

CAPITULO III

RESULTADOS

III. RESULTADOS

3.1. Valoración de enfermería.

3.1.1. Historia de enfermería.

Datos básicos de ingreso.

Usuario de nombre expresado en siglas: M.M.D. de 39 años de edad, sexo masculino, vive con su familia en domicilio conocido en San Pedro de Ures; es trasladado y referido del Hospital General de Ures en ambulancia, acompañado por su esposa, ingresando a las 12:30 p.m. del día 5 de mayo por presentar dolor abdominal intenso no especificado de 24 horas de evolución, por lo cual solicita valoración y diagnóstico. La última vez que ingresó al hospital fue hace 2 años por presentar fractura de tobillo.

Antecedentes personales patológicos.

Respecto a los antecedentes previos a esta hospitalización, comenta que nunca lo habían operado, refiere haber presentado paperas y varicela en la infancia sin tratamiento, también presentó resfriados y gripas curándose con miel y te de limón, "calenturas" las cuales se curaba con aspirinas y haber padecido hace dos años fractura de tobillo, el cual le fue enyesado .

Antecedentes personales no patológicos.

Originario de Ures, nació de parto natural sin problemas, es el quinto hijo de siete hermanos; no recuerda inmunizaciones pero le dijo su mamá que tenía la de "la tuberculosis", dice que se aplicó la del "tétanos" hace tres años, afirma una infancia y desarrollo normal, estudió solo la primaria y se dedicó a trabajar de jornalero desde los 15 años de edad hasta la fecha, se casó a los 20 años de edad, procreando tres hijos varones.

Antecedentes heredo familiares.

Padre muerto hace 8 años de paro cardiaco a la edad de 71 años, madre sana, dos hermanos que sufren de hipertensión, esposa e hijos aparentemente sanos, desconociendo otro antecedente del resto de sus demás familiares.

Patrón de mantenimiento y percepción de la salud.

El usuario comenta que su salud siempre a sido buena , percibiéndola en estos momentos como mala, “ya que nunca había sido operado y le molesta bastante traer tantas sondas, tener molestias y dolor”, pero que anteriormente siempre había estado bien. Sus hábitos de aseo dental son regulares ya que se lava los dientes dos veces al día y a veces se le olvida hacerlo; se baña una vez al día con cambio de ropa limpia, se lava las manos solo antes de comer y después de utilizar el w.c.

Fuma desde hace mas de 15 años consumiendo de cinco a siete cigarros marlboro rojos; también consume bebidas de contenido alcohólico desde hace 20 años por lo regular cerveza de tres a cuatro caguamas, ingiriendo cada fin de semana hasta sentirse “alegre” sin llegar a escándalos; niega el consumo de otras sustancias o psicotrópicos, dice que nunca a presentado reacción alérgica a ninguna sustancia o medicamento. No asiste a revisión dental ni médica, solo cuando lo requiere o al sentirse muy mal; no realiza ningún tipo de ejercicios ya que al llegar del trabajo se siente cansado para realizar ejercicios. Hace uso de remedios caseros, como te de hierbabuena, de manzanilla, limón y epazote, y de vez en cuando se automedica con aspirinas, alka seltzer y neomelubrina.

Conoce el motivo de su hospitalización ya que le han explicado todo lo que le han hecho, contestando que inicio con dolor de estómago y le tuvieron que operar porque se le había “perforado la apéndice” y tenían que sacarla y que se complicó por lo que va a estar unos días mas hospitalizado, “para recibir bien su tratamiento” del cual dice seguir bien las indicaciones para aliviarse pronto, volver a su casa a las actividades que acostumbra.

Vive en casa de material de concreto, la cual tiene dos recamaras, una cocina y sala comedor, con todo el mobiliario básico como: camas , ropero, sillas ,sillones ,estufa, refrigerador, cooler, abanicos, mesa, televisión, etc; cuenta con los servicios de agua potable y energía eléctrica, dice que su vivienda tiene dos puertas de entrada y seis ventanas distribuidas en los cuartos como medios de ventilación e iluminación artificial.

Para la disposición de excretas cuenta con fosa séptica ubicada a 20 metros aproximadamente de la vivienda; comenta que el aseo de su casa lo realiza su esposa dejando limpio el hogar; cuando hay muchos insectos, moscas, grillos o cucarachas fumiga con insecticidas; dice que solo tienen un perro que es de sus hijos y que no convive dentro del hogar .

Patrón nutricional metabólico.

Lleva una alimentación de tres veces al día siendo éstas lo suficiente para llenarse y sentirse a gusto, en un día normal desayuna a las siete de la mañana lo siguiente; dos huevos, un plato de frijol, cuatro tortillas de harina, y un plátano y una taza de café; la comida es a las 13 horas de día: arroz con pollo, cuatro tortillas de harina, un plato de frijoles, una soda; la cena la toma aproximadamente a las ocho de la noche ingiriendo un plato de papas con verdura, cuatro tortillas de maíz y un vaso de atole.

Dice que no tiene desagrado hacia ningún alimento, ya que toda la comida le gusta; de líquidos toma dos litros de agua aproximadamente al día, aparte toma soda , leche y café, ocasionalmente come golosinas como sabritas y galletas durante el día; aunque hace como tres días que empezó con los malestares y casi no le dio hambre; no a sentido ningún tipo de variación de peso en los últimos seis meses ya que se siente igual expresando que siempre a sido de complexión delgada.

No tiene ningún problema para comer o "pasar" la comida, tampoco problemas para que le cicatricen las heridas, ni cambios en su cabello, cuero

cabelludo ni piel; el estado de sus uñas no las refiere con alteraciones, ya que siempre "se las corta, y están duras y firmes". Hace dos días empezó con dolor abdominal y presentó dos vómitos y casi "no podía comer", por lo que tuvo que acudir a consulta médica.

Patrón de actividad ejercicio.

Expresa no sentir ni presentar cambios en la actividad cotidiana como: en la actividad de su casa y la laboral, ya que no a presentado "agitaciones" fuertes ni "palpitaciones", está acostumbrado a trabajar duro, sin sentirse desesperado o con falta de aire; tampoco cambios musculares ni inflamaciones de cualquier parte de su cuerpo.

