



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
División de posgrado de la Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería



**INTERVENCIONES DE CUIDADO ENFERMERO EN PERSONA CON
PERITONITIS AGUDA BACTERIANA**

Tesis

**Que para obtener el grado de Maestro en Enfermería con Termina en Gestión,
Dirección y liderazgo en Enfermería**

Presenta

L.E. Julio Cesar Arredondo Ramírez

Directora de Tesis

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Co- directora

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Revisora

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Morelia, Michoacán; octubre 2022

Directorio

**M.S.P. JULIO CÉSAR GONZÁLEZ
CABRERA**

Director

**L.E.Q. CECILIA CASTRO
CALDERON**

Secretaria Académica

**M.E. RENATO HERNÁNDEZ
CAMPOS**

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Directora de Tesis

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Co - directora

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Revisora

**Dra. Josefina Valenzuela
Gandarilla**

Vocal

Dr. José Luis Cira Huape

Vocal

Dedicatoria

A Dios por haberme otorgado una familia, salud y dicha de poder terminar esta etapa de mi vida

A mi mamá por darme la vida y estar en todo momento, creer en mí y brindarme todo su apoyo

A mis hermanos por su apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de mi carrera

A mis hijas por ser mi motivación de mi vida

Agradecimientos

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

A cada uno de mis profesores que día a día brindan sus conocimientos y experiencias en la formación de profesionales

A los pacientes por su tiempo y dedicación

ACTA DE REVISIÓN

La Dra. **Vanessa Jiménez Arroyo**, profesora e Investigadora de tiempo completo adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado “**Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en personas con peritonitis aguda bacteriana**”. Elaborado por el Licenciado en Enfermería **Julio César Arredondo Ramírez**, mismo que presenta para la obtención de grado de **Maestra en Enfermería con terminal en Gestión dirección y liderazgo en enfermería** en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

DRA. DRA. VANESA JIMÉNEZ ARROYO DRA. MAYRA ITZEL HUERTA BALTAZAR Profesora e Investigadora de Tiempo Completo Profesora e Investigadora de Tiempo Completo Facultad de Enfermería Facultad de Enfermería

M.E. RUTH ESPERANZA PEREZ GUERRERO

Profesora e Investigadora de Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

DRA. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA DR. JOSE LUIS CIRA HUAPE Profesora e Investigadora de Tiempo Completo Profesor e Investigador de Tiempo Completo Facultad de Enfermería Facultad de Enfermería

Índice

Resumen	9
Abstract	10
1 Introducción	11
2 Justificación	13
3 Marco Teórico	15
3.1. Proceso enfermero (PE)	15
Antecedentes	15
Definición	16
Finalidad	16
Características	16
Etapas	17
□ Valoración	17
□ Diagnostico	17
□ Planificación	18
□ Ejecución	18
□ Evaluación	19
3.2.- Teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem (TEDA)	19
Historia	20
□ Teoría del Déficit de Autocuidado	21
Características	22
Autocuidado	23
□ Teoría del Autocuidado	23
Teoría de Sistemas Enfermeros	24
3.3.- Peritonitis aguda	26
Etiología	27
Fisiopatología	28
Cuadro clínico	29
Tratamiento	30
4. Valoración	31

Factores condicionantes básicos:	31
Requisitos de autocuidado universal:	31
Requisitos de autocuidado y desarrollo:	32
Requisitos de desviación de la salud:	32
Cuadro de clasificación de datos	32
Diagnósticos de enfermería	34
5. Conclusiones	44
6. Referencias	45

Resumen

Introducción: El proceso de enfermería una herramienta fundamental que asegura la calidad en el cuidado permitiendo la interacción enfermera-paciente y este método al ser integrado con un sustento epistémico favorecer mayor asertividad para evidenciar el trabajo enfermero es por ello, que se integró la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea E. Orem. **Introducción:** El proceso enfermero es un método sistemático que tiene un gran impacto en la práctica diaria del profesional de enfermería ya que permite una interacción enfermera-paciente. Logrando una calidad en el cuidado de paciente, familia o comunidad. La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem es una teoría general que se basa en el autocuidado y cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de enfermería. La peritonitis aguda es una de las complicaciones más comunes en los pacientes con diálisis peritoneal aguda. **Objetivo:** Realizar intervenciones personalizadas del cuidado enfermero en una persona con peritonitis aguda. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática respecto al proceso fisiopatológico de hipertensión arterial y obesidad grado I para dar sustento teórico de la condición de estudio, posteriormente se realizó la valoración individual a una persona a partir de la guía de valoración de la Macro teoría de Dorothea E. Orem. Así mismo, se realizaron Las etapas del proceso se establecieron conforme a taxonomías de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). **Resultado:** Se identificaron cinco diagnósticos reales de cuidados de enfermería para pacientes con peritonitis aguda con sus intervenciones y resultados deseados. **Conclusiones:** El proceso enfermero es la herramienta fundamental para el desarrollo profesional y que guía los cuidados que se le proporcionan al paciente peritonitis aguda.

Palabras clave: Proceso, enfermería, autocuidado

Abstract

Introduction: The nursing process is a systematic method that has a great impact on the daily practice of the nursing professional since it allows a nurse-patient interaction. Achieving quality in patient, family or community care. Dorothea E. Orem's self-care deficit theory is a general theory that is based on self-care and whose main objective is to improve the quality of nursing. Acute peritonitis is one of the most common complications in acute peritoneal dialysis patients. **Objective:** To carry out personalized interventions of nursing care in a person with acute peritonitis. **Methodology:** A systematic review was carried out regarding the pathophysiological process of arterial hypertension and grade I obesity to give theoretical support to the study condition, then an individual assessment was carried out on a person based on the assessment guide of Dorothea's Macro theory E. Orem. Likewise, the stages of the process were established according to taxonomies of the North American Association of Nursing Diagnostics (NANDA), Classification of Nursing Outcomes (NOC) and Classification of Nursing Interventions (NIC). **Conclusions:** The nursing process is the fundamental tool for professional development and that guides the care provided to the acute peritonitis patient.

