



UAGro

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO

Facultad de Enfermería N°2
Coordinación de Posgrado e Investigación
Especialidad de Enfermería en cuidados intensivos

PROCESO ENFERMERO

“Proceso de atención de Enfermería al paciente con síndrome
compartimental abdominal”

Para obtener el diploma de
Especialista en Cuidados Intensivos

Presenta:

L.E Yesenia Mendía Rendón

Director de tesis

Dra. Norma Angelica Bernal Pérez Tejada

Codirector de tesis

Acapulco, Guerrero
08 julio 2021
México

Agradecimientos

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Agradezco también a la Escuela de Enfermería N°2 de la Universidad Autónoma de Guerrero UAGro, para la coordinación de posgrado, mi agradecimiento sincero también al director de mi tesis, Dra. Norma Angelica Bernal García, y gracias a cada docente quienes con su apoyo y enseñanzas constituyen la base de mi vida profesional.

I.- ÍNDICE

TEMA	PAG
AGRADECIMIENTOS	02
I.- INDICE	03
II.- INTRODUCCIÓN	05
III.- JUSTIFICACIÓN	07
IV.- OBJETIVOS	10
4.1.- General	10
4.2.- Específicos	10
V.- METODOLOGÍA	11
VI.- MARCO TEÓRICO	12
6.1.- Enfermería como profesión disciplinaria	12
6.2.- El cuidado como objeto de estudio	13
6.3.- Proceso atención de enfermería	14
6.4.- Modelo teórico de Marjory Gordon.	15
6.4.1.- Elementos fundamentales	16
6.5.- Etapas del proceso atención de enfermería	19
6.5.1.- Valoración	20
6.5.2.- Diagnostico	20
6.5.3.- Planeación	20
6.5.4.- Ejecución	20
6.5.5.- Evaluación	21
6.6.1.- Problemática de salud de la persona	21

6.6.2.- Diagnóstico y tratamiento	21-23
VII.- RESUMEN DEL CASO CLÍNICO	24
VIII.- DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA	25
8.1.- Valoración clínica del sujeto de cuidado	30
8.2.- Diagnostico de enfermería según el caso	30
8.3.-Planificación de intervenciones	33
8.4.-Ejecucción de intervenciones	37
IX.-PLAN DE ALTA	41
X.- CONCLUSIONES	42
XI.- BIBLIOGRAFÍA	43
XII.-GLOSARIO DE TÉRMINOS	44
XIII.-ANEXOS	45

II.- INTRODUCCIÓN

Desde tiempo atrás, en el año 1911 el investigador Emerson fue el personaje quien relaciono los efectos del aumento de la presión intraabdominal (PIA) con disfunción ventilatoria y posterior compromiso cardiovascular. Por consiguiente, en 1980, un siglo más tarde de la primera descripción, Kron y cols. (1984) introdujeron el nombre de “síndrome compartimental abdominal” (SCA) a las consecuencias que provocaba la hipertensión intraabdominal (HIA) consecuentes a una cirugía de aneurisma abdominal.

De modo que el síndrome compartimental abdominal está definido como las múltiples consecuencias fisiológicas de la elevación de la presión intraabdominal, por lo tanto, es la resultante de la hipertensión intraabdominal. La presión intraabdominal normal es cercana a 0 o incluso negativa, pudiendo llegar hasta 5 a 7 mmHg como valor aceptable en pacientes críticos.

Además, en la actualidad, el SCA comprende la disfunción orgánica resultante de la hipertensión intraabdominal que afecta los sistemas cardiovascular, respiratorio y renal, así como las alteraciones intracraneales, el compromiso vascular esplánico y los efectos en la pared abdominal. Mientras dichos cambios, se presenta la liberación de sustancias al torrente sanguíneo producto de esta agresión, que hacen más difícil el reconocimiento, manejo y resolución de esta patología.

El autor Leonardo Pérez P. en el año 2018, menciona que la Conferencia internacional de Consenso sobre HIA/SCA, promovida por la World Society for Abdominal Compartment Syndrome (WSACS), permitió estandarizar el método de medición de la PIA, mejor dicho, estable definiciones y recomendaciones basadas en evidencia científica que ha permitido emplear protocolos de diagnósticos y terapéuticos que han mejorado la evolución de los pacientes.

La medición de la presión intraabdominal es un método que presenta parámetros para reconocer las patologías que puede desarrollar una presión elevada en la cavidad abdominal, es un procedimiento que se está presentando con mayor frecuencia en las unidades de cuidados intensivos., en donde los profesionales de enfermería tienen un papel importante en la toma e identificación de posibles complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente.

Enfermería se caracteriza por la observación minuciosa de sus pacientes para diagnosticar respuestas humanas y actuar con oportunidad, conjuntamente con el equipo de salud. La siguiente revisión tiene la finalidad de difundir el conocimiento y dar a conocer la importancia de las intervenciones de enfermería en el cuidado de los pacientes de síndrome compartimental, dar a conocer los valores de la PIA, y las repercusiones que tiene a nivel sistémico la HIA o el SCA.

Se utilizará la metodología NANDA-NIC-NOC en el desarrollo del Proceso de atención de enfermería (PAE) en cual es un método que ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión. Tiene como objetivo proporcionar cuidados de enfermería individualizados y permitir la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensiones biopsicosocial-cultural y espiritual.

El modelo utilizado en la elaboración de este proceso de atención de enfermería es el de Marjory Gordon, respecto al desarrollo de la teoría consta de 11 patrones funcionales; los mismos que ayudan a valorar alteraciones de salud que afectan al individuo y su uso brinda una valoración de enfermería organizada y planificada para conseguir datos subjetivos y objetivos del paciente los mismos que ayudan a establecer los diagnósticos enfermeros ya sean enfocados en el problema, de riesgo y de promoción de la salud.

III.- JUSTIFICACIÓN

Un equipo multidisciplinario debe de identificar de manera oportuna la disfunción o falla de diferentes órganos y sistemas que se manifiesta cuando la PIA está a mayor de 20 mmHg, reconocer las patologías que desarrolla como son la HIA y SCA, estos factores se pueden distinguir mediante la medición de la presión intraabdominal en el paciente, esta acción es del profesional de enfermería.

Los estudios más recientes, en los que se aplican las definiciones de consenso, muestran una alta prevalencia en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (entre 37-64% de HIA y 4-12% de SCA). En resumidas palabras, el aumento de la presión dentro de la cavidad abdominal se asocia a múltiples alteraciones fisiopatológicas, con una importante repercusión en aparatos y sistemas originando disfunción orgánica múltiple en el paciente.

A continuación, el autor Joao Paulo en el año 2012 menciona “el primer paso para el diagnóstico y el tratamiento de la SCA es la medición de la PIA, siendo la técnica transvesical el método más indicado debido a la simplicidad de la realización, a su bajo nivel de invasión y bajo costo”. La falta de conocimiento de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos (UCI) sobre la enfermedad, es una de las hipótesis para explicar este hecho.