Hace dos años se fracturó el tobillo, al mes andaba caminando bien y sin sentir molestias, por lo cual, no le dejó ninguna limitación en el movimiento de su pierna; sus ratos libres los aprovecha para ver televisión, realizar alguna reparación a su hogar y descansar. Es independiente para realizar cualquier labor y todas las actividades cotidianas de la vida diaria como; caminar, comer, cambiarse, bañarse, subir escaleras, trabajar , etc, sin requerir ayuda de personas u objetos, aunque de momento se siente muy "adolorido para moverse" y casi no tiene "fuerzas para caminar".

Patrón de eliminación.

Su patrón habitual de eliminación intestinal es de una vez al día por las mañanas, la ultima vez que evacuó fue hace dos días, y fue normal sin dificultad ni dolor, nunca hace uso de laxantes o apoyos para hacerlo, porque nunca a tenido problemas ni malestar al "obrar"; y que alguna que otra vez a presentado diarrea pero que hace mucho tiempo que ya no; de vez en cuando se le presentan algunas "flatulencias" . Los hábitos de evacuación vesical, son dentro de los limites normales con coloración amarillo sin presentar dolor o ardor al orinar, presentando de cuatro a cinco veces al día "ganas de orinar" y hacerlo sin problema alguno y que por la noche se levanta una o dos veces para ir al baño,

refiere sudoración habitual y normal ante su jornada laboral y ante el calor fuerte considerándolo normal.

Patrón cognitivo perceptivo.

En cuanto la audición, escucha bien con ambos oídos sin necesidad de auxiliares auditivos, tampoco presenta vértigo ni mareos, asegura limpiarse bien los oídos cuando siente que los trae sucios, con "cotonetes". En la agudeza visual, mira y percibe bien las imágenes, nunca a requerido utilizar lentes en ninguno de sus ojos. Su olfato no tiene problemas para detectar olores, únicamente cuando esta "agripado" no los percibe bien .

Su memoria la considera buena ya que recuerda bien las cosas, tiene buena "capacidad de retención"; en torno a la orientación está integra ya que sabe muy bien que día es, en donde se encuentra y el porque. Su tono de voz siempre a sido ronca y de un sonido moderado. Siempre a presentado cambios de sensibilidad al frío, calor y al dolor. La forma que tiene de aprender es escuchando, leyendo y practicando; no tiene ningún problema en cuanto a la toma de decisiones ya que siempre a contado con el apoyo de su esposa a la que siempre le pide consejos, y con el de su familia.

Patrón de sexualidad reproducción.

Se considera una persona abierta y no le molesta hablar en torno a preguntas dirigidas a la sexualidad, se siente satisfecho con el numero de hijos procreados, los cuales fueron tres hombres, aunque le hubiera gustado haber tenido una niña, pero planificaron el y su esposa tener tres hijos para poder brindarles una buena vida.

No se a realizado exámenes prostáticos ni testiculares , nunca a padecido de infecciones de trasmisión sexual; sus preferencias sexuales siempre han sido heterosexuales; no utiliza protección sexual al estar con su pareja, y solo tiene relaciones con ésta, afirmando ser una persona "fiel y honesta".

Patrón de sueño / descanso.

Sus hábitos de sueño son de ocho horas diarias en un horario de 10 de la noche a 6 de la mañana , acostumbrado a dormir siestas por las tardes de una hora aproximadamente en un horario de cuatro a cinco de la tarde, sin requerir de ningún apoyo para dormir y descansar bien y lo pone de mal humor que lo despierten sin necesidad. Aquí en el hospital casi no a podido dormir bien ya que tuvo dolor durante la noche y tenia "calentura".

Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés

Siempre a sido una persona calmada casi no le gusta discutir pero a veces cuando algo le molesta se irrita mostrándose enojado e intranquilo, pero estas reacciones no son muy seguidas, lo hace ocasionalmente cuando tiene mucho trabajo y se encuentra muy cansado o cuando los problemas se le van acumulando, ocasionalmente una o dos veces al mes, y las forma en que reacciona para controlar estas acciones son: tomando café y fumando.

Patrón de valores y creencias.

Usuario de religión católica inculcada por sus padres, cumpliendo con ella tratando de ser un buen hombre; se casó bajo esta misma religión, de igual forma bautizo a sus tres hijos. El lleva a su familia todos los domingos a misa, tratando de inculcarle los mismos valores que a él; no tiene restricciones para cumplir con su religión ni dentro ni fuera del hospital; los mas importantes para el son: el respeto y la unión de la familia, porque así lo vio desde que era niño con sus padres, por eso trata de ser siempre una persona responsable con su familia.

Patrón rol / relaciones.

De ocupación laboral jornalero actualmente empleado y de momento incapacitado para realizar su trabajo, no cuenta con seguridad social, el tiene que correr con los gastos durante su hospitalización, pero "dice que su patrón le proporcionará ayuda económica". Es el proveedor económico total de su familia integrada por cinco miembros contándolo a el , no refiere sentirse mal ni cansado

de tener ese cargo en su familia, el ingreso mensual que obtiene le es suficiente para solventar los gastos que se generan, tanto para la educación escolar de sus hijos, para vestirse y manutención en el hogar. No tiene problemas en la comunicación familiar; llevando también buenas relaciones sociales con sus vecinos de ayuda y colaboración, ya que es una población pequeña todos se conocen y se ayudan en momentos difíciles.

Patrón de auto percepción y concepto de sí mismo.

La preocupación fundamental es su enfermedad, y los gastos que esta genere, ya que como es el único aporte económico dentro del hogar le preocupa no poder cubrir los gastos. Su temor mas grande en la vida es perder a alguien de su familia o quedar incapacitado de su cuerpo; el se describe como una persona alegre, optimista, y de momento temeroso por su enfermedad, sintiéndose conforme con lo que es y lo que tiene, ya que es "muy feliz", plenamente satisfecho con su familia y con lo que dios le a dado; en su mente nunca a tenido ideas de acabar con su vida, como tampoco pérdidas o cambios importantes dentro de este ultimo año. Lo que le haría sentirse bien en estos momentos es ver a sus hijos y regresar a su casa e incorporarse a su vida de siempre.

3.1.2. Examen físico.

Aspecto general.