Key words: Process, nursing, self-care

1 Introducción

La diálisis peritoneal es un método de reemplazo renal para pacientes con enfermedad renal crónica. Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes y cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas. En México, el método dialítico mayormente empleado es la modalidad peritoneal (80%). La diálisis peritoneal está integrada por cuatro componentes; la sangre capilar, la membrana peritoneal, los vasos linfáticos y el líquido de diálisis.

De acuerdo con un estudio realizado en el Hospital General Regional N° 6 de Cd. Madero Tamaulipas, Más de 50% de los pacientes presentaron peritonitis en los primeros meses del programa de DPCA, 45,2% dentro de los primeros cinco meses posteriores a la colocación del catéter, 24,6% dentro de los 6 a 12 meses, y sólo 1.4% a más de 49 meses (San Juan, 2018). El presente documento describe un plan de cuidado estandarizado para pacientes con peritonitis aguda, dicha información se realizó con la finalidad de contribuir al manejo y abordaje adecuado por el profesional de enfermería.

El presente trabajo se basa en el plan de cuidados personalizado de cuidados enfermeros para pacientes con peritonitis aguda bacteriana, el cual es un proceso de pensamiento crítico, y consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; estas etapas están relacionadas entre sí.

La práctica del proceso enfermero permite al profesional de la Enfermería organizar e implementar su práctica de un modo sistemático. Aprende a deducir lo que significan las respuestas de un paciente a un problema de salud o a generalizar sobre su estado de salud funcional. Los datos recabados durante la valoración forman patrones que ayudan a extraer conclusiones diagnósticas.

A continuación se presenta la justificación del estudio en donde se destaca importancia del trabajo de enfermería a partir de la sistematización de los cuidados,

también se tiene un marco teórico conformado por la historia del proceso enfermero, la teoría de Dorothea E. Orem y las fuentes teóricas de pancreatitis aguda, seguida por la valoración la cual se realizó a partir de factores condicionantes básicos, se estableció la priorización de diagnósticos en base al grado de importancia y posterior a ello se realizaron las intervenciones y acciones determinadas o establecidas en el NIC considerando la priorización de las mismas, una vez realizado esto se determinó la puntuación Diana de resultados culminando con el apartado de conclusiones, referencias bibliográficas y anexos.

2 Justificación

Se conoce como peritonitis a la inflamación del peritoneo. El peritoneo es el tejido delgado que recubre la pared interna del abdomen, cubriendo la mayoría de los órganos abdominales.

La peritonitis puede ser causada por un acumulo de sangre, fluidos corporales o pus en el abdomen y se produce por bacterias o sustancias irritantes que se adentran en el interior de la cavidad abdominal a través de trauma o heridas en el abdomen, ruptura del apéndice, rotura de divertículos, a causa de infecciones tras una cirugía o por la perforación de un órgano del aparato digestivo.

Además, se manifiesta con dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre, hipotensión y taquicardia entre otros. Puede llevar a complicaciones graves que pueden incluso provocar incluso la muerte en cuestión de horas.

Derivado de lo anterior, es que resulta trascendental la atención oportuna de enfermería y por ello a continuación, se expone un plan de cuidados estandarizado de pacientes con peritonitis aguda bacteriana con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), dicha información se realizó con la finalidad de contribuir al manejo y abordaje adecuado por el profesional de enfermería.

El proceso enfermero permite al personal profesional documentar, sistematizar y evidenciar el cuidado de calidad a partir de la utilización de las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Las taxonomías facilitan la recolección de información necesaria de manera lógica, racional y sistemática para el planteamiento de cuidados de calidad que aseguren el bienestar del individuo, familia y comunidad, logrando el cumplimiento de los cuidados.

Es necesario aportar evidencia en enfermería, que facilite la valoración y elaboración de planes de cuidado a los pacientes con pancreatitis aguda bacteriana

estableciendo criterios comunes de actuación, que sirvan como ejemplo para el profesional de enfermería y así establecer un plan que facilite la atención y manejo de los pacientes con pancreatitis aguda.

3 Marco Teórico

3.1. Proceso enfermero (PE)

Enfermería como profesión tiene sus inicios a mediados del siglo XIX. Florence Nightingale inicia la disciplina de enfermería, siendo la primera teórica que describió a Enfermería y la relacionó con el entorno. Conceptualización el Cuidado como pilar fundamental de Enfermería, es así como indirectamente se cimienta el Proceso de Enfermería, que no se concebía en ese entonces como un proceso, pero que se encontraba implícito en cada una de las actividades de Enfermería, a través de la valoración, utilizando la observación y la identificación de problemas para brindar cuidado (Reina, 2010).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica de enfermería, de una manera estructurada, homogénea, lógica y sistemática que hace frente a los retos de cuidado para la salud humana que se presenta en la actualidad.

Antecedentes

En los años 50 Hall describió que las actividades de enfermería requerían de un proceso, posteriormente Jean Orlando describe este proceso ya en varias etapas de una forma sistemática, ya en el año de 1967 Helen Yura y Mary B. Walsh publican el proceso de enfermería como un modelo integral. En 1967, Yura y Walsh crearon el primer texto que describía un proceso de cuatro fases: Valoración, planificación, ejecución y evaluación.

Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase del diagnóstico, dando lugar a un proceso completo de cinco fases que actualmente utilizamos.

Definición

Actualmente el proceso de enfermería es un proceso sistematizado y cíclico que permite predecir el resultado de las intervenciones de enfermería y el cual permite también que enfermería utilicen sus habilidades y conocimientos para desempeñar sus funciones al cuidado del paciente.

El proceso de enfermería es sistemático, dinámico, interactivo, resuelto y flexible porque va dirigido a un objetivo, es organizado con tal de lograr su propósito, tiende a cambiar continuamente centrado en las respuestas humana y en las respuestas cambiantes del paciente en la relación enfermera/paciente, además son adaptables a la práctica de enfermería y posee una base teórica basada en conocimientos científicos y humanos aplicables a cualquier modelo teórico de enfermería.

El principal objetivo del proceso enfermero es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades de manera individual las necesidades del paciente, familia y comunidad

Finalidad

Las características del PAE tienen una finalidad, dirigida a un objetivo, de manera sistemática, dinámica e interactiva y es flexible y con bases teóricas y que puede aplicarse a cualquier modelo de enfermería.