A su vez, la mayoría de los pacientes con patología abdominal pueden evolucionar a SCA debido a que no se valore adecuadamente la hipertensión abdominal. Una monitorización adecuada de la presión en estos pacientes puede disminuir su mortalidad y permitir un diagnóstico a tiempo y un tratamiento adecuado para así evitar un fallo multisistémico.

Es por esto que las tasas de incidencia publicadas de hipertensión intraabdominal y el síndrome compartamental abdominal en pacientes críticos son muy variables, dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados. Teniendo en cuenta que el método válido para la medición de la presión intraabdominal, de acuerdo con las guías del consenso de la Sociedad Mundial de Síndrome Compartamental Abdominal, es la vía vesical debido a su fácil implantación y bajo costo.

Teniendo en cuenta que la medición de la presión intraabdominal puede discontinuarse cuando los factores de riesgo para la hipertensión abdominal hayan desaparecido o el paciente no tenga signos de disfunción orgánica, y los valores de presión intraabdominal estén por debajo de 10 a 12 mmHg por 24 a 48 horas. Al mismo tiempo se recomienda medir la PIA si 2 o más factores de riesgo están presentes.

En relación con lo que se menciona en lo anterior la Sociedad Mundial de Síndrome Compartamental recomienda su medición en el paciente crítico a un si no existe factores de riesgo. Así, una medición de la PIA basal debe ser obtenida y si la HIA está presente, las mediciones de la PIA deben de realizarse de forma seriada. Ahora puedo decir que el tratamiento del HIA es la prevención.

El reconocimiento de los factores de riesgo ha permitido detectar precozmente a los pacientes críticos en mayor riesgo, con el fin de realizar monitorización seriada de la PIA y optimizar la perfusión sistémica y la función de los diferentes sistemas en el paciente con la PIA elevada, mediante estrategias médicas o estrategias quirúrgicas.

La finalidad del PAE es brindarle las intervenciones necesarias en base a un diagnóstico a un paciente en específico para lograr así un bienestar absoluto y humanístico. Las acciones de enfermería otorgadas en el siguiente PAE se realizaron en base a la fenomenología, lo espiritual y cultural para no desencadenar otras patologías, así como brindarle la información adecuada, orientación y enseñanza para modificar o transformar conductas erróneas, sobre todo brindar un apoyo holístico.

Se propuso intervenir debido al aspecto general de la paciente en una valoración tanto céfalo-caudal, así como las diversas preguntas realizadas empleando la Teoría de Marjory Gordon para poder brindar un cuidado completo.

VI.- OBJETIVOS

4.1.- OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un plan de cuidados estandarizado para el cuidado del paciente con síndrome compartimental con el fin de establecer intervenciones de calidad y evitar posibles complicaciones.

4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las necesidades reales y potenciales paciente con síndrome compartimental contemplando sus tres esferas biopsicosociales.
- Elaborar un plan de cuidados mientras el paciente esté en el Servicio de urgencias adultos, acorde a las respuestas humanas con la utilización de las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería.
- Ofrecer una atención de manera individualizada, continua y de calidad abordando aspectos humanísticos en relación con sus respuestas de la propia enfermedad.

V.- METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de caso clínico, descriptivo, transversal y prospectivo en un hospital general de segundo nivel de Acapulco, Gro. Se dio seguimiento a una persona de 34 años de edad, con SICA y SCA, desde el ingreso al Servicio de Urgencias, Unidad de cuidados intensivos y Cirugía general, del 7 de junio al 2 de julio de 2021, previa autorización a través de consentimiento informado, respaldado en el Artículo 96 de la Ley General de Salud.

La metodología utilizada se ha realizado siguiendo una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica con el fin de conseguir el objetivo planteado y fundamentar el constructo del proceso de atención de enfermería (PAE).

Las estrategias de búsqueda y selección de artículos se han basado en la revisión de publicaciones disponibles en las bases de datos Dialnet, Scielo, Google académico y en la utilización de palabras clave para localizar los artículos de interés (Síndrome compartimental, presión intraabdominal, enfermería, cuidados, UCI).

El plan de cuidados se ha realizado utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC, este mismo plan de cuidados estandarizado para el cuidado del paciente con grave, está enfocado en los cuidados básicos del paciente crítico y en los cuidados específicos del paciente con síndrome compartimental.

VI.- MARCO TEÓRICO

6.1.- Enfermería como profesión disciplinaria.

A medida que la Enfermería se proyecte hacia una visión de mundo unitario, es importante criticar y explorar algunas dinámicas del avance de la enfermería profesionalmente como una disciplina de salud distintiva de los procesos de curación-cuidado. Globalmente, la atención de la salud debe responder a las necesidades de la humanidad que se preocupan por la curación, trascendiendo los hospitales, las prácticas industriales institucionales y los sistemas burocráticos controlados por el dominio curativo.

Tanto las enfermeras como la enfermería tienen el desafío de crecer y mantener su base como profesionales de cuidado de la salud, a nivel mundial. Sin embargo, no puede avanzar para el cumplimiento de su mandato social sin la claridad de su base disciplinaria. En otras palabras, la disciplina de la enfermería es diferente, pero se cruza con la evolución de la profesión de enfermería. Sin una orientación disciplinar clara y una base para guiar el desarrollo de la profesión, es fácil perder el rumbo.

La profesión de enfermería, sin la base disciplinaria para el conocimiento y la práctica, puede ser fácilmente guiada por la cultura hospitalaria y la presión para ajustarse a los puntos de vista medicalizados de la humanidad. Esta visión curativa de las experiencias humanas en salud y enfermedad contrasta con la cosmovisión disciplinaria unitaria de la enfermería, por ejemplo, una cosmovisión comprometida basada en valores atemporales, una orientación filosófica a la unidad cuerpo-mente-espíritu, la salud de toda la persona y el cuidado humano, conocimiento de cura que sostiene la humanidad.

Las teorías y filosofías de la ciencia son la base del conocimiento específico de la disciplina. Son las bases filosóficas, los valores y la visión del mundo los que trascienden a los eventos específicos, y buscan proporcionar explicaciones universales que puedan reflejar los fundamentos ético-filosóficos y los valores para todo el campo de estudio.

Asimismo, son estas teorías las que contienen supuestos éticos ontológicos-filosóficos subyacentes; suposiciones epistemológicas sobre el conocimiento y, lo que cuenta como conocimiento.

6.2.- El cuidado como objeto de estudio.

El cuidado como concepto debe ser entendido, debido a que los conceptos sirven como base para análisis y la investigación continua de la enfermera considerando que en la actualidad el concepto de cuidado se cita con frecuencia para apoyar las prácticas de las enfermeras actuales. El uso de la palabra cuidar involucra un sentido emergente, ya que, el concepto de cuidado se ha convertido en objeto de estudio de la enfermera en los últimos años.

En enfermería el término cuidado se ha empleado de manera creciente desde la década de los años sesenta hasta nuestros días. ¿Pero, qué significa esta palabra?, el cuidado es una sensación que denota una relación de interés, cuando la existencia del otro te importa; una relación de dedicación, llevándolo a sus extremos, sufrir por el otro. Cuidar como un concepto está en proceso de ser inventado o construido y se transforma con el paso del tiempo.