Usuario masculino de 39 años de edad aparente igual a la cronológica , de aspecto aliñado, con facies de dolor abdominal (nivel 2) ocasional al movimiento con manifestación verbal en escala del cero al cinco y estado de animo variable. Se encuentra en estado de alerta, coherente y congruente , orientado en tiempo, lugar y espacio, con capacidad de juicio y memoria (3 puntos); mostrándose colaborador durante el examen físico. Se halla en posición semifowler, con una postura semierguida y movimientos ocasionales.

Signos vitales.

Son valorados el día seis de mayo a las 10:horas en posición semifowler; temperatura corporal de 38°c siendo tomada por vía axilar, pulso de 98 al minuto de frecuencia, rítmico y de tensión media, tomado en arteria radial, y apical, respiración de 22 al minuto de frecuencia , rítmicas y superficiales, tensión arterial 120 de sistólica y 80 de diastólica tomada en ambos brazos.

Aparato respiratorio circulatorio.

Tórax, simétrico de forma elíptica, de tamaño, proporción y temperatura acorde a su cuerpo, tez morena clara, de piel lisa ; expansión torácica presente, con movimientos de ascenso y descenso al inhalar y espirar aire; a la auscultación, se encuentran campos pulmonares con ligeros estertores y presencia de tos y expectoración con secreciones blanquecinas al esfuerzo. Red venosa, visible en miembros torácicos y pélvicos, de coloración verde, no se encuentran varicosidades ni tortuosidades; llenado capilar presente a los tres segundos, sin presentar alteración.

Nutricional metabólico.

Se le registro: peso corporal de 85 Kg. y talla de 1.82 m, de estatura, encontrándose en rango normal de acuerdo a el índice de masa corporal (IMC) con resultado de 25. Cabeza simétrica, de tamaño y proporción normal a su cuerpo sin protuberancias ni deformaciones ; cuero cabelludo bien hidratado; cabello, color entrecano café oscuro, limpio, hidratado e implantado con uniformidad; mucosa bucofaríngea, hidratada, sin presencia de irritaciones o alteraciones; piezas dentales incompletas, con ausencia de dos molares inferiores, presencia de caries, placa dentobacteriana y halitosis.

Piel color moreno claro, hidratada, encontrándose enrojecida y caliente al tacto, de turgencia normal; uñas cortas, duras, limpias y resistentes color rosado, duras y resistentes. Abdomen globoso, distendido, con perímetro de 112 cm, de forma

simétrica, con dolor al tacto y la movilización; los ruidos peristálticos se encuentran disminuidos.

Herida quirúrgica vertical en región abdominal (mesogastrio) sobre la línea media umbilical, de 15 cm. de longitud, con bordes confrontados en proceso de cicatrización, sin presencia de enrojecimiento, calor ni supuración, encontrándose limpia; a lado derecho de la herida se encuentra instalado un drenovac, el cual deriva material serohemático cuantificándosele 80 ml. en ocho horas; tiene colocada sonda nasogástrica a derivación, drenando 150 ml. en ocho horas de material gástrico; presenta instalada venoclisis en antebrazo izquierdo región distal, permeable, sitio de punción íntegro y sin datos de infección.

Patrón de eliminación intestinal / vesical.

Presenta una evacuación intestinal al tercer día de posoperado de poca cantidad con características duras, coloración café oscuro, sin presencia de sangre con dolor a la expulsión, región perianal íntegra, sin hemorroides o lesiones. Orina, color amarillo claro sin turbiedad ni otra alteración, se le cuantifica 350ml. por micción aproximadamente sin dolor ni molestias al hacerlo, región perineal limpia y sin lesiones. No presenta sondas ni demás auxiliares para llevar a cabo el proceso de eliminación.

Patrón cognitivo perceptivo.

Presenta ojos café claros, limpios, simétricos de forma y tamaño, pupilas isocóricas; respuesta pupilar al reflejo de la luz, presente con contracción y dilatación, fondo de ojo íntegro sin alteraciones, reflejo palpebral presente, agudeza visual íntegra a la prueba con la carta de Snellen, obteniendo un valor de 20/20; pestañas pobladas al igual que cejas con uniformidad.

Pabellones auriculares simétricos, implantados en el límite inferior de ambos temporales, consistencia semidura, no dolorosa y flexibles; oído externo íntegro y limpio, oído interno con presencia de cerumen se encuentra íntegro y

con perfecta percepción auditiva a la prueba del diapazón, membranas timpánicas completas y sin datos de infección en ambos oídos.

Olfato; nariz de forma recta, con narina permeable ya que la narina derecha se encuentra obstruida por S.N.G. a derivación, con presencia de cilios en ambas narinas, olfato sin alteración a la percepción de aromas identificando diversos olores como; alcohol, jabón, perfume y una flor. Sensibilidad sin alteración al frío, calor y tacto; manifiesta dolor abdominal (nivel 2) a la movilización, con expresión verbal y facial, en una escala del cero al cinco.

Memoria retrograda y anterograda sin alteración, captando bien el ejercicio de retención de memoria que se le aplica, preguntándole que palabras se le dieron y el contestando sin dificultad, (obteniendo tres puntos), se encuentra bien orientado en tiempo espacio y lugar, encontrándose coherente, congruente y con capacidad de juicio.

Patrón de actividad ejercicio.

Usuario con capacidad de movilización limitada con postura semierguida; hombros, nivel escapular y crestas iliacas simétricas y alineadas; la movilización del cuello es completa, de flexión e hiperextensión, flexión lateral y de rotación haciéndolo sin dificultad; se palpa la apófisis espinosa sin encontrar desviación de las curvaturas de la columna, la flexión de la columna dorsal y lumbar esta limitada debido a que no puede flexionarse hacia abajo pues "refiere dolor" en la región abdominal; también se le dificulta extender bien los miembros superiores ya que se reciente de dolor en la área antes mencionada, pero la capacidad de movilidad en muñeca, manos y falanges es completa. La movilización de cadera y miembros inferiores se encuentra limitada en torno a la amplitud de movimientos, con marcha poco rígida, lenta y debilidad de la fuerza y resistencia; en el pie no presenta alteraciones; encontrándose con capacidad de nivel 2 para la movilización.