Características

El PAE consta de cinco etapas y donde se identifican las necesidades reales y potenciales del paciente, estableciendo un plan de cuidados y así cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Etapas

- **Valoración**

Esta etapa es la recolección de datos y examinar la información sobre el estado salud. Para la recolección de datos se realizó la entrevista, la observación y la exploración, y así contemplar los problemas reales o potenciales. Los datos recolectados pueden ser objetivos o subjetivos, este dato se recolecta de manera directa o indirecta, la exploración, la entrevista, el expediente clínico incluso estudios de laboratorio y de gabinete. Durante la recopilación de la información fue necesario el empleo de un modelo de enfermería, que permitiera brindar los cuidados necesarios y en este caso se consideró el fundamento epistémico de la Macro teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem.

- **Diagnostico**

Es la segunda fase del Proceso de Enfermería. Es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales, que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo (Ministerio de salud pública y bienestar social, 2013). En esta fase se debe identificar los problemas del paciente, que pueden ser tratados por la enfermera o detectar la presencia de otros problemas que requieran la intervención de otros profesionales de la salud.

El diagnostico de enfermería se define como el juicio clínico sobre la respuesta humana a problemas de salud reales o potenciales al individuo, familia o comunidad y proporciona la base para la intervenciones y logros de objetivos y así planificar los cuidados de enfermería. Estos se clasifican en: *reales*, donde los problemas de salud de la persona son existentes al momento de la valoración y describen la situación actual de la persona, familia o comunidad. *De riesgo*, son aquellos que están predispuestos a desarrollar una persona, familia o comunidad y se pueden presentar en un futuro próximo. *Diagnóstico de salud*, existe un funcionamiento eficaz y la persona desea conseguir un mejor bienestar en alguna

de sus funciones.

- **Planificación**

En esta fase se realiza la elaboración del plan de cuidados donde se obtendrás los resultados que se esperan, así como las estrategias e intervenciones. Para la elaboración de los planes de cuidado se deben priorizar cuales requieren atención inmediata, cuales con responsabilidad de enfermería y cuáles de otros profesionales. Esta etapa consta de las siguientes fases.

Establecer prioridades en los cuidados jerárquicamente a los problemas detectados

Plantear los objetivos de la persona en base a los resultados esperados

Elaborar las intervenciones de enfermería, las acciones específicas en el plan de cuidados con tareas concretas para lograr los objetivos.

Las intervenciones de enfermería son los tratamientos basados en criterio y el conocimiento clínico de enfermería para mejorar el resultado del paciente.

Las actividades de enfermería son acciones específicas para poner en práctica y que ayuda a obtener el resultado deseado.

- **Ejecución**

En este apartado se van a realizar las intervenciones donde se van a registrar las actividades de enfermería específicas y necesaria para llevar a cabo las intervenciones. Se deben tener ciertas habilidades cognitivas que permiten la resolución de problemas, la toma de decisiones, pensamiento crítico y creatividad. Las habilidades interpersonales es la comunicación entre el equipo multidisciplinario para la ejecución de cualquier practica en pro del paciente y pueden ser verbales y no verbales Las habilidades técnicas son la habilidad en los procedimientos y el manejo de equipo e instrumentos; todo basado en el conocimiento científico, así como en los estándares profesionales o sea la practica basada en la evidencia con un enfoque holístico y protegiendo la integridad del paciente.

- **Evaluación**

Es la última etapa donde se compararán los resultados obtenidos con los objetivos planteados y verificar si se han realizado un buen plan de cuidados de enfermería para el paciente y nos permite ver la eficacia del plan y si se ejecutó o no la intervención y con esto determinar si se continua, modifica o suspende las intervenciones esta debe estar dotada de objetivos. El proceso de enfermería debe ser registrado o documentado en un formato para así permitir a todo el equipo de enfermería llevar a cabo el cuidado establecido y realizar acciones o cambios.

El proceso ha mejorado la calidad de la atención de enfermería, así como los cuidados de enfermería y la relación enfermera-paciente. Esta secuencia sistemática está encaminada a satisfacer las necesidades del paciente, garantizando los cuidados de calidad. Enfermería con este proceso amplía su creatividad y aplica los conocimientos teóricos-prácticos otorgando cuidados profesionales.

3.2.- Teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem (TEDA)

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por lo tanto, es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la Enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano.

El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía. El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden

comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma (Prado, 2014).

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión (Pereda, 2010).

Historia

Dorothea Orem, nacida el 15 de julio de 1914 en Baltimore, Estados Unidos. Inicio su carrera profesional en la escuela de enfermería del Providence Hospital de Washington, donde obtuvo el diploma de enfermería a principios de la década de 1930. Trabajo como enfermera privada y ejerció la docencia desde 1940 a 1949, fue directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería del Providence Hospital de Detroit.

Su meta principal fue siempre mejorar la calidad de enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Trabajo en el departamento de sanidad de Washington, durante su permanencia en este departamento trabajo en un proyecto para mejorar la formación en enfermería práctica. Durante su estancia en el Catholic

University siguió depurando sus conceptos de enfermería y de autocuidado. Su primer libro fue escrito 1971 y desde allí en adelante desarrolló las teorías y subteorías que componen este modelo, de gran difusión y aplicación en nuestra época.

Dorothea E. Orem, dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería y menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería, entre ellas Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson Imogene King Levine, Florence Nigthingale, Ida Jean Orlando, Hildegard E. Peplau, Martha E. Rogers, Sor Callista Roy y Virginia Wiedenbach. Esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería (Naranjo, 2017).

- **Teoría del Déficit de Autocuidado**

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Características

El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería a realizar la persona para sí misma. (Prado, 2014). En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida.

Define a la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión. (Pereda, 2010)

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y

funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969 , el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

- **Teoría del Autocuidado**

Es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el

autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado (Prado, 2014).

Enfermería brinda los cuidados de enfermería cuando las personas están limitadas para cubrir su autocuidado o existe un déficit de autocuidado. Las enfermeras establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, evalúan las habilidades y capacidades que el paciente requiere para cubrir sus necesidades y determinan el curso apropiado de la acción.

La teoría de déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes (Prado, 2014).