El cuidado profesional es asumir una respuesta deliberada que envuelve un poder espiritual de afectividad, Este puede estar vinculado al uso de la tecnología y al grado de necesidad del cuidado del paciente, o sea, cuidamos de manera diferente a una persona que se encuentra en una unidad de cuidados intensivos que a otra que se encuentra en un ambulatorio, pero ambas reciben cuidados en grados diferentes.

El cuidado profesional es desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud, Estas definiciones respaldan el acto de cuidar, sin embargo, dentro de los estudios ya realizados, se percibe lagunas en cuanto a las investigaciones que involucran la

comprensión de los conceptos utilizados en la práctica de enfermería, especialmente cuando se trata del cuidado.

Desde 1997 se hizo un llamado sobre la necesidad de que las enfermeras pusieran atención en la comprensión y no solamente en la explicación de los conceptos que guían la práctica profesional, En esta afirmación, se identifica el pensamiento de Martín Heidegger, al decir que la limitación de los conceptos no permite que se tenga una comprensión de su sentido original.

6.3.- Proceso atención de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de las urgencias. Como antecedentes históricos, reseñar que el PAE tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teóricas como Jhonson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963.

La enfermería, como cualquier disciplina profesional necesita utilizar una forma de proceder para llevar a cabo el servicio que presta a sus usuarios, y que se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas. Esta forma de proceder, encaminada a solucionar o minimizar los posibles problemas de la vida cotidiana relacionada con la salud, no es otra que una actuación ordenada y sistemática, en todas las acciones que lleva a cabo, esto es la aplicación del método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse, sobre todo de los que precisen que se cumplan ciertas condiciones de dificultad y/o complejidad.

En enfermería, en mayor o menor medida, está establecido, que para llevar a cabo aquellas funciones que nos son propias, es necesario ordenar y estructurar las actividades que hacen posible el análisis y solución de las situaciones en las que intervenimos, lo cual es posible mediante la aplicación del método científico, denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

El PAE constituye una herramienta para organizar el trabajo de Enfermería, lo que implica una determinada manera de proceder que nos es propia, está constituido por una serie de pasos o Etapas, íntimamente interrelacionadas, y aunque los textos estudien y analicen por separado, en la práctica deben ir entrelazadas.

6.4.- Modelo teórico de Marjory Gordon.

El cuidado, dirigido al individuo, la familia y la comunidad, es el principal elemento que define el papel de la enfermera de Atención secundaria. La implantación progresiva del Proceso de Enfermería como herramienta fundamental para la gestión de los cuidados, con la estandarización y sistematización de los mismos y la utilización de un lenguaje normalizado, han contribuido al gran avance que ha experimentado la práctica enfermera en los últimos años.

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de los diagnósticos enfermeros.

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a

lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos.

La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón.

6.4.1.- 11 Patrones funcionales.

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

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. 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.

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

- Patrón 1: Percepción-manejo de la salud.
- Patrón 2: Nutricional-metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividad-ejercicio.
- Patrón 5: Sueño-descanso.
- Patrón 6: Cognitivo-perceptual.
- Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto.
- Patrón 8: Rol-relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad-reproducción.
- Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores-creencias.

En las siguientes líneas se desarrollan los distintos Patrones en lo relativo a sus contenidos y objetivos y, también, en la manera en que se puede hacer de ellos una herramienta útil y práctica en la valoración, mediante la exposición de preguntas pertinentes y focos de atención relacionados con cada uno de ellos.

El enfoque y los límites de las preguntas utilizadas en este documento, conllevan una ligera adaptación a las necesidades del proyecto mismo, dado que en él no se trabaja con individuos, como sí ocurre en la práctica profesional enfermera habitual, sino con prototipos o abstracciones de individuos en una situación patológica concreta.

Patrón 1: Percepción–Manejo de la Salud

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Patrón 2: Nutricional–Metabólico

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta. Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

Patrón 3: Eliminación

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

Patrón 4: Actividad–Ejercicio

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Patrón 5: Sueño–Descanso

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

Patrón 6: Cognitivo–Perceptual

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo, se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

Patrón 7: Autopercepción–Autoconcepto.

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).

Patrón 8: Rol–Relaciones.

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

Patrón 9 Sexualidad–Reproducción.

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y asimismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.}

Patrón 10: Adaptación–Tolerancia al Estrés

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Patrón 11: Valores–Creencias

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

6.5.- Etapas del proceso atención de enfermería.

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas:

- Valoración.
- Diagnóstico de enfermería
- Planeación.
- Ejecución.
- Evaluación.

6.5.1.- Valoración.

Consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración física.

6.5.2.- Diagnostico.

Es un juicio clínico sobre las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar.

6.5.3.- Planeación.

Etapa en la que se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. En esta etapa se determinan los resultados esperados e intervenciones independientes e interdependientes, entendiendo las primeras como, aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica y las segundas son realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud.

6.5.4.- Ejecución.

Etapa en la que se pone en práctica el PLACE para lograr los resultados específicos y consta de tres fases: preparación, ejecución y documentación.

6.5.5.- Evaluación.

Es la última etapa del proceso y 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 indicadores.

6.6.1.- Problemática de salud de la persona.

El síndrome compartimental abdominal (SCA) está definido como las múltiples consecuencias fisiológicas de la elevación de la presión intraabdominal (PIA), que implican una serie de manifestaciones en los sistemas respiratorio, renal, metabólico e incluso neurológico y que, de continuar evolucionando, llevan indefectiblemente a falla multiorgánica y la muerte.

Dichos cambios se explican no solo por los fenómenos físicos ejercidos por el aumento de la presión en el compartimiento cerrado que es el abdomen, sino también por la liberación de sustancias al torrente sanguíneo producto de esta agresión, que hacen más difícil el reconocimiento, manejo y resolución de esta patología, presente usualmente en pacientes en estado crítico, fácilmente portadores de patologías de otra índole, pero con manifestaciones hasta cierto punto similares.

La importancia del reconocimiento del SCA radica en que es una entidad factible de ser tratada con relativa rapidez y éxito, a diferencia de las patologías que requieren solo tratamiento médico, pues en este caso, una descompresión abdominal urgente puede salvar la vida del paciente y por supuesto disminuir su mortalidad.

6.6.2.- Diagnóstico y tratamiento.

6.6.2.1.-Diagnóstico.

Quizás uno de los retos más significativos del síndrome compartimental agudo, se produce en los pacientes que no pueden dar una historia clínica fiable o que no pueden participar en el examen físico.

Esto incluye por ejemplo niños, pacientes con daño neurológico o pacientes politraumatizados. En esta clase de pacientes se debe llevar a cabo la medición de las presiones intra compartimentales.

El diagnóstico del síndrome compartimental crónico, puede ser más complicado, ya que solo se presenta síntomas con el aumento de la actividad física, y el diagnóstico va a depender de que tan rápido se mida la presión intramuscular una vez finalizado el ejercicio.

