



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

MODELO DE MARJORY GORDON Y CUIDADOS DE ENFERMERIA EN
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE HEMOPERITONEO Y SHOCK
HIPOVOLEMICO

CAÑAREJO LARGO TATIANA KATHERINE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

CAYAMBE MULLO YADIRA GISSELA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

MODELO DE MARJORY GORDON Y CUIDADOS DE
ENFERMERIA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE
HEMOPERITONEO Y SHOCK HIPOVOLEMICO

CAÑAREJO LARGO TATIANA KATHERINE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

CAYAMBE MULLO YADIRA GISELA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

MODELO DE MARJORY GORDON Y CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE
CON DIAGNOSTICO DE HEMOPERITONEO Y SHOCK HIPOVOLEMICO

CAÑAREJO LARGO TATIANA KATHERINE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

CAYAMBE MULLO YADIRA GISSELA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

JUMBO DIAZ CESAR PATRICIO

MACHALA, 05 DE ENERO DE 2021

MACHALA
2021

Modelo de Marjory Gordon

INFORME DE ORIGINALIDAD

0%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

uvadoc.uva.es

Fuente de Internet

<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 20 words

Excluir bibliografía

Activo

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, CAÑAREJO LARGO TATIANA KATHERINE y CAYAMBE MULLO YADIRA GISSELA, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado MODELO DE MARJORY GORDON Y CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE HEMOPERITONEO Y SHOCK HIPOVOLEMICO, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 05 de enero de 2021

CAÑAREJO LARGO TATIANA KATHERINE
1718526179

CAYAMBE MULLO YADIRA GISSELA
0704405331

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación, está principalmente dedicado a Dios por ser nuestra fortaleza y permitirnos el haber llegado hasta este punto de nuestra carrera. A nuestros padres, esposo e hijo, por ser el pilar fundamental y fuente de inspiración para superarnos día a día y así poder lograr cada uno de nuestros anhelos familiares y profesionales.

A nuestros docentes, compañeros y amigos de la carrera de Enfermería, que a lo largo de nuestra vida universitaria han aportado con conocimientos, experiencias y sugerencias, creando momentos significativos en nosotras.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecemos a Dios, por guiarnos y permitirnos lograr cada una de nuestras metas, dándonos fuerzas y valor todos los días para continuar. A nuestras familias por confiar y permanecer incondicionalmente a nuestro lado a pesar de las dificultades que se nos presentan en el transcurso de la vida; gracias por ser nuestro ejemplo de perseverancia, ya que sin ello no habiésemos alcanzado lo que nos propusimos al iniciar la carrera y este proyecto; un enorme gracias por esas palabras que nos alentaban a seguir y convertimos en lo que somos hoy en día.

Un agradecimiento profundo al Lcdo. Cesar Jumbo, por habernos brindado su experiencia y asesoría en la elaboración del proyecto, y así culminar con éxito el proceso de titulación.

T. Cañarejo – Y. Cayambe

RESUMEN

Introducción: El hemoperitoneo acompañado de shock hipovolémico es una complicación poco común potencialmente mortal, se caracteriza por la presencia de sangre libre en la cavidad abdominal provocando inestabilidad hemodinámica. Según la literatura los traumatismos y afecciones ginecológicas representan un 90% de hemorragias intraabdominales, siendo el principal método de diagnóstico la intervención quirúrgica debido al estado crítico del individuo.

El presente trabajo de investigación, se fundamentó en el modelo de Marjory Gordon, cita 11 patrones funcionales, que enfermería utiliza para la valoración e intervención de los cuidados prioritarios en relación a los problemas de salud alterados durante la estancia hospitalaria.

Objetivo: Aplicar cuidados de enfermería en una paciente con diagnóstico de hemoperitoneo y shock hipovolémico a través del modelo de Marjory Gordon, mejorando la calidad de vida.

Método: El presente caso clínico, es de tipo científico, analítico, fenomenológico y descriptivo con un enfoque cualitativo; en la obtención de datos se utilizó los siguientes instrumentos de investigación: revisión documental de la historia clínica, la observación directa, entrevista estructurada y revisión bibliográfica de revistas y artículos de alto impacto como: Scielo, Elsevier, Science Direct, PubMed, PMC, Medigraphic entre otras relacionadas con el objeto de estudio; cumpliendo con los aspectos legales y principios bioéticos requeridos en este estudio.

Se presenta el caso de una paciente de 37 años de edad con diagnóstico de hemoperitoneo y shock hipovolémico, con signos y síntomas de, dolor, distensión abdominal, taquicardia, hipotensión, eliminación continua de líquido hemático por dren tubular, mostrando hemoglobina de 5 g/dl, hematocrito de 14,50% y plaquetas de 144.00 um. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, se le realizó una laparotomía exploratoria de emergencia, donde presentó 700 cc de hemoperitoneo, múltiples coágulos en lecho quirúrgico y sangrado en sábana retroperitoneal; se inicia el tratamiento de shock hipovolémico con administración de soluciones cristaloides y coloides con una transfusión de 3 paquetes de glóbulos rojos, 4 unidades de plasma fresco congelado y 4 unidades de plaquetas.

Resultados: Mediante la observación directa y entrevista estructurada, se identificó los siguientes patrones funcionales alterados: nutricional/metabólico evidenciado por

pérdida de sangre e inestabilidad hemodinámica, sueño/descanso alterado por dificultad de conciliar el sueño, actividad/reposo debido a la presencia de disnea, cognitivo/perceptivo, presencia de dolor y adaptación/tolerancia al estrés referido por llanto, preocupaciones y miedo. Se aplicó el plan de cuidados de enfermería en base a la taxonomía NANDA, NIC Y NOC, lo que permitió mejorar las condiciones clínicas, evidenciando que la paciente, realiza actividades diarias de forma independiente y es responsable del cuidado de su familia y hogar.

Conclusión: En la actualidad el hemoperitoneo acompañado de shock hipovolémico, es una complicación rara con alta tasa de mortalidad; siendo fundamental la valoración continua del personal de enfermería sin excluir datos subjetivos que proporcione la paciente, por ello; se aplicó, el modelo de Marjory Gordon, con la finalidad de identificar patrones funcionales alterados, enfocando los cuidados de enfermería en mejorar la calidad de vida; concluyendo que tanto el modelo como intervenciones elegidas fueron efectivas en el análisis de caso, recibiendo el alta hospitalaria en mejores condiciones.

Palabras claves: hemoperitoneo, shock hipovolémico, abdomen agudo, modelo de Marjory Gordon, cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Hemoperitoneum accompanied by hypovolemic shock is a rare and life-threatening complication, characterized by the presence of free blood in the abdominal cavity causing hemodynamic instability. According to the literature, gynecological injuries and conditions represent 90% of intra-abdominal haemorrhages, the main diagnostic method being surgical intervention due to the critical condition of the individual.

The present research work was based on Marjory Gordon's model, citing 11 functional patterns, which nursing uses for the assessment and intervention of priority care in relation to altered health problems during hospital stay.

Objective: Apply nursing care to a patient diagnosed with hemoperitoneum and hypovolemic shock through the Marjory Gordon model, improving the quality of life.

Method: The present clinical case is scientific, analytical, phenomenological and descriptive with a qualitative approach; The following research instruments were used to obtain data: documentary review of the clinical history, direct observation, structured interview and bibliographic review of high-impact journals and articles such as: Scielo, Elsevier, Science Direct, PubMed, PMC, Medigraphic among others related to the object of study; complying with the legal aspects and bioethical principles required in this study.

The case of a 37-year-old patient with a diagnosis of hemoperitoneum and hypovolemic shock is presented, with signs and symptoms of pain, abdominal distension, tachycardia, hypotension, continuous elimination of blood fluid through tubular drain, showing hemoglobin of 5 g / dl, hematocrit of 14.50% and platelets of 144.00 um. The patient underwent surgery, an emergency exploratory laparotomy was performed, where she presented 700 cc of hemoperitoneum, multiple clots in the surgical bed and bleeding in the retroperitoneal sheet; Hypovolemic shock treatment is started with the administration of crystalloid and colloid solutions with a transfusion of 3 packs of red blood cells, 4 units of fresh frozen plasma and 4 units of platelets.

Results: Through direct observation and a structured interview, the following altered functional patterns were identified: nutritional / metabolic evidenced by blood loss and hemodynamic instability, disturbed sleep / rest due to difficulty in falling asleep, activity / rest due to the presence of dyspnea, cognitive / perceptual presence of pain and adaptation / tolerance to stress referred by crying, worries and fear. The nursing care plan was applied based on the NANDA, NIC and NOC taxonomy, which allowed

improving the clinical conditions, showing that the patient performs daily activities independently and is responsible for the care of her family and home.

Conclusions: At present, hemoperitoneum accompanied by hypovolemic shock is a rare complication with a high mortality rate; The continuous assessment of the nursing staff is essential without excluding subjective data provided by the patient, therefore; The Marjory Gordon model was applied in order to identify altered functional patterns, focusing nursing care on improving the quality of life; concluding that both the model and the chosen interventions were effective in the case analysis, receiving hospital discharge in better conditions.

Keywords: hemoperitoneum, hypovolemic shock, acute abdomen, Marjory Gordon model, nursing care.

INDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	7
INDICE	9
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	13
1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	13
1.2 DESCRIPCIÓN DEL CASO	13
1.3 HECHOS DE INTERÉS	14
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.4.1. Objetivo General.....	15
CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO .	16
2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA	16
2.1.1 Hemoperitoneo	16
2.1.2 Shock hipovolémico.....	18
2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
2.2.1 Modelo de Marjory Gordon	20
2.2.1.1 Patrones funcionales.....	20
CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO	22
3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA.....	22
3.1.1. Tipo de estudio	22
3.1.2. Método de estudio	22
3.1.3. Instrumentos de investigación	22
3.1.4. Unidad de análisis.	23
3.1.5. Área de estudio.	23
3.1.6. Aspectos legales	23
3.1.7. Solicitud para el acceso de la Historia Clínica.....	23
3.1.8. Categorías.....	23
3.2 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE LOS DATOS	24

3.2.1. Descripción del caso.....	24
3.2.1.1. Datos generales	24
3.2.1.2. Exámenes de laboratorio.....	24
3.2.1.3. Estudio de imagen.....	25
3.2.1.4. Reportes de enfermería.....	26
3.2.1.5. Diagnóstico médico	28
3.2.2. Plan de Cuidados de enfermería	28
Tabla N°1: Patrón Nutrición/Metabólicos.....	28
Tabla N°2: Patrón Cognitivo / Perceptivo	29
Tabla N°3: Patrón Actividad y reposo.....	30
Tabla N°4: Patrón Sueño y descanso	31
Tabla N°5: Patrón Afrontamiento y tolerancia al estrés	32
CAPÍTULO IV. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN	33
4.1 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	33
4.2 ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS.....	34
4.3 CONCLUSIONES	35
4.4 RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS.....	42
ANEXO 1. OBSERVACION DIRECTA.....	42
ANEXO 2. ENTREVISTA ESTRUCTURADA	44
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	48
ANEXO 4. OFICIO AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL.....	49
ANEXO 5: EVIDENCIAS.....	50

INTRODUCCIÓN

El hemoperitoneo (hemorragia intraabdominal), raramente se muestra en una apendicectomía, ya que representa dificultades a nivel de hematocrito y hemoglobina lo que conlleva a complicaciones en la salud del paciente. Se caracteriza por la existencia de sangre que queda libre en la cavidad abdominal, según la literatura los traumatismo y afecciones ginecológicas representan un 90% de hemorragias intraabdominales.(1),(2)

El síntoma más usual es el dolor abdominal agudo, conducido de náuseas, distensión abdominal e hipotensión. Para el diagnóstico de hemoperitoneo, se debe identificar en la fase intraoperatoria procedencias traumáticas, ginecológicas y vasculares, además de la caída progresiva de los niveles de hemoglobina, hematocrito y plaquetas.(3)

Los estudios de imagen y laboratorio son complementarios para ayudar en la decisión del procedimiento y determinación del tratamiento, para un diagnóstico diferencial se debe considerar pacientes con tratamiento a base de anticoagulantes o aquellos que presenten un tumor abdominal de víscera sólida, un diagnóstico tardío puede provocar más complicaciones, llegando a perjudicar la vida de la persona.(4)

Por otra parte, el shock hipovolémico está considerado como una complicación que se da principalmente por la pérdida de sangre, llegando hacer una emergencia, siendo incapaz el corazón de transportar suficiente sangre al cuerpo, por ende, ocasiona que muchos órganos dejen de funcionar debido a perfusión tisular inadecuada, la lesión celular se da por el suministro inadecuado de oxígeno y nutrientes, comprometiendo al estado funcional y estructural de la microvasculatura.(5)

Según datos publicados de 50.000 pacientes afectados por los diferentes tipos de shock (distributivo, cardiogénico, obstructivo e hipovolémico) solo 10.000 han padecido shock hipovolémico, representando el 27% de morbilidad a nivel internacional.(6)

El presente trabajo de investigación, se fundamentó en el modelo de Marjory Gordon la misma que cita 11 patrones funcionales que ayudó a valorar las alteraciones de salud, proporcionando los cuidados de enfermería aplicados en el paciente con diagnóstico de hemoperitoneo y shock hipovolémico del Hospital San Vicente de Paul. A la valoración de enfermería se identificó patrones funcionales alterados entre ellos: nutricional metabólico, sueño y descanso, actividad y reposo, cognitivo – perceptivo y adaptación tolerancia al estrés.

Debido a la falta de investigaciones en literatura y cuidados de enfermería en pacientes con hemoperitoneo más shock hipovolémico se planteó como objetivo general, aplicar cuidados de enfermería en una paciente con diagnóstico de hemoperitoneo y shock hipovolémico a través del modelo de Marjory Gordon, mejorando la calidad de vida.

La estructura del presente trabajo está dividida en cuatro capítulos claramente establecidos, es así que en el capítulo I se enfoca en las generalidades del objeto de estudio; seguido del capítulo II fundamentación teórico-epistemológico; capítulo III proceso metodológico y por último en el capítulo IV se evidencia los resultados de la investigación.

CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El dolor agudo en mujeres suele presentarse por diferentes causas gineco-obstétricas, siendo uno de los principales los quistes de ovario que se complica cuando se produce una ruptura, originando una hemorragia intraabdominal espontánea, conocida como hemoperitoneo, lo que pone en riesgo la vida de la persona.(2),(7)

El hemoperitoneo por lo general se acompaña con shock hipovolémico, lo que conlleva que el paciente experimente signos y síntomas de: taquicardia, hipotensión, vómitos, agitación, hiperventilación y anemia progresiva debido a la caída de los valores normales de la hemoglobina, hematocrito y plaquetas.(3)

El diagnóstico clínico se da a través de estudios de imagen como la ecografía y tomografía computarizada, donde por lo general se localiza el origen de la hemorragia y se evidencia líquido hemático en la cavidad abdominal, sin embargo; en algunas ocasiones es diagnosticado durante una laparotomía exploratoria debido a la emergencia.(2)

1.2 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se describe el caso de una paciente sexo femenino de 37 años de edad con diagnóstico de hemoperitoneo y shock hipovolémico, con antecedentes personales quirúrgicos de colecistectomía hace 2 años y cesárea más ooforectomía unilateral hace 3 años, fue atendida en el Hospital San Vicente de Paul del Cantón Pasaje de la Provincia de El Oro, por presentar dolor abdominal con predominio en fosa iliaca derecha y anorexia, en la ecografía se identifica un proceso inflamatorio apendicular y los resultados de los exámenes de laboratorio se encuentran dentro de los parámetros normales. Tras ser valorada en el área de emergencia, se decide la intervención quirúrgica de manera inmediata, dentro de los hallazgos quirúrgicos están un quiste de ovario derecho roto y apendicitis aguda fase I.

Después de 20 horas postquirúrgicas la paciente refiere dolor abdominal, náuseas, el drenaje es frecuentemente hemático, presenta hipotensión (83/56), taquicardia (130x´) y distensión abdominal, por lo que deciden realizar una laparotomía de emergencia, encontrando hemoperitoneo de 700 cc y múltiples coágulos en el lecho quirúrgico, también presenta una caída de los valores normales de la hemoglobina, hematocrito y plaquetas,

por lo que se administra tres paquetes globulares, cuatro unidades de plasma fresco congelado y cuatro unidades de plaquetas.

Durante la estancia hospitalaria, los patrones funcionales que se vieron alterados son: Nutricional-metabólico, Actividad-ejercicio, Sueño-descanso, Cognitivo-perceptivo, Autopercepción- autoconcepto, Adaptación – tolerancia al estrés, por lo que el personal de enfermería enfocó sus cuidados en el mejoramiento de los mismos.

1.3 HECHOS DE INTERÉS

A nivel internacional en Madrid España, un estudio realizado sobre el embarazo abdominal demuestra que el hemoperitoneo ocasiona una mortalidad materna 7,7 veces mayor que en las gestaciones intrauterinas, provocando una anemización progresiva, siendo la causa principal del deceso en mujeres gestantes.(3)

En Roma Italia, un estudio indica que el hemoperitoneo es una complicación poco frecuente y peligrosa de la endometriosis, se presenta mediante la distensión abdominal, dolor, disminución de la hemoglobina y en el estudio ecográfico se evidencia líquido libre en la cavidad pelviana, por los hallazgos clínicos presentes la mujer puede estar en peligro de muerte.(8)

En Chile, un estudio sobre la morbilidad postquirúrgica de colecistectomía laparoscópica, muestran que, de 71 pacientes, solo se presentó un caso de hemoperitoneo, representando el 1,4%, demostrando que esta complicación es poco común en esta intervención quirúrgica.(9)

En Colombia, la diverticulitis es una patología que puede presentar perforaciones y peritonitis con el 1-2%, originando un hemoperitoneo secundario debido a la trombocitopenia poniendo en riesgo la vida del individuo.(10)

Bauman et al, (11) dan a conocer que el hemoperitoneo es una complicación de la ruptura del cuerpo lúteo, ocasionando un colapso circulatorio que, si no es tratado de forma inmediata, puede provocar la muerte. Por otro lado, dentro de las gestaciones molares, también se puede presentar esta complicación, confundándose con una apendicitis, ya que se da con frecuencia en el ovario derecho y si el hematocrito está por debajo del 12% requiere un procedimiento quirúrgico. (10)

Así mismo, el Dr. Horwitz (12) demuestra que el hemoperitoneo es poco común en la rotura de la arteria ovárica después del parto, siendo de difícil diagnóstico lo que puede ocasionar peligro para la vida de la mujer.