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

Teoría de Sistemas Enfermeros

Esta teoría señala que enfermería es una acción humana y son sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud, dentro de las actividades se incluyen los conceptos de acción deliberada, las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación (Naranjo, 2017).

Estos sistemas de enfermería pueden ser elaborados para personas, que constituyen un cuidado dependiente, cuyos grupos requieren de necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes o limitaciones similares que les impide comprometerse a desempeñar un autocuidado

La teoría descrita por Dorothea Orem ofrece a los profesionales de la enfermería las herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud.

El logro de la toma de conciencia del autocuidado que requiere la persona afectada con alguna enfermedad en función de mejorar o mantener el estado de salud, a través de las posibilidades que le brinda el personal de Enfermería debe nutrirse de las experiencias personales, normas culturales y conductas aprendidas, modificables o no, crear así los niveles de compromiso, para conservar la salud y bienestar de las personas. Las formas de llevar a cabo el autocuidado son propias de cada persona y están influidos por los valores culturales del grupo social al que pertenece que condicionan su realización y la forma de hacerlo requiere para ello de conocimientos.

La teoría de Orem tiene un lenguaje muy preciso y coherente, donde el termino autocuidado tiene múltiples significados de acuerdo con la disciplina donde la visión de enfermería en la TDAE lleva a un conocimiento exhaustivo de la visión de la enfermería como campo de practica y de conocimiento.

3.3.- Peritonitis aguda

La enfermedad renal crónica va en aumento, la mayoría de los pacientes deben cursar por un periodo de hemodiálisis o diálisis peritoneal mientras se encuentran en lista de espera para un trasplante renal.

La diálisis es un procedimiento en el que se introduce líquido en la cavidad peritoneal a través de un catéter, conocido como catéter Tenckhoff, que permite la transferencia del líquido. La diálisis peritoneal (DP) es el sistema terapéutico mediante el cual se eliminan sustancias orgánicas, productos de metabolismo, eliminando sustancias tóxicas del organismo, ayudando a corregir desequilibrios electrolíticos al igual que a disminuir el edema. El exceso de líquidos y los productos de desechos pasa desde la sangre, a través de la membrana peritoneal, al fluido de diálisis.

Este proceso se debe realizar periódicamente y puede ser de manera automatizada o manual. Al realizar la diálisis peritoneal, en cualquiera de sus modalidades, se debe realizar con las medidas de higiene y en un área limpia y libre de corrientes de aire, ya que existe un riesgo de infección.

La peritonitis aguda es una inflamación de la membrana peritoneal causada por una infección predominantemente bacteriana, la mayoría de las veces originada por bacterias Gram positivas. Las infecciones representan la segunda causa de muerte y corresponden a gran morbilidad en este grupo de pacientes. Es la complicación más importante derivada de la propia técnica dialítica.

La causa de la mayoría de las peritonitis subyace en una contaminación por contacto a través del sitio de entrada el catéter de DP. El peritoneo es un ambiente ideal para la proliferación bacteriana por sus condiciones físicas y sus deficientes barreras de protección inmunológicas (Lynch 2019).

La peritonitis asociada a diálisis peritoneal es una patología prevenible y es la principal complicación de este procedimiento. El diagnóstico se basa tanto en el criterio clínico como microbiológico. El tratamiento corresponde en antibióticos por un periodo de por lo menos dos semanas. Esta revisión de tema permite informar al personal de salud, pacientes y cuidadores sobre esta frecuente complicación con el fin de prevenirla, y en su defecto, un diagnóstico y tratamiento temprano con el fin de reducir la morbilidad y las complicaciones de dicho cuadro clínico. Las potenciales vías de infección descritas son:

- *Intraluminal*: una técnica de conexión o desconexión inadecuadas, con quiebre de la técnica estéril, permitirá el acceso de las bacterias a través del lumen del catéter.
- *Periluminal*: las bacterias presentes en la superficie de la piel entran en la cavidad peritoneal siguiendo la superficie externa del trayecto del catéter.
- *Transmural*: las bacterias de origen intestinal migran a través de la pared intestinal.
- *Hematógena*: una bacteriemia inicial puede producir una siembra en el peritoneo, el que puede estar más susceptible por la acción de la solución de diálisis y su pH. Se ha reportado que las soluciones hipertónicas, inhiben la actividad bactericida local. Además, se han descrito bajas concentraciones de inmunoglobulina G peritoneal, lo que se asocia a un mayor riesgo de infección.

Tipos de infección asociados a diálisis peritoneal

Las infecciones pueden ser localizadas como la infección en el sitio de salida (ISS) o tunelitis o las que comprometen el peritoneo o peritonitis.

Etiología

La peritonitis bacteriana es la principal complicación de la DP, y para los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) es la principal causa de morbilidad y mortalidad,

ocasionando el mayor porcentaje de retiro del catéter. Existen diversos mecanismos causantes de peritonitis; entre los más comunes se encuentran: contaminación del catéter, infección del sitio de salida o del túnel cutáneo del catéter, translocación bacteriana gastrointestinal y bacteriemia.

La peritonitis es una inflamación de la membrana peritoneal causada por una infección predominantemente bacteriana, la mayoría de las veces originada por bacterias Gram positivas. Es la complicación más importante derivada de la propia técnica dialítica.

Las bacterias Gram positivas son las más frecuentes, ocasiona entre el 60% y 80% de los episodios, seguidos de las bacterias Gram negativas. Entre los estafilococos coagulosa negativos la especie más frecuente encontrada en los cultivos es el *Staphylococcus epidermidis*, cerca del 80%, seguido por *Staphylococcus aureus*. Los mecanismos de entrada de los microorganismos patógenos son los siguientes: intraluminal, periluminal, transmural, hematógena y por contigüidad. La localización del orificio de salida y túnel subcutáneo tiene importancia en la reducción de las complicaciones infecciosas.

Fisiopatología

El desarrollo de la infección se produce por la llegada de las bacterias a la cavidad peritoneal. Siendo las bacterias Gram positivas las de mayor prevalencia. Principalmente el *S. epidermidis* en el sistema de conexión. Por contaminación vía intraluminal por contacto. El *S. aureus* está asociado por más frecuente a infección del túnel y del orificio.