Es importante tener un índice alto de sospecha y realizar exámenes físicos seriados. Se debe documentar el mecanismo de trauma del paciente. La ausencia del dolor en el síndrome compartimental es ocasionada por el déficit neurológico central o periférico. Los pulsos periféricos, son palpables a menos que haya un compromiso arterial masivo, rara vez, la presión del compartimento se eleva tanto que ocluye la presión arterial. Las parestias pueden ser ocasionadas por isquemia muscular o la isquemia del nervio.

La parestesia es un signo temprano de síndrome compartimental, que, sin tratamiento, progresa a hipoestesis y anestesis. Parálisis es un signo tardío del síndrome compartimental, que puede ser ocasionado por la compresión del nervio o lesión irreversible del músculo. Los síntomas sensoriales son frecuente indicación de isquemia del nervio. El tejido nervioso periférico, por lo general suele dañarse en mayor frecuencia, por tener mayor sensibilidad a los eventos isquémicos. La duración y el grado de presión que lleva a daño irreversible no está bien definido.

Los efectos de la PIA elevada o de HIA se manifiestan con compromiso funcional multiorgánico. La alteración entre el contenido y el continente abdominal genera aumento de la presión, que se transmite hacia otras cavidades del cuerpo, con la consiguiente alteración de la fisiología normal. Esta alteración fisiopatológica sostenida y persistente dará lugar a la aparición del SCA.

6.6.2.2.-Tratamiento.

Tratamiento del síndrome compartimental abdominal La HIA en un paciente crítico puede presentarse con un amplio rango de manifestaciones, que deben ser abordadas en forma particular en el contexto de la gravedad y la causa del síndrome. La base del tratamiento del SCA recae en dos objetivos principales: el tratamiento no operatorio -en la etapa de HIA- y el tratamiento operatorio. Es necesario establecer el tiempo y la indicación del tratamiento quirúrgico, centrando el objetivo en la laparotomía descompresiva con cierre abdominal temporal, que debe ser llevada a cabo antes de que los sucesos sean irreversibles.

El tratamiento de la HIA y/o SCA es inicialmente médico con la finalidad de optimizar la presión de perfusión abdominal y disminuir la PIA en los casos de HIA o SCA refractarios a tratamiento médico, la descompresión quirúrgica es la indicada, el tratamiento se basa en el grado de PIA.

Manejo médico

- Sedación y analgesia.
- Bloqueo neuromuscular.
- Descompresión nasogástrica, colónica y agentes procinéticos.
- Diuréticos y hemofiltración/ultrafiltración venosa continua.
- Descompresión percutánea.

Manejo quirúrgico

El tratamiento estándar para los pacientes que desarrollan SCA es la laparotomía descompresiva, la cual tiene efectos inmediatos con corrección de la hipotensión, oliguria, mejoría en la compliance pulmonar y del flujo hepático.

Sin duda alguna, el síndrome compartimental, representa una emergencia quirúrgica, que debe ser diagnosticada con la mayor prontitud posible para evitar las secuelas en los pacientes. El abordaje quirúrgico empleado, la fasciotomía, con el fin de liberar a los músculos del aumento de la presión. Además, ya que el cierre inmediato suele estar contraindicado, se discutirán técnicas de cierre como el cierre tardío primario, la técnica de amarrado de cordones, (en inglés shoelace technique) y las técnicas de cierre con presión negativa.

VII.- RESUMEN DEL CASO CLÍNICO.

🏠 Urgencias.

Masculino de 34 años de edad, con factores de riesgo cardiovascular (edad, sexo, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaquismo e hipertensión arterial): Inicia su padecimiento el 7 Junio del 2021, a las 7:45 am, al despertar presento problemas al incorporarse, refiriendo mareo y cefalea, por lo que decide mantenerse en cama, posteriormente, a las 11:00 am después de desayunar presento dolor en la área abdominal con vomito espontaneo y nauseas, con ganas de evacuar por el dolor que ocasionaba el abdomen, localizado en el epigastrio y radiado en el dorso de la espalda, dolor penetrante así se refiere el paciente, familiares se lo llevan al hospital general para ser atendido en área de urgencias.

En la exploración física, en la palpación se manifiesta dolor en el área abdominal, el abdomen esta distendido y globoso, dolor en ambos hipocondrios, Hiporexia de 5 días, motivo de consumo de bebidas alcohólicas en exceso y abundante alimento con alto contenido de grasas. En el área de urgencias en el examen físico de ingreso, como hallazgos relevantes se encontró paciente somnolienta, con patrón respiratorios no efectivo, pálido, frio, diaforético, letárgicos con Glasgow de 10-11 puntos (ocular-3, verbal-4, motriz-4), signos vitales de TA: 90/60 FC: 137 por minuto, FR: 30 por minuto, Temperatura 39 °C, SaO2 85%, Glicemia de 191 mg/dl, palidez de tegumento, mucosas secas, neurológicamente sin integrar las funciones neurológicas superiores, traduciendo desorientado, sin integrar su raciocinio, sin aparente déficit neurológico, con reflejo miotáticos 2/5, campos pulmonares hipoventilados, más en las bases (patrón respiratorio no efectivo), precordio dinámico, abdomen distendido peristalsis ausente - timpanismo generalizado, dolor a la palpación de la rea media en todo el abdomen más en el abdomen superior, datos positivos con signos de PSOAS (hiperbaralgesia, signo de rebote o blumberg, signo de obturador), extremidades sin aparente alteraciones, con venoclisis, con sonda Foley y sonda nasogástrica.

Se solicitan los estudios de laboratorios, ultrasonido de abdomen, tomografía y se encuentran los siguientes hallazgos alterados:

BH: hemoconcentrado, bandemia y leucocitosis, con azoemia prerrenal, con hiponatremia e hiperkalemia leve, con acidosis metabólica y PCO₂ 85%, Ultrasonido: se reporta inflamación de cabeza y cuerpo del páncreas, edema peripancreático, con líquido libre en corredera, vesícula normal sin piedras, evidencia de íleo metabólico, Tomografía: se encuentra dos colecciones peripancreáticas, con borramientos de bordes pancreáticos, presenta líquidos en el abdomen y el espacio intersticial (balthazar-4). Dentro de los resultados de los exámenes de laboratorios de ingreso llamó la atención la presencia de leucocitosis (18 000). Elevación de la creatinina (3 mg/dl), y amilasa (1500). El paciente tuvo que ser intubado de urgencia y llevado a la Unidad de Terapia Intensiva debido al estado de conciencia, inestabilidad hemodinámica y alteraciones metabólicas.

Unidad de cuidados Intensivos (UCIA).