Los reflejos osteotendinosos están presentes a la prueba con el martillo: en el bicipital, braquiorradial, tricipital, rotuliano y aquiliano. No se localiza edema en ninguna parte del cuerpo y cara. A la palpación se detectaron diversos pulsos arteriales siendo de menor tensión los distales como el pedio, tibial posterior y popíteo, mientras que el carotideo, braquial y radial eran de mayor tensión.

Patrón de sexualidad / reproducción.

Usuario de sexo masculino con características genitales iguales a su sexo, genitales externos íntegros, sin deformaciones con retracción de prepucio, meato urinario visible, limpio sin presencia de alteraciones, testículos sin deformaciones ni masas, con vellos púbicos alrededor del pene, a procreado con su pareja un total de tres hijos, por lo que se descarta infertilidad, lleva vida sexual activa con su pareja.

3.1.3. Exámenes de laboratorio y gabinete.

Patrón nutricional metabólico.

Los únicos datos que se recabaron fueron del día 5 de mayo y son los siguientes;

	Resultado	cifras normales
Hemoglobina	14.6 g/dl	11.5 a 18g/dl
Leucocitos	10800/mm ³	5000 a 10000/mm ³
Glucosa	160 mg/dl	70 a 110mg/dl
Plaquetas	280000mm ³	100000 a 400000mm ³
Amilasa	32u/lt	25 a 125 u/lt
Sodio	138 meq/lt	135 a 145 meq/dl
Potasio	4.9 meq/lt	3.5 a 4.5 meq/lt

Tipo sanguíneo y factor rh: "O" (+).



Patrón actividad ejercicio.

Cuenta con un electrocardiograma el cual fué tomado y valorado por medicina Interna, donde el único reporte fue, que no había ninguna alteración en su función cardíaca y se realizó como requisito preoperatorio. Datos de laboratorio reportan :

	Resultado	cifras normales
T.P.	1.7 seg.	9.5 a 12 seg.
T.P.T.	26.5 seg.	20 a 45 seg.

De igual registro preoperatorio.

Resultados de estudios citológicos / patológicos / imagenología.

Cuenta con tres radiografías abdominales las cuales fueron valoradas por médicos especialistas en cirugía, reportaron haber encontrado un cuadrante inferior derecho de mayor densidad y niveles de flujo de aire localizados, esto fue como apoyo en la corroboración de diagnóstico el día cinco de mayo.

Después de haber sido sometido quirúrgicamente el reporte del cirujano fue; que encontró una apéndice abscesada y perforada, liquido purulento libre en toda la cavidad peritoneal de aproximadamente 300ml, apéndice cecal y retrocecal con absceso roto y perforación en tercio distal. Esto fue el día 5 de mayo a las 17:30 pm en el pos operatorio.

3.1.4. Documentación.

Resumen del inicio, evaluación del padecimiento actual.

Ingresa al servicio de urgencias, trasladado y referido del Hospital General de Ures en ambulancia acompañado por su esposa, por presentar dolor abdominal de mas de 24 horas de evolución, en fosa iliaca e hipogastrio derecho. Se le realizan estudios de laboratorio y radiológicos; es valorado por cirugía, por lo que se decide su transferencia a quirófano para realizarle laparotomía

exploradora de urgencia. Con un diagnóstico de apendicectomía y peritonitis aguda, ingresa al servicio de cirugía hombres para continuar su manejo y tratamiento el cual es el siguiente:

*ayuno

*soluciones isotónicas intervaladas

1000 ml, snmd5% y mixta i.v. c/6hrs.

*metronidazol 500 mgs. C/8hrs. i.v.

*gentamicina 80 mg. c/12hrs i.v.

*dipirona 1 gr. c/8 hrs. I.v.

*ranisen 50mgs. c/8 hrs. i.v

*metoclopramida 10mgs.c/8hrs i.v.

*dolac 30 mg. c/8hrs i.v.

*cuantificación de gasto por drenovac c/turno

*reposición por sonda nasogástrica al 1:1 con solución fisiológica c/turno

*curación diaria de herida quirúrgica.

M.M.D. en su primer día de posoperado presenta fiebre hasta de 38°C y dolor intenso , al tercer día inicia dieta con líquidos claros a tolerancia, hasta llegar a dieta normal, por evolucionar satisfactoriamente es egresado de la institución al quinto día de internamiento con tratamiento e indicaciones para manejo domiciliario.

Patrón de mantenimiento y percepción de la salud.

Usuario cuya historia de salud es favorable, hasta hace dos días que inicia su padecimiento con dolor abdominal requiriendo de cirugía, diagnosticándosele apendicitis con peritonitis aguda. Las condiciones generales de vivienda son buenas; no acude a revisión odontológica ni médica a pesar de tener antecedentes de hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, no realiza ejercicios, tiene hábitos de tabaquismo, alcoholismo y automedicación. Los hábitos higiénicos personales son regulares, pues presenta deficiente aseo bucal. Por lo obtenido en este patrón se considera disfuncional.

Patrón nutricional metabólico.

Acostumbrado a alimentarse tres veces al día con una dieta deficiente, ya que hay un aumento en carbohidratos, grasas y disminución en el consumo de frutas y verduras; ingesta de líquidos como agua de 2 lts. y consumo de café y soda. Actualmente se encuentra en ayuno con sonda nasogástrica a derivación, cuantificándosele 150 ml. de material gastrobiliar en 8 hrs. reponiéndosele el gasto con solución fisiológico al 1:1 ; vía parenteral con soluciones isotónicas de 166ml/hr; talla de 1. 82 m con un peso de 85 Kg. con resultado de 25 en IMC, sin variaciones de peso en los últimos seis meses. Presenta un color de piel enrojecida, con temperatura corporal de 38°C. herida quirúrgica de 15 cm . de manera vertical en línea media umbilical en mesogastrio (región abdominal) se encuentra cerrada, de bordes confrontados, sin datos de infección; venoclisis permeable y sitio de punción limpio, drenovac productivo con material serohemático de 80 ml. en ocho horas.

Higiene deficiente a nivel dental encontrándose dientes con caries, placa dentobacteriana y halitosis. Se encuentra abdomen distendido con disminución de los ruidos peristálticos. Los reportes de laboratorio son de Hemoglobina de 14.6 glucosa de 160 mg/dl, leucocitos de 10800mm³ y plaquetas de 280000mm³. Este patrón por lo ya mencionado es disfuncional.

Patrón de eliminación.