Las bacterias Gram negativas tienen relación con alteraciones intestinales y penetrar en la cavidad peritoneal por vía transmural, siendo el *E. coli* el más frecuente. Las *pseudomonas* son las más difíciles de tratar por lo que es necesario retirar el catéter en la mayoría de los casos por la infección del túnel y del orificio.

Las defensas peritoneales tienen una acción protectora de la cavidad peritoneal frente a la invasión de un microorganismo, relacionada con la actividad fagocítica de los leucocitos y con los factores inmunológicos, por eso, la inmunidad local tiene un importante papel en la prevención y resolución de la peritonitis. Las soluciones dialíticas alteran la concentración y la función de las defensas peritoneales, tanto de la población celular (macrófagos, leucocitos, linfocitos y células mesoteliales) como de los mediadores solubles locales (Portoles 2019).

El drenaje purulento por el sitio de salida indica la presencia de infección, el eritema puede indicar o no, la presencia de infección. Se sospecha la presencia de peritonitis en pacientes en diálisis peritoneal que presentan un líquido de diálisis turbio.

Cuadro clínico

El dolor abdominal, cultivo positivo y un líquido efluente turbio son las tres manifestaciones clínicas típicas en las peritonitis infecciosas. No todos los episodios son típicos. Para tener una mayor seguridad se requiere de la presencia de algunas de las siguientes condiciones. Los signos y síntomas de inflamación peritoneal: dolor a la palpación o dolor abdominal espontáneo y rebote abdominal, náuseas, vómitos, diarrea y síntomas gastrointestinales, aunque a veces existe sensación de fiebre y escalofríos o febrícula.

La presencia de líquido peritoneal turbio con más de 100 leucocitos por μL en el conteo celular y por último la presencia de microorganismos en la tinción de gram del efluente peritoneal o en el cultivo peritoneal. Siempre debe explorarse el orificio y el túnel para descartar que ese fuera el origen y realizar una anamnesis dirigida para identificar posibles errores de procedimiento en los intercambios previos.

Tratamiento

El tratamiento empírico se hará con la combinación antibiótica de amplio espectro contra Gram positivos y Gram negativos. La cefalosporinas o vancomicina se emplearán de acuerdo a la sensibilidad de estos antibióticos. En el caso de diálisis peritoneal continua ambulatoria se utilizará dosis de impregnación intraperitoneal. La vía de administración de elección es intraperitoneal por que alcanza mayores niveles locales de antibióticos y permite su uso ambulatorio.

Con el antibiograma y el microorganismo ya identificado se procede a la elección del antibiótico más adecuado. Los microorganismos gram positivos son más sensibles a la vancomicina y en menor porcentaje a la cefazolina. Los microorganismos gram negativos el empleo de cefalosporinas de tercera generación (ceftazidima y cefepime). Para los estreptococos y enterococos es la ampicilina.

Una vez realizada la revisión teórica de los elementos epistémico, metodológicos y fisiopatológicos, se lleva a cabo la implementación de las etapas del proceso enfermero tal como se describió iniciando por la valoración, realizando los diagnósticos a partir de la taxonomía NANDA para continuar con las etapas de planeación, ejecución y evaluación a partir de las guías taxonómicas NIC y NOC.

A continuación, se muestra la primera etapa del proceso que se realizó a partir del referente epistémico de la Macro teoría del autocuidado de Dorothea E. Orem.

4. Valoración

La utilización de la guía de valoración en la protocolización del proceso de enfermería con a la finalidad de estandarizar los cuidados en pacientes con padecimiento en común, consiste en su manejo con la finalidad de detectar las manifestaciones clínicas en pacientes con peritonitis aguda, por tanto, dicha valoración contiene los siguientes apartados.

Factores condicionantes básicos:

Paciente femenina de 59 años, presenta insuficiencia renal crónica con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y peritonitis bacteriana, es casada de religión católica con primaria incompleta, trabaja como asistente de contadora. Originaria de Zinapécuaro, Michoacán, residiendo en dicha ciudad, cuenta con casa propia con todos los servicios intradomiciliarios. cuenta con un área verde en el lugar donde reside.

Presenta enfermedad renal crónica con 3 años de evolución y actualmente con DPCA desde hace un año, hipertensión arterial desde hace 10 años y diabetes mellitus tipo II desde hace 20 años. Vive con su esposo, sus pasatiempos son tejer y bordar.

Requisitos de autocuidado universal:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. Paciente de 59 años
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua. Ingesta de agua es de un litro de agua al día aproximadamente. Presenta edema.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos. Alimentación adecuada de acuerdo con su enfermedad con tres alimentos al día la ingesta de carne es de tres veces a la semana, refiere náuseas.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos. La uresis es poca y eliminación de excretas regular

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. Permanece sedentario, permaneciendo en su hogar la mayor parte del tiempo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social. Se mantiene comunicado con familiares y amigos.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. Se realiza DPCA cada 6 horas el cual es realizado por su hija y llevando un control de ingresos y egresos del líquido dializante y refiere dolor abdominal de manera recurrente
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Requisitos de autocuidado y desarrollo:

Sin alteración

Requisitos de desviación de la salud:

- Acude a sus citas con el médico especialista. Está bajo tratamiento para la hipertensión arterial con losartan 50 mg. Cada 12 horas y prazosina 1 mg cada 12 horas y diabetes mellitus tipo 2 tratada con insulina glargina 12 unidades cada 24 horas.
- Realiza su diálisis peritoneal.
- Se mantiene un control médico periódicamente, conoce algunos datos de alarma en su enfermedad y se realiza periódicamente chequeo médico.
- Se realizó capacitación para el manejo de la diálisis y es cuidado por una de sus hijas, la cual vigila y le da seguimiento al tratamiento de su enfermedad.

Cuadro de clasificación de datos

A continuación, se muestra el cuadro deductivo de datos en base a la valoración sustentada con la macro teoría de autocuidado de Dorothea E. Orem y en conjunción con la clasificación taxonómica de la NANDA.

