



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

ATENCIÓN DEL ADULTO CON
COLELITIASIS Y COLECISTITIS CRÓNICA
AGUDIZADA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA PRESENTA:
CHRISTIAN BETSABE ESLAVA JIMÉNEZ
NÚM.CTA.41013416-8

DIRECTOR ACADÉMICO:
MTRO. FEDERICO SACRISTAN RUIZ

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO DE 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A ti Dios, gracias por el privilegio de lograr este objetivo.

Agradezco a mis padres, el apoyo incondicional que me han otorgado, son parte fundamental de mi crecimiento profesional.

A mi hermano, que siempre ha estado presente en cada uno de mis objetivos.

Alejandro L. Andreu, agradezco la oportunidad de ayudarme a encontrar lo mejor de mí, durante la práctica profesional.

DEDICATORIA

Dedico este libro a una persona que durante el periodo de enfermedad siempre mostro amor hacia la vida, fue la mejor persona al describir el papel tan importante de la Enfermera, me ayudo a comprender que tienes que llegar siempre al objetivo, no importa cómo, lo importante es llegar, a ti, por esos momentos difíciles que pasamos juntos.

Salvador Eslava López

ÍNDICE

| | PAG. |
|--|------|
| Introducción | 6 |
| Objetivos..... | 9 |
| Metodología..... | 10 |
| Justificación..... | 13 |
| Capítulo I. Marco Teórico | |
| 1.1 Teoría de enfermería..... | 14 |
| 1.1.1 Teoría general del autocuidado de Dorothea Orem..... | 21 |
| 1.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería..... | 35 |
| 1.2.1 Valoración | 36 |
| 1.2.2 Diagnostico..... | 36 |
| 1.2.3 Planeación | 37 |
| 1.2.4 Ejecución | 38 |
| 1.2.5 Evaluación..... | 39 |
| 1.3 Anatomía y fisiología de la vesícula biliar..... | 40 |
| 1.3.1 Fisiología de la vesícula biliar..... | 42 |
| 1.4 Patologías de la vesícula biliar..... | 45 |
| 1.4.1 Colecistitis aguda..... | 45 |
| 1.4.1.1 Cuadro clínico..... | 45 |
| 1.4.1.2 Manifestaciones clínicas..... | 46 |
| 1.4.1.3 Tratamiento..... | 47 |
| 1.4.1.4 Complicaciones..... | 47 |
| 1.5 Colecistitis crónica..... | 48 |
| 1.5.1 Cuadro clínico..... | 48 |
| 1.5.2 Diagnóstico..... | 49 |
| 1.5.3 Tratamiento..... | 49 |
| 1.6 Discinesias..... | 49 |
| 1.7 Colecistosis..... | 50 |
| 1.8 Cálculos biliares..... | 50 |
| 1.8.1 Síntomas..... | 53 |
| 1.8.2 Pruebas y exámenes..... | 54 |
| 1.8.3 Tratamiento..... | 54 |
| 1.8.4 Complicaciones..... | 55 |
| 1.8.5 Ventajas..... | 56 |
| 1.8.6 Medicamentos..... | 56 |
| 1.9 Intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto con Colelitiasis y Colecistitis Crónica Agudizada..... | 58 |

| | |
|---|-----------|
| Capítulo II. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería | |
| 2.1 Presentación del Caso..... | 61 |
| 2.2 Valoración del caso..... | 64 |
| 2.3 Diagnósticos de Enfermería..... | 74 |
| 2.4 Planeación y ejecución | 75 |
| 2.5 Evaluación | 81 |
| Conclusiones..... | 84 |
| Glosario..... | 85 |
| Referencias bibliográficas..... | 87 |
| Anexos..... | 89 |

INTRODUCCIÓN

El personal de salud se ve en la necesidad de implementar acciones y procesos que ayuden al individuo a tener una mejor calidad de vida.

Se llevó a cabo un Proceso de Atención de Enfermería en respuesta a déficit de autocuidados de los problemas reales y potenciales en el adulto mayor durante el proceso de enfermedad ante procesos quirúrgicos, pos quirúrgico y plan de alta.