El hábito de evacuación intestinal era de una vez al día, actualmente lo hizo al tercer día con heces duras de poca cantidad y dolor al hacerlo, no presenta signos de lesión perianal. En torno a la eliminación urinaria presenta micciones de aproximadamente 350ml por cada una, presentando un total aproximado de cinco al día, sin presentar dolor ni otra alteración. Por lo visto este patrón se clasifica como disfuncional.

Patrón de actividad ejercicio.

M.M.D. es independiente para realizar cualquier actividad física encontrándose previo a hospitalización en un nivel funcional de 0; actualmente se encuentra con limitación en la amplitud de movimiento, ya que no puede flexionarse hacia abajo manifestando dolor al hacerlo; también debilidad en la fuerza y resistencia en miembros inferiores, con marcha rígida y lenta; presenta frecuencia cardíaca de 98 y respiratoria de 22 al minuto, así como tensión arterial de 120/80.

Se encuentra reposando en cama con postura semi erguida, encontrándose temeroso para deambular y requerir la ayuda de otros (nivel 2), campos pulmonares con escasos estertores, y expectoración con flemas blanquecinas, cuenta con un electrocardiograma el cual no reporta alteración en la función cardíaca, en los datos de laboratorio se encontraron Tp de 1.7 y TpT de 26.5 seg. Por lo obtenido en este patrón se clasifica como disfuncional.

Patrón de sueño descanso.

El patrón regular de sueño normalmente es de 8 hrs. diarias durante la noche, acostumbrando tomar siesta de una hora durante el día, actualmente refiere no poder conciliar bien el sueño, ya que a presentado dolor y sensación de molestias continuas, observándose, adinámico y con estado de animo variable. Por lo anterior visto este patrón es disfuncional.

Patrón cognitivo perceptivo.

No se detectaron alteraciones en la agudeza auditiva encontrándose normal, detectando bien los sonidos a la prueba del diapazón, la agudeza visual fue valorada a través de la carta de Snellen obteniendo 20/20 considerándose normal; la percepción de olfato no tuvo problemas para distinguir olores, su memoria se encuentra sin alteraciones, ubicado en las tres esferas referentes a tiempo, espacio y lugar, el tono de voz es ronco con fluidez al discurso. La

percepción del dolor (nivel 2) la manifiesta con expresión verbal y facial. Por lo mencionado este patrón se delibera disfuncional.

Patrón rol / relaciones.

M.M.D. vive con su familia, siendo el proveedor económico, por el momento se encuentra incapacitado para laborar, el tiene que cubrir los gastos que se generen, aunque recibió un apoyo económico de su patrón, ya que no cuenta con seguridad social, lleva buenas relaciones afectivas con todos los integrantes de la familia, definiéndose como una persona social y colaboradora, se observan momentos de preocupación del usuario ya que desea no generar gastos económicos altos que no pueda alcanzar a cubrir durante su internamiento. Por los datos adquiridos este patrón se considera en riesgo de disfunción.

Patrón de sexualidad / reproducción.

Es de sexo masculino, casado con vida sexual activa, sin uso de protección sexual, a procreado tres hijos con su pareja, con la cual lleva 19 años de matrimonio, a la exploración no se detectaron alteraciones en genitales externos ni alrededor de estos. Por lo ya mencionado este patrón es funcional.

Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés.

Se percibe tranquilo y tolerante, aceptando tratamiento y hospitalización, ya que desea rehabilitarse pronto para reincorporarse a su vida cotidiana; siendo una persona social, sin encontrarse ansioso o desesperado. Este patrón por lo antes recabado es funcional.

Patrón de valores y creencias.

Profesa la religión católica, inculcada por sus padres, haciendo lo mismo con su familia, lo mas importante para el es la unión de esta y el respeto de la misma; se considera una persona respetuosa y responsable. Este patrón se cataloga funcional.

Fortalezas identificadas.-

- Su optimismo y deseo de recuperación
- La unión de la familia
- La responsabilidad y respeto.
- La edad (39 años)
- Apoyo económico por parte de su patrón.

3.2. Diagnósticos de Enfermería.

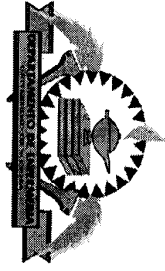
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C secreciones traqueobronquiales M/P expectoración con secreción, tos y ligeros estertores pulmonares.
- Estreñimiento R/C escasa movilidad física (nivel 2), reposo en cama de dos días y ausencia de fibra en la dieta M/P cambios en el patrón de eliminación intestinal de días de retraso, heces duras y dolor a la expulsión.
- Alteración del patrón sueño-descanso R/C proceso posquirúrgico, malestar general y dolor (nivel 2) M/P cansancio, expresión verbal de no poder dormir bien durante la noche.
- Deterioro de la movilidad física (nivel 2) R/C proceso posquirúrgico, dolor y temor a la movilización M/P debilidad generalizada, cansancio, marcha inestable.
- Deterioro de la dentición M/P técnica inadecuada del cepillado dental y tabaquismo de 15 años de evolución R/C ausencia de dos piezas molares , placa dentobacteriana y halitosis.

- Déficit de autocuidado baño-higiene (nivel 2) R/C limitación de la movilización y dolor (nivel 2)M/P incapacidad para lavar áreas distales de su cuerpo.
- Mantenimiento inefectivo de la salud R/C falta de interés por los antecedentes heredofamiliares (hipertensión arterial e infarto agudo al miocardio) M/P ingesta de alcohol, tabaquismo; realización nula de ejercicios, no asistencia a revisión médica y automedicación.
- Deterioro del desempeño del rol-proveedor R/C incapacidad temporal para desempeñar su trabajo M/P expresión verbal de preocupación ante los gastos económicos que genere su hospitalización.
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C aumento de pérdidas insensibles por fiebre de 38°C, pérdidas insensibles a través de vías anormales SNG y drenovac.
- Riesgo de infección en herida quirúrgica R/C proceso posquirúrgico, pérdida de continuidad de la piel.
- Riesgo de infección en sitio de colocación de venoclisis R/C rompimiento de la primera línea de defensa.

3.3. Problema interdisciplinario.

- Peritonitis.