Por otra parte, el hemoperitoneo secundario también se origina en la gestación por la rotura de vasos uterinos, presentándose 1 caso por cada 10,000 embarazos en el tercer trimestre, lo que representa una mortalidad materna del 4% y perinatal del 31%.(13)

Jareño Martínez (14) refiere que el hemoperitoneo es un cuadro clínico con una alta tasa de mortalidad en individuos con afectación hemodinámica, siendo la ecografía un medio diagnóstico obligatorio para verificar el nivel de hemorragia, y a través de la intervención quirúrgica, mejorar las condiciones de salud.

Heiken (7) indica que, indica que, cuando una mujer presenta hemoperitoneo inexplicable, se debe verificar el nivel de la hormona gonadotropina coriónica humana, para descartar un embarazo ectópico roto, ya que es una complicación frecuente en esta patología.

Según la gaceta epidemiológica de Ecuador 2020, una de las principales causas de muertes maternas es el shock hipovolémico debido a las hemorragias postparto, hipotonía uterina, desprendimiento prematuro de placenta, embarazo ectópico o molar, etc. En la provincia de El Oro existen 13 muertes maternas de las cuales 4 sucedieron en la ciudad de Machala debido a esta condición.(15)

Actualmente, en las salas de hospitalización el manejo de hemoperitoneo y shock hipovolémico es controversial al tratarse de una emergencia quirúrgica, que pone en riesgo la vida del paciente, por lo que es indispensable el accionar inmediato del personal de salud para iniciar el tratamiento y así destacar la importancia de aplicar los cuidados de enfermería.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo General

- Aplicar cuidados de enfermería en una paciente con diagnóstico de hemoperitoneo y shock hipovolémico a través del modelo de Marjory Gordon, mejorando la calidad de vida.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPIDEMIOLOGICA DEL ESTUDIO

2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO DE REFERENCIA

2.1.1 Hemoperitoneo

Definición: El abdomen agudo es una de las patologías más frecuentes que se presentan en salas de emergencias, se define como un síndrome de origen múltiple caracterizado por su principal síntoma el dolor abdominal leve o de gran intensidad más o menos de una semana de evolución,(16) acompañado de otra sintomatología como náuseas, vómitos o alteración en las funciones gastrointestinales, se considera la apendicitis como causa frecuente del abdomen agudo, misma que requiere un tratamiento de manera urgente para evitar complicaciones.(17)

El hemoperitoneo (hemorragia intraabdominal) se define por la presencia de líquido hemático en gran cantidad ubicada en la cavidad abdominal, sea de causa traumática o no traumática y ocasionalmente puede presentarse con signos de shock hipovolémico. La cantidad de sangre encontrada en la cavidad peritoneal se la calcula según la clasificación de Knudson y Federle:

- **Leve:** Líquido perihepático subfrénico o subhepático, cantidad 250 ml.
- **Moderado:** líquido perihepático más sangre en alguna corredera parietocólica, cantidad 250 – 500 ml.
- **Grave:** líquido perihepático más sangre en corredera parietocólica más sangre en pelvis, cantidad mayor a 500 ml.(18),(19)

Etiología:

Se clasifican en:

Causas traumáticas:

- Traumatismo visceral abdominal (viscera sólida o asas intestinales) por mecanismo sea contuso o punzante provocando lesiones intraabdominales.

Causas no traumáticas o hemorragia abdominal espontánea:

- Hemorragia de origen adrenal espontáneo: Complicación de tratamiento anticoagulante, sepsis y enfermedades hematológicas.

- Hemorragia de origen hepático: Trastorno poco común debido a la rotura de un tumor entre ellos el hepatocarcinoma y adenoma, asociándose a metástasis y angiosarcomas.
- Hemorragia de origen esplénico: Se presenta esplenomegalias severas, relacionadas a neoplasias como linfoma y/o leucemia aguda.
- Rotura espontánea de bazo normal o aumento de tamaño.
- Hemorragia de origen ginecológico: Rotura de quiste ovárico hemorrágico, embarazo ectópico o vasculares (aneurismas de la aorta abdominal y pseudoaneurismas vasculares).
- Hemorragia de partes blandas: Hematomas en el psoas, vaina de los rectos y mesentérico.(2),(19)

Manifestaciones clínicas

- Presencia de sangre en la cavidad peritoneal abdominal, líquido libre de alta densidad (40-70 U.H) y signo de coágulo centinela, evidenciado por tomografía computarizada.(19)
- Dolor y distensión abdominal,
- Náuseas, vómitos, diarrea, shock hipovolémico.

Diagnóstico

Debe sospecharse en pacientes con factores predisponentes (cirugía reciente, pacientes anti coagulados, tumoración visceral abdominal etc) que presentan abdomen agudo asociado a hipovolemia o disminución súbita del hematocrito. El diagnóstico definitivo se hará por medio de pruebas de imagen (ecografía o tomografía computarizada), incluidas laparoscopia y laparotomía exploratoria con el fin de ubicar el origen del sangrado y establecer la presencia o no de extravasación arterial activa.(20)

Factores de riesgo

- Problemas cardiovasculares: arritmias, insuficiencia cardiaca congestiva, valvulopatía grave, infarto de miocardio recientes
- Estados de hipercoagulabilidad: anticonceptivos orales, embarazo, trombocitosis
- Shock, aterosclerosis generalizada, neoplasia intraabdominal, embolismo previo.(2)

Tratamiento

Laparoscopia y laparotomía exploratoria.

2.1.2 Shock hipovolémico

Definición: Es una expresión clínica de insuficiencia circulatoria que resulta por el inadecuado aporte de oxígeno a nivel celular, caracterizado por síntomas de hipoperfusión celular generalizada, siendo la urgencia hemodinámica más presentada en establecimientos de salud, esto sucede por la disminución del volumen de sangre o líquidos, provocando alteración del metabolismo celular; se trata por medio de reposición de líquidos con cristaloides equilibrados.(6)

El shock hipovolémico se divide en cuatro tipos:

- Choque hemorrágico: hemorragia aguda sin lesión de tejidos blandos
- Choque hemorrágico traumático: hemorragia aguda con lesión de tejidos blandos
- Choque hipovolémico en sentido estricto: reducción crítica del volumen plasmático circulante sin hemorragia aguda
- Choque hipovolémico traumático: reducción crítica del volumen plasmático circulante sin hemorragia aguda por lesión de tejidos blandos.(5),(21)

Fisiopatología

El shock hipovolémico es un proceso cíclico que genera una serie de fenómenos a nivel celular generando insuficiencia microcirculatoria (22); inicia con la caída del gasto cardiaco como impacto de una perturbación hemodinámica, disminución del retorno venoso al corazón, seguido por el descenso de la presión venosa sistémica y llenado cardiaco ocasionado por la caída de tensión arterial (diastólica) disminuyendo de esta forma el volumen sistólico y gasto cardiaco ocasionando hipotensión generalizada, provocando vasoconstricción periférica y sistémica, porque no llega suficiente sangre a los tejidos, subsecuente el oxígeno tiene un descenso crítico, ocasionando isquemia celular seguidamente comprime la funcionalidad del traslado mitocondrial; el déficit de oxígeno en la sangre no posee la misma forma perjudicial en órganos como el cerebro, corazón y pulmón estos resisten entre 4-6 minutos, mientras que los órganos abdominales resisten entre 45-90 minutos y el tejido muscular puede resistir entre 4-6 horas sin oxigenación.(22),(23)

Etiología

Las causas principales son:

Pérdida de sangre (hemorragia)

- Externas: Debido a lesiones de tejidos
- Internas: se dan por lesiones intraabdominales.(24)

Disminución de líquido y electrolitos: Presentando diarreas y vómitos

Pérdidas vía renal: Pacientes con ingesta excesiva de diuréticos, diuresis osmótica o nefritis perdedora de sal

Pérdidas al tercer espacio: Intersticio, luz intestinal, espacio pleural, cavidad peritoneal, retroperitoneal o en pacientes quirúrgicos

Pérdida de plasma: Se efectúa quemaduras de tercer grado en la totalidad del cuerpo.(6)

Manifestaciones clínicas

Signo principal en choque hipovolémico se presenta hipotensión arterial (presiones por debajo de 90 mmHg), precedida de otros síntomas como sudoración profusa, piel fría, palidez cutánea, sed, confusión mental, decaimiento, sangrado externo visible, taquicardia, pulso débil, bradicardia (deterioro hemodinámico) y el llenado capilar lento.(25)

Diagnóstico

Según la literatura existen diferentes tipos de shock: cardiogénico, obstructivo, séptico y hemorrágico, para poder diferenciar el origen del shock en un paciente se debe realizar una buena anamnesis y exploración física en primera instancia valorar la presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, llenado capilar, presencia de edema y valoración de piel, se puede complementar con estudios de laboratorio e imágenes entre ellos: Hemograma completo, glicemia, pruebas de función renal, electrolitos (sodio, potasio y cloro), gasometría arterial, tomografía computarizada, ecocardiograma y endoscopia.(5),(24)

Tratamiento

En pacientes con shock hipovolémico las prioridades se basan en control de la hemorragia y resucitación en casos más graves. Se inicia restaurando de forma inmediata el volumen sanguíneo con el fin de corregir el descenso hemodinámico.

Tratamiento de primera línea:

- Reanimación con fluidos : Administración de cristaloides (solución salina 0.9% - lactato de ringer); soluciones coloides (dextrosa en agua) y la administración de fármacos como epinefrina, norepinefrina y atropina.(1)
- Reanimación con Hemoderivados: Indicado en pacientes con hemorragia activa y niveles bajos de hemoglobina (menos de 13g/L en los hombres y 12g/L en mujeres), administración de concentrado de glóbulos rojos y plasma fresco congelado.(26)

2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 Modelo de Marjory Gordon

Marjory Gordon reconocida por crear el modelo diagnóstico para enfermería y los once patrones funcionales. Estos patrones representan la estructura del funcionamiento humano, teniendo en cuenta que al momento de identificar un patrón alterado esto afectará a otros patrones simultáneamente y no deben ser atendidos de manera aislada.(27)

2.2.1.1 Patrones funcionales

Patrón 1. Percepción-mantenimiento de la salud. - Valora la manera de percibir el estado de salud y confort del individuo.