Se implementaron diferentes valoraciones para determinar las necesidades de la persona, se fundamenta de manera científica los cuidados e intervenciones de enfermería.

Este caso se basa mediante un marco teórico-práctico, donde se desarrolla un análisis completo del proceso de atención de enfermería, con relación al déficit de autocuidado, utilizando como instrumento principal modelo teórico del autocuidado de D. Orem; desarrollando cada uno de los requisitos que ella propone, con esto podremos comenzar hacer la valoración de la persona como primera etapa de proceso de atención de enfermería.

Determinaremos este proceso utilizando como literatura: NANDA, NIC, NOC, este nos facilitara la realización de: construcción de diagnósticos, objetivos, intervenciones, mismos que corresponden a la segunda y tercera etapa del proceso de atención de enfermería.

Se ejecutaran cada una de las intervenciones, para darle continuidad a la cuarta fase del proceso, durante esta etapa, el profesional de enfermería tiene que fundamentar de manera científica los cuidados que se están realizando, en la quinta etapa que es la evaluación, analizaremos los resultados, basado en esto , podemos determinar si la valoración, el diagnóstico, las intervenciones , tuvieron los resultados esperados, de no ser así se implementaran nuevas valoraciones y nuevas intervenciones, hasta llegar al objetivo que se espera alcanzar.

El Capítulo I. Corresponde al marco teórico donde se aborda el proceso de atención de enfermería, desarrollando cada una de sus etapas, relacionando estas con la teoría del autocuidado que está basada en la teoría de D. Orem para cada uno de los procesos y procedimientos, analizaremos los ocho requisitos de autocuidado para determinar la capacidad de autocuidado de la persona.

Desarrollaremos cada uno de los requisitos, explicando el meta paradigma que D. Orem nos propone para el cuidado.

Analizaremos las etapas de enfermería que son: valoración, diagnósticos de enfermería, planeación, ejecución, evaluación, a partir de los resultados, determinaremos si cambiar las intervenciones o dar un plan de alta.

El Capítulo II. Desarrollaremos la aplicación del proceso de atención de enfermería, la presentación del caso, determinando déficit de autocuidado: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o apoyo y educación.

Explicaremos las intervenciones de enfermería, que son, porque y como aplicarlas, todo lo anterior nos permitirá concluir este proyecto realizando la valoración de enfermería mediante un proceso de atención de enfermería, valorando al paciente con ayuda del instrumento de valoración de enfermería de D. Orem y sus 8 requisitos.

Analizaremos el caso clínico y así construiremos los diagnósticos de enfermería, jerarquizando cada uno de estos, realizaremos cada uno de los pasos del proceso atención de enfermería, hasta lograr mejorar el estado de salud.

Conoceremos la anatomía y fisiología de la vesícula y los órganos más importantes que se relacionan con esta, desarrollaremos algunas patologías que este órgano puede desarrollar, cuando no tiene un buen funcionamiento, después lo relacionaremos con el caso clínico presentado en este trabajo.

Hablaremos de las enfermedades más comunes que son: colecistitis aguda, colecistitis crónica agudizada, colecistitis crónica; se desarrollara el cuadro clínico, tratamiento y complicaciones de cada una de ellas.

OBJETIVO GENERAL

El personal de enfermería implementará un plan de cuidados de enfermería a la persona adulta pos operado de colecistectomía, realizando valoraciones , determinando requisitos de déficit de autocuidados para determinar intervenciones que favorezcan el estado de salud de la persona, durante la estancia hospitalaria, se verificará cada procedimiento realizado para ofrecer una mejor calidad de vida, utilizaremos como instrumento principal el proceso enfermero con cada una de sus etapas para lograrlo.

OBJETIVO ESPECIFICO

Implementar el proceso de atención de enfermería en el adulto con colelitiasis y colecistitis crónica agudizada

Determinar los requisitos de autocuidado

Verificar los factores condicionantes

Aplicar la teoría de autocuidado en el proceso de atención de enfermería

Establecer hábitos alimentarios.

