



# **Enfermería en el Cuidado del Adulto 2**

---

**Guías de  
Laboratorio**

---

## **Visión**

Ser la mejor organización de educación superior posible para unir personas e ideas que buscan hacer realidad sueños y aspiraciones de prosperidad en un entorno incierto

## **Misión**

Somos una universidad privada, innovadora y comprometida con el  
Somos una organización de educación superior que conecta  
personas e ideas para impulsar la innovación y el bienestar integral a  
través de una cultura de pensamiento y acción emprendedora

**Universidad Continental**

Material publicado con fines de estudio

ASUC01266

## INDICE

<b>CASO N° 1:</b> .....	4
<b>APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TROMBOSIS</b> .....	4
<b>CASO N° 2</b> .....	7
<b>APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ANEMIA</b> .....	7
<b>CASO N° 3</b> .....	13
<b>APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON NEUMOTORAX</b> .....	13
<b>CASO N° 4</b> .....	19
<b>APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS</b> .....	19
<b>CASO N° 5</b> .....	23
<b>INMUNOLOGICAS APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO</b> .....	23
<b>CASO N° 6</b> .....	29
<b>APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CETOACIDOSIS DIABETICA</b> .....	29
<b>CASO N° 7</b> .....	37
<b>APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA</b> .....	37
<b>CASO N° 8</b> .....	46
<b>APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PANCREATITIS</b> .....	46

## CASO N° 1:

### APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TROMBOSIS

Sección : .....  
Docente : .....  
Unidad: I  
Semana: tercera semana

Apellidos : .....  
Nombres : .....  
Fecha : /04/2019 Duración: 30 min  
Tipo de práctica: Individual ( x ) Grupal ( )

**Instrucciones:** Lea detenidamente el caso y complete el plan de atención de acuerdo al PAE y considerando los Diagnósticos del Nanda.

#### I. Descripción o presentación del caso

##### Datos de identidad:

Nombre: Manuel                      Apellidos: Huancas  
Sexo: Masculino                      Edad: 51 años  
Lugar de residencia: Huancavelica  
H.C 998756                      Cana 8  
Estado civil: Casado                      Fecha de ingreso: 16/6/ 17  
Motivo de ingreso:  
Antecedentes familiares: Padre trombo embolia pulmonar  
Antecedentes personales: Ninguno

#### VALORACIÓN CEFALOCAUDAL

Paciente de sexo masculino de 51 años de edad, que descansa en posición de cúbito dorsal, al momento en condiciones inestables, se observa a paciente limpio, consiente, orientada en tiempo, espacio y persona, se encuentra tranquilo, es de contextura gruesa, facie pálido.

Peso: 72 Kg  
Talla: 1.54cm

##### SIGNOS VITALES:

T° 37.6°C, Pulso 94X', Respiración 16X', P.A. 90/60 mmHg,

Piel turgente, húmeda

Cabeza: normo céfalo, cabello lacio castaño.

Cara: facie pálida.

Ojos: simétricos.

Nariz: simétrica, permeable, sin lesiones.

Boca: labios gruesos, lengua saburral, dentadura completa.

Cuello simétrico, no lesiones ni ganglios inflamados.

Extremidades superiores: posee vía periférica permeables región anterior brazo izquierdo.

Tórax: Simétrico, campos pulmonares ventilados.

Abdomen: blando no doloroso.

Extremidades inferiores: pierna izquierda edematosa, dolorosa, pesante, altura de los dedos frío

Genitales: normales.

#### EXAMENES DE LABORATORIO

Ecografía Doppler. Disminución del retorno sanguíneo por presencia de coágulos en vena poplítea.  
Enografía de contraste compatible a trombosis.

**TRATAMIENTO:**

Warfarina 10 mg 1 tab / 24 hs.  
Cuidados de la piel  
CFV  
Control de peso diario  
CLNa 9% como Vía.

DOMINIO CLASE	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES
Dominio 4 ACTIVIDAD REPOSO Clase 2 Actividad/ Ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deterioro de la Movilidad Física r/c Malestar ( pierna edematosa) e/c postración en cama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar los materiales e insumos necesarios para la higiene personal ( cepillado dental, baño si es posible)</li> <li>Enseñar al paciente a realizar actividad física.</li> <li>Ayudar al paciente a incorporar la actividad/ ejercicios en la rutina/ estilos de vida.</li> <li></li> </ul>
Dominio 5 PERCEPCION Clase 4 Cognición.	Conocimiento deficiente	Paciente asuma la responsabilidad de su propio cuidado para el tratamiento actual.	
Dominio 12 CONFORT Clase 1 confort físico	Dolor agudo r/c lesión tisular	Control del dolor	
	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea		

--	--	--	--

**II. Consignas o preguntas reflexivas o actividades de resolución**

2.1 ¿Complete el plan de cuidados referente al caso?

**III. Resultados/conclusiones**

**Enumere 3 conclusiones del cuidado de enfermería**

.....

.....

.....

**IV. Actividades complementarias a realizar (opcional)**

4.1

**Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados**

- Williams, Linda Potter P. Enfermería Médico Quirúrgico. 3º ed. Editorial Mc GRAW – HILL. 2010. Código de biblioteca UC: 610. 73677/ W57.

## CASO N° 2

### APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ANEMIA

Sección : .....  
Docente : .....  
Unidad: I  
Semana: Cuarta semana

Apellidos : .....  
Nombres : .....  
Fecha : / /..... Duración: 30 min  
Tipo de práctica: Individual ( x ) Grupal ( )

**Instrucciones:** Lea detenidamente el caso y realice el plan de atención de acuerdo al PAE y considerando los Diagnósticos del Nanda.

#### I. Descripción o presentación del caso

##### Datos de identidad:

Nombre: María                      Apellidos: Contreras  
Sexo: Femenino                      Edad: 31 años  
Lugar de residencia: Los lagos  
H.C 998776                      Cana 5  
Estado civil: Casada                      Fecha de ingreso: 16/8/2016  
Motivo de ingreso: cefalea, taquicardia, disnea de moderados esfuerzos.  
Antecedentes familiares: No refiere.  
Antecedentes personales: Anemia

#### VALORACIÓN CEFALOCAUDAL

Paciente de sexo femenino de 31 años de edad, que descansa en posición de cúbito dorsal, al momento en condiciones inestables, se observa a paciente limpia, consiente, orientada en tiempo, espacio y persona, se encuentra tranquila, es de contextura delgada, facie pálido, piel trigueña.

Peso: 52 Kg

Talla: 1.54cm

##### SIGNOS VITALES:

T° 37.6°C, Pulso 94X', Respiración 16X', P.A. 90/60 mmHg,

Piel poco hidratada,

Cabeza: normocéfalo, cabello lacio castaño.

Cara: facie pálida.

Ojos: simétricos, conjuntivas ligeramente amarillas

Nariz: simétrica, permeable, sin lesiones.

Boca: labios gruesos, lengua saburral, dentadura completa.

Cuello simétrico, no lesiones ni ganglios inflamados.

Extremidades superiores: posee vía periférica permeables región anterior brazo izquierdo.