3.4. Plan de atención



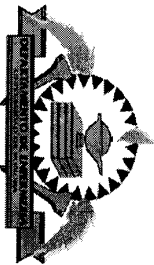
**UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

Nombre del Usuario: M.M.D. Edad: 39 a. No. De Cama: 3 Fecha: 8 de Mayo 2003

Sexo: Masculino Diagnostico Medico: Apendicitis Servicio: Cirugía Hombres.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA EL USUARIO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION	EVALUACION	RESULTADO
<p>Limpeza ineficaz de las vias aéreas. R/C con secreciones traqueobronquiales. M/P expectoración con secreción, tos y ligeros estertores pulmonares.</p>	<p>Mantendrá las vias aéreas libres de secreciones durante su hospitalización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -observar la coloración de la piel, lechos ungueales y área peribucal; -vigilar la respiración cada dos horas y demás signos vitales; -palmopercusiones cada dos horas y drenaje postural (ver anexo 3); -nebulizaciones simples cada 4 hrs. 8, 12, 16, 20, etc. -realización de ejercicios pulmonares c/2 horas (con xifón); -ejercicios de expectoración c/4 hrs 8-12-4-20 (ver anexo 3) -enseñarle al usuario a adoptar la posición de fowler elevada durante los ejercicios de tos y expectoración. 	<p>P.E Blanca Cazarez. P.E Mirra Manceras. Personal a cargo. Usuario.</p>	<p>Campos pulmonares limpios.</p>	<p>Objetivo logrado perfectamente.</p>

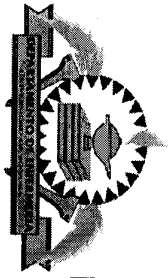


**UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

Nombre del Usuario: M.M.D. Edad: 39 a. No. De Cama: 3 Fecha: 7 de Mayo 2003
Sexo: Masculino Diagnostico Medico: Apendicitis Servicio: Cirugía Hombres.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA EL USUARIO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION	EVALUACION	RESULTADO
<p>Estreñimiento:</p> <p>R/C escasa movilidad física (nivel 2) reposo en cama de dos días y ausencia de fibra en la dieta</p> <p>M/P cambios en el patrón de eliminación intestinal de 3 días de retraso heces duras y dolor a la expulsión.</p>	<p>Recuperará su patrón de eliminación (una vez al día) en un plazo de 72hrs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ingesta de líquidos, calientes antes del desayuno (Activa el Peristaltismo masivo). - Realizarte ejercicios abdominales en forma circular siguiendo la anatomía del colon enfatizando en el colon descendente cada 2 horas (8, 10, 12, 14, 16, 20) (ver anexo 5). - Deambulación asistida, durante 15 minutos, después de los alimentos. - incrementar fibra en su dieta normal como son nopales, apio, avena, cereales, papaya, verduras, legumbres, (ver anexo 5). -atención inmediato y privacidad al usuario al deseo de evacuar. -estimular la movilización en cama por lo menos c/2 hrs. -proponer mayor ingesta de líquidos: (a las 8 am 250ml, 10am 350ml, 12 pm 400ml.) 	<ul style="list-style-type: none"> -usuario. -P.E Blanca Estela Cazares. -P.E Mima Manceras. -personal de la salud a cargo -familiar. 	<p>Presenta una evacuación c/24 hrs en consistencia blanda y sin molestias.</p>	<p>Logrado completamente.</p>



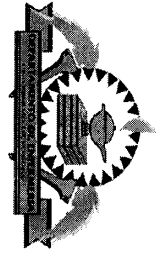
UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Nombre del Usuario: M.M.D. Edad: 39 a. No. De Cama: 3 Fecha: 8 de Mayo 2003

Sexo: Masculino Diagnostico Medico: Apendicitis Servicio: Cirugía Hombres.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA EL USUARIO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION	EVALUACION	RESULTADO
Alteración del patrón sueño descanso R/C proceso post-quirúrgico, malestar general y dolor (nivel 2) M/P cansancio, expresión verbal de no poder dormir bien durante la noche.	El usuario manifestara sensación de dormir y descansar satisfactoriamente durante su hospitalización.	Establecer y respetar un horario de sueño acorde al habitual y un periodo de siesta. -planificar los cuidados de manera que se respeten los periodos de descanso. -aumentar las actividades durante el día, deambulación, permanecer sentado fuera de la cama, hacer fisioterapia. -reducir la estimulación ambiental (luces, ruido) en la medida de las posibilidades. -tener un medio ambiente relajado como ropa limpia, estiramiento, de estas técnicas de relajación. -proporcionar alivio del dolor y medidas de bienestar antes de dormir (friegas en la espalda y masaje). -permitir periodo de sueño durante el día.	P.E Blanca Cazarez. P.E Mima Manceras. Personal a cargo. Usuario	Luce descansado y sin ojeras	Logrado totalmente.

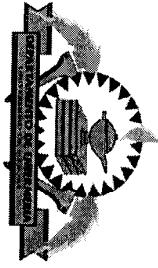


**UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

Nombre del Usuario: M.M.D. Edad: 39 a. No. De Cama: 3 Fecha: 7 de Mayo 2003
Sexo: Masculino Diagnostico Medico: Apendicitis Servicio: Cirugía Hombres.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA EL USUARIO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION	EVALUACION	RESULTADO
Deterioro de la movilidad física (Nivel 2) R/C proceso post-quirurgico, dolor abdominal (nivel 2) y temor a la movilización M/P debilidad generalizada, cansancio, marcha inestable.	El usuario recobrará al máximo su capacidad de movilización en un lapso de dos días. -expresara de manera verbal la disminución del dolor en una hora.	-identificar las actividades que pueda realizar de forma independiente y adaptarlo a sus necesidades. -realizar ejercicios pasivos c/12hrs. por un periodo de 5 min. -asistir durante la deambulación en la medida que tolere. -mantenerlo en una posición funcional y cómoda para el. -explicarle el por que es necesario ejercitarle los músculos. -valorar la intensidad del dolor en la escala de 0 a 5. -diseñar estrategias para minimizar o eliminar el dolor, como ver televisión. -mantenerlo entretenido, platicando para que no este pensando en el dolor. -realizar técnica de relajación como respiraciones profundas, e Inhalar y exhalar aire. -darle una posición cómoda y funcional y al levantarlo de la cama, que sea lento y cuidadoso -colocar una almohada sobre el abdomen al momento de mov.	P.E. Blanca Cazares. P.E. Mirra Manceras. -personal de salud a cargo. -usuario. -familiar.	Recobra la capacidad máxima de movilización. -muestra marcha estable y segura. -expresa la disminución del dolor.	Se logró completamente.