Datos significativos	Análisis deductivo de la teoría	Análisis deductivo de clasificación por taxonomía dominio/clase
Dolor abdominal	Requisito de autocuidado Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	Alterado el dominio 12: confort Clase 1: confort físico
Edema	Requisito de autocuidado Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos	Alterado el dominio 2: nutrición Clase 5: Volumen de líquidos
Nauseas	Requisito de autocuidado Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	Alterado del dominio 12: confort Clase 1: Confort físico
Disuria	Requisitos de autocuidados. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos	Alteración del dominio 3: Eliminación e intercambio Clase 1 Función urinaria
Hipertermia	Requisito de autocuidado Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	Alterado el dominio 11: seguridad/protección Clase 6: termorregulación

Diagnósticos de enfermería

Diagnostico I. Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos como lo demuestra el autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior a 3 meses.

Factores relacionados/condición asociada: agentes lesivos biológicos.

Dominio/ Clase	Resultados esperados/ Objetivos	Intervenciones/ Actividades	Evaluación
Dominio 12: confort Clase 1: confort físico.	Resultados e indicadores NOC / CRE Nivel de dolor Resultados Nivel de dolor Indicador: 210201 dolor referido 210208 agitación 210215 pérdida de apetito 210227 nauseas Puntuación Diana	Intervenciones NIC/CIE Manejo del dolor Actividades: - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. - Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. - Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la	Puntuación Diana NOC/CRE <u>Mantener a:</u> <u>3</u> <u>Aumentar a:</u> <u>1</u>

	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente. Intervenciones NIC/CIE Administración de analgésicos • Determinar la ubicación, característica, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. • Comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento, dosis, frecuencia del analgésico prescrito. • Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales. • Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas para la implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor	
--	---	--	--

Diagnostico II: Nauseas relacionado con sabores desagradables como lo demuestra la sensación de nauseas

Definición: Fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no da lugar a vómitos

Factores relacionados: ansiedad, sabores desagradables.

Dominio /Clase	Resultados esperados/ Objetivos	Intervenciones/ Actividades	Evaluación
Dominio 12: confort Clase 1: Confort físico	Resultado e indicadores NOC/CRE control de náuseas y vómitos resultados indicador: 161801 reconoce el inicio de nauseas. 161805 utiliza medidas preventivas 161808 Utiliza medicación antiemética según las recomendaciones. 161812 informa de nauseas, esfuerzos para vomitar y vomito controlados Puntuación Diana 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente	Intervenciones NIC/CIE Manejo de las nauseas Actividades: • Animar al paciente a controlar su propia experiencia con las náuseas. • Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida. • Identificar los factores que pueden causar o contribuir a las náuseas. Monitorización nutricional Actividades: • Observar la presencia de náuseas y vómitos • Evaluar la deglución (reflejo deglutorio y reflejo nauseoso). • Determinar los factores que afectan la ingesta nutricional.	Puntuación Diana NOC/CRE <u>Mantener a:</u> <u>3</u> <u>Aumentar a:</u> <u>1</u>

	demostrado 5. Siempre demostrado		
--	-------------------------------------	--	--

Diagnostico III: Exceso de volumen de líquidos relacionado con ingesta excesiva de líquidos como lo demuestra la presencia de edema

Definición: Aumento en el aporte y/o retención de líquidos.

Factores relacionados: Ingesta excesiva de líquidos, ingesta excesiva de sodio.

Dominio /Clase	Resultados esperados/ Objetivos	Intervenciones/ Actividades	Evaluación
Dominio 12: confort Clase 1: Confort físico	Resultado e indicadores Eliminación urinaria NOC/CRE Eliminación urinaria Indicador: 050301 patron de eliminación 050303 cantidad de orina 050304 color de la orina 050306 claridad de la orina 050307 ingesta de líquidos Puntuación diana: 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido	Intervenciones NIC/CIE Manejo de líquidos Actividades: - Realizar un registro preciso de entradas y salidas - Realizar un sondaje vesical si es preciso - Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos - Controlar los cambios de peso del paciente antes y después de la diálisis, si corresponde. - Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera - Administrar los diuréticos prescritos, segun corresponda.	Puntuación Diana NOC/CRE <u>Mantener a:</u> <u>3</u> <u>Aumentar a:</u> <u>1</u>

	4. Levemente comprometido 5. No comprometido		
--	---	--	--

Diagnóstico IV: hipertermia relacionada con actividad vigorosa, deshidratación, vestimenta inapropiada, como lo demuestra la piel caliente al tacto

Definición: Temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.

Factores relacionados: Actividad vigorosa, deshidratación, Vestimenta inapropiada

Dominio/ Clase	Resultados esperados/ Objetivos	Intervenciones/ Actividades	Evaluación
Dominio 11: seguridad /protección Clase 6: termorregulación	Resultado e indicadores Termorregulación NOC/CRE Termorregulación Indicador: 080001 temperatura cutánea aumentada 080019 hipertermia 080003 cefalea 080004 dolor muscular 080007 cambios en la coloración cutánea Puntuación diana: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve	Intervenciones NIC/CIE Regulación de la temperatura Actividades: • Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda, • Observar el color y la temperatura de la piel. • Utilizar un colchón de enfriamiento, mantas de agua circulante, baños tibios, compresas de hielo o aplicación de compresas de gel, así como un cateterismo intravascular de enfriamiento para disminuir la temperatura corporal, según corresponda. • Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. • Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.	<u>Mantener a:</u> <u>3</u> <u>Aumentar a:</u> <u>5</u>

	5. Ninguno		
--	------------	--	--

Diagnostico V: Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con multicausalidad como lo demuestra la retención urinaria

Definición: Disfunción en la eliminación urinaria

Factores relacionados: Multicausalidad

Dominio/Clase	Resultados esperados/ Objetivos	Intervenciones/ Actividades	Evaluación
Dominio 3 Eliminación e intercambio Clase 1 Función urinaria	Resultado e indicadores Eliminación urinaria NOC/CRE Eliminación urinaria Indicador: 050301 Patrón de eliminación 050303 Cantidad de orina 050304 Color de la orina 050306 Claridad de la orina Puntuación diana 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido	Intervenciones NIC/CIE Cuidados del catéter urinario Actividades: - Determinar la indicación del catéter urinario permanente - Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter. - Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones. • Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga. - Observar las características del líquido drenado Intervenciones NIC/CIE Manejo de la eliminación urinaria Actividades: - Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda. - Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. - Restringir los líquidos, si procede.	<u>Mantener a:</u> <u>3</u> <u>Aumentar a:</u> <u>5</u>

	4. Levemente comprometido 5. No comprometido		
--	---	--	--

5. Conclusiones

Las intervenciones se realizaron según la priorización de los diagnósticos, procurando establecer una relación de confianza con el paciente y que permita una comunicación más fluida y así favorecer la realización de las intervenciones planeadas, durante el procedimiento el paciente fue informado de los procedimientos y así se logró los objetivos deseados.