Tórax: Simétrico, campos pulmonares ventilados.

Abdomen: blando no doloroso.

Extremidades inferiores: simétricas, debilidad en ambas piernas.

Genitales: normales.

#### EXÁMENES DE LABORATORIO

Se encuentra  
HB. 4.9  
Plaquetas 319.000

Rangos normales  
12 a 16  
150 a 40

**NOTAS DE EVOLUCIÓN:**

19/8/2016 Médico realiza trámites por medio de trabajo social para una unidad de glóbulos rojos factor RH O+ y se pasa sin novedad.

**PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

Paciente mejora cuadro clínico subiendo HB a 8.0

Paciente anímicamente mejora queda en cama con vía permeables.

**VALIDACIÓN DE DATOS**

--

**ORGANIZACIÓN DE DATOS SEGÚN NANDA**






**FASE DE DIAGNOSTICO**

**FASE DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN**

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTOS




--	--	--	--

**FASE DE EVALUACIÓN**

**I. Consignas o preguntas reflexivas o actividades de resolución**

2.1 ¿Realice el proceso de atención de Enfermería?

2.2 ¿Los diagnósticos de enfermería deben estar consignados por dominios y clases?

**II. Resultados/conclusiones**

.....

**III. Actividades complementarias a realizar (opcional)**

**Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados**

- Williams, Linda Potter P. Enfermería Médico Quirúrgico. 3º ed. Editorial Mc GRAW – HILL. 2010. Código de biblioteca UC: 610. 73677/ W57.
- LS. Brunner, DS.Suddarth Enfermería Médico Quirúrgico 12ª ed. México: Editorial Interamericana, 2006.

### CASO N° 3

## APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON NEUMOTORAX

Sección : .....  
Docente : .....  
Unidad: II  
Semana: Quinta semana

Apellidos : .....  
Nombres : .....  
Fecha : / /..... Duración: 30 min  
Tipo de práctica: Individual ( x ) Grupal ( )

**Instrucciones:** Lea detenidamente el caso y realice el Proceso de Atención de Enfermería considerando los Diagnósticos del Nanda, de acuerdo a los dominios y las clases, así mismo consigne el fundamento científico de las intervenciones planteadas.

#### I. Descripción o presentación del caso

##### **FASE DE VALORACIÓN**

##### **RECOLECCIÓN DE DATOS**

El 7 de setiembre acude por sus propios medios al servicio de medicina del Hospital de Navarra al señor Manuel flores, de 22 años de edad acompañado de su esposa; es de religión católica, grado de instrucción superior, ocupación comerciante; actualmente se encuentra hospitalizado con HC. 99856 y en la cama 4, del servicio de neumología; el motivo de ingreso fue dolor torácico y dificultad respiratoria.

Una vez recogido los datos administrativos, lo atiende la enfermera del servicio, que realiza la recogida de datos: a la entrevista el paciente refiere dolor en hemitórax izquierdo con dificultad para respirar desde hace 7 días, no mejora; no ha tenido fiebre y no se ha producido traumatismo; está preocupado por su situación, como antecedentes personales nos comenta que es fumador de 20 cigarros por día, a la pregunta de alergias conocidas refiere que es alérgico a la penicilina.

Al examen físico se evidencia el esfuerzo respiratorio inspiratorio y espiratorio, al determinar la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría el valor obtenido es de 89%, se solicita un examen de radiografía de tórax, El médico evalúa la radiografía y comprueba la existencia de neumotórax en pulmón izquierdo; a la observación se puede evidenciar cianosis distal y periférica, disnea con patrón respiratorio alterado, dinámica ventilatoria asimétrica, a la auscultación ausencia de ruidos respiratorios en el lado afectado, taquicardia 125x'.

Se puede verificar una vía periférica permeable para hidratación e infundir los medicamentos prescritos por el médico, entre otros hallazgos a la entrevista se encuentra al paciente con ansiedad y labilidad psicomental así como de sus familiares.

El señor Manuel se encuentra en espera de interconsulta con cirugía.

**VALIDACIÓN DE DATOS**

--

**ORGANIZACIÓN DE DATOS SEGÚN NANDA**





**FASE DE DIAGNOSTICO**

**FASE DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN**

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTOS






**FASE DE EVALUACIÓN**

#### **IV. Consignas o preguntas reflexivas o actividades de resolución**

2.1 ¿Realice el proceso de atención de Enfermería?

2.2 ¿Los diagnósticos de enfermería deben estar consignados por dominios y clases?

#### **V. Resultados/conclusiones**

.....

#### **VI. Actividades complementarias a realizar (opcional)**

##### **Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados**

- Williams, Linda Potter P. Enfermería Médico Quirúrgico. 3° ed. Editorial Mc GRAW – HILL. 2010. Código de biblioteca UC: 610. 73677/ W57.
- LS. Brunner, DS.Suddarth Enfermería Médico Quirúrgico 12ª ed. México: Editorial Interamericana, 2006.

## CASO N° 4

### APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS

Sección : .....  
Docente : .....  
Unidad: II  
Semana: Quinta semana

Apellidos : .....  
Nombres : .....  
Fecha : / /..... Duración: 30 min  
Tipo de práctica: Individual ( x ) Grupal ( )

**Instrucciones:** Lea detenidamente el caso y realice el Proceso de Atención de Enfermería considerando los Diagnósticos del Nanda, de acuerdo a los dominios y las clases, así mismo consigne el fundamento científico de las intervenciones planteadas.

#### I. Descripción o presentación del caso

##### FASE VALORACIÓN

**Paciente Julia M.P. de 34 años de edad, soltera, de religión evangélica, madre de una hija de 15 años, no asegurada, tiene residencia en Vista Alegre, ama de casa.**

**Ingresa el día 6 de junio del 2015 al hospital Daniel A. C. por presentar 5 días de convulsiones tónicas clónicas asociadas a cefalea, con periodos de desorientación y cambios de conducta.**

**Julia desde la edad de 28 años padece de trastornos convulsivos, (Epilepsia) la cual es tratada con Fenitoina y Fenobarbital, presenta dolor posterior a la convulsión, se encuentra ansiosa,**

**Afirma que en su familia no presenta ningún tipo de patología, no fuma ni liba licor,**

**Los medicamentos que actualmente se le administran son:**

**Fenitoina 100mg VO c/8H**

**Acetaminofen 500 mg VO c/8H**

**Sirdalud 1 tab VO c/12H**

**Aciclonir 500mg c/8H.**

#### II. Consignas o preguntas reflexivas o actividades de resolución

2.1 ¿Realice el proceso de atención de Enfermería?

2.2 ¿Los diagnósticos de enfermería deben estar consignados por dominios y clases?





**III. Resultados/conclusiones**

**Enumere 3 conclusiones del Proceso de Enfermería**

.....

.....

.....

**IV. Actividades complementarias a realizar (opcional)**

**Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados**

- Williams, Linda Potter P. Enfermería Médico Quirúrgico. 3º ed. Editorial Mc GRAW – HILL. 2010. Código de biblioteca UC: 610. 73677/ W57.
- LS. Brunner, DS.Suddarth Enfermería Médico Quirúrgico 12ª ed. México: Editorial Interamericana, 2006.