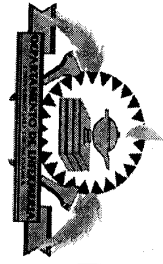


**UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

Nombre del Usuario: M.M.D. **Edad:** 39 a. **No. De Cama:** 3 **Fecha:** 8 de Mayo 2003
Sexo: Masculino **Diagnostico Medico:** Apendicitis **Servicio:** Cirugía Hombres.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA EL USUARIO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION	EVALUACION	RESULTADO
<p>Deterioro de la dentición. R/C técnica inadecuada del cepillado dental y tabaquismo de 15 años de evolución. M/P ausencia de dos piezas molares y placa dentobacteriana, halitosis.</p>	<p>-el usuario comprenderá y ejecutara la técnica del cepillado dental correctamente en 24hrs.</p>	<p>-Informarle al usuario la importancia de la técnica correcta del cepillado dental. -fomentar la consulta al dentista cada seis meses. -proporcionarle el cepillo y pasta después de cada comida. -en una sesión de demostración, mostrar al usuario la técnica correcta de cepillado dental (ver anexo 4). -enseñarle la técnica correcta 3 veces al día durante 3 a 5 minutos posterior a cada comida y antes de acostarse.</p>	<p>P.E Blanca Cazares. P.E Milna Manceras. Personal a cargo. Usuario.</p>	<p>El usuario realiza la técnica de cepillado correctamente.</p>	<p>Logrado en su totalidad.</p>

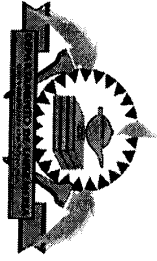


**UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

Nombre del Usuario: M.M.D. Edad: 39 a. No. De Cama: 3 Fecha: 7 de Mayo 2003
Sexo: Masculino Diagnostico Medico: Apendicitis Servicio: Cirugía Hombres.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA EL USUARIO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION	EVALUACION	RESULTADO
Déficit de auto cuidado baño-higiene (nivel 2). R/C limitación de la movilización y dolor (Nivel 2) a la flexión.- M/P incapacidad para lavar partes distales de su cuerpo.	Participara en la medida de sus posibilidades, en su propia higiene personal, teniendo evolucion hasta llegar a la independencia en un lapso de tres dias.	Identificar conjuntamente las actividades que puedan realizar y en las que necesite ayuda. -programar el baño cuando el usuario no refiera dolor. -colocar todos los objetos de higiene al alcance del usuario. -utilizar aparatos auxiliares como barandales o silla de ducha. -estimular la participación activa. -respetar en lo posible la individualidad del usuario. -valorar gradualmente la independencia del usuario, al realizar el baño diario. -fomentar la importancia de la higiene, ya que mejora el estado de animo, la apariencia y como medida de prevención de infección en la herida Qx.	P.E. Blanca Cazares. P.E. Mirna Manceras. -personal de salud a cargo. -usuario. -familiar.	El usuario mantiene una higiene adecuada. -luzc alfiado y expresa sentirse cómodo.	Se logró completamente

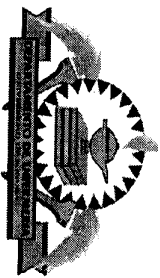


**UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

Nombre del Usuario: M.M.D. **Edad:** 39 a. **No. De Cama:** 3 **Fecha:** 9 de Mayo 2003
Sexo: Masculino **Diagnostico Medico:** Apendicitis **Servicio:** Cirugía Hombres.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA EL USUARIO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION	EVALUACION	RESULTADO
Mantenimiento inefectivo de la salud. R/C falta de interés por los antecedentes heredofamiliares (hipertensión arterial e infarto agudo al miocardio) M/P ingesta de alcohol, tabaquismo; realización de ejercicios nula y no asistencia a revisión médica y automedicación.	El usuario y familia comprenderán e identificarán los factores que afectan la salud. (en un lapso de una semana).	-Se le explicara al usuario y familia de manera clara los factores que predisponen y afectan el estado de salud. -Brindar información en torno a los efectos nocivos de alcohol y tabaco y la importancia de la realización de ejercicios, consulta periódica a los servicios de salud y sus beneficios. -Implicar a la familia en la educación sanitaria, cuidados, respetando siempre sus deseos y los de la persona. -Facilitar la formulación de preguntas y la libre expresión de los sentimientos ante la situación. -Mantener una actitud abierta e imparcial, sin emitir juicios de valor ; no mostrar extrañeza ante dudas o cuestiones planteadas, ni restarles importancia; responder con sinceridad.	P.E Blanca Cazares. P.E Mirna Manceras. Usuario. Familia	-Muestran comprensión ante los factores de salud predisponentes identificándolos claramente, el usuario y su familia.	Logrado en su totalidad.



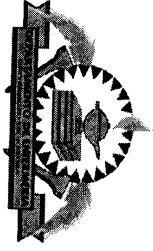
**UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

Nombre del Usuario: M.M.D. Edad: 39 a. No. De Cama: 3 Fecha: 9 de Mayo 2003

Sexo: Masculino Diagnostico Medico: Apendicitis Servicio: Cirugía Hombres.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA EL USUARIO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION	EVALUACION	RESULTADO
Deterioro del desempeño del rol-proveedor. R/C Incapacidad temporal para desempeñar su trabajo. M/P expresión verbal de preocupación ante los gastos económicos que genera su hospitalización.	El usuario expresará tranquilidad y valorará sus capacidades (en cinco días).	Identificar conjuntamente los recursos personales con los que cuentan (familiares psicosociales) y con lo que dispone. -fomentar la importancia de hacer las actividades que le guste como distracción (ver televisión, socializar). -Permitir y estimular la expresión de sus sentimientos. -permitir que la persona tome sus propias decisiones.	P.E Blanca Cazares. P.E Mirra Manceras. Usuario. Familia.	Usuario se encuentra tranquilo valorando sus capacidades.	Logrado completamente.



