabetes de tipo 2 y cardiopatías, puede afectar la salud ósea y la reproducción y aumenta el riesgo de que aparezcan determinados tipos de cáncer. La obesidad influye en aspectos de la calidad de vida como el sueño o el movimiento.

##### b) Fisiopatología

El adipocito es la principal célula del tejido adiposo y está especializada en almacenar el exceso de energía en forma de triglicéridos en sus cuerpos lipídicos (siendo la única célula que no puede sufrir lipotoxicidad), y liberarlos en situaciones de necesidad energética.

Además, desde su descubrimiento como célula endocrina sabemos que el adipocito desempeña un rol activo tanto en el equilibrio energético como en numerosos procesos fisiológicos y metabólicos. Aunque en la actualidad, al menos 600 factores bioactivos son considerados adipoquinas (citoquinas emitidas por el tejido adiposo), desconocemos en gran medida la función, modo de acción o señalización de muchas de las adipoquinas recientemente descubiertas. Con todo, leptina y adiponectina siguen siendo las adipoquinas más estudiadas actualmente, intentando avanzar en una comprensión más profunda de su desempeño a nivel general y en la obesidad.

### c) Medios de Diagnóstico.

Para diagnosticar la obesidad, generalmente el profesional de la salud podría realizar un examen físico y recomendar algunas pruebas.

Por lo general, estos exámenes y pruebas son los siguientes:

- Detallar tu historial médico. Tu equipo de atención médica puede revisar tu historial de peso, tus esfuerzos para bajar de peso, tu actividad física y tus hábitos de ejercicio. También puede hablar sobre tus patrones alimentarios y el control del apetito. El profesional de la salud puede preguntarte sobre otras enfermedades que hayas padecido, los medicamentos que tomas, tus niveles de estrés y otras cuestiones sobre tu salud. También podrían revisar el historial médico de tu familia para saber si tienes más probabilidad de padecer determinadas afecciones.
- Realizar un examen físico general. Esto incluye medir tu estatura, verificar signos vitales como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la temperatura, escuchar tu corazón y pulmones, y examinar tu abdomen.
- Calcular tu IMC. El profesional de la salud revisa tu índice de masa corporal, denominado IMC. Un IMC de 30 o más se considera obesidad. Los números superiores a 30 aumentan aún más los riesgos para la salud. Haz que te controlen el IMC al menos una vez al año. Esto puede ayudar a precisar tus riesgos generales de salud y los tratamientos que podrían ser adecuados para ti.

- Medir el tamaño de la cintura. La medida del contorno de la cintura se denomina circunferencia. La grasa almacenada alrededor de la cintura, a veces llamada grasa visceral o grasa abdominal, puede aumentar aún más el riesgo de enfermedades cardíacas y diabetes. Las mujeres con una cintura que mide más de 35 pulgadas (89 centímetros) y los hombres con una cintura mayor de 40 pulgadas (102 centímetros) podrían tener más riesgos para la salud que las personas con medidas más pequeñas de cintura.
- Controlar otros problemas de salud. Si tienes problemas de salud conocidos, tu equipo de atención médica los evaluará. El profesional de la salud también buscará otros posibles problemas de salud, como presión arterial alta, colesterol alto, tiroides poco activa, problemas hepáticos y diabetes.

#### d) Tratamiento

El tratamiento de la obesidad debe ser integral y multidisciplinario para alcanzar y mantener un peso saludable. Pérdidas de peso de al menos un 5-10% en un período de 6 meses mejora y controla la aparición de otras enfermedades (comorbilidades) asociadas con la obesidad.

El tratamiento inicial de la obesidad incluye cambios en la pauta alimentaria y el aumento de ejercicio físico. Junto a estas estrategias y, en función del grado de obesidad, se pueden administrar fármacos u optar por la cirugía bariátrica con la finalidad de potenciar la pérdida de peso.