## CASO N° 5

### INMUNOLOGICAS APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO

Sección : .....  
Docente : .....  
Unidad: II  
Semana: Quinta semana

Apellidos : .....  
Nombres : .....  
Fecha : / /..... Duración: 30 min  
Tipo de práctica: Individual ( x ) Grupal ( )

**Instrucciones:** Lea detenidamente el caso y realice el Proceso de Atención de Enfermería considerando los Diagnósticos del Nanda, de acuerdo a los dominios y las clases, así mismo consigne el fundamento científico de las intervenciones planteadas.

#### I. Descripción o presentación del caso

##### FASE DE VALORACIÓN

##### RECOLECCIÓN DE DATOS

Paciente masculino de 20 años de edad con el diagnóstico médico de lupus eritematoso generalizado. El inicio de su padecimiento fue a los 11 años de edad al presentar eritema en región malar con distribución en alas de mariposa sobre la nariz y los pómulos, fiebre, náuseas, vómito y adinamia. Al inicio fue atendido en un hospital pediátrico. Posteriormente presentó mialgias y poliartritis, lo cual le limitaba la deambulacion, se le realizó biopsia y demostró lupus discoide tratado con prednisona. Al cumplir la mayoría de edad fue enviado a un hospital de tercer nivel para continuar con vigilancia y manejo establecido.

En noviembre de 2006 ingresó al Servicio de Urgencias donde es valorado, presenta hipertermia de 39.6 grados, frecuencia cardíaca 130 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 26 ciclos por minuto y tensión arterial 90/50 mmHg. El paciente refiere haber presentado un cuadro de 18 días de evolución manifestándose por fiebre no cuantificada, pérdida de peso, tos seca, dermatitis generalizada y eritema malar.

Durante su estancia en el Servicio de Urgencias, presentó náuseas, vómito, caída de pelo, úlceras orales, crisis convulsiva de 2 minutos de duración, posterior a ello se caracterizó por agresividad y desorientación, desarrolló bacteremia que lo conduce a choque séptico, amerita ser intubado e ingresa al Servicio de Terapia Intensiva para continuar con tratamiento, mismo lugar donde le es colocado un catéter venoso central.

La valoración de enfermería se realizó con el enfoque conceptual de las necesidades humanas en la unidad de cuidados intensivos; por cada necesidad valorada se obtienen los datos para aplicar las etiquetas diagnósticas de enfermería según la NANDA.

#### 1. Necesidad de oxigenación

Función respiratoria: tiene asistencia mecánica ventilatoria de tipo invasivo, en modalidad controlada, frecuencia respiratoria de 12, fracción de oxígeno de 0.4, presión positiva al final de la



espiración de 4, aleteo nasal, patrón respiratorio irregular, tiraje intercostal, se auscultan campos pulmonares con secreciones; saturación de oxígeno arriba del 90%, la evaluación de los gases arteriales determinan la presencia de acidosis respiratoria, se observa en la placa de Rx infiltrados broncoalveolares de predominio izquierdo, esta situación nos permite emitir los diagnósticos de:

- Patrón respiratorio ineficaz
- Deterioro del intercambio gaseoso
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Función cardiovascular: se encuentra monitorizado en taquicardia sinusal a 110 latidos por minuto, tiene una presión arterial de 150/90 mmHg, mantiene palidez marcada de tegumentos. Los exámenes de laboratorio reportan una hemoglobina 7.0 g, hematócrito 21%, leucocitos de 3,500 células, bajo este contexto se determinaron los siguientes diagnósticos:

- Riesgo de disminución del gasto cardíaco
- Riesgo de sobreinfección
- Riesgo de alteración de la perfusión tisular

## **2. Necesidad de nutrición e hidratación**

Mediante un catéter venoso central se determina la presión venosa central en 8 mmHg, a través de los exámenes de laboratorio se determinan los electrólitos en plasma: sodio de 137, potasio 3.98, cloro 110, glucosa 95. Alimentación enteral mediante la utilización de sonda nasoyeyunal en infusión continua de 1,200 calorías por día. Índice de masa corporal de 23.7, a partir de ello se tiene:

- Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto

## **3. Necesidad de eliminación**

La eliminación urinaria es a través de sonda vesical, drenando orina de características macroscópicas de color ámbar y a una velocidad de 2 mL/kg/h.

## **4. Necesidad de moverse y tener una buena postura**

El paciente tiene dificultad para girarse en la cama por debilidad musculoesquelética, lo que lleva a establecer:

- Deterioro de la movilidad física.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

## **5. Necesidad de descanso y sueño**

Se encuentra somnoliento, con períodos de ansiedad acompañados de diaforesis e inquietud, afirma mediante gestos la presencia de dolor, estableciéndose diagnóstico enfermero de:

- Dolor agudo

## **6. Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas**

Se encuentra con ropa normada por la institución, que no impiden su movilización y favorece la conservación de su individualidad.



**7. Necesidad de termorregulación**

Se mantiene con temperatura corporal de 38.2 grados centígrados, siendo evidente la:

- Hipertermia

**8. Necesidad de higiene y protección de la piel**

Se observa al paciente con limpieza corporal, sin embargo tiene erupciones cutáneas con distribución en forma de alas de mariposa en la cara, en extremidades superiores e inferiores lesiones dérmicas por abrasión, traduciendo:

- Deterioro de la integridad tisular.

**9. Necesidad de evitar peligros**

Salvo los períodos de inquietud el paciente muestra cooperación en los cuidados de enfermería, en los que concluye que el paciente en los períodos de inquietud está en:

- Riesgo de caída

**PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES**

**FASE DIAGNOSTICA**

**FASE DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN**

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTOS


**FASE EVALUACIÓN**

**II. Consignas o preguntas reflexivas o actividades de resolución**

2.1 ¿Realice el proceso de atención de Enfermería?

2.2 ¿Los diagnósticos de enfermería deben estar consignados por dominios y clases?

**III. Resultados/conclusiones**

**Enumere 3 conclusiones del Proceso de Enfermería**

.....

.....

.....

**IV. Actividades complementarias a realizar (opcional)**

**Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados**

- Williams, Linda Potter P. Enfermería Médico Quirúrgico. 3º ed. Editorial Mc GRAW – HILL. 2010. Código de biblioteca UC: 610. 73677/ W57.
- LS. Brunner, DS.Suddarth Enfermería Médico Quirúrgico 12ª ed. México: Editorial Interamericana, 2006.

## CASO N° 6

### APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA

Sección : .....  
Docente : .....  
Unidad: III  
Semana: Quinta semana

Apellidos : .....  
Nombres : .....  
Fecha : / /..... Duración: 40 min  
Tipo de práctica: Individual ( x ) Grupal ( )

**Instrucciones:** Lea detenidamente el caso y realice el Plan de atención de Enfermería considerando los Diagnósticos del Nanda, de acuerdo a los dominios y las clases, así mismo consigne el fundamento científico de las intervenciones planteadas.