Establecer horarios específicos para la ministración de medicamentos

Lograr el bienestar de la persona mediante el proceso enfermero

Mejorar el estado de salud y anímico de la paciente

Evidenciar de manera científica cada uno de los procesos realizados

Verificar que el tratamiento se lleve a cabo dentro y fuera de la unidad hospitalaria hasta su término.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Para realizar este proceso de enfermería es importante el análisis de las necesidades humanas, la enfermería cuenta con una estructura de conocimientos que le permite definirse como una conducta única que se centra en el estudio de la experiencia o vivencia de la salud humana, las teorías se integran a la estructura que esta genera a través de la disciplina y del conocimiento de otras y del conocimiento biomédico.

La profesión de enfermería ha vivido momentos de gran tensión, especialmente en las últimas décadas del siglo XX por lo tanto aplicar el Proceso Enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y la práctica de la enfermería mexicana y que la ubican en una situación de desventaja en relación con otros países.

Sin embargo, esto no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera que busca el logro de identidad profesional y brindar una atención de calidad empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades de pensamiento, considerando así que el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana.

Los tres lenguajes estandarizados más utilizados son la NANDA, la clasificación de resultados NOC, y la clasificación de intervenciones de enfermería NIC.

El proceso de atención en enfermería es un sistema de planificación, el cual consta de cinco pasos:

- VALORACIÓN. - Establecer una base de datos.
- DIAGNÓSTICO. - Las necesidades de asistencia sanitaria de la persona y preparar los enunciados diagnósticos.

- PLANIFICACIÓN. - Identificar los objetivos de la persona y las intervenciones de enfermería apropiadas.
- EJECUCIÓN. - Ejecutar las intervenciones de enfermería planificadas y ayudar al cliente a lograr los objetivos.
- EVALUACIÓN. - Determinar en qué grado pueden lograrse los objetivos de los cuidados de enfermería¹

Este proceso de atención de enfermería fue realizado en el Hospital Regional General de Zona 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social, del servicio Cirugía General, donde se pidió la autorización a la persona y familiares para realizar este proceso, explicando así cada etapa y los objetivos.

Se realizó una entrevista con la paciente para conocer el desarrollo actual de su salud, los antecedentes patológicos, no patológicos y quirúrgicos, enfermedades crónico degenerativas y el tratamiento de las mismas, si se ha tenido alguna complicación y si dichas enfermedades están o pueden estar relacionadas con la patología actual, los hábitos alimenticios y de actividad que pudieran modificar la enfermedad.

Para realizar este trabajo es importante conocer la teoría de enfermería que se utilizara para determinar los requisitos de la persona, que como sabemos, tendremos que familiarizarnos con los términos según la teoría que en este caso sería el modelo de Dorothea Orem, que habla acerca del autocuidado, mencionando los siguientes requisitos:

- Mantenimiento de un aporte de aire suficiente
- Mantenimiento de un aporte de agua suficiente
- Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente

¹ Yura H. and Walsh M. El proceso de Enfermería 1ª. Edic. Nueva York Appleton- Century-crofts, 1967

- Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación
- Mantenimiento del equilibrio entre actividad y el reposo
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos
- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano, el conocimiento de las limitaciones y el deseo de ser normal.

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo es una herramienta para poder conocer la atención de enfermería en cada una de sus etapas y poder utilizarlo en casos clínicos similares, nos permitirá conocer cada etapa en el proceso atención de enfermería para el paciente con colelitiasis y colecistitis crónica agudizada, realizaremos este proceso con el paciente en estancia hospitalaria, para lo cual se pidió autorización, en el Hospital Regional General de Zona 25, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el servicio de Cirugía General , que se encuentra en el sexto piso, la persona adulta con colelitiasis y colecistitis crónica agudizada fue elegida gracias al índice alto de población que padece la misma enfermedad; para lo que es importante conocer algunas medidas de prevención como son: dieta balanceada, mejora en los hábitos en alimentación y actividad física, tener control estable en caso de tener alguna enfermedad crónico degenerativa como son: diabetes mellitus , hipertensión crónica ,entre otras, como es el caso, ya que estas enfermedades mal controladas pueden complicar el padecimiento actual.