#### f) Cuidados de Enfermería

- Brindar consejería sobre prevención y manejo de la condición.
- Orientar sobre afecciones relacionadas a la patología.
- Fomentar la adopción de hábitos saludables en la alimentación y actividad física.
- Referir a seguimiento por nutrición.
- Tomar signos vitales, peso y talla. Examen físico

## 1.2. Examen físico

### 1.2.1. Apariencia general.

Se realiza examen físico el día 13 de mayo del 2024 por las responsables, Br. Karla Flores y Larissa Flores, a usuaria del sexo femenino C,N,A de 66 años, con edad igual a la cronológica. **La paciente tiene una constitución con obesidad** y una conformación simétrica. Se encuentra consciente y orientada en sus tres esferas mentales. Durante el examen, la paciente se encuentra en posición de sedestación y vestía ropa hospitalaria limpia. Presentaba signos de enfermedad, incluyendo una **herida operatoria con salida de secreción purulenta y olor fétido sellada con apósito estéril y esparadrapo sucio con secreción de moderada cantidad de consistencia espesa**. Además, la paciente mostraba una **expresión facial de tristeza, inquietud, estaba poco pálida y no muy colaboradora**, manifestando su descontento con su estado actual. A pesar de esto, su lenguaje era fluido.

### 1.2.2. Signos vitales.

Usuaría al momento presentando signos vitales de: Temperatura de 36.5°C, TA:130/80 mmHg, SatO<sub>2</sub>:97%, FR:21. Se efectúa cálculo de IMC tomando en cuenta un peso de, 89 kilogramo, talla 1.56 cm; con resultado de **IMC:36.62 kg/m<sup>2</sup>, encontrando obesidad grado II**.

### 1.2.3. Cabeza

Al momento de realizar inspección se observa cabeza de proporción simétrica, tamaño normal, de forma redonda, con una distribución de cabello simétrico sin presencia de parásitos, se muestra limpio, **con presencia de cicatriz en hemicara derecha región fronto temporal por sutura de trauma craneoencefálico leve**, no seborrea, se palpa cabello fino, opaco, sin sensibilidad al dolor, sin presencia de masas, depresiones o hundimientos.

#### 1.2.4. Cara

Usuaria presenta cara de forma redonda proporcional al resto del cuerpo, simétrica, con facies de incomodidad al movimiento, con piel íntegra y transpiración normal, no presenta cicatrices de acné, nevus vascular u otras. El vello facial es fino, no hay presencia de movimientos involuntarios, ni edemas.

A la palpación presenta temperatura corporal normal, no presenta sensibilidad, sin masas palpables, se detecta pulso arterial temporal, no se observan facies de dolor ni tumefacción a la palpación de las glándulas parótidas, nervio facial con respuesta normal, capaz de realizar muecas y gesticulaciones.

#### 1.2.5. Ojos

Usuaria presenta buena implantación e integridad de cejas y párpados, simétricos se observa buena higiene de los bordes de los párpados, posición de los bordes de los párpados normal, rima palpebral sin anormalidades **se evidencian ojeras bajo los ojos**, higiene adecuada, las pestañas se observan con buena implantación simétricas, se observan con buena higiene, presenta reflejo superciliar normal, al realizar eversión de párpados no se visualizan glándulas lagrimales ni conducto lagrimal, no se observa apoptosis palpebral.

La conjuntiva palpebral y bulbar se observa normal, con buena integridad y humedecidas, no se observa presencia de cuerpos extraños, ni pterigión; esclerótica presenta buena integridad de color blanco, la córnea se observa con buena integridad, transparente, no presenta sensibilidad; el iris se visualiza íntegro de color café oscuro, cristalino y con buena transparencia; pupilas isocóricas de color negro, pupilas reactivas a la luz. Al palpar cejas, párpados, globo ocular y conducto lagrimal; no se presenta masa ni se observan facies de dolor, no hay salida de secreciones.

Se realiza pruebas de agudeza visual del cual se le pide que se cubra el ojo derecho y visualice con el ojo izquierdo a lo que responde **que visualiza imagen borrosa posteriormente con el ojo derecho a lo que responde que visualiza borroso pero un poco menos, al identificar**

colores se le dificulta ya que no logra enfocar los objetos Prueba de nervio óptico con movimientos oculares normales, sin presentar desviaciones; nervio trigémino con reflejo corneal presente, sin sensibilidad al dolor en piel de la cara y mucosa nasal.

#### 1.2.6. Oídos.

Se observan oídos simétricos con buena implantación, movilidad normal, con una temperatura adecuada, con color igual al de la piel facial, con higiene adecuada, no se observan facies de dolor al palpar ambas orejas, sin signos de presión. Evaluación de audición normal con distancia de escucha de aproximadamente un metro. Meato acústico externo de apariencia lisa, no se realizan pruebas de otoscopia debido a que no se cuenta con otoscopio.

No se realiza prueba de diapasón ya que no se cuenta con este. En cuanto al par auditivo y prueba de audición se encuentra prueba de reloj, susurros y chasquido de dedos normales.