El paciente sedado, con escala de Glasgow de 3 puntos, con catéter subclavio, conectado a ventilación mecánica de S/C, volumen de 400, PEEP-5, FIO₂ 50%, saturación de 100%, con soporte de aminas y vasopresores, signos vitales TA 90/40 mmHg, FC 110 por minuto, FR 92 por minuto, Temperatura 38°C, Glucometría 300 mg/dl, abdomen muy distendido y timpanizado, sin mayor valoración dado que el paciente está sedado e intubado, se mide en repetidas ocasiones la presión intraabdominal (PIA) a través de la sonda vesical, siendo de 23 mmHg, sonda foley a derivación con un gasto urinario de 30 ml por hora. Se solicitan nuevos estudios de laboratorios de control y una segunda tomografía, se encuentra con alteraciones en los leucocitos de 28.000, con neutrofilia del 92%, PCR 320, tiempo de coagulación ligeramente alargados, creatinina de 3, presenta alteraciones de ácido base, presencia de acidosis metabólica. En la TAC de abdomen se encuentra dilatación de la cámara gástrica, de asas de yeyuno e íleon proximal. Marcados cambios inflamatorios pancreáticos y peripancreáticos, con aumento de volumen en la glándula, siendo la mayor de 12 cm de diámetro. Engrosamiento de la fascia de todo de manera bilateral, a un que más acentuada en el lado izquierdo, con mínimo

cantidad de líquido libre a nivel de ambas gotiera parietocólicas. Dado que el paciente presenta una pancreatitis aguda grado IV de Balthazar con síndrome compartimental, con shock séptico asociado y fallo de un órgano (insuficiencia renal aguda), es valorado por cirugía general y se decide realizar laparotomía descompresiva urgente.

Posoperatorio: signos vitales de TA 90/70, FC 98 por minuto, SPO2 98%, Temperatura 37, bajo sedación y secuelas de la sedación, escala de anestesia de Aldrete de 3, con gasto urinario de 100ml por hora. Evoluciona favorablemente, con desaparición del shock séptico y normalización de la PIA y la función renal. El día 12° postoperatorio se realiza el cierre definitivo del abdomen, el paciente pasa a piso de cirugía general posterior a los 17 días de estancia en UCI, se retira tubo endotraqueal paciente y se le retira la sonda nasogástrica, evoluciona lento pero satisfactoriamente.

Cirugía General

El paciente pasa a la planta de hospitalización de cirugía postoperatoria, consiente, orientado, en sus tres esferas neurológicas, TA- 100/70 mmHg, FC 86 por minuto, FR 21 por minuto, Temperatura 36.5°C, SPO2 98%, Glicemia de 256mg/dl, herida quirúrgica limpia sin datos de infección, se retira sonda foley. La evolución es lenta pero satisfactoriamente, debido a pérdida de masa muscular y de independencia para sus actividades básicas, por lo que requiere de seguimiento conjunto por parte de Nutrición Hospitalaria y de Rehabilitación, siendo dado de prealta cuando la glicemia este en parámetros normales.

7.2.1.- INDICACIONES MÉDICAS.

7.2.1.1.- Urgencias

1.- AYUNO

2.- Solución Hartmann de 1000 para 8 horas

3.- Medicamentos:

- Ceftriaxona 1 gr iv c/12 horas
- Omeprazol 40 mg iv c/24 horas
- Metoclopramida 10 mg iv c/12 horas

4.- Medidas generales de enfermería:

- CGE y signos vitales c/4 horas
- Monitorización cardíaca y oximetría de pulso
- Control estricto de líquidos
- Vigilar el estado neurológico
- Vigilar el patrón respiratorio
- Glucometría capilar preprandial y reportar

7.2.1.2.- Unidad de cuidados intensivos (UCI).

1.- Dieta parenteral

2.- Soluciones

- Solución Hartmann 500 cc para 24 horas cada 24 horas

3.- Infusiones

- Midazolam 300 mg en 100 cc de solución salina al 0.9% para pasar en 8 horas cada 8 horas.
- Propofol 1 gr IV para 8 horas cada 8 horas.
- Norepinefrina 8 mg en 100 cc de solución salina a pasar a 2 cc/hora, dosis respuesta en BIC si PAM <65 mm Hg.
- Buprenorfina 300 mg en 100 cc de solución salina al 0.9% a pasar a 12.5 cc/hora.

- Rocuronio 300 mg en 100 cc de solución salina al 0.9% a pasar a 12.5 ml/hora.

3.- Medicamentos

- Omeprazol 40 mg iv cada 24 horas
- Meropenem 1 g en 100 cc de ss 0.9% para pasar en 3 horas cada 8 horas.
- Atorvastatina 20 mg PSOG cada 24 horas
- Paracetamol 1 gr/ IV PSOG cada 8 horas si hay fiebre.
- Enoxoparina 60 mg SC cada 12 horas.
- Insulina Glagina 16 IU sc cada 24 horas (10:00 am)
- Metamizol 1 gr IV cada 6 horas PRN
- Senosidos AB 2 tabletas cada 24 horas
- Metronidazol
- Insulina rápida preprandial por arriba de 160 mgdl aplicar 7 U subcutánea.

4.- Medidas Generales

- CGE y SV cada 2 horas
- Monitorización cardiaca continua y oximetría de pulso
- Cabecera a 30°
- Vigilar estado neurológico
- Vigilar patrón respiratorio
- Glucometría capilar preprandial y reportar
- Control estricto de líquidos y cuantificación de uresis por turno.
- Cuidados de sonda Foley y cuantificación de orina.

7.2.1.3.- Indicaciones postoperatorias.

1.- Dieta para Diabéticos

2.- Soluciones

- Solución Cloruro de sodio 500 cc para 24 horas

3.- Medicamento

- Omeprazol V.O cada 24 horas
- Cefalexina de 500 mg cada 12 horas
- Paracetamol 500 mg cada 8 horas
- Insulina rápida preprandial por arriba de 160 mgdl aplicar 7 U subcutánea

4. Medidas Generales

- CGE y signos vitales por turno
- Glucometría capilar preprandial

VIII.- DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.

8.1.- Valoración clínica del sujeto de cuidado.

8.1.1.- Valoración en el servicio de Urgencias

La valoración de enfermería al paciente se realiza a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon, se describen a continuación los prioritarios y que comprometen el estado de salud:

- **Patrón 2. Nutricional-metabólico.** Glucosa de 191 mg/dl, manejo de glucometría capilar preprandial.
- **Patrón 3. Eliminación.** Anuria con un gasto urinario de 30 ml por hora, tratamiento sustitutivo de la función renal, por elevación de azoados: creatinina de 3mg/dl y depuración de 18 mg/dl, abdomen globoso. En ayuno, sonda nasogástrica a derivación con gasto biliar y enemas evacuantes cada 24 horas.
- **Patrón 4. Actividad-ejercicio.** Datos de bajo gasto cardiaco, presentando taquicardia y disnea con fatiga y cansancio en realizar su activa de autocuidado.
- **Patrón 6. Cognitivo-perceptual.** Sin sedación, somnoliento, neurológicamente sin integrar las funciones neurológicas superiores, traduciendo desorientado, sin integrar su raciocinio, sin aparente déficit neurológico, con reflejo miotáticos 2/5, con escala de Glasgow de 10-11 puntos.

8.1.2.- Unidad de cuidados Intensivos (UCIA).