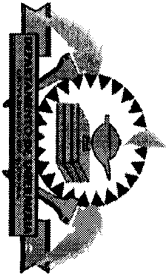
**UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

Nombre del Usuario: M.M.D. **Edad:** 39 a. **No. De Cama:** 3 **Fecha:** 7 de Mayo 2003

Sexo: Masculino **Diagnostico Medico:** Apendicitis **Servicio:** Cirugía Hombres.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA EL USUARIO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION	EVALUACION	RESULTADO
Riesgo de déficit de volumen de líquidos. R/C aumento de pérdidas insensibles por fiebre de 38°C. -pérdidas excesivas a través de vías anormales SNG, drenovac.	No presentara déficit, signos y síntomas de volumen de líquidos en un periodo de 72 hrs. El usuario presentara disminución en la temperatura corporal de 38° a 37°C y se mantendrá normo térmico, en una hora.	Llevar un registro de las aportaciones (sol. Isotónica por vía parenteral 166ml/hr, reposición por goteo 1, 1) y las pérdidas (por SNG, fiebre, drenovac, diuresis). -mantener un aporte equilibrado de líquidos y nutrientes, respetando las limitaciones, impuestas por su patología. -llevar un registro de la temperatura corporal y de los demás signos vitales. -aplicación de compresas húmedas en diferentes partes del cuerpo (frente, axilas, abdomen). -mantener un ambiente agradable (temperatura ambiente de 25°) -vigilar el estado de la piel (coloración, hidratación). -determinar medidas protectoras para evitar hipotermia (ropa ligera, baño, ambiente agradable) -si no se da la temperatura corporal, aplicación de antipirético por indicación, keitorolaco 30mg i.v. PRN, dipirona 1gr. i.v.	P.E. Blanca Cazares. P.E. Mirra Manceras. -personal de enfermería a cargo. -usuario.	Se mantiene libre de signos y síntomas de déficit de volumen de líquidos. Cede la temperatura corporal hasta 37°C manteniendo se eutermico.	Se logró completamente.



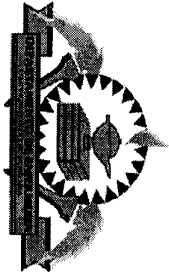
UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Nombre del Usuario: M.M.D. Edad: 39 a. No. De Cama: 3 Fecha: 9 de Mayo 2003

Sexo: Masculino Diagnostico Medico: Apendicitis Servicio: Cirugía Hombres.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA EL USUARIO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION	EVALUACION	RESULTADO
<p>Riesgo de infección en herida quirúrgica. R/C proceso post-quirúrgico, perdida de continuidad de la piel.</p>	<p>No presentara datos de infección en la herida Qx durante un lapso de 7 días.</p>	<p>Vigilar la evolución de la herida quirúrgica, gasas y drenaje. Para detectar indicios de infección (cambio de coloración, olor, consistencia del drenaje) y molestias de indicación (usuario). -realización diaria de curación con técnica de asepsia. -tener un registro de los signos vitales especialmente de la temperatura corporal. -cambio de gasas o apósitos PRN. -demostrar de manera correcta los cuidados de la herida y la importancia de la higiene. -explicar brevemente la manera adecuada y correcta de bañarse. -explicar la importancia de vigilar la temperatura. -mantener limpia y seca la Hx. Qx. Y evitar la contaminación con otros líquidos corporales. -reportar cualquier eventualidad al médico.</p>	<p>P. E Blanca Cazares. P. E Mirra Manceras. Usuario. Familia</p>	<p>Mantiene libre de s.s de infección.</p>	<p>Logrado completamente.</p>



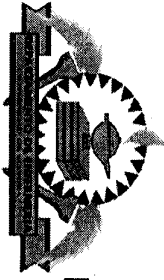
**UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

Nombre del Usuario: M.M.D. **Edad:** 39 a. **No. De Cama:** 3 **Fecha:** 9 de Mayo 2003

Sexo: Masculino **Diagnostico Medico:** Apendicitis **Servicio:** Cirugía Hombres.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA EL USUARIO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION	EVALUACION	RESULTADO
Riesgo de infección en sitio de colocación de venoclisis. R/C rompimiento de la primera línea de defensa.	No presentara signos de infección en el sitio de punción (dorso de mano izquierda durante su estancia hospitalaria.	-tener un registro de la fecha de colocación del punzocath y equipo de venoclisis. -realizar el cambio de equipo de venoclisis y reacanalar c/3 días según reglamento hospitalario. -vigilar la coloración y estado de la piel (temperatura) alrededor del sitio de punción. -revisar la fijación adecuada del punzocath. -vigilar la permeabilidad de la vía de punción. -evitar tener cintas húmedas sobre la fijación del punzocath. -pedirle al usuario que informe cualquier alteración del sitio de punción. -reacanalar por razón necesaria	P.E Blanca Cazares. P.E Mirra Manceras. Personal de la salud a cargo. Usuario. Familia	Se mantiene libre de signos y síntomas de infección.	Logrado completamente.



UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Nombre del Usuario: M.M.D. Edad: 39 a. No. De Cama: 3 Fecha: 9 de Mayo 2003

Sexo: Masculino Diagnostico Medico: Apendicitis Servicio: Cirugía Hombres.

PROBLEMA INTERDISCIPLINARIO

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS PARA EL USUARIO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION	EVALUACION	RESULTADO
Peritonitis	Se controlan los signos y síntomas hasta eliminarlos. (En un periodo de 7 días).	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuno. - Aplicación de antibióticos y analgésicos indicados: Metronidazol 500mg C/6 i.v. Gentamicina 80mg C/12 i.v. Dolac 30mg C/8 i.v. Dipirona 1gr. C/8 i.v. - Sonda nasogastrica a derivación. - Cuantificación de gasto por SNG y drenovac por turno y sus características - Reposición de líquidos 1:1 con solución fisiológica por gasto de SNG a derivación. - Curación herida quirúrgica por turno. - Medición de perímetro abdominal. - Registro de signos vitales o alteraciones del usuario. 	<p>Personal Médico y de la salud a cargo.</p> <p>P.E Blanca Cazares.</p> <p>P.E Mirra Manceras.</p>	-Se controlan signos y síntomas de infección y se eliminan completamente.	Logrado en su totalidad.