#### 1.2.7. Nariz

Se observa nariz con forma achatada, posición del tabique nasal recto y simétrico, color de piel morena clara, y tersa. A la palpación se encuentra recto, no se palpan masas, no crepitaciones, ausencia de dolor, mucosa nasal húmeda de color normal, íntegra, tabique nasal simétrico, sin secreciones.

#### 1.2.8. Senos paranasales.

A la inspección de los senos paranasales no se observan edemas. No manifiesta dolor al palpar los senos frontal, maxilar y etmoidal. Se realiza percusión de senos frontal, maxilar y etmoidal; encontrando sonido mate, no se reportan hallazgos anormales. Al transiluminar los senos se observan bien definidos, se iluminan de forma similar, no se reporta ninguna anomalía. Se realiza prueba de identificación de olores, en la cual identifica olores agradables y desagradables. No presenta dolor.

#### 1.2.9. Boca y orofaringe.

Se observan labios simétricos, no proporcionales al rostro, de apariencia semi hidratada, con buena higiene, sin respiraciones orales. **Se observan mucosas y encías de color rosa pálido, sin laceraciones ni presencia de sangrado, dentadura incompleta y uso de prótesis removible.**

Lengua de color rojo, simétrica y de tamaño normal, sin presencia de lesiones con movimientos normales sin visualización de masas o inflamaciones, paladar color rosa pálido, arcos palatoglosos y úvula se observan íntegros y de color rosado y apariencia lisa, al realizar evaluación de los pares craneales V, VII, IX, X y XII se observan reflejos y movimientos normales sin presencia de dolor. Se identifican sabores dulce, amargo, ácido y salado, se evidencia reflejo nauseoso.

#### 1.2.10. Cuello.

No se observa piel hiperpigmentada, es simétrico con desarrollo muscular normal, no se presentan ni palpan masas, con pulsaciones a nivel carotídeo normales, es capaz de realizar movimientos de flexión, extensión, rotación e inclinación, a la palpación mantiene una temperatura normal, sin masas, pulso carotídeo normal, fuerte y regular, se palpa levemente glándula tiroides, tráquea simétrica, puede realizar movimientos de cabeza y hombros a ambos lados.

#### 1.2.11. Tórax.

Usuaría con estado nutricional y desarrollo musculo esquelético obeso, textura de piel lisa, e íntegra, no se observa hiperpigmentación, No presenta lesiones ni cicatrices. Forma del tórax de pichón, con escápulas, clavículas, hemitórax y hombros simétricos. Tipo de respiración torácica con frecuencia de respiraciones por minuto a un ritmo regular con igual profundidad; Al realizar la percusión los sonidos escuchados fueron resonantes, no se presentan anormalidades. Sin anormalidades en la columna vertebral.

A la palpación no presenta sensibilidad a dolor, sin presencia de masas, temperatura normal pulsaciones palpables, con textura de piel normal, con adecuada expansión costal sin sonidos estertores, ni sibilancias.

#### 1.2.12. Corazón.

Se realiza palpación para ubicar el segundo espacio intercostal y localizar los focos aórtico y pulmonar, se prosigue a localizar el quinto espacio intercostal y encontrar el foco tricúspide y 5 cm a la izquierda debajo de la tetilla sobre la línea medio clavicular se encuentra el foco apical o mitral siendo este el punto máximo de impulso. Se procede a auscultar los 4 focos cardiacos encontrándose normales con un ritmo regular y leve intensidad, no se encontraron soplos ni ninguna otra anormalidad.

#### 1.2.13. Mamas y axilas.

Presenta piel de color uniforme, mamas de igual tamaño no se observan secreciones ni eversión del pezón, areolas redondas, sin presencia de áreas dolorosas, se realiza examen de mamas utilizando técnica de las agujas del reloj, sin presencia de masas ni nódulos, sin palpación de la cadena ganglionar.

#### 1.2.14. Abdomen.

Presenta abdomen blando y depresible a la palpación, de color uniforme, simétrico, de contorno distendido, con abundante panículo adiposo y con movimientos simétricos. Se ausculta peristaltismo normal de 2 por minuto, sin soplos arteriales presentes, sin masas presentes a la palpación, vejiga urinaria sin distensión, se palpa pulsación de arteria aórtica, sin dolor a la palpación. **Con presencia de cicatriz operatoria de cesárea baja transversa; Herida operatoria por hernia incisional gigante en pared abdominal, el cual se encuentra abierta de la parte inferior, cubierta con apósitos estériles manchados de secreción serosa con olor fétido.**

#### 1.2.15. Genitales.

Se observa distribución del vello púbico simétrico, no se observan lesiones o parásitos, sin presencia de flujo vaginal, **se encuentra secreciones purulentas que desciende de la herida operatoria**, no se palpan masas ni hay signos de dolor.