La valoración de enfermería al paciente se realiza a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon, se describen a continuación los prioritarios y que comprometen el estado de salud:

- **Patrón 2. Nutricional-metabólico.** Dieta parenteral, glucosa de 300 mg/dl, glucometría preprandial.
- **Patrón 3. Eliminación.** Anuria con sonda foley a derivación con un gasto urinario de 30 ml por hora, creatinina de 3mmg/dl, senosidos dos tabletas, abdomen globoso, presión intraabdominal de 40 mg
- **Patrón 4. Actividad-ejercicio.** Bajo de sedación tiene apoyo de aminas vasoactivas: Midazolam 300 mg, Propofol 1 gr, Norepinefrina 8 mg en 100 cc de solución salina a pasar a 2 cc/hora, dosis respuesta en BIC si PAM <65 mm Hg, Buprenorfina 300 mg, Rocuronio 300 mg. Llenado capilar de dos segundos, manteniendo una tensión arterial media de 70 mmHg. El cateter cardiaco permeable.
- **Patrón 6. Cognitivo-perceptual.** Sedado, con escala de Glasgow de 3 puntos, con reflejos miotáticos 2/3.

8.1.3.- Cirugía General

La valoración de enfermería al paciente se realiza a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon, se describen a continuación los prioritarios y que comprometen el estado de salud:

- **Patrón 2. Nutricional-metabólico.** Glucosa de 256 mg/dl, dieta para diabético. Glucometría capilar preprandial.
- **Patrón 3. Eliminación.** Sin sonda urinaria, con una cuantificación de 1100 ml por turno, creatinina de 1 mg/dl, dieta para diabético, abdomen blando, peristalsis normal, presión intraabdominal de 14 cmH₂O, abdomen se encuentra dilatación de la cámara gástrica, de asas de yeyuno e íleon proximal.
- **Patrón 4. Actividad-ejercicio.** Debilidad y cansancio en realizar su activa de autocuidado. La evolución es lenta pero satisfactoriamente, debido a pérdida de masa muscular y de independencia para sus actividades básicas.
- **Patrón 6. Cognitivo-perceptual.** Sin sedación, en sus 5 esferas neurológicas, escala de Glasgow de 14, pupilas simétricas, presencia de ictericia.

8.2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

DX. DE ENFERMERIA (N.A.N.D.A.)

Datos significativos	Análisis y agrupación de datos c/ sus respectivas deducciones.	Identificación: Dx. Enfermero / Prob. interdependiente	Asignación de nombre del diagnóstico y determinación de factores de riesgo.
<p>Anuria con sonda foley a derivación con un gasto urinario de 30 ml por hora, creatinina de 3mmg/dl, senosidos dos tabletas, abdomen globoso, presión intraabdominal de 40 mg.</p> <p>Datos de bajo gasto cardiaco, presentando taquicardia y disnea apoyo de aminas vasoactivas: Midazolam 300 mg, Propofol 1 gr, Norepinefrina 8 mg en 100 cc de solución salina a pasar a 2 cc/hora, dosis respuesta en BIC si PAM <65 mm Hg.</p> <p>Conectado a ventilación mecánica de S/C, volumen de 400, PEEP-5, FIO2 50%.</p>	<p>Alteración de la regulación hormonal, baja tolerancia a la insulina.</p> <p>Hipovolemia</p> <p>Respuesta infectiva del glomérulo, baja tasa de filtrado glomerular.</p> <p>Alteración en la pre carga y poscarga, hipovolemia.</p> <p>Afección del sistema respiratorio con deterioro en hematosis.</p>	<p>Dx. Enfermero</p> <p>Dx. Enfermero</p> <p>Dx. Enfermero</p> <p>Dx. Enfermero</p>	<p>00027 Déficit de volumen de líquidos</p> <p>00016 Deterioro de la eliminación urinaria</p> <p>00029 Disminución del gasto cardiaco</p> <p>00030 Deterioro del intercambio de gases</p>

8.2.1.- FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Etiqueta diagnóstica (problema)	Factor relacionado (etiología)	Características definitorias (signos y síntomas)	Tipo o estado de diagnóstico.
<p>Código: 00027 Déficit de volumen de líquidos</p>	<p>Barreras para acceder a los líquidos</p>	<p>1.- Aumento en el hematocrito 2.- Aumento en la concentración de la orina 3.- Disminución de la presión arterial 4.- Disminución en la producción de orina 5.- Sequedad de mucosas 6.-Aumento en la frecuencia cardiaca</p>	<p>Real Clase: Hidratación</p>
<p>Código: 00029 Disminución del gasto cardiaco</p>	<p>Para desarrollar</p>	<p>1.- Taquicardia 2.- Edema 3.- Fatiga 4.- Oliguria 5.- Disnea 6.- Piel fría y sudorosa</p>	<p>Real Clase: Respuestas cardiovasculares/pulmonares</p>
<p>Código: 00030 Deterioro del intercambio de gases</p>	<p>Para desarrollar</p>	<p>1.- Aleteo nasal 2.- Diaforesis 3.- Disnea 4.- Hipoxemia 5.- Patrón respiratorio anormal 6.- Somnolencia 7.- Taquicardia</p>	<p>Real Clase: Función respiratoria</p>
<p>Código: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria</p>	<p>Multicausalidad</p>	<p>1.- Retención urinaria</p>	<p>Real Clase: Función urinaria</p>
<p>Código: 00205 Riesgo de shock</p>	<p>Para desarrollar</p>	<p>1.- Hipotensión 2.- Hipovolemia 3.- Hipoxia</p>	<p>Real Clase: Lesión física</p>

8.2.2.- LISTADO DE DX ENFERMEROS.

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 5 Hidratación

Código: 00027 Déficit de volumen de líquidos

Dominio: 4 Actividad/reposos

Clase: 4 Respuesta cardiovascular/pulmonares

Código: 00029 Disminución del gasto cardiaco

Dominio: 3 Eliminación e intercambio

Clase: 4 Función respiratoria

Código: 00030 Deterioro del intercambio de gases

Dominio: 3 Eliminación e intercambio

Clase: 1 Función urinaria

Código: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria

Dominio: 11 Seguridad/protección

Clase: 2 Lesión física

Código: 00205 Riesgo de shock

8.2.3.- PRIORIZACIÓN

La priorización de los diagnósticos se realizó tomando en cuenta la jerarquía de las necesidades de Abraham Maslow.