#### I. DESCRIPCIÓN O PRESENTACIÓN DEL CASO FASE DE VALORACIÓN

Este trabajo es un PE aplicado al paciente Manuel Pérez de la UCI del Hospital Carrión utilizando el modelo de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon con fecha de valoración del 2 de abril del 2017, con diagnóstico médico de cetoacidosis diabética, patología de base Diabetes Mellitus I, 17 años de evolución, actualmente tratada con infusión de insulina glargina. PA 130/81 mmHg, F.C 99/ min., F.R 26/min., SO<sub>2</sub> 100%. Temp. 37°C, glicemia capilar 40 mg/dl a las 08:00 y de 80 mg/dl a las 10:00. Valores de gasometría pH 7.20, HCO<sub>3</sub> 19 mol/l, PCO<sub>2</sub> 35 mmHg, PO<sub>2</sub> 66 mmHg. ADPG encamado, bajo sedación con Propofol, Ramsay 4, riesgo alto de caídas y úlceras por presión, inmóvil, mioclonías faciales, ausencia de reflejos oculares, sonda nasogástrica para alimentación y drenaje, ventilación mecánica asisto control. Piel seca y palidez, mucosas orales deshidratadas, fisura en labio inferior, lengua con ulceración en porción distal debido a la cánula endotraqueal. Catéter subclavio derecho, monitorizado por electrodos, edema en manos (+), hematoma en yema del dedo índice de MSD. Hipoactividad intestinal, sonda trans-uretral tipo Foley, úlcera en región coxígea estadio II y en región calcánea en estadio II, pie cavo izquierdo. Paciente en abandono por cuidador primario. Se diagnosticó con Riesgo de síndrome de desuso, identificamos capacidades del paciente se elaboró un plan con duración de 4 días, entre las intervenciones ejecutadas estuvieron cuidados a paciente encamado, cuidado de las úlceras por presión principalmente, evaluando que nuestro objetivo se cumplió en un 60%.

Las unidades hospitalarias de segundo nivel de atención médica se encargan del diagnóstico y tratamiento de los diferentes padecimientos sin soslayar la promoción, prevención y rehabilitación de los mismos; dentro de estas unidades existe un servicio de alta complejidad, se trata de la Unidad de cuidados intensivos cuyo objetivo de todo el personal de salud es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud que son internados allí; el papel del profesional de enfermería es difícil en este tipo de servicios ya que la prioridad es detener las condiciones fisiopatológicas que ponen en peligro el continuo de salud de la persona al mismo tiempo que cuida los aspectos emocionales del paciente y de su familia, para brindar cuidados individualizados y holísticos los enfermeros cuentan con un método sistemático basado en el modelo científico, el Proceso de atención de Enfermería, consta de 5 fases: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública en el año 2012 de los 6.4 millones de adultos que se saben con Diabetes Mellitus 1.8

millones presenta complicaciones agudas. Entre las complicaciones se sitúa la cetoacidosis diabética (CAD) y consiste en la tríada bioquímica de hiperglucemia, cetonemia y acidemia; una deficiencia relativa de insulina, y el exceso concurrente de hormonas de estrés, son causa de la perturbación metabólica, los factores precipitantes son:

- Infecciones.
- Tratamiento inadecuado
- Debut de la diabetes
- Estrés
- Sobreinsulinización crónica grave
- Medicamentos

#### LOS DATOS MÁS RELEVANTES DE LABORATORIO SON:

<b>Criterios diagnósticos</b>	<b>Media</b>	<b>Moderada</b>	<b>Baja</b>
<b>Glucosa en suero(mg/dl)</b>	<b>&gt;250</b>	<b>&gt;250</b>	<b>&gt;250</b>
<b>pH arterial</b>	<b>7.25 – 7.30</b>	<b>7.00 – 7.24</b>	<b>&lt;7.00</b>
<b>Bicarbonato sérico</b>	<b>15 – 18</b>	<b>10 &lt; 15</b>	<b>&lt;10</b>
<b>Cetonuria</b>	<b>Positivo</b>	<b>Positivo</b>	<b>Positivo</b>
<b>Cetonemia</b>	<b>Positivo</b>	<b>Positivo</b>	<b>Positivo</b>
<b>Osmolaridad (mOsm/Kg)</b>	<b>Variable</b>	<b>Variable</b>	<b>&lt;320</b>
<b>Alteración de la conciencia</b>	<b>Alerta</b>	<b>Confuso</b>	<b>Estupor / Coma</b>

#### JUSTIFICACIÓN

Entre las actividades de aprendizaje que contempla el módulo de Enfermería en la salud del adulto se encuentra la realización de un proceso de enfermería para el que se eligió a un paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Zona 24 con diagnóstico médico de Cetoacidosis secundaria a Diabetes Mellitus Tipo I ; cabe señalar que el Modelo utilizado es el de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon donde se definen 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades, se trata de configuraciones 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.

#### OBJETIVO GENERAL

Brindar cuidado integral al paciente a través del proceso de atención de enfermería que le permita recuperar el estado de bienestar o por lo menos limitar los efectos fisiológicos de su enfermedad.

#### OBJETIVO ESPECÍFICO

- Contribuir junto con el equipo de salud del HGZ 24 a recuperar el estado de salud del paciente.
- Transportar a la práctica el conocimiento, sobre el manejo de pacientes con complicaciones de la Diabetes, adquirido en la fase teórica del módulo.

## MARCO TEÓRICO

### DIABETES MELLITUS I

La diabetes mellitus (DM) es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia secundaria a un defecto absoluto o relativo en la secreción de insulina, que se acompaña, en mayor o menor medida, de alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas, lo que conlleva una afectación microvascular y macrovascular que afecta a diferentes órganos como ojos, riñón, nervios, corazón y vasos. La diabetes tipo 1 (DM1) corresponde a la entidad anteriormente denominada diabetes mellitus insulino dependiente o juvenil, en la que la destrucción de las células  $\beta$  del páncreas conduce a una deficiencia absoluta de insulina.

### PARA EL DIAGNÓSTICO:

El paciente debe cumplir con alguno de estos 3 criterios lo que debe ser confirmado en otra oportunidad para asegurar el diagnóstico.

1. Glicemia (en cualquier momento)  $\geq 200$  mg/dl, asociada a síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, baja de peso)
2. Dos o más glicemias  $\geq 126$  mg/dl.
3. Respuesta a la sobrecarga a la glucosa alterada con una glicemia a los 120 minutos post sobrecarga  $\geq 200$  mg/dl.

### SINDROME DE DESUSO

Riesgo de deterioro de los sistemas del cuerpo o alteración del funcionamiento Inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable. Los efectos en sistema musculoesquelético son atrofia y debilidad muscular por disminución del diámetro de las fibras. Cuando una persona se encuentra en completo reposo durante una semana, el músculo pierde entre el 10-15% de su fuerza. Ocurren reacciones catabólicas que ocasionan la pérdida diaria de 8 gr. de proteínas, lo que se ve reflejado en el aumento de nitrógeno en la orina.