Patrón 2. Nutricional-metabólico. - Valora la ingesta de líquidos y alimentos necesarios para el individuo, además del estado de la piel y mucosas.

Patrón 3. Eliminación. - Valora la funcionalidad del proceso de eliminación (intestinal, urinaria y piel).

Patrón 4. Actividad-ejercicio. – Describe la capacidad que tienen las personas para realizar actividades diarias.

Patrón 5. Sueño-descanso. - Valora las horas normales de sueño.

Patrón 6. Cognitivo-perceptivo. - Describe el patrón sensorial, perceptual y cognitivo del paciente, se determina la existencia de dolor.(27)

Patrón 7. Auto percepción- autoconcepto. - Se enfoca en el autoconcepto y percepciones de uno mismo, incluye autoestima, estado de ánimo y seguridad.

Patrón 8. Rol – relaciones. - Valora la facilidad con la que desarrolla sus actividades en el rol social, familiar y profesional.

Patrón 9. Sexualidad – reproducción. - Se enfoca en los patrones de conformidad e inconformidad sobre sexualidad, orientación y reproductivo.

Patrón 10. Adaptación – tolerancia al estrés. – Valora el comportamiento del individuo ante situaciones estresantes y su capacidad para sobrellevarlo.

Patrón 11. Valores y creencias. - Valora la parte dogmática del individuo incluyendo valores, objetivos y creencias sobre el estado de salud.(27)

CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA

3.1.1. Tipo de estudio

El presente estudio de caso es de tipo científico, analítico, fenomenológico y descriptivo con un enfoque cualitativo.

3.1.2. Método de estudio

- **Método científico:** debe ser neutral, objetivo y lógico con la capacidad de aprobar o no una hipótesis.(28)

En el presente estudio, el método científico contribuyó en la construcción del conocimiento y evidencia científica para realizar los cuidados de enfermería.

- **Método descriptivo:** detalla un hecho o situación concreta, consiste en una planificación de actividades encaminadas a examinar las particularidades del problema.(29)

El método descriptivo sintetiza los aspectos relevantes del diagnóstico médico como también los cuidados de enfermería que se proporcionaron a la paciente.

- **Método fenomenológico:** se pretende reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia.(30)

Este proceso ayudó a indagar sobre los sentimientos y preocupaciones que experimentó la paciente frente a la enfermedad.

- **Método analítico:** prueba una hipótesis y establece relaciones causales entre variables.(29)

Mediante este método se analizaron todos los datos encontrados en el estudio, de esta manera se identificó el origen de la patología y los patrones funcionales de Marjory Gordon.

3.1.3. Instrumentos de investigación

En la obtención de datos se utilizó: la observación directa (ver anexo 1), entrevista estructurada (ver anexo 2), revisión documental de la historia clínica, investigación y

búsqueda bibliográfica en revistas como: Scielo, Elsevier, Science Direct, PubMed, PMC, Medigraphic entre otras.

3.1.4. Unidad de análisis.

Paciente de sexo femenino de 37 años de edad con diagnóstico de hemoperitoneo y shock hipovolémico.

3.1.5. Área de estudio.

El presente análisis de caso se realizó en el Hospital San Vicente de Paúl, ubicado en la Avenida Quito y Sucre, en la ciudad de Pasaje, provincia de El Oro. Cuenta con las siguientes áreas de salud: emergencia, pediatría, cirugía general, ginecología y obstetricia, centro quirúrgico y obstétrico, y debido a la pandemia incrementaron el área de neonatología y para pacientes covid positivo, además cuenta con un laboratorio, consulta externa, servicio de imagen y trabajo social.

3.1.6. Aspectos legales

- **No maleficencia:** No se afecta la integridad física, ni psicológica de la participante.
- **Beneficencia:** Este análisis está enfocado en el mejoramiento del estado de salud de la paciente, mediante los cuidados de enfermería.
- **Autonomía:** Mediante la firma del consentimiento informado la paciente decidió ser parte del estudio de caso (ver anexo 3).
- **Justicia:** los datos de la paciente son totalmente confidenciales.

3.1.7. Solicitud para el acceso de la Historia Clínica

Se realizó el trámite correspondiente con la coordinadora de la UTMACH y la directora del Hospital San Vicente de Paúl, permitiéndonos acceder a la respectiva revisión documental de la HC de la paciente misma que se detalla en el Anexo N° 4.

3.1.8. Categorías

Evaluación de los criterios que serán revisados en el presente estudio de investigación son: Historia clínica, antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares, antecedentes quirúrgicos, signos y síntomas, exámenes de laboratorio, estudios de imagen, diagnóstico médico y cuidados de enfermería

3.2 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

3.2.1. Descripción del caso

3.2.1.1. Datos generales

Sexo: femenino

Edad: 37 años

Antecedentes patológicos personales: no refiere

Antecedentes patológicos familiares: no refiere

Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía (2 años), cesárea y ooforectomía unilateral (3 años)

Signos y síntomas

En el área de cirugía la paciente presentó una TA: 83/56 mmHg; FC: 120 latidos por minuto; FR: 20 respiraciones por minuto; T°: 36°C; SatO2: 99%, facies pálidas, cefalea, náuseas y vómitos, dolor, distensión abdominal, drenaje de líquido hemático continuo, motivo por el cual es trasladada a centro quirúrgico para una laparotomía de emergencia e ingresa con: TA: 100/60 mmHg; FC: 110 latidos por minuto; FR: 26 respiraciones por minuto; T°: 36.9°C; SatO2: 97%, luego de la intervención quirúrgica y de estar en el área de recuperación, ingresa a Cirugía con: TA: 100/60 mmHg; FC: 109 latidos por minuto; FR: 22 respiraciones por minuto; T°: 36.7°C; SatO2: 96%.

3.2.1.2. Exámenes de laboratorio

26/08/2020

09:48am. Biometría hemática dentro de los parámetros normales

27/08/2020

12:00 am. En el hemograma de control se encuentra hematíes: 2.43 (valores normales 3.50-5.00); hemoglobina: 6.90g/dl (valores normales 11.50-16.00); hematocrito: 21.30% (valores normales 35.00-47.00), siendo trasladada al quirófano, durante el transoperatorio a las 16:00 pm. presenta un descenso en los valores de hematíes: 1.65 (valores normales 3.50-

5.00); hemoglobina: 5.00g/dl (valores normales 11.50-16.00); hematocrito: 14.50% (valores normales 35.00-47.00), por lo que le transfundieron 3 unidades de sangre y 4 U de plasma.

28/08/2020

A las 02:00 am. los resultados de los exámenes post transfusión fueron: hematíes: 3.02 (valores normales 3.50-5.00); hemoglobina: 9.00g/dl (valores normales 11.50-16.00); hematocrito: 26.40% (valores normales 35.00-47.00); plaquetas: 144.00 (valores normales 150.00-400.00), evidenciando los valores de las plaquetas, deciden la administración de 4 U de plaquetas.

29/08/2020

A las 11:00 am. los resultados de la biometría hemática fueron: hematíes: 2.96 (valores normales 3.50-5.00); hemoglobina: 8.80g/dl (valores normales 11.50-16.00); hematocrito: 26.40% (valores normales 35.00-47.00); plaquetas: 147.00 (valores normales 150.00-400.00).

30/08/2020

A las 18:20 pm. presenta los siguientes valores: hematíes: 3.17 (valores normales 3.50-5.00); hemoglobina: 9.50g/dl (valores normales 11.50-16.00); hematocrito: 28.10% (valores normales 35.00-47.00); plaquetas: 202.00 (valores normales 150.00-400.00), se puede apreciar el incremento de los niveles de los componentes sanguíneos.

05/09/2020

A las 11:00 am. se evidencia: hemoglobina: 11.30g/dl (valores normales 11.50-16.00); hematocrito: 34.00% (valores normales 35.00-47.00); plaquetas: 509.00 (valores normales 150.00-400.00), lo que permite que, al día siguiente reciba el alta médica.

3.2.1.3. Estudio de imagen

Ecografía abdominal

26/08/2020

Se detalla: Fosa iliaca derecha: se observa de forma tubular, de ubicación pélvica, bordes definidos, contenido mixto, que se corresponde con apéndice, mide 16mm, se observa reacción grasa periapendicular, peristaltismo aumentado. Dando como conclusión un proceso inflamatorio apendicular.

Ecografía de región lumbar derecha

31/08/2020

La ecografía evidencia: Región lumbar derecha, sin alteración en tejido celular subcutáneo, no colecciones, integridad muscular, diagnosticando un estudio normal.

3.2.1.4. Reportes de enfermería

Emergencia

26/08/2020

10:00am Paciente de sexo femenino de 37 años de edad, acude al área de emergencia, refiriendo cuadro clínico de 17 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal de predominio en la fosa iliaca derecha, anorexia, no refiere náuseas, ni vómitos, no presenta alza térmica. Al examen físico cabeza normocefalica, mucosas orales semihúmedas, cuello simétrico, torax C5P5 ventilados, R5C5 rítmicos, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación, RHA disminuidos, Mc Burney (+), Blumberg (+), extremidades simétricas, mediante la ecografía abdominal se evidencia proceso inflamatorio y al ser valorada por médico de turno se decide el pase a centro quirúrgico para ser intervenida quirúrgicamente, a continuación, se detalla el reporte de ingreso al área mencionada.