La antibioterapia previa a la instalación del catéter disminuye el riesgo de infección, principalmente en el posoperatorio. Los cuidados del catéter durante el posoperatorio, el lavado y secado del orificio de salida y la vigilancia de cualquier alteración del orificio disminuye las infecciones. Los cuidados en el manejo de la de la DPCA y una buena capacitación en el manejo de la DPCA por parte del paciente, son la clave para reducir la mortalidad asociada a peritonitis aguda. Tanto el pronóstico y el manejo adecuado son la clave para mejorar y reducir la mortalidad asociada a infecciones intraabdominales extensas.

6. Referencias

- Bulechek, G.M., Dochterman, J.M., Butcher, H.K. y Wagner, Ch.M. (2014) *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Barcelona, España: Elsevier.
- Fernández, P., Ledesma, F., Douthat, W., Chiurchiu, C., Vilaro, M. Abiega, C., De la Fuente, J. y De Arteaga, J. (2017). Peritonitis en diálisis peritoneal. Epidemiología, factores de riesgo, incorporación del Bacte a la recolección del cultivo tradicional y mortalidad a largo plazo. *Revista nefrología diálisis trasplante*, 37, (2): 81.
- Gutiérrez Naranjo, M. (2012). Divertículo de Meckel. *Revista Médica Costa Rica*, LXIX (604): 491-5.
- Heather, H. (2017) *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020*. Barcelona, España: Elsevier.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016). *Intervenciones de enfermería para la atención y prevención de peritonitis infecciosa en adultos con diálisis peritoneal ambulatoria*. Recuperado de <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- Lynch, M.F., (2019). Peritonitis bacteriana secundaria a diálisis peritoneal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 36(2), 108-114.
- Ministerio de salud pública y bienestar social. (2013). Proceso de atención de enfermería. *Salud publica Paraguay*, 3(1), 41-48.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L. y Swanson, E. (2014). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud*. Barcelona, España: Elsevier.
- Orem, D. E. (1969). Inservice education and nursing practice. *Forces Affecting Nursing Practice: The Proceedings of the Continuing Education Series Conducted Under the Auspices of... the Catholic University of America*, March 7 to May 2, 1968, 50.
- Pereda, A.M. (2011). Explorando la teoría general de Orem. *Enfermería Neurológica*.10(3): 163-167.
- Portolés, J., Janeiro, D. y Montenegro. J. (2019). *Peritonitis e infecciones del catéter en la diálisis peritoneal*. Recuperado de

<https://static.elsevier.es/nefro/monografias/pdfs/nefrologia-dia-223.pdf>

- Prado Solar, L.A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., y Romero Borges, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845
- Raile, A.M. (2014). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: Elsevier
- Ramírez, E.A. (2016). Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enfermería universitaria*, 13(2), 71-72.
- Reina G., N.C. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*, (17),18-23. ISSN: 1692-3375
- Rivacoba, M.C., Ceballos, M.L. y Coria, P. (2017). Infecciones asociadas a diálisis peritoneal en el paciente pediátrico: diagnóstico y tratamiento. *Revista chilena de infectología*, 35(2), 123-132. <https://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182018000200123>
- San Juan, P., Pérez J.A. y Barrientos A.C. (2018). Aspectos clínicos y microbiológicos de la peritonitis asociada a diálisis peritoneal en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica en el servicio de urgencias. *Revista chilena de infectología*, 35(3), 225-232. <https://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182018000300225>

6 Anexo

Instrumento de Valoración basado en la Teoría de Autocuidado Guía de valoración del proceso con el referente de Dorothea E. Orem

Factores condicionantes básicos

Descriptivos de la persona

Fecha: _____

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Religión: _____ Edo civil: _____

Escolaridad: _____

Lugar de residencia: _____

Domicilio actual (calle número, colonia): _____

Características de la vivienda:

Renta: _____ Propia: _____ Otros: _____

Material de construcción:

Adobe: _____ Ladrillo: _____ Otros: _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua: _____ Potable: _____ Luz: _____ Eléctrica: Drenaje: _____

Pavimentación: _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: _____ Recolección de basura: _____

Drenaje y alcantarillado: _____

Rol que ocupa en la familia:

Padre () Madre () Hijo () Esposa/o ()

Cuántos hijos tiene: 0 () 1 () 2 () más de 3 ()

Como es su relación con la familia:

Buenas: () Regular: () Mala: ()

Nivel de educación:

Analfabeta: () Primaria: () Secundaria () Bachillerato: () Licenciatura: ()

Otros: _____

Ocupación: _____ Horario: _____

Antecedentes laborales: _____

Ingreso económico familiar:

Menos de 1 S.m. () 1-2 S.m. () más de 3 S.m. ()

Dependencia económica: Si () No ()

De quien: Padres () Esposa/o () Otros: _____

Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres? Sociales

() Culturales () Deportivas () Religiosas () Otras:

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular () Deficiente () ¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD () PARTICULAR () Diagnostico medico: _____

Estado de salud: Grave: () Delicado () Estable: () Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención a clientes: Hace_____ De su casa al médico.

Estado del desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

Si () No ()

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: llenado capilar:

Cianosis: Si () No () Especifique: _____ Tabaquismo: Si () No: () Especifique: _____ ¿Cocina con leña?

Si () No () Cuanto tiempo: _____ Alergias: Si

() No () Especifique: _____ Tipo de respiración:

Normal () Disnea: () Bradipnea: () Taquipnea: () Polipnea: () Otros:

Nariz:

Desviación del tabique: () Pólipos: () Secreciones: () Dolor: () Edema:

() Otros: _____

Tórax:

Tonel: () En quilla () En embudo: () Otros: _____

Ruidos respiratorios: _____

Estertores: () Sibilancias: () Murmullo vesicular: () Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No: () Especifique: _____ Cardiovascular:

T/A: FC: Soplos: () Arritmias: ()

Otras alteraciones:

_ Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: () No: ()

Apoyo ventilatorio:

Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valorar datos de deshidratación.