Efectos en sistema cardiovascular: El propósito principal del corazón y los vasos sanguíneos es el transporte del oxígeno. El consumo máximo de oxígeno es la medida máxima de su capacidad. Gasto cardíaco, volumen de eyección y la función ventricular izquierda disminuyen con el desuso y la resistencia periódica total y la presión sistólica se incrementa. El volumen plasmático disminuye entre 10% -15% con el descanso en cama. Componentes sanguíneos: La masa de glóbulos rojos disminuye probablemente como un resultado del bloqueo a la eritropoyesis con la inactividad. Una tendencia a la trombosis y a la actividad fibrinolítica se correlacionan fuertemente con el descanso prolongado en cama.

Efectos en el sistema gastrointestinal: Estudios de inanición han mostrado cambios estructurales y funcionales de todos los componentes del tracto gastrointestinal y sus apéndices. También hay reportes describiendo el estado de ASA de intestino, cuando ellos son excluidos del intestino, ocurriendo atrofia de la mucosa y retraimiento glandular.

Efectos en el sistema reproductivo: La inactividad física disminuye los niveles séricos de andrógenos, y la espermatogénesis

Efectos en el sistema endocrino: La inanición diabética es una consecuencia de períodos de deficiencia calórica. Las enzimas glucocíticas disminuyen en cantidad y actividad cuando los carbohidratos son eliminados.

Efectos en el sistema genitoruinario: Los riñones, cuando se excluyen de la dieta los requerimientos para una adecuada filtración, y la vejiga, cuando no este utilizada como almacenamiento, se atrofian y pierden vitalidad.

Efectos en el sistema nervioso: Inactividad física ocasiona detrimento de la actividad del sistema simpático medular, con disminución de la secreción de catecolaminas.

### **CETOASIDOSIS DIABÉTICA**

Consiste en la tríada bioquímica de hiperglucemia, cetonemia y acidemia Una deficiencia relativa de insulina, y el exceso concurrente de hormonas de estrés, son causa de la perturbación metabólica. Los factores precipitantes son:

- Infecciones: Responsables del 30 % de los casos. La causa es el incremento en los requerimientos de insulina por incremento del metabolismo celular.
- Tratamiento inadecuado: Por falta de aplicación de insulina o dosis subóptimas. Es el problema más frecuente. 20% de los casos.
- Debut de la diabetes: Como manifestación inicial de la inadecuada formación y secreción de insulina en la diabetes. Representa 25 % de los casos de cetoacidosis.
- Estrés.- quirúrgico, traumático, emocional, etc., como consecuencia de incremento en la actividad de hormonas contrarreguladoras.
- La glucosa no puede llegar a los glóbulos para ser utilizado como impulsador.
- El hígado fabrica una gran cantidad de azúcar y pasa a sangre.
- El cuerpo descompone la grasa demasiado rápido.
- Sobreinsulinización crónica grave: Las reacciones hipoglucémicas repetidas pueden llevar a una deglicogenación hepática con cetosis grave concomitante.
- Medicamentos: Disminuyen la secreción de insulina: alcohol, hidroclorotiazida, agentes bloqueadores de los canales de calcio, agentes betas bloqueadores. Incrementan la resistencia a la insulina: cortisol e hidroclorotiazida

Presentación clínica:

- Hipotensión
- Deshidratación hidroelectrolítica
- Taquicardia
- Respiración de Kussmaul
- Hiperglucemia > 300 mg/Dl.
- Anorexia.
- Aumento de sed y micción.
- Perdida de la conciencia
- Aliento cetónico.
- Nauseas, vómitos
- Dolor abdominal
- Contracturas musculares.
- Visión borrosa.

### **METODOLOGÍA**

Se eligió a paciente en el servicio de UCI del HGZ 24 el día 2 de abril de 2013.



Se implementó PE utilizando el modelo de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, así como la taxonomía NANDA para la construcción de diagnósticos, y las clasificaciones NIC y NOC para las intervenciones y resultados esperados respectivamente.

Se realizó la valoración completa del paciente con los respectivos instrumentos de acuerdo a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, y una exploración física céfalo-caudal. Teniendo la recolección de datos se realiza la presentación de caso clínico y una vez identificados los problemas que presenta el paciente y teniendo evidencias como estudios de laboratorio se continúa con la segunda etapa del proceso de enfermería.

En la segunda etapa se identificaron y priorizaron los problemas encontrados para formular los diagnósticos de enfermería correspondientes en este caso reales y de riesgo. Se comenzó la etapa de planeación de las intervenciones del paciente y las actividades a realizar y planteando objetivos razonables para mantener un estado de salud favorable en el paciente en su estancia en el servicio de UCI las cuales se dieron inicio el mismo día 2 de abril terminando el día 4 de abril de 2013.

Se ejecutaron las actividades con la ayuda y supervisión del personal médico y de enfermería. En la última etapa se evaluó si se cumplieron los objetivos establecidos para las intervenciones a realizar y se revaloró al paciente para ver que necesidades nuevas tenía y tratar de cubrirlas por medio de nuevas intervenciones, se realizaron conclusiones del proceso de enfermería.

## VALORACIÓN

Nombre: Manuel Pérez  
Edad: 35 años  
Estado Civil: Casado  
Ocupación: Técnico en computación  
Religión: Católico.  
Lugar de Nacimiento: Distrito Federal.  
Unidad Hospitalaria: UCI  
Dx. Medico: Cetoacidosis Diabética.

## PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se encuentra en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos el día 2 de abril del 2012. ADPG con diagnóstico médico de cetoacidosis diabética, con patología de base Diabetes Mellitus I con 17 años de evolución, actualmente tratada con infusión de insulina glargina. Tensión Arterial 130/81 mmHg, F.C 99/min., F.R 26/min., Saturación de O<sub>2</sub> 100%. Temp. 37°C, glicemia capilar 40 mg/dl a las 08:00 y de 80 mg/dl a las 10:00. Valores de gasometría pH 7.20, HCO<sub>3</sub> 19 mol/l, PCO<sub>2</sub> 35 mmHg, PO<sub>2</sub> 66 mmHg. Paciente permanece bajo sedación con Propofol (100 mg IV c/8 horas PMV) Ramsay 4, riesgo alto de caídas, inmóvil con riesgo alto de úlceras por presión, mioclonias faciales del lado izquierdo, ausencia de reflejos oculares, con sonda nasogástrica para alimentación y drenaje con características verde pastoso, ventilación mecánica a través de cánula orotraqueal asisto control. Presenta piel seca y palidez, mucosas orales deshidratadas, fisura en labio inferior, lengua con ulceración en porción distal debido a la cánula endotraqueal. CVC bilumen instalado subclavia derecha, con electrodos en tórax para monitorización, edema en manos (+), hematoma definido en yema del dedo índice de miembro superior derecho. Sonda transuretral tipo Foley, úlcera en región coxígea estadio II. En ambos miembros inferiores en la región calcánea se

observa úlcera en estadio II, presenta mioclonías en ambas extremidades, con mayor énfasis en miembro izquierdo, pie cavo izquierdo por posible daño neurológico.

El paciente tiene abandono por parte del cuidador primario, no recibe visitas familiares.