Conoceremos la fisiopatología de los órganos que esta enfermedad puede afectar, el tratamiento, la implementación del proceso atención de enfermería; valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y valoración.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 TEORÍA DE ENFERMERÍA

La constitución de cualquier profesión conlleva el desarrollo de un cuerpo específico de conocimientos, para que enfermería defina sus actividades y desarrolle su investigación, debe tener su cuerpo de conocimientos, estos conocimientos pueden ser expresados como Modelos y Teorías conceptuales, los modelos y teorías de enfermería proporcionan información sobre: las definiciones de la enfermera y la práctica de la enfermera, los principios que forman la base para la práctica, las metas y las funciones de la enfermera.²

FUNDAMENTO PEDAGÓGICO PARA LA ENSEÑANZA DEL PAE

El reto actual para la enfermería es instituirse como una disciplina científica en el seno de las universidades y brindarle a la sociedad profesionales de alta calidad, cuyo objetivo sea el cuidado de la salud de todas las personas.

Hasta hace poco tiempo el camino educativo de esta disciplina ha estado regido por el conductismo, reduciendo la capacidad de análisis y juicio crítico en las y los estudiantes y profesionistas. Son embargo con la llegada del siglo XXI, y visualizando los cambios sociales, económicos y políticos a los que van a enfrentarse las disciplinas profesionales del área de la salud, llega también la necesidad de un cambio académico para responder las demandas del nuevo siglo.

Bajo esta perspectiva, el constructivismo se perfila como la respuesta a dicha necesidad, plantea que la realidad es una construcción del individuo, es decir, la realidad no se encuentra, sino se hace. Por lo tanto, podemos decir que construimos, destruimos y reconstruimos realidades día con día. Al inicio de la historia de los cuidados de enfermería, estos estuvieron apartados del método científico, basándose únicamente en conocimientos empíricos y confiriendo un

² Alexander, E. y Vélez, P. (2005). La enfermería, una profesión de servicio, Rev. Actualidades de enfermería, p.p 19-21

papel de sumisión y abnegación a la persona destinada a brindar la asistencia a quien padecía una enfermedad.³

Hoy en día, esto ha cambiado y el personal fundamenta sus acciones aplicando su metodología científica, mediante el proceso de atención de enfermería (PAE), en los procesos que realiza, reconociendo así a la enfermería como una ciencia y no como un oficio.

Este cambio es producto del esfuerzo de los profesionistas por atender demandas sociales en materia de salud y, al mismo tiempo, fundamentar su quehacer en aspectos validados científicamente.

El conocimiento humano no se recibe de manera pasiva del entorno ni de nadie, es procesado y construido de manera activa por la persona. La función cognoscitiva está al servicio de la vida, es una función adaptativa; en consecuencia, lo que permite el conocimiento al conocedor es organizar su mundo experiencial, vivencial.

Según Piaget, el desarrollo se produce no sencillamente por lógica maduración-aprendizaje, sino por una serie de pasos más complicados que engloban y enlazan cuatro elementos principales: maduración, experiencia, transmisión y equilibrio.

Nada se puede enseñar con algún resultado positivo si no se apoya en conocimientos previos que ya posee el aprendiz. El verdadero aprendizaje humano es una transformación de esos estímulos iniciales.

Todo conocimiento es una construcción mental que expresa un paradigma determinado. Por tanto, la enseñanza, desde el punto de vista constructivista, asume que el aprendizaje humano es siempre una construcción interior, ya que no puede ser significativa si sus elementos no embonan ni se implantan en los elementos precedentes de los estudiantes.