Centro quirúrgico

26/08/2020

11:50 am Ingresa orientada en las tres esferas, con facies pálidas, mucosas orales semihúmedas, abdomen blando, depresible doloroso a la palpación en cuadrante inferior derecho, con vía periférica permeable, es dirigida al quirófano para una apendicectomía, una vez finalizada, es trasladada al área de recuperación, donde es valorada durante 2 horas, permanece dentro de los parámetros normales motivo por el cual pasa al área de cirugía, a continuación, se presenta el reporte de ingreso.

Cirugía

26/08/2020

18:00 am Ingresa con diagnóstico de apendicectomía, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, con facies pálidas, mucosas orales semihúmedas, respiraciones espontáneas, abdomen blando, depresible, con leve dolor a la palpación, herida quirúrgica

cubierta con apósito limpio, con presencia de dren eliminando líquido hemático, extremidades con tono y fuerza muscular conservada, vía periférica permeable. Durante la noche paciente presentó emesis bilioso en repetidas ocasiones, dren con eliminación de 400cc de líquido hemático, refiere dolor a nivel de herida quirúrgica, presenta abdomen distendido, hipotensión, taquicardia, es valorada por cirujano, y decide el paso a centro quirúrgico.

Centro quirúrgico

27/08/2020

14:30 pm Ingres a para ser reintervenida quirúrgicamente de una laparotomía de emergencia, consciente, orientada en las tres esferas, con facies pálidas, abdomen distendido y doloroso a la palpación, presencia de dren tubular, sonda vesical y vía venosa periférica permeable, es dirigida a quirófano para la intervención quirúrgica, misma que tiene una duración de 4 horas aproximadamente, es trasladada al área de recuperación donde permanece por 17 horas, y al siguiente día es dirigida al área de cirugía.

Cirugía

09:00 am Ingres a después de 17 horas post laparotomía por hemoperitoneo y shock hipovolémico, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, hemodinámicamente estable, facies pálidas, mucosas orales semihúmedas con oxígeno a 2 litros por minuto con cánula nasal, abdomen con leve distensión, blando, depresible, no doloroso a la palpación, presencia de apósito limpio y seco, con dren eliminando líquido serohemático 100 ml, sonda vesical y vía periférica permeable.

En esta área se realiza la captación de la paciente para el análisis de caso, debido a la complicación poco común que presentó después de la primera intervención quirúrgica, donde algunos patrones funcionales se vieron alterados, siendo imprescindible el actuar inmediato del personal de salud para mejorar las condiciones de salud.

3.2.1.5. Diagnóstico médico

Hemoperitoneo y shock hipovolémico

3.2.2. Plan de Cuidados de enfermería

El cuidado realizado por el personal de enfermería en el presente estudio de caso se fundamenta en el modelo de Marjory Gordon, para ello, se aplica una ficha de observación directa (ver anexo 2) y una entrevista estructurada (ver anexo 3), identificando patrones funcionales alterados, los cuales se detallan a continuación con el respectivo plan de cuidados en base a la taxonomía NANDA, NIC Y NOC:

Tabla N°1: Patrón Nutrición/Metabólicos

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO 4 Nutrición		CLASE 5 Hidratación		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN (NOC)
00027 Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa del volumen de líquidos e/p taquicardia e hipotensión.	0413 Severidad de la pérdida de sangre 0802 Signos vitales	041308 Hemorragia postoperatoria 041316 Disminución de hemoglobina 041317 Disminución del hematocrito 080205 Presión arterial 080209 Presión del pulso 080210 Frecuencia respiratoria	250 Manejo del shock -Monitorizar los signos vitales -Monitorizar los valores de laboratorio (hemograma completo, perfil de coagulación, gasometría arterial - Insertar y mantener una vía intravenosa de gran calibre. -Administrar soluciones isotónicas (lactato de ringer) -Administrar concentrados de eritrocitos, plasma fresco congelado y plaquetas. - Monitorizar el estado de hidratación.	Escala de medición MANTENER A 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4. Leve 5. Ninguno AUMENTAR A: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4. Leve 5. Ninguno

Tabla N°2: Patrón Cognitivo / Perceptivo

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO 12 Confort		CLASE 1 Confort físico		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
00133 Dolor agudo r/c proceso quirúrgico e/p cambios en los parámetros fisiológicos y conducta expresiva..	2305 Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato	230502 presión arterial sistólica 230503 presión arterial diastólica 230522 dolor	<p>1400 Manejo del dolor</p> <p>-Valorar exhaustivamente la localización, duración y factores desencadenantes del dolor.</p> <p>-Administrar analgésicos prescritos.</p> <p>- Disminuir los factores que influyen en la experiencia del dolor como miedo y falta de conocimiento, proporcionando información sobre el dolor, la causa y el tiempo de duración.</p>	<p>Escala de medición</p> <p>MANTENER A</p> <p>1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p> <p>AUMENTAR A:</p> <p>1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p>

Tabla N°3: Patrón Actividad y reposo

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO 4 Eliminación e intercambio		CLASE 4 Función respiratoria		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
00030 Deterioro del intercambio de gases r/c Desequilibrio en la ventilación perfusión e/p facies pálidas y disnea	0415 Estado respiratorio	041508 Saturación de oxígeno	3320 Oxigenoterapia -Monitorizar la saturación de oxígeno. - Prepara el equipo de oxígeno. - Administrar oxígeno suplementario (2 litros por minuto cánula nasal) - Vigilar el flujo de litros de oxígeno. - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro y gasometría arterial).	Escala de medición MANTENER A 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4. Leve 5. Ninguno AUMENTAR A: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4. Leve 5. Ninguno

Tabla N°4: Patrón Sueño y descanso

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO 4 Actividad y reposo		CLASE 1 Sueño/reposo		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN (NOC)
00096 Deprivación del sueño r/c régimen terapéutico e/p ansiedad	0004 Sueño 1211 Nivel de ansiedad	000403 Patrón del sueño 000421 Dificultad para conciliar el sueño 121105 Inquietud 121117 Ansiedad verbalizada	<p>1850 Mejorar el sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> -Observar / registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente. -Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias psicológicas que interrumpen el sueño. -Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales - Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción de sueño. - Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño. <p>5820 Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> -Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. -Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. -Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. 	<p>Escala de medición</p> <p>MANTENER A</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4. Leve 5. Ninguno <p>AUMENTAR A:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4. Leve 5. Ninguno

Tabla N°5: Patrón Afrontamiento y tolerancia al estrés

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO 5 Percepción y cognición		CLASE 4 Cognición		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN (NOC)
00251 Control emocional inestable r/c factores estresantes e/p llanto	1204 Equilibrio emocional 1212 Nivel de estrés	121032 Llanto 121213 Inquietud 120420 Depresión	<p>5330 Control del estado de ánimo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evaluar el estado de ánimo. <p>5270 Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones. - Proporcionar apoyo durante los estados de frustración. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. 	<p>Escala de medición</p> <p>MANTENER A</p> <p>1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p> <p>AUMENTAR A:</p> <p>1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p>

CAPÍTULO IV. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Actualmente la paciente se encuentra en mejores condiciones clínicas, realiza las actividades diarias de manera independiente, es responsable del cuidado de su familia y hogar. A continuación, se detalla a través de los reportes de enfermería el cuadro de evolución que tuvo la paciente durante la estancia hospitalaria al recibir los cuidados fundamentados en el modelo de Marjory Gordon.

02/09/2020

Paciente de postoperatorio tardío durante el turno permanece en reposo relativo, afebril, no refiere molestias, tolera oxígeno ambiente, al examen físico se observa: cabeza normocefalica; ojos pupilas isocóricas fotoreactivas; respiraciones espontáneas, saturación de oxígeno dentro de los parámetros normales, mucosas orales semihúmedas; cuello móvil, simétrico sin adenopatías palpables y visibles; tórax R1 R2 simétricos con el pulso; abdomen con leve dolor en sitio quirúrgico, con presencia de dren eliminando líquido claro en poca cantidad y canaliza flatos; extremidades simétricas con tono y fuerza muscular conservado, sin presencia de edema.

A través de las intervenciones de oxigenoterapia se puede evidenciar que la paciente muestra mejoría en cuanto al patrón actividad y reposo, evidenciando parámetros normales de frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.

03/09/2020

Durante el turno permanece en reposo relativo, consciente, orientado en las tres esferas, con ligera molestia a nivel de herida quirúrgica, se retira dren tubular. Durante la noche duerme tranquila, permanece afebril, asintomática, abdomen blando, depresible, recibe toda la medicación, vía periférica permeable.

Para estabilizar el patrón de sueño y descanso se aplicó intervenciones enfocadas en la disminución de la ansiedad para mejorar el sueño, obteniendo buenos resultados ya que descansa por periodos largos de tiempo, además se mejoró el estado de ánimo, permitiendo estabilizar el patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés.

04/09/2020

Permanece en posición semifowler, tolera dieta, abdomen con leve dolor a la palpación profunda, se realiza curación de herida quirúrgica abierta en la parte superior, apósito se observa manchado con líquido serohemático de gran cantidad, vía periférica permeable recibe tratamiento indicado.

Las intervenciones enfocadas en el manejo del dolor son asimiladas de forma correcta por la paciente, presentando leve dolor, logrando así estabilizar el patrón cognitivo y perceptivo

05/09/2020

Recibe alta hospitalaria con mejores condiciones de salud, se proporciona educación sobre los cuidados de la herida quirúrgica, dieta y ejercicio.