8.2.1.- PRIORIDAD UNO

Déficit de volumen de líquidos

8.2.2.- PRIORIDAD DOS

Disminución del gasto cardiaco

8.2.3.- PRIORIDAD TRES

Deterioro de intercambio de gases

8.2.4.- PRIORIDAD CUATRO

Deterioro de la eliminación urinaria

8.3.- PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACIÓN (NOC) PUNTUACIÓN DIANA																																			
<p>Dominio: 2 Nutrición Clase: 5 Hidratación</p> <p>00027 Déficit de volumen de líquidos.</p> <p>Definición: Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.</p> <p>Factores relacionados: Barreras para acceder a los líquidos.</p> <p>Características definitorias: 1.- Aumento en el hematocrito 2.- Aumento en la concentración de la orina 3.- Disminución de la presión arterial 4.- Disminución en la producción de orina 5.- Sequedad de mucosas.</p>	<p>Dominio: II Salud fisiológica Clase: G Líquidos y electrolitos</p> <p>Código: 0415 Hidratación</p> <p>Definición: Agua adecuada en los compartimientos intracelular y extracelular del organismo.</p> <p>Indicadores: 060211 Diuresis 060217 Perfusión tisular 060208 Globos oculares hundidos 060212 Disminución de la presión arterial 060213 Aumento del hematocrito 060225 Espasmo musculares 060227 Aumento de la temperatura corporal</p>	<p>Manejo de líquidos Código: 4120</p> <p>Definición: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales.</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. un registro preciso de entradas y salidas 2. Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP Y PECP, según disponibilidad. 3. Monitorizar los signos vitales, según corresponda 4. Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitantes, elevación de la PVC o de la presión enclavamiento capilar pulmonar, edema, distensión de venas del cuello y ascitis), según correspondan 5. Administrar líquidos, según corresponda 6. Vigilar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita 	<p>M: 2 A: 4</p> <p>(060211) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> </table> </p> <p>(060217) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> </table> </p> <p>(060208) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> </table> </p> <p>(060212) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> </table> </p> <p>(060213) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> </table> </p> <p>(060225) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> </table> </p> <p>(060227) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> </table> </p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5																																		
1	2	3	4	5																																		
1	2	3	4	5																																		
1	2	3	4	5																																		
1	2	3	4	5																																		
1	2	3	4	5																																		
1	2	3	4	5																																		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACIÓN (NOC) PUNTUACIÓN DIANA																																
<p>Dominio: 4 Respuestas cardiovascular/pulmonares</p> <p>Clase: 4 Gasto cardíaco</p> <p>00029 Disminución del gasto cardíaco</p> <p>Definición: La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.</p> <p>Características definitorias:</p> <p>.1.- Frecuencia y ritmo cardíaco</p> <ul style="list-style-type: none"> -Taquicardia <p>2.- La precarga</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ingurgitación yugular -Edema -Fatiga -Aumento en la presión venosa central (PVC) -Disminución de la resistencia vascular pulmonar (PEAP) <p>3.- La poscarga</p> <ul style="list-style-type: none"> -Disminución de la resistencia vascular sistémica (RVS) -Disminución de los pulsos periféricos -Disnea -Oliguria <p>4.- Contractilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> -Disminución de la fracción de eyección -Disminución del índice cardíaco. 	<p>Dominio: II Salud fisiológica</p> <p>Clase: E cardiopulmonar</p> <p>0405 Perfusion tisular: cardiaca</p> <p>Definición: Adecuación del volumen de sangre expulsado del ventrículo izquierdo para apoyar la presión de perfusión sistémica.</p> <p>Indicadores:</p> <p>040001 Presión sanguínea diastólica</p> <p>040002 Frecuencia cardíaca</p> <p>040003 Índice cardíaco</p> <p>040020 Gasto urinario</p> <p>040009 Ingurgitación de las venas del cuello</p> <p>040013 Edema periférico</p> <p>040015 Diaforesis profusa</p> <p>040032 Cianosis</p>	<p>Cuidados cardíacos</p> <p>Código: 4040</p> <p>Definición: Limitación de las complicaciones derivadas de un desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdico de oxígeno en pacientes con síntomas de insuficiencia cardíaca.</p> <p>1.- Monitorizar la aparición de cambios del segmento ST en el ECG, según corresponda</p> <p>2.- Realizar la valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades), protocolo de la institución</p> <p>Monitorizar los signos vitales con frecuencia</p> <p>3.- Monitorizar el estado cardiovascular</p> <p>4.- Observar signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco</p> <p>5.- Monitorizar el abdomen en busca de signos de una disminución de la perfusión</p> <p>6.- Monitorizar el estado respiratorio por si aparecen síntomas de insuficiencia cardíaca</p>	<p>M: 2</p> <p>A: 4</p> <p>(040001)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>(040002)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>(040003)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>(040020)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>(09009)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>(040013)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>040015</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>(040032)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
			1	2	3	4																													
			1	2	3	4																													
			1	2	3	4																													
			1	2	3	4																													
			1	2	3	4																													
			1	2	3	4																													
			1	2	3	4																													
			1	2	3	4																													

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACIÓN (NOC) PUNTUACIÓN DIANA
<p>Dominio: III Eliminación e intercambio Clase: 4 Función respiratoria</p> <p>00030 Deterioro del intercambio de gases.</p> <p>Definición: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo-capilar</p> <p>Características definitorias: . -Aleteo nasal -Diaforesis -Disminución del nivel de dióxido de carbono -Disnea -Gasometría arterial anormal -Hipoxemia -Hipoxia -pH arterial anormal -Taquicardia</p>	<p>Dominio: II Salud fisiológica</p> <p>Clase: E Cardiopulmonar</p> <p>0408 Perfusión tisular: pulmonar</p> <p>Definición: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los vasos pulmonares para perfundir la unidad alveolocapilar.</p> <p>Indicadores: 040814 Ritmo respiratorio 040815 Frecuencia respiratoria 040822 Presión arterial media 040818 Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (paO2) 040819 Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO2) 040820 PH arterial. 040821 Saturación de oxígeno</p>	<p>3180 Manejo de las vías aéreas artificiales</p> <p>Definición: Mantenimiento de tubos endotraqueales o de cánulas de traqueotomía y prevención de complicaciones asociadas con su utilización.</p> <p>Actividades: 1.- Colocar una vía aérea orofaríngea o una cánula de Guedel para impedir morder el tubo endotraqueal, según corresponda 2.- Proporcionar una humidificación del 100% al gas, oxígeno o aire inspirado 3.- Mantener el inflado del globo del tubo endotraqueal/cánula de traqueotomía a 15-20 mm Hg durante la ventilación mecánica y durante y después de la alimentación 4.- Realizar aspiración endotraqueal, según corresponda 5.- Auscultar la presencia de sonidos pulmonares bilaterales después de la inserción y de cambiar la sujeción del tubo endotraqueal/traqueotomía 6.- Observar si hay presencia de crepitaciones y roncus en las vías aéreas de gran calibre 7.- Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.</p>	<p>M: 2 A: 4</p> <p>(040811) 1 2 3 4 5</p> <p>(040814) 1 2 3 4 5</p> <p>(040815) 1 2 3 4 5</p> <p>(040822) 1 2 3 4 5</p> <p>(040818) 1 2 3 4 5</p> <p>(040819) 1 2 3 4 5</p> <p>(040820) 1 2 3 4 5</p> <p>(040821) 1 2 3 4 5</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACIÓN (NOC) PUNTUACIÓN DIANA															
<p>Dominio: III Eliminación e intercambio</p> <p>Clase: I Función urinaria</p> <p>00016 Deterioro de la eliminación urinaria.</p> <p>Definición: Disfunción en la eliminación urinaria</p> <p>Factores relacionados: -Multicausalidad</p> <p>Características definitorias: 1.- Retención urinaria.</p>	<p>Dominio: II Salud fisiológico</p> <p>Clase: F Eliminación</p> <p>0503 Eliminación urinaria</p> <p>Definición: Recogida y eliminación de la orina</p> <p>Indicadores: 050301 Patrón de eliminación 050303 Cantidad de orina 050332 Retención urinaria</p>	<p>0590 Manejo de la eliminación urinaria</p> <p>Definición: Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.</p> <p>Actividades: 1.- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, olor, volumen y color, según corresponda. 2.- Observar si hay signos y síntomas. 3.- Anotar la hora de la eliminación urinaria, según corresponda 4.- Obtener una muestra a mitad de la micción para el análisis de orina, según corresponda 5.- Registra la hora de la primera micción después del procedimiento según corresponda</p>	<p>M: 2 A: 4</p> <p>(050301)</p> <table border="1" data-bbox="1162 499 1451 558"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(050305)</p> <table border="1" data-bbox="1162 632 1451 690"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>(050332)</p> <table border="1" data-bbox="1162 764 1451 823"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5														
1	2	3	4	5														
1	2	3	4	5														