#### 1.2.16. Ano y recto.

Se observa piel íntegra, sin lesiones, sin sangrado, pliegues anales íntegros.

#### 1.2.17. Músculo esquelético.

Usuaría en posición anatómica que se observa cabeza normal, cuello, hombros, clavícula, escápulas, columna, miembros superiores e inferiores y caderas en posición normal, simétricos, con buen tono muscular, no edema en ambos miembros inferiores. Miembros superiores e inferiores simétricos con capacidad de realizar movimientos de flexión, extensión, abducción, aducción, pronación, supinación y rotación, con amplitud de movimientos normal y fuerza muscular presente.

#### 1.2.18. Vascular periférico.

Se palpan pulsos temporales y yugulares, sin presencia de cianosis ni varices en miembros inferiores, sin signos de presión o úlceras. Extremidades sin fóvea, llenado capilar de menos de 3 segundos, sin diaforesis, sin signos de tromboflebitis.

#### 1.2.19. Neurológico.

La usuaria se encuentra consciente, alerta y orientada en tiempo, lugar y persona, **con alteraciones en la memoria a corto plazo pues refiere que olvida las llaves de la puerta, si cierra el grifo del agua**. No presenta problemas en el lenguaje.

#### 1.2.20. Sensibilidad.

Sensibilidad superficial normal al tacto fino en zonas simétricas, percepción normal de dolor y temperatura, describe correctamente estímulos sensitivos, pruebas de grafestesia y esterognosis con resultados positivos.

#### 1.2.21. Pruebas de equilibrio y coordinación

Usaria al momento realiza deambulaci3n apoyándose de medios externos, con distancia corta de su unidad al sanitario, **no logra mantener la coordinaci3n y el equilibrio por mucho tiempo debido a H.O. Adem3s, mantiene postura antalgia sosteniéndose la regi3n abdominal por temor a que se abra m3s la herida y apoyándose de objetos externos.**

#### 1.2.22. Reflejos profundos u osteotendinosos.

Se evalúan los reflejos superficiales, bicipital, tricipital, braquiorradial, rotuliano, aquiliano respondiendo a todos de manera correcta.

#### 1.2.23. Reflejos superficiales o cutáneo-mucosos

Se evalúa reflejo corneal, cutáneo abdominal y reflejo plantar oportunamente en cada uno de los sistemas

### 1.3.Cronograma

**Tabla 13**

*Cronograma de actividades*



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

CURSO DE ESPECIALIZACION EN ATENCION COMUNITARIA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE ESTUDIO DE CASO



ACTIVIDADES	MES/SEMANA																																		
	A				M					J				J				A					S				O					N			
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
Primera asesoría con docente asesor para selección de persona para estudio de caso		■																																	
Fase de Valoración: Recolección de datos Examen físico			■																																
Segunda asesoría para validación de los datos recolectados.				■																															
Priorización de Diagnostico.					■																														
Fase de planificación						■																													
Tercera asesoría para validación de diagnósticos priorizados más entrega de avance.							■																												



#### 1.4.Presupuesto de la investigación

**Tabla 14**

*Presupuesto*

CONCEPTO	CANTIDAD	TIEMPO	VALOR UNITARIO	TOTAL
Lapiceros	2	x	\$0.20	\$0.40
Folder	12	x	\$0.25	\$3.00
Fastener	12	x	\$0.15	\$1.80
Internet	2	8 meses	\$10.00	\$80.00
Impresión de formato de examen físico y valoración de los 11 patrones.	12	x	\$0.05	\$6.00
Impresión de validación y documentación de caso.	2	x	\$0.40	\$0.80
Impresión de documento de planes de cuidado.	8 juegos	x	\$0.95	\$12.40
Impresión de rubrica de evaluación de caso.	2	x	\$0.25	\$0.50
Impresión de páginas de titulo	4	x	\$0.05	\$0.20
Impresión de caso de estudio	5 juegos	x	\$4.20	\$21.00
Transporte	2 personas	x	\$1.50	\$16.00
Viáticos de alimentación	2 personas	x	\$3.00	\$15.00
Sub total:				\$157.10
Gastos imprevistos 10%				\$ 15.71
Total:				\$172.81