Mucosa oral: Seca: () Hidratada: ()

Piel: Seca: () Escamosa: () Normal: ()

Turgencia: Normal: () Escamosa: ()

Que cantidad de agua ingiere usted al día:

300-500 ml () 500-1000 ml () 1500-2000 ml () > a 2000 ml () De donde proviene el agua que consume:

Llave pública () Pípa: () Entubada: () Garrafón: () Otros:

Utiliza algún método para planificar el agua:

Si () No () Especifique: _____ Ingiera algún otro tipo de líquido durante el día:

Si () No () Especifique Cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique _____

Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: Talla: _____ IMC: _____ Cintura: _____

Ha observado variaciones del peso:

Si () No ()

Perdida: () Ganancia: ()

1-3 kg () 4-6 kg () 7-9 kg () > 10 kg ()

Dentadura:

Completa: () Faltan piezas () Prótesis Fija: () Prótesis Extraíble: ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No ()

Especifique:

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía () Tumor oral ()
Leucoplaquia () Edema () Lesión oral () Drenaje purulento () Gingivorragia
() Ulceraciones () Otros: _____ Alteraciones en
cara y cuello: _____ Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia: () Disminuido: () Aumentado: () Normal: () Distensión
abdominal: () Otros: _____ Presenta algún
problema en la alimentación:

Si () No ()

Cual: Acidez () Nauseas () Vomito () Hematemesis () Disfagia () Pirosis ()
Regurgitación () Polidipsia () Polifagia () Bulimia () Anorexia () Reflujo ()
Sialorrea () Saciedad () Eructos () Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No () Especifique: _____ Tipo de nutrición:

Sonda nasogástrica: () Sonda Nasoyeyunal: () Gastroclisis: ()

Nutrición Parenteral ()

¿Qué tan frecuente come usted?:

1=cada día 2=una vez a la semana 3=una vez al mes 4=nunca

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche				
Deriv. De leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				
Huevos				
Pescado				

Pastas y harinas				
------------------	--	--	--	--

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite () Manteca: ()

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética () Hiposódica () Hipoproteica ()

Hiperproteica () Otros: _____

a) Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal:

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía () Hemorroides ()

Pólipo rectal () Rectorragia () Otros: _____

Alteraciones al evacuar.

Tenesmo: () Pujo () Cólico () Otros: _____

Apoyo para la eliminación intestinal: No

Espontanea: () Estreñimiento: () Diarrea: () Otros: _____

Características de las heces fecales:

Café: () Acolia: () Melena: () Otros: _____

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa () Semipastosa () Líquida () Semilíquida () Dura () Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo () Disuria () Alteraciones uretero-vesicales: _____

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria: () Oliguria: () Anuria: ()

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización: () Cateterismo vesical () Higiene () Otros: _____

Características de la micción:

Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia () Otros: _____ Grupo
transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: Dolor: () Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____ Tipo, cantidad
y características del flujo: _____ Presenta
algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique, dolor de mamas e inflamación de las mismas.

a) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6 Hr () 6-8 Hr (x) 8-10 Hr () >10 Hr ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado () Descansado () Fatigado () Otros: _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No ()

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si () No ()

¿Desde cuándo?

1 semana () 15 días () 1 mes () >1 mes ()

Presencia de:

Bostezo: () Insomnio: () Hipersomnio: () Pesadillas: () Alucinaciones: ()

Ojeras: () Ronquidos: () Enuresis: () Sonambulismo: () Terrores nocturnos: ()

Factores que interrumpen su descanso y sueño: _____

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si () No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No () Especifique: _____

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

Dolor: () Rigidez: () Inflamación: () Limitaciones: () Contracturas: ()

Especifique:

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No () Especifique:

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No () Cual: _____

Frecuencia/duración: _____

b) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No () Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No ()

Presencia de:

Mareo () Vértigo () Acufenos () Malformaciones () Tumoraciones ()

Lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No () Especifique:

Utiliza lentes: _____

Armazón: () Contacto: () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () Especifique: _____

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos () Compañeros de Trabajo ()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena () Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos () Nadie () Otros: _____

Observar:

Seguridad () Timidez () Introversión () Apatía () Extraversión ()

Otros: _____

Razones que le impiden socializar:

Lejanía () Enfermedad () Rechazo () Miedo ()

Dificultad para la comunicación () Otros: _____

c) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

Consiente () Inconsciente () Sopor () Estupor () Confusión ()

Coma () Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar: _____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros: _____

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si () No () Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No () Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No () Especifique: _____

d) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado físico?

Si () No () Especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () No () Especifique: _____

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas?

Si () No () Especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si () No () Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No ()

Depresión () Ansiedad () Vergüenza () Temor ()

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación () Inadaptación () Irritabilidad () Culpa () Agresión () Cólera ()

I. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo.

1. Etapas del ciclo vital

Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente su salud en alguna de las siguientes etapas de vida.

Niñez Si () No () Especifique: _____

Edad escolar Si () No () Especifique: _____

Adolescente Si () No () Especifique: _____

Adulto joven Si () No () Especifique: _____

Edad fértil Si () No () Especifique: _____

Adulto maduro Si () No () Especifique: _____

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si () No () Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? _____

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual?

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si () No () Porque: _____

Número de parejas sexuales: _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si () No () Especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/tiempo: _____

Número de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No () Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si () No () Especifique: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique:

Embarazos: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ Partos prematuros: _____

Fechas de último Papanicolaou: _____

Presencia de flujo/hemorragia trasvaginal: _____ Características: _____

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No () Especifique: _____

II. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4-6 meses () 6-12 meses () >12 meses () No se realiza ()

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si () No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, usted acude?

Si () No ()

¿En caso de déficit o incapacidad física, cuál es su sentimiento respecto a su situación? _____

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación? Si () No ()

Especifique: _____

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique: _____