Las intervenciones aplicadas en el manejo del shock hipovolémico fueron eficaces, evidenciando la estabilidad del patrón nutricional/metabólico a través de los valores normales en los resultados de laboratorio permitiendo alta hospitalaria en mejores condiciones de salud.

4.2 ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS

El hemoperitoneo es una complicación, que afecta el estado hemodinámico de los pacientes, ya que está relacionado con altas tasas de mortalidad,(14) por ende, la valoración y tratamiento oportuno es fundamental para mejorar la condición de salud.

Los signos y síntomas que presentaron los pacientes diagnosticados con hemoperitoneo de acuerdo a diversos artículos fueron: palidez generalizada, taquicardia, hipotensión e índice de shock de 1.3, (31) dolor y distensión abdominal, (32),(33) en relación al caso la paciente tuvo la mayoría de la sintomatología antes mencionadas.

En cuanto, a los resultados de los exámenes de laboratorio y tratamiento, Benavides (31) indica una Hb de 5.9g/dl, transfundiendo 2 unidades de glóbulos rojos; Hernández (32) menciona una Hb de 6.2g/dl, iniciando un tratamiento inmediato con la transfusión de 6 paquetes globulares, 6 U de plasma, 1 U de plaquetas y ácido tranexánico IV y Rathore (33) describe la transfusión de 3 paquetes globulares, por presentar una Hb de 3g/dl; comparando los resultados con el caso en estudio, la transfusión de hemoderivados es una intervención esencial en el manejo del shock hipovolémico, ya que a la paciente le

administraron 3 unidades de glóbulos rojos, 4 U de plasma y 4 U de plaquetas, debido a la caída de los valores normales de Hb 5g/dl, Hto 14.50% y plaquetas 144.00.

Palaia (8) indica que, los métodos de diagnóstico de hemoperitoneo son: ecografía abdominal y transvaginal, tomografía computarizada, resonancia magnética, laparoscopia y Torres (10) menciona también a la laparotomía exploratoria; siendo el método que se realizó en este caso, encontrando 700cc de hemoperitoneo y coágulos en el lecho quirúrgico.

El proceso de atención de enfermería se fundamentó en el modelo de Marjory Gordon, lo que permitió valorar los 11 patrones funcionales e identificar cuales estaban alterados, y de esta manera se proporcionó los cuidados de acuerdo a la taxonomía NANDA, NIC Y NOC, dando como resultado el mejoramiento del estado de salud de la paciente que recibió el egreso hospitalario después de 10 días en condiciones clínicas estables.

4.3 CONCLUSIONES

Se concluye que el hemoperitoneo acompañado de shock hipovolémico es una complicación rara con alta tasa de mortalidad; siendo fundamental la valoración continua del personal de enfermería sin excluir datos subjetivos que proporcione la paciente, por ello se aplicó el modelo de Marjory Gordon con la finalidad de identificar patrones funcionales alterados, enfocando los cuidados de enfermería en mejorar la calidad de vida; concluyendo que tanto el modelo como las intervenciones elegidas fueron efectivas en el análisis de caso, ya que recibió el alta hospitalaria en mejores condiciones clínicas.

A pesar de la falta de información en la búsqueda bibliografía en relación a la patología, se puedo evidenciar que la mayoría de los casos fueron sobre pacientes de sexo femenino con causas gineco-obstetras, enfatizando la importancia del presente estudio de investigación para los profesionales de la salud.

Por último, se menciona que, durante el periodo de recolección de datos, se encontró falencia en cuanto al manejo y uso de la historia clínica por parte del personal de enfermería, evidenciando la escasa información que proporcionan los reportes durante el turno establecido.

4.4 RECOMENDACIONES

La valoración apropiada ante casos de hemoperitoneo acompañada de shock hipovolémico es de gran importancia para evitar complicaciones, secuelas o incluso el deceso, para ello, se recomienda tanto al personal médico y enfermero estar atentos en cuanto a pacientes post quirúrgicos independientemente del procedimiento, se debe realizar el correcto seguimiento y brindar información del proceso de la enfermedad, establecer cuidados apropiados en cuanto al diagnóstico y capacidad para realizar actividades y así disminuir los días de hospitalización, además ofrecer apoyo emocional tanto paciente como familia con la finalidad de impulsar a mantener una buena actitud frente a la enfermedad, con el propósito de encontrar mejoría.

Se recomienda que el modelo de Marjory Gordon, sea aplicado por estudiantes y profesionales de enfermería independientemente de la patología, con la finalidad de identificar patrones alterados a través de la valoración y observación, para brindar los cuidados apropiados y así satisfacer cada uno de ellos, obteniendo una mejoría clínica.

Se recomienda concientizar al personal de enfermería en el manejo y uso de la historia clínica, teniendo en cuenta la redacción propiamente establecida por enfermería, la que refiere estructurar los reportes en una forma secuencial, organizada y priorizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eichele D. Hemoperitoneum Secondary to Spontaneous Rupture of a Retroperitoneal Varix. *Case Reports in Hepatology. Hindawi* [Internet]. 2017;2017:1–3. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/cr/hep/2017/1829676/>
2. Espil G, Larrañaga N, Díaz Villarroel N, Oyarzun A, Matzke G, Kozima S. Hemorragia abdominal espontánea: evaluación por imágenes. *Revista Argentina de Radiología* [Internet]. 2015 Apr;79(2):86–94. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0048761914000933>
3. Ercilla Orbañanos J, Couso González A, Ruiz Barrañón GI, Quintero Morillo V, Martí Sopeña M, Zapico Goñi Á. Ectópico abdominal complicado con hemoperitoneo. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2020 Jan;47(1):22–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210573X19300802>
4. Prieto R, Garcia V, Rendon J. Hemoperitoneo espontáneo idiopático. *Revista de Gastroenterología de Mexico*. 2014;74(3):242–5.
5. Félix-Sifuentes DJ. Choque hipovolémico, un nuevo enfoque de manejo. *Revista Mexicana de Anestesiología* [Internet]. 2018;41:S169–74. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas181be.pdf>
6. Standl T, Annecke T, Cascorbi I, Heller AR, Sabashnikov A, Teske W. The nomenclature, definition and distinction of types of shock. *Deutsches Aerzteblatt Online* [Internet]. 2018 Nov 9;115(45):757–67. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2018.0757>
7. Heiken JP, Katz DS, Menu Y. *Emergency Radiology of the Abdomen and Pelvis: Imaging of the Nontraumatic and Traumatic Acute Abdomen*. In: *Diseases of the Abdomen and Pelvis 2014–2017* [Internet]. Milano: Springer Milan; 2014. p. 3–20. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-88-470-5659-6_1
8. Palaia I, Bardhi E, Boccia SM, Pecorini F, Musella A, Panici PB. Severe hemoperitoneum due to endometriosis in a non-pregnant woman under dienogest therapy: a case report. *Gynecological Endocrinology* [Internet]. 2020 Mar 3;36(3):211–2. Available from: <https://doi.org/10.1080/09513590.2019.1653843>
9. Figueroa R J, Manterola D C, Maira S A, Risco A M, Vidal A A. Morbilidad en

- pacientes pediátricos sometidos a colecistectomía laparoscópica. *Revista chilena de cirugía* [Internet]. 2015 Oct;67(5):518–21. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262015000500009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. Torres-Rincón RA, Salinas-Parra C. Hemoperitoneo secundario a diverticulitis del sigmoides. *Iatreia* [Internet]. 2019 Apr 1;32(2):141–6. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/332387>
 11. Bauman R, Horvat G. Management of Ruptured Corpus Luteum with Hemoperitoneum in Early Pregnancy – a Case Report. *Acta Clinica Croatica* [Internet]. 2018;57(4):785–8. Available from: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=317998
 12. Horwitz B, Vargas P, Vicentela A, Vega R, Zamboni GP. Hemoperitoneo en el post parto secundario a la rotura aneurismática de la arteria ovárica: Caso Clínico. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2019 Dec [cited 2020 Oct 11];84(6):509–13. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600509&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 13. Benito-Vielba M, Giménez-Molina C, Espiau-Romera A, Castán-Mateo S. Hemoperitoneo secundario a la ruptura espontánea de una variz uterina en una paciente con embarazo a término : reporte de un caso y revisión bibliográfica. *Ginecol Obstet Mex.* 2020;88(10):722–6. Available from: <https://doi.org/10.24245/gom.v88i10.4231>
 14. Jareño Martínez S, Bruna Esteban M, Núñez Ronda R, Grifo Albalat I, Fabregat-Andrés Ó. Hemoperitoneo secundario a lesión de la arteria diafragmática inferior izquierda tras pericardiocentesis. *Revista Española de Cardiología* [Internet]. 2015 Nov;68(11):1031–2. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893215004376>
 15. Ministerio de Salud. *Gaceta de Muerte Materna SE 14.* 2020; Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/MUERTE-MATERNA-SE_15_2020.pdf
 16. Padrón Arredondo G. Abdomen agudo y apendicectomías en mujeres fértiles: el