## **REVALORACIÓN**

5 - ABRIL – 2017

Se encuentra a paciente con dificultad respiratoria, tiraje intercostal, esfuerzo respiratorio, gasometría arterial (pO<sub>2</sub> 70 mmHg, pCO<sub>2</sub> 21 mmHg, Sat O<sub>2</sub> 79%, HCO<sub>3</sub> 11 mmol/L), con sangrado fresco de tubo digestivo alto, aspiración de sangre por medio de sonda nasogástrica de 500 ml., agitado, inquieto, diaforético, con riesgo de caídas de 10 (alto). Signos vitales: T/A: 126/88 mmHg, FR: 29/ minuto, FC: 121/minuto. Temperatura: 35.7°C, PVC 5 cmH<sub>2</sub> O. Ramsay 4.

Sigue presentando las mismas fisuras en labio inferior y lengua, las úlceras de los miembros inferiores de la región calcánea se mantienen en el mismo estadio, la que se localizaba en región coxígea retrocedió a estadio I.

Por lo que se priorizan 4 nuevos diagnósticos de enfermería y sus intervenciones para estabilizar al paciente y prevenir situaciones que puedan empeorar su estado de salud.

## **PATRONES ALTERADOS**

1. Actividad -ejercicio.
2. Nutricional- metabólico
3. Rol-relaciones.
4. Manejo-percepción de la salud.

## **FASE DIAGNOSTICA**

**FASE DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN**

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN

--	--	--

FASE DE EVALUACIÓN

**II. EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD**

Culmine el proceso de enfermería de acuerdo al esquema dado..

**III. Resultados/conclusiones**

Enumere 3 conclusiones del Proceso de Enfermería

.....

**IV. Actividades complementarias a realizar (opcional)**

**Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados**

- LS. Brunner, DS.Suddarth Enfermería Médico Quirúrgico 12ª ed. México: Editorial Interamericana, 2006.
- CID El Arte del Cuidado V2 Número 4 Agosto 2013 Revista Electrónica de Investigación en Enfermería Universidad UNAM México.

## CASO N° 7

### APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA

Sección : .....  
Docente : .....  
Unidad: II  
Semana: Quinta semana

Apellidos : .....  
Nombres : .....  
Fecha : / /..... Duración: 30 min  
Tipo de práctica: Individual ( x ) Grupal ( )

**Instrucciones:** Lea detenidamente el caso y complete el Proceso de Atención de Enfermería considerando los Diagnósticos del Nanda, de acuerdo a los dominios y las clases, así mismo consigne el fundamento científico de las intervenciones planteadas.

#### I. Descripción o presentación del caso

Proceso de atención de Enfermería a pacientes con Cirrosis Hepática

##### 1. FASE DE VALORACIÓN:

La valoración del paciente se realizó en el servicio de Medicina del HCQ. DAC el 24/10/17 a las 2.00 pm mediante la entrevista y la observación, con el fin de identificar los problemas de salud que pueda presentar la paciente, teniendo en cuenta la guía de valoración de valoración según dominios.

##### A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- ✓ Nombre: A.A.D
- ✓ Edad: 57 años.
- ✓ Fecha de nacimiento: 08/03/1960
- ✓ Estado Civil: viudo
- ✓ Modo de Ingreso: ambulatorio
- ✓ Religión: católica
- ✓ Procedencia: Miluchaca
- ✓ Grado de instrucción: Primaria incompleta
- ✓ Ocupación: Agricultor
- ✓ Fuente de información: Paciente, hija
- ✓ Fecha de ingreso: 20/10/17
- ✓ H.C:856992

##### B. ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLÓGICOS

- Antecedentes patológicos: Familiares niegan antecedentes patológicos como TBC, hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial y epilepsia. Refiere no presentar alergia a ningún medicamento, no ha recibido transfusiones
- Inmunizaciones: el paciente no cuenta con vacunas.
- Antecedentes Familiares: La paciente refiere no tener familiares con antecedentes patológicos

- Motivo de ingreso: refiere que acude al HBT por presentar malestar general, tos, fiebre, disnea, desde hace 1 semana, apetito: conservado, sueño: conservado, sed: conservada, orina: conservada, dep.: 1 vez por día
- Dx. medico: cirrosis hepática

### **C. TRATAMIENTO**

Indicaciones del día 25/10/2017

- o deambulacion
- o Dieta Hipo proteica (60mg día), origen vegetal
- o CFV c/ 6h, SO2 C/6h
- o BHE
- o Peso diario
- o c ceftriaxona 1g 2amp. EV c/24h
- o Suspende azitromicina
- o espirolactona 100 mg 1tab.VO:6.am – 2pm
- o SS,Hm,glucosa,urea,creatinina,recolección de BK en esputo

### **D. EXAMEN DE LABORATORIO**

#### **PERFIL HEPÁTICO 22/10/17**

Ensayo	resultado	V.referencial	Nivel
Albumina	2.3	3.5 – 4.8 g/dl	bajo
Fosfatasa	619	65 – 300 U/l	alto
Bilirrubina B	0.89	0 – 0.2 mg/dl	alto
Bilirrubina I	0.49	0 – 0.8 mg/dl	normal
Bilirrubina T	1.37	0 – 1 mg/dl	alto
Colesterol	85	0 – 200mg/dl	normal
HDL colesterol	26	40 – 60 mg/dl	bajo
LDL colesterol	48.12	0 – 129 mg/dl	normal
PROT totales	5.8	6.1 – 7.9g/dl	bajo
Triglicéridos	59	0 – 150 mg/dl	normal
Urea	28	10 – 50 mg/dl	normal

#### **BIOQUIMICA 22/10/17**

Creatinina	0.73mg/dL	0.5 – 1.2 mg/dL
Urea	36mg/dL	7 – 20 mg/dL
Glucosa	110 mg/dL	80 – 110 mg/dL
Na+	136.9 mmol/L	135-145 mmol/L
K+	3.89 mmol/L	3,5-5 mmol/L
Ca+	1.20 mmol/L	8.5 – 10.5 mmol/

#### **HEMOGRAMA 21/10/17**

Hematocrito	34%
Plaquetas	272.000 x mm <sup>3</sup>
Leucocitos	3880 x mm <sup>3</sup>
Seg	77
Neutrófilos:	77.
T.protombina	18.4 seg

**RESULTADO DEL AGS:**

PH: 7.48  
PCO<sub>2</sub>: 36.6 MmHg  
PO<sub>2</sub>: 107.6 MmHg  
SO<sub>2</sub>: 98.6  
HCT: 33%  
Hb: 11.1 g/dl  
Na: 131.3 mmol/L  
K: 2.91 mmol/L  
Ca: 0.60 mmol/L

**1.2 EXAMEN FISICO**

**A. APARCIENCIA GENERAL:**

Paciente adulto mayor de se encuentra en reposo relativo, presenta piel y mucosas secas (++/+++), de contextura delgada, con fascies de preocupación y angustia, no presenta secreciones, comunicativo, se encuentra LOTEP, afebril, buen estado nutricional, despierto, ventilando espontáneamente, con vía clorurada, abdomen blando depresible ligero dolor a la palpación en hipogastrio, micción espontánea, movilidad y sensibilidad conservada, en buen estado de higiene. Recibe tto y cuidados de enfermería.