IX.-PLAN DE ALTA.

Debido al estado clínico del paciente se prevé que curse más días hospitalizado debido a la producción excesiva de bilirrubina se mantendrá en vigilancia, contemplando su estado de salud se plantea el siguiente plan de alta enfatizando en la nutrición.

Con el tratamiento nutricional podemos conseguir mejorar la evolución de la enfermedad. Recordemos que el ayuno prolongado y la desnutrición incrementan la morbi-mortalidad en cualquier patología y la pancreatitis no escapa a esta premisa.

De hecho, en distintos trabajos se demuestra una clara disminución de la mortalidad en pancreatitis severas atribuible fundamentalmente al soporte nutricional para ello se deben seguir las siguientes premisas.

- 1.- Todos los enfermos con pancreatitis aguda precisan una valoración de su estado nutricional.
2. El soporte nutricional es imprescindible en todos los pacientes con pancreatitis aguda de larga evolución o complicada.
3. La nutrición enteral se tolera de forma adecuada en estos enfermos, en ausencia de íleo paralítico u otra complicación que la contraindique. Con ella se consigue un "reposo pancreático" igual que con la nutrición parenteral, pero evitando los riesgos de la misma.
4. Es conveniente que la dieta se infunda en yeyuno para evitar el estímulo de la secreción biliar y pancreática.
5. Las fórmulas peptídicas pueden utilizarse con seguridad en estos enfermos.

X.- CONCLUSIONES.

La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria del páncreas potencialmente grave y en algunas ocasiones letal, que puede provocar una respuesta inflamatoria tanto a nivel local como sistémico cuya intensidad condicionará la gravedad del proceso. Su incidencia está creciendo en muchos países como resultado del aumento de las condiciones que predisponen al cuadro clínico.

En todo paciente diagnosticado de esta patología se debe plantear el ingreso hospitalario para una monitorización exhaustiva y un plan de cuidados y tratamiento personalizado, así pues es fundamental una correcta anamnesis, una completa exploración física y la realización de las oportunas pruebas complementarias que nos permitan alcanzar un rápido diagnóstico para instaurar cuanto antes un tratamiento precoz y un plan personalizado de cuidados integrales que disminuirán la posibilidad de complicaciones y/o morbimortalidad.

De esta forma, se puede concluir que el plan de cuidados genera un impacto positivo en determinados momentos del desarrollo del paciente, mejorando así el estado de salud y enfermedad; en otros momentos hay fuerte oposición; sin embargo, las complicaciones están reduciendo el estado de salud y también reduciendo el Progreso del tratamiento médico y de enfermería.

XI.- BIBLIOGRAFÍA.

Ferreira Bogado Miguel, Ramírez Sotomayor Julio, Grance Juan, Aquino Cesar. PANCREATITIS AGUDA: NUESTROS RESULTADOS, EN 350 CASOS APLICANDO LA CLASIFICACIÓN DE PETROV: ACUTE PANCREATITIS: OUR RESULTS, IN 350 CASES APPLYING THE PETROV CLASSIFICATION. Rev. Cir. Parag. [Internet]. 2015 Dec [cited 2021 Jan 26]; 39(2): 12-15. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202015000200003&lng=en.

ALARCÓN O CLAUDIA, ÁVILA B MARÍA LORETO, TAJMUCH V VIRGINIA. Pancreatitis aguda. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2008 Oct [citado 2021 Ene 28]; 79(5): 516-521. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000500010&lng=es.

Alfonso Salabert Iria, Salabert Tortoló Idalmi, Medina Tápanes Elizabeth, Alfonso Príncipe José Claro, Madiedo Serrano Roger Nelson, Semper González Abel Ivan. Pancreatitis aguda, ¿es un problema de salud evitable o no?. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2018 Feb [citado 2021 Ene 28]; 40(1): 206-211. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100021&lng=es.

Herdman TH, North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª en español, traducción de la 5ª en inglés ed. Barcelona: Elsevier; 2013

Butcher HK. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª en español, traducción de la 6ª en inglés ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

XII.-GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Absceso pancreático: es una colección circunscrita de pus, en el páncreas o su vecindad, que aparece como consecuencia de una pancreatitis aguda y contiene escaso tejido necrótico en su interior.

Colecciones líquidas agudas: éstas son de densidad líquida que carecen de pared y se presentan precozmente en el páncreas o cerca de él.

Necrosis: se manifiesta como zonas localizadas o difusas de tejido pancreático no viable que, generalmente, se asocian a necrosis grasa peripancreática. En la tomografía se aprecian como zonas con menor densidad que la del tejido normal, pero mayor que la densidad líquida, y que no incrementan su densidad con el medio de contraste.

PAE: El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Pancreatitis aguda grave: es la que se asocia a fallas orgánicas sistémicas o a complicaciones locales como necrosis, pseudoquiste o absceso. Generalmente, es consecuencia de la existencia de necrosis pancreática, aunque ocasionalmente, se pueden presentar evidencias de gravedad en pancreatitis edematosas.

Pancreatitis aguda leve: es un proceso inflamatorio pancreático agudo en el que, el hallazgo patológico fundamental es el edema intersticial de la glándula, y existe mínima repercusión sistémica.

PLACE: Plan de Cuidados de Enfermería, un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”.

XIII.-ANEXOS

13.1 Cronograma de actividades.

ACTIVIDAD	ENERO 2021	FEBRERO 2021	MARZO 2021	ABRIL 2021	MAYO 2021	JUNIO 2021	JULIO 2021
Elección del tema.				x			
Investigación de documentos oficiales				x			
Aplicación del PAE				x	x		
Valoración				x			
Diagnóstico				x	x		
Planeación				x	x	x	
Ejecución				x	x	x	
Evaluación				x	x	x	x
Entrega del trabajo							x