- papel del cirujano general. *Cirujano General* [Internet]. 2017;39(4):209–13. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77687>
17. Hecht S, Meissnitzer M, Forstner R. Akutes Abdomen der Frau: gynäkologische Ursachen. *Der Radiologe* [Internet]. 2019 Feb 5;59(2):126–32. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00117-018-0475-4>
 18. Dennise M, Gamarra M, Juan Z, Cruz D, Sanchez P, Quincha R. Causas de abdomen agudo en adultos mayores. *Recimundo* 2020;4(1). Available from: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/781>
 19. Mendoza Arnau I, Muñoz Parra F, Ortiz Cuevas C, Izco Aso A, Sanchez Sanchez J. Diagnostico por imagen de hemoperitoneo espontaneo. *Seram* [Internet]. 2012;Poster S-1:1–33. Available from: <https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2012/S-0525>
 20. Kim J, Lee S, Lee J, Jo Y, Moon M, Shin J, Kim B, Hwang K, Lee T, Bal K, Jeon H. Successful Conservative Management of Ruptured Ovarian Cysts with Hemoperitoneum in Healthy Women. Hawkins SM, editor. *PLoS ONE* [Internet]. 2014 Mar 7;9(3):e91171. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0091171>
 21. Rivero-Morey RJ, Rivero-Morey J, Falcón-Hernández A. Actualización en el diagnostico y manejo en el paciente en choque. *Univ Med Pinareña* 2019;15(3):418–28. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2019/ump193p.pdf>
 22. Puerto J. Proceso de atención de enfermería en paciente adolescente de 16 años con shock hipovolemico. (Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado(a) en Enfermería) Los Ríos. Universidad Técnica de Babahoyo. Facultad de Ciencias de la Salud 2020;2507(1):1–9. Available from: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8632/E-UTB-FCS-ENF-000366.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 23. Sánchez Zobarzo DO, Lara Hernández B, Clausdorff Fiedler HJ, Guzmán Herrera AI. Generalidades y manejo inicial del shock. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas* [Internet]. 2019 Mar 12;44(1):66–76. Available from: <https://173.236.243.65/index.php/MED/article/view/1375>

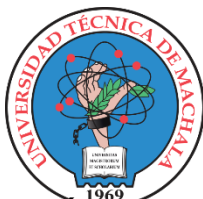
24. Kisliitsina O, Rich J, Wilcox J, Pham D, Churyla A, Vorovich E, Ghafourian K, Yancy C. Shock – Classification and Pathophysiological Principles of Therapeutics. *Current Cardiology Reviews* [Internet]. 2019 Mar 12;15(2):102–13. Available from: <http://www.eurekaselect.com/168303/article>
25. Kalkwarf KJ, Cotton BA. Resuscitation for Hypovolemic Shock. *Surgical Clinics of North America* [Internet]. 2017 Dec;97(6):1307–21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.suc.2017.07.011>
26. De Backer D. Detailing the cardiovascular profile in shock patients. *Critical Care* [Internet]. 2017 Dec 28;21(S3):311. Available from: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-017-1908-6>
27. Chavez Alaña DE. Aplicacion del modelo de virginia henderson y marjory gordon para la valoracion integral del paciente ambulatorio. (Título de Licenciado(a) en Enfermería). Machala. Universidad Técnica de Machala. Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud 2017; Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/9898>
28. EROL A. How to Conduct Scientific Research? *Noro Psikiyatri Arsivi* [Internet]. 2017 Jun 29;54(2):97–8. Available from: <http://www.noropsikiyatriarsivi.com/crossref?doi=10.5152/npa.2017.0120102>
29. Ranganathan P, Aggarwal R. Study designs: Part 1-An overview and classification. *Perspectives in Clinical Research* [Internet]. 2018;9(4):184–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30319950>
30. Fernandez C, Hernadez C, Baptista M. *Metodología de la investigación* [Internet]. Quinta edi. Chacón JM, editor. Vol. 66. Mexico; 2012. 37–39 p. Available from: <https://institutoprofesionalmr.org/wp-content/uploads/2018/04/Hernández-Fernández-Baptista-2010-Metodologia-de-la-Investigacion-5ta-edicion.pdf>
31. Benavides-Calvache JP, Escobar-Vidarte MF, Hurtado-Burbano DF. Spontaneous heterotopic pregnancy with tubular breakage and hypovolemic shok. A case report and literature review. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2018;86(9):611–5.
32. Hernández-Tiria MC, Gómez-Avilés ÁM, Morales-Mora MI. Rotura uterina durante el segundo trimestre de gestación asociado a placenta percreta: presentación de un caso y revisión de la literature. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet].

2017 Dec;82(6):649–58. Available from:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000600649&lng=en&nrm=iso&tlng=en

33. Rathore R, .shilpi .shilpi, Chopra R, Nargotra N. Primary splenic pregnancy- a rare but imperative cause of hemoperitoneum - case report and review of literature. *Turkish Journal of Pathology* [Internet]. 2019;35(3):242–6. Available from: <http://www.turkjpath.org/doi.php?doi=10.5146/tjpath.2017.01403>

ANEXOS

ANEXOS 1. OBSERVACIÓN DIRECTA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
CALIDAD, PERTINENCIA Y CALIDEZ
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
VALORACION OBJETIVA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE
ACUERDO A LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

EXAMEN FISICO

Patron nutricional metabolico

Temperatura corporal: 36°C peso 63kg talla 1.52mts.

Facies: pálidas semi pálidas _____ rosáceas _____

Mucosas bucofaríngeas: húmedas _____ semi húmedas secas _____

Abdomen: blando _____ globuloso

Distensión: Si No _____ ruidos peristálticos: presentes Si No _____

Resultados de Exámenes de Laboratorio:

HEMOGRAMA

COMPONENTE	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
Hematíes	1.65	(3.50-5.00)
Hemoglobina	5.00 g/dl	(11.50-16.00)
Hematocrito	14.50%	(35.00-47.00)
Plaqueta	202.00	(150.00-400.00)

BIOQUIMICA SANGUINEA

COMPONENTE	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TGO/ASAT	30.0 U/L	Menor a 40.0
TGP/ALAT	38.0 U/L	Menor a 40
UREA	23.0 MG/L	15-45
CREATININA	0.89 MG/DL	0.50-0.90

Patrón de eliminación

Defecaciones: frecuencia 2 características normales: Si No _____

Presencia de sondas u otros dispositivos: Si No

Sonda vesical: diuresis total: 3 500 cc, diuresis horaria: 0,9ml/kg/h, características normales: Si No

Dren de Jackson Pratt: cantidad de eliminación:

Patron actividad y ejercicio

Frecuencia respiratoria: 22X´

Saturacion de oxigeno: 96%

Tos: Sí No

Frecuencia cardiaca: 120X´

Presión arterial:83/56 mmHg

Exámenes: gases arteriales

GASOMETRIA ARTERIAL

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
SO2 Saturación de oxigeno	95.8	%	96-100

Patrón sueño y descanso

Logra conciliar el sueño: Si No especifique: cefalea, mareos

Patrón cognitivo-perceptivo

Presencia de dolor: Si No especifique: dolor abdominal, cefalea

Orientación: intacta alterada

Patrón afrontamiento y tolerancia al estrés

Expresión habitual de la tensión o preocupación: llanto ira malestar

Especifique: sensación de morir.

ANEXO 2. ENTREVISTA ESTRUCTURADA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
CALIDAD, PERITNENCIA Y CALIDEZ
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

FICHA DE VALORACION DE ACUERDO A PATRONES FUNCIONALES DE
MARJORY GORDON REALIZADA POR ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE
ENFERMERIA

DATOS BASICOS

Nombre: NN Edad: 37 años Sexo: Femenino
Domicilio: Machala, Vía la primavera
Motivo de hospitalización y/o solicitud de atención: dolor abdominal
Antecedentes Personales patológicos y tratamientos recibidos: colecistectomía, cesárea
+ooferectomia,
Antecedentes Familiares: no refiere

INSTRUCCIONES: LLENAR ESPACIOS CON UN X LOS DATOS QUE SE ENCUENTRAN
PRESENTES EN LA VALORACION (OBJETIVOS Y SUBJETIVOS) Y AMPLIAR O
DESCRIBIR EN AQUELLAS QUE REQUIEREN ESPECIFICAR.

1. PATRON PERCEPCION Y MATENIMIENTO DE LA SALUD

Historia de su salud: muy sano. ___ Regular: X Enfermiza: ___
Conoció la causa de su hospitalización y el objetivo: Si X No ___
Cual:
Como percibe su salud en este momento: bien ___ regular X mal ___
Hábitos de cuidados bucodental: 3 veces al día ___ 2 o menos X nunca ___
Hábitos de higiene general: baño diario X cada tercer día ___ otros (especifique)
Lavado de manos: Antes y después de comer: Si X No ___ antes y después del uso del
baño: Si X No ___
Consumo de tabaco: Si ___ No X De una cajetilla al día ___ De 1 o más cajetillas al
día ___
Tiempo que fumo ___ nunca ___ lo dejo (fecha) ___
Bebidas con contenido alcohólico: Si X Nunca ___ frecuencia: Ocasiones especiales.
Presencia de alergias (a medicamentos, alimentos, ropa, etc.) No X Si ___
Especifique tipo de reacción ___
Asistencia a revisión medico (aunque no se sienta enfermo) Si ___ No X Motivos
especifique Distancia y miedo a salir de casa.
Revisión dental: Si ___ No X
Realización de ejercicios: Si ___ No X (especifique) no tener deseos.
Tratamiento en casa, remedios caseros o de otro tipo que lleva a cabo que utilizaba y actual
No ___ Si X (especifique) Aguas naturales.
Sigue el tratamiento y/ o recomendaciones médicas o de enfermería: Si X No ___
describa medicamentos y otras terapias Curación de herida, tomar la medicina en la
Condiciones de la vivienda: no indica

Material de construcción: Concreto ___ lamina ___ otros X Número de habitaciones 2
Ventilación natural X Ventilación artificial ___ Iluminación natural X Iluminación artificial ___
Disposición de excretas en vivienda: Sanitario a drenaje X fosa séptica ___ letrina ___ pozo negro ___
Ubicación del sanitario: Afuera de vivienda: Si X No ___
Aseo diario de la vivienda Si X No ___
Presencia de vectores (moscas, cucarachas, roedores, etc) Si X No ___
Medidas de control de vectores: Si X No ___, especifique
Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda: No ___ Si X, especifique 3 perros

2. PATRÓN NUTRICIONAL METABOLICO

Peso actual: ___ Kg
Presencia de náuseas ___ vómitos ___ otros ___
Dificultades para la deglución. Si ___ No X
Apetito. Normal: X Aumentado: ___ Especifique el porque
Alimentos que desagradan: ___ ingesta de líquido al día X especifica tipo y cantidad Agua 4 vasos
Dieta y/o complementos específicos. Número de comidas al día 3
Menú típico (especificar):

- Desayuno: Cafe, pan, ocasiones frutas.
- Almuerzo: Sopa de pollo, arroz con acompañado de pollo o carne.
- Cena: Cafe, arroz.