Control de Funciones Vitales:

P.A:100/60 MmHg  
F.R: 18 x'  
F. C: 66x'  
T°: 36.2  
So<sub>2</sub> 99%.

Medidas Antropométricas:

Peso actual: 67 Kg.  
Talla: 1.68 cm.

**VALORACION CEFALO CAUDAL:**

PIEL: Piel íntegra, de test trigueña, normo térmica, seca (++/+++), pálida, con disminución de elasticidad.

CABEZA: Cabeza simétrica, forma redondeada, tamaño proporcional al resto de su cuerpo, buen estado de higiene, no presenta cicatrices, cabello oscuro más cana propia de la edad, delgada, buena implantación, ausencia de zonas dolorosas, masas ni lesiones.

CARA: Ovalada, tamaño proporcional al resto de su cuerpo, simétrica, ausencia de lesiones, no presenta edemas, temperatura normal, ausencia de masas dolorosas.

OJOS: escleróticas ligeramente ictéricas, párpados con buena oclusión, e integridad, rima palpebral conservada en ambos ojos. Buena implantación de pestañas, ausencia de orzuelos. Ausencia de masas dolorosas.

OIDOS: Pabellón auricular bien implantado, íntegro, simétrico, tamaño proporcional al resto de su cuerpo, sin dolor, temperatura conservada, sin cerumen y conducto auditivo permeable.

NARIZ: proporcional a la cara, buena permeabilidad, no hay masas ni zonas dolorosas. Mucosa nasal deshidratada, tabique ligeramente recta a la palpación ausencia de dolor en senos maxilares y frontales.

CAVIDAD ORAL Y OROFARINGE: Labios simétricos, íntegros, hidratados mucosa bucal íntegra, seca, lengua simétrica, no presenta de secreciones, reflejo nauseoso ausente, piezas dentarias incompletas, caries dental.

CUELLO: Simétrico, cilíndrico, pulsos carotídeos presentes siendo rítmicos y visibles en ambos lados del cuello, no presenta ninguna cicatriz ni edemas, sensibilidad conservada.

TORAX: Simétrico, no doloroso a la palpación, presencia de, movimientos respiratorios rítmicos 18 x' sin presencia de cicatrices, expansión torácica conservada, buen pasaje de aire en ambos campos pulmonares.

APARATO CARDIOVASCULAR: Ruidos cardíacos normales rítmicos, pulsaciones de 66 x', no soplos, ausencia de ruidos agregados.

ABDOMEN: ligeramente globuloso, blando depresible, ligero dolor a la palpación en hipogastrio, movimientos peristálticos presentes.

SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO: Temperatura conservada, tono y fuerza muscular y ósea conservada, no lesiones, no masa, existe simetría en hombros presencia de edema en miembros inferiores (++/+++).

SISTEMA NERVIOSO: se encuentra LOPET, despierto, es capaz de razonar, juzgar, diferenciar, reflejos conservados, Con una escala de Glasgow de 15puntos.

### 1.3 VALIDACIÓN POR DOMINIOS

#### DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Paciente adulto mayor refiere que ingreso por emergencia por que presentaba decaimiento general, tos, fiebre, disnea, desde hace 1 semana, no tiene alergia a ningún tipo de fármaco ni a alimentos, se auto medica cada vez que le duele algo, refiere haber consumido alcohol de joven y haberlo dejado hace 6 años, no fuma tabaco, no drogas. Buen estado de higiene.

#### DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Paciente adulto mayor recibe D.B hipo sódica. Refiere que anteriormente su alimentación es en el desayuno: chufra, 2 panes con tortilla; almuerzo: arroz con arveja partida, guiso de pollo, caldo de fideo, jugo de maracuyá; en la cena lo que queda del almuerzo. Ingesta diaria de líquidos 2 – 3 vasos de agua. Apetito: conservado, sueño: conservado, sed: conservada, no siente molestias para ingerir los alimentos, no tiene dificultad para deglutir los alimentos; presenta piel y mucosas deshidratadas (++/+++), dentadura incompleta, Peso ±67 kg., talla 1.60 cm.

#### DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

Eliminación Intestinal: La frecuencia de su eliminación intestinal habitual es de 1 veces al día, sin esfuerzos para defecar. Actualmente refiere no tener ganas de defecar.

Eliminación Vesical: el paciente realizaba de 4 a 5 eliminaciones diarias, sin dolor al miccionar.

#### DOMINIO 4: ACTIVIDAD/ REPOSO

Manifiesta que sus horas de sueño por lo general eran de 9 pm a 7am, 1descansa solo en su cama, no necesita compañía para dormir, no necesita técnicas de relajación, no necesita ningún tipo de medicamento para conciliar el sueño.

Ejercicio: capacidad de autocuidado: es una persona independiente para ir al baño, bañarse, tomar sus alimentos y vestirse, no tiene ningún aparato de ayuda, no tiene dificultad para movilizar sus miembros superiores ni inferiores, fuerza muscular conservada.



Actividad respiratoria: respiración de 18 X ' , no se cansa con facilidad, buen pasaje del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, no tiene oxigenoterapia.

Actividad circulatoria: pulso 66 X, edema en M.I (++)/+++)

**DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/ COGNICIÓN:**

Paciente despierto, LOTEP; cumple órdenes y responde a gestos, memoria sin alteraciones. Presenta lenguaje verbal claro, lógico y existe una relación coherente entre pensamiento, sentimientos y comportamientos. No presenta ningún problema auditivo ni visual, buena percepción de frío y calor. Está a la expectativa sobre su estado de salud .Puede realizar actividades, no presenta decaimiento ni malestar.

**DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN**

Adulto mayor se describe como una persona sociable, tolerante, buena, manifiesta estar preocupado por su estado actual. Refiere que se siente bien consigo misma, pero siente temor por lo que pueda pasarle.

**DOMINIO 7: ROL/ RELACIONES**

Tiene una buena relación familiar, es viudo, se dedica a la agricultura, este trabajo le permite contribuir en casa con los gastos de la familia, manifiesta que sus hijos le ayudan económicamente.

**DOMINIO 8: SEXUALIDAD:**

Paciente adulto mayor, no tiene una pareja, presenta disfunción sexual por la edad.

**DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS:**

Paciente presenta temor, ansiedad, intranquilidad por lo que pueda pasarle.

**DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES**

Paciente es católico, asistía regularmente a su iglesia antes de ser hospitalizado.

**DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCIÓN**

Paciente adulto mayor se encuentra LOTEP, no presenta ningún tipo de lesión física o mental; manifiesta tiene una familia unida y con problemas como todas pero feliz, refiere que sus hijos lo respetan mucho y nunca lo maltrata física o verbalmente, manifiesta que su familia le está apoyando emocionalmente y económicamente en la medida de sus posibilidades.

**DOMINIO 12: CONFORT**

El paciente refiere sentir incomodidad, por proceso patológico, motivo por el cual se tiene que permanecer internado en hospital, pero manifiesta tener el apoyo de su familia que le hace sentir aliviado y protegido durante su estancia en el hospital.

**DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Se percibe a la paciente con regular estado nutricional a pesar del proceso patológico en curso; 60 kg de peso y 1.50 cm de estatura, no presenta ningún tipo de lesión física o mental, al examen presenta coordinación en sus movimientos.

## 2. FASE DIAGNOSTICA

### DONINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Paciente de 72 años
- Nivel educativo: primaria incompleta
- Refiere cumplir a veces tratamiento indicado por el medico
- Refiere Automedicarse
- Refiere poco conocimiento sobre su enfermedad
- Refiere desconoce el origen de su enfermedad, el tratamiento que debese seguir, los alimentos que debe consumir.
- Refiere haber consumido alcohol de joven y haberlo dejado hace 6 años,
- Ausencia de frutas y verduras en su dieta.
- Dx.: Cirrosis Hepática

**DETERIORO DEL MANTENIMIENTO DE LA SALUD R/C CON ESTILO DEVIDA INADECUADO E/P FALTA DE PRÁCTICAS GENERADORAS DE SALUD**

**DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS**

- Refiere sentirse preocupado por su enfermedad
- Preocupación por su trabajo (agricultor)

**AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INEFICAZ R/C PROCESO PATOLÓGICO E/P MANIFESTACIONES VERBALES**

**DOMINIO 2: NUTRICIÓN**

- Piel con leve ictericia.
- Piel y mucosas secas
- Abdomen globuloso (ascitis)
- Edema en miembros inferiores

**EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS INTRAVASCULARES R/C PROCESO PATOLÓGICO E/P ASCITIS, EDEMA DE M.I**

**DETERIORO DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA R/C AUMENTO DE LOS NIVELES DE BILIRRUBINA, DISMINUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE LA ALBÚMINA E/P ICTERICIA EN LA PIEL, EDEMAS EN MIEMBROS INFERIORES.**

- Piel ligeramente amarilla (ictericia)
- edema
- piel seca
- equimosis

**RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA R/C EDEMA, ICTERICIA, PIEL SECA**

**DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN**

- Vía periférica

**RIESGO A INFECCION NOSOCOMIAL R/C PROCESOS INVASIVOS**

### 3. PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO


--	--	--	--

#### 4. EVALUACIÓN

##### II. Consignas o preguntas reflexivas o actividades de resolución

2.1 ¿Complete el proceso de atención de Enfermería?

2.2 ¿Los diagnósticos de enfermería deben estar consignados por dominios y clases?

##### III. Resultados/conclusiones

**Enumere 3 conclusiones del Proceso de Enfermería**

##### **Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados**

- Williams, Linda Potter P. Enfermería Médico Quirúrgico. 3º ed. Editorial Mc GRAW – HILL. 2010. Código de biblioteca UC: 610. 73677/ W57.
- LS. Brunner, DS.Suddarth Enfermería Médico Quirúrgico 12ª ed. México: Editorial Interamericana, 2006.

## CASO N° 8

### APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PANCREATITIS

Sección : .....  
Docente : .....  
Unidad: II  
Semana: Quinta semana

Apellidos : .....  
Nombres : .....  
Fecha : / /..... Duración: 30 min  
Tipo de práctica: Individual (x) Grupal ( )

**Instrucciones:** Lea detenidamente el caso y realice el Proceso de Atención de Enfermería considerando los Diagnósticos del Nanda, de acuerdo a los dominios y las clases, así mismo consigne el fundamento científico de las intervenciones planteadas.

#### I. Descripción o presentación del caso

##### 1. FASE DE VALORACIÓN:

###### RECOLECCIÓN DE DATOS

**Nombre:** Consuelo del pilar palomino

**Edad:** 46 años

**Sexo:** Femenino

**Lugar de nacimiento:** Pucara

**Procedencia:** Pucara

**Estado civil:** soltero

**Ocupación:** Comerciante

**Instrucción:** secundaria.

**Religión:** Católica

**Fecha de ingreso:** 15/12/13

**Servicio Gastroenterología.**

**N° de cama:** 12

**Diagnostico Clínico:** Pancreatitis aguda.

**Motivo de ingreso:** Paciente ingresa al servicio con dolor agudo intenso en hipocondrio izquierdo, vómitos amarillento y amargo, fiebre.

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

No refiere

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Madre sufre de HTA, hermano diabético.

**ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:** Tiene un hijo nacido de parto normal, no refiere abortos.

Paciente femenina de 46 años de edad, con diagnóstico de pancreatitis aguda, soltera, nacida en Pucara, católica, estudios secundarios completo, ocupación comerciante, madre soltera, vive con su hijo de 9 años.

Paciente refiere que desde hace dos meses siente dolor leve en hipocondrio izquierdo, el mismo que se presentó después de haber consumido alimentos que contienen grandes



cantidades de grasa y carbohidratos, como síntomas acompañantes refiere que se levantaba por la mañanas con la boca amarga durante el día sentía agruras especialmente después de los alimentos.

Se auto medica tomando sal de Andrew dos sobrecitos por día, y diclofenaco sódico durante un mes sin encontrar mejora.

Paciente acude por emergencia al hospital Daniel A. Carrión con dolor insoportable en hipocondrio izquierdo, nauseas, que llegan al vómito de características biliosas amarillentas y sabor amargo, presenta fiebre de 38.5°C, con distensión abdominal, en donde es atendida.

Al momento consiente orientada en tiempo espacio y persona, afebril, deshidratada, mucosas orales semihumedas, conserva autonomía respiratoria con disnea, con signos vitales dentro de los parámetros normales ( T° 36.2; FR 16X, P 86X, P/A 105, SPO2: 92%), vía periférica en extremidad superior derecha permeable, Abdomen suave, depresible y doloroso a la palpación, presenta un drenaje de Jackson Pratt, 30 cc. De contenido hemático, diuresis por sonda Foley 200cc, miembros inferiores sin edema.

**TRATAMIENTO:**

Solución salina 0.9% 1000ccIV a 80cc/H,

Lactato de ringe 1000cc IV STAT

Dieta líquida amplia

Control de ingesta y eliminación

Control de curva térmica

Control de signos vitales c/8H

Tramal 100mg IV PRN

Metoclopramida 10 mg IV c/8H

Omeprazol 40mr IV PM

Metamizol 1 g

**VALIDACIÓN DE DATOS**








**FASE DE DIAGNOSTICO**



**FASE DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN**

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTOS


**FASE DE EVALUACIÓN**

**VII. Consignas o preguntas reflexivas o actividades de resolución**

2.1 ¿Realice el proceso de atención de Enfermería?

2.2 ¿Los diagnósticos de enfermería deben estar consignados por dominios y clases?

**VIII. Resultados/conclusiones**

.....

**IX. Actividades complementarias a realizar (opcional)**

**Referencias bibliográficas consultadas y/o enlaces recomendados**

- Williams, Linda Potter P. Enfermería Médico Quirúrgico. 3º ed. Editorial Mc GRAW – HILL. 2010. Código de biblioteca UC: 610. 73677/ W57.
- LS. Brunner, DS.Suddarth Enfermería Médico Quirúrgico 12ª ed. México: Editorial Interamericana, 2006.