Problemas piel: Si ___ No ___ especifique:
Problemas de cicatrización: Si ___ No ___ especifique:
Referencia de presencia de dolor abdominal: Si X No ___

3. PATRÓN DE ELIMINACION

Hábitos de evacuación intestinal.
Frecuencia al día 2 veces
Uso de laxantes y supositorios Sí ___ No X
Presencia de estreñimiento: Si ___ No X
Presencia de: Diarrea ___ hemorroides ___ sangrado ___
Hábitos de evacuación urinaria: frecuencia 4 veces
Presencia de: distensión vesical ___ dolor ___ ardor ___ prurito ___ Retención: ___ incontinencia ___ urgencia diurna ___ urgencia nocturna ___
Alteraciones (sangre, turbiedad) fuerza y/o cambios en continuidad de la emisión Si ___ No X
Referencia de sudoración habitual y/o cambios en ella: Si ___ No X

4. PATRÓN ACTIVIDAD Y REPOSO

Referencia de cambios en función cardíaca al realizar actividades cotidianas: Si ___ No X Especifique (palpitaciones, lipotimias, presencia de marcapaso, necesidad de detener la acción que realiza) ___
Ha sentido cambios en patrón respiratorio: Si X No ___ especificar (fatiga, disnea al caminar, al comer, subir escalera, al estar acostado, y a que distancias) En ocasiones fatiga.
Referencias de cambios neuromusculares: Si ___ No X especifique: (calambres, disminución de la sensibilidad, dolor, limitación del movimiento, antecedentes de fracturas, etc) ___

En los tiempos libres qué actividades realiza: Arreglo la casa

	0	1	2	3	4
Baño / Higiene	X				
Vestirse	X				
Evacuación	X				
Caminar	X				
Limpieza	X				
Ir de compras	X				
Cocinar	X				
Subir escaleras	X				
Movilizarse en camas	X				
Trabajar					

Nota: Valorar capacidad de realización con los siguientes valores que al ser detectados marcará con una X en la casilla que corresponda.

0=Independiente 1=Con aparato auxiliar 2=ayuda de otros 3=Ayuda de otros y equipo 4=dependiente/incapacitado

5. PATRÓN DE SUEÑO Y DESCANSO

Hábito horas de sueño nocturno: 6 Horas Siesta: Si X No (especifique tiempo) 2 Horas
 Apoyos y/o rutinas para dormir (medicamentos, música, luz, etc.) Especifique:
 Presencia de: cambios de humor bostezo ojeras

6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO

Vértigo: si X no
 Molestias y/o dolor: si X no
 Orientación: en tiempo Y espacio Y persona X
 Cambios en la sensibilidad (al tacto, frío y calor): si no X

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN Y CONCEPTO DE SI MISMO

Preocupaciones fundamentales en relación a: hospitalización o enfermedad: X
 económicas de autocuidado de empleo: amputaciones:
 cicatrices: X
 Temor a pérdidas o renuncias a algo que le guste: X
 Descripción como persona: Alegre: seria: temerosa: optimista: X
 irritable:
 Ideas de acabar con su vida: si no X especifique:
 Pérdidas y/o cambios importantes en los últimos meses: si: X no: especifique: Herida

8. PATRÓN DE ROL RELACIONES

Profesión y/o ocupación situación actual: empleado: desempleado: X
 Incapacidad: temporal: pensionado: jubilado:
 Sistema de apoyo: Con quien vive cónyuge X vive solo vecinos amigos
 vive con la familia
 Papel que desempeña en la familia: dependiente X proveedor cuidador principal
 ingreso económico mensual
 Dificultad para comunicarse Si No X
 Se observan expresiones faciales acordes con lo que comunica: Si X No
 Pertenece algún grupo, asociación, club, etc): Sí No X

9. PATRÓN DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Expresa algún cambio en las respuestas sexuales por la enfermedad: Si No
(especifique) sin vida sexual activa (núbil) ciclo menstrual: regular irregular
Satisfecho con el número de hijos procreados Si No
Prácticas de autoexamen mamario mensual. Si: No:
Examen cérvico vaginal: Si: No Fecha del último
Algún problema detectado: Si No
Presencia de flujos: Si No especifique
Embarazo: Si No
Prácticas de sexo seguro Si No (especifique uso de condón, una sola pareja, Abstinencia total). *Sola pareja*
Uso de algún método de planificación familiar: Sí No
especifique

10. PATRON DE AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Expresión habitual de la tensión o preocupación (llanto, ira
molestias físicas: (especifique) *llanto*
Acciones que realiza para controlar la tensión o la ira (beber alcohol leer comer
 fumar tomar medicamentos café, especifique:
Frecuencia con la cual presenta estas respuestas al estrés:
Veces al mes: 1-2 veces a la semana diariamente
Especifique a que lo atribuye. *Recordar mis días en el hospital.*

11. PATRON DE VALORES Y CREENCIAS

Prácticas de alguna religión. Si No (especificar cuál)
Restricciones por su religión Si No cuales
Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio.
Si No
Valores morales más importantes (Lo que considera más valioso en su vida) (describa)
fortaleza, amor de familia, respeto, autoestima.

Tatiana Cañarejo Largo
INTERNA DE ENFERMERÍA
C.I. 1726526179
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

Int. Yadira Cayambe
C.I. 070405331
ENFERMERÍA

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTO DE INVESTIGACION

El propósito de este consentimiento informado es proveer a la participante esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por CAÑAREJO LARGO TATIANA KATHERINE – CAYAMBE MULLO YADIRA GISSELA, estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala. El objetivo de este estudio es: Analizar su caso de Hemoperitoneo + Shock Hipovolémico y elaborar el proceso de atención de enfermería basada en el modelo de Marjory Gordon.

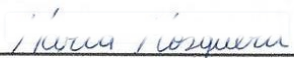
Si usted accede a participar en este estudio, se le solicitara responder preguntas a través de una entrevista, esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo y visitas domiciliarias durante la investigación.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que esto acarreé perjuicio alguno a mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio puedo contactar a: Tatiana Cañarejo y Yadira Cayambe a los teléfonos: 0993454148 – 0994111816.

Entiendo que una copia de este documento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.



FIRMA DEL PARTICIPANTE



NOMBRE DEL PARTICIPANTE

C.I: 0722074035

TELEFONO: 0774797011

ANEXO 4. OFICIO AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
Casilla N°. 989- Teléfono 2983363
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

SECCIÓN/CARRERA: **ENFERMERÍA**

Machala, 02 de diciembre del 2020

Señora Doctora.
Johanna Ariopajas Campuzano
DIRECTORA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL- PASAJE
En su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, de la manera más comedida, se autorice el acceso a la Historia Clínica N°136474 de la paciente MOSQUERA CASTILLO MARIA DEL ROCIO, a los estudiantes del Decimo semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que puedan recabar información necesaria para realizar el Análisis de Caso, el mismo que es requerido en el proceso de titulación para obtener el grado de Licenciada/o en enfermería, cuyo tema es titulado: MODELO DE MARJORY GORDON Y CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON HEMOPERITONEO + SHOCK HIPOVOLEMICO

Las estudiantes a intervenir en este análisis de caso son:

- Tatiana Cañarejo, CI: 1718526179, tcanarejo1@utmachala.edu.ec, celular: 0993454148.
- Yadira Cayambe, CI: 0704405331, ycayambe1@utmachala.edu.ec, celular: 0994111816.

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente

SARA
MARGARITA
SARAGURO
SALINAS

Firmado digitalmente
por SARA MARGARITA
SARAGURO SALINAS
Fecha: 2020.12.02
00:01:28 -05'00'

LCDA. SARA SARAGURO SALINAS
CORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
C.I: 0701803256

2020-12-02 11:16
SARA MARGARITA SARAGURO SALINAS

Dir. A: Pastoreo 1m 5 1/2 Via Machala Pasaje 107 2983362 - 2983363 - 2983364

www.utmachala.edu.ec

ANEXO 5: EVIDENCIAS



Paciente post
apendicectomía (primera
intervención quirúrgica)



Paciente post laparotomía
(segunda intervención
quirúrgica)



Paciente durante la estancia hospitalaria



Herida quirúrgica abierta, durante la hospitalización



Durante la visita domiciliaria se puede observar que la paciente se encuentra en mejores condiciones



Herida quirúrgica cicatrizada completamente