³ Rojas Valenciano, L., " El enfoque constructivista en el currículo de enfermería. Motivación, dificultades y demandas que enfrenta el o la docente" Revista Enfermería Actual en Costa Rica, p.p 181,185

EL CUIDADO

El cuidado se define como “una transacción terapéutica, interpersonal, única y recíproca de orientación presente y futura, que es multidimensional, contextual y refuerza patrones continuos de experiencia, cuyos resultados se pueden resumir en: crecimiento del sujeto del cuidado y del cuidador y aumento del potencial para el autocuidado.

METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAE

Hoy día, en que los recursos son limitados y los costos de atención elevados, es importante que todas las instituciones de salud, tanto del sector público como del privado, cuenten con herramientas de gestión de los procesos asistenciales que les permita mejorar la práctica clínica y optimizar el uso de sus recursos.

Una herramienta de probada eficacia para la gestión clínica en los servicios de enfermería es el proceso de atención de enfermería (PAE); su metodología le permite organizar el cuidado de enfermería y lograr eficacia, efectividad y calidad en el cuidado que se proporciona a los usuarios.

A pesar de que hay instituciones que ya han empleado esta herramienta para administrar el cuidado, existe una diversidad en la forma de aplicarla, tanto en el interior como en el exterior de las diferentes instituciones de salud, lo cual limita la evaluación de su impacto.⁴

FASES DE LA METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO O REDISEÑO DE LOS PROCESOS

La metodología propuesta consiste en una serie de fases interrelacionadas que pueden adaptarse a cualquier proceso de nueva creación o a uno ya existente que requiera ser rediseñado para mejorar los resultados.

Fases para la implementación de un nuevo proceso o rediseño:

⁴ García, C., “El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores”, en *Universitas Psychologica*, 6, p.p 143, 2007

- a. Soporte teórico
- b. Análisis de la situación del servicio en relación con el proceso
- c. Estandarización del proceso
- d. Estandarización de competencias profesionales
- e. Monitoreo del proceso
- f. Medición de resultados

SOPORTE TEORICO

Consiste en la revisión de literatura para identificar la evidencia teórica y empírica en relación con el proceso seleccionado. Es importante realizar una revisión sistemática de la literatura relacionada con el proceso ya que permite tener una visión clara e integra del fenómeno.

La revisión y análisis detallado de la literatura permitirán construir un soporte teórico e identificar la mejor evidencia disponible que permita contar con un cuerpo de conocimiento con respecto a un fenómeno específico que de soporte a la práctica.

ANALISIS DE LA SITUACIÓN DEL SERVICIO

Observar y medir la práctica habitual en relación con el proceso seleccionado, para identificar sus fortalezas y debilidades, así como sus variaciones.

Entre los aspectos que deben considerarse para el análisis de la situación, se incluyen los siguientes:

- 1) Perfil de los usuarios del servicio y sus necesidades
- 2) Perfil del equipo de salud
- 3) La disposición y el uso de recursos

En esta fase, el análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas), herramientas para la planeación estratégica, es útil para identificar las oportunidades y amenazas del medio ambiente externo y las fortalezas y debilidades del medio interno.

Es importante identificar las fortalezas de la organización y las oportunidades del medio externo: ambas facilitan y favorecen el desarrollo de un nuevo proceso; por lo tanto, su identificación permitirá aprovechar al máximo los recursos físicos, materiales y humanos con los que cuenta la organización o los que están fuera de ella, pero deben contemplarse para facilitar el establecimiento de un nuevo proceso.⁵

Por su parte, las debilidades y amenazas son características y situaciones de la organización, tanto internas como externas, que se constituyen en obstáculos y que podrían afectar de manera negativa la implantación del nuevo proceso; es importante identificarlas para tomar las acciones necesarias a fin de minimizarlas o eliminarlas.

El uso efectivo de estas herramientas administrativas de planeación estratégica permite a las organizaciones la competitividad en el mercado y responder a las demandas de los usuarios.

ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO

Definir el proceso que se va a seguir, socializarlo e involucrar al personal en su estandarización favorece el cumplimiento del proceso.

En esta fase es importante tener claridad acerca de la forma en que va a instrumentarse el nuevo proceso, pues de acuerdo con ello se evaluará.

Estandarizar el proceso implica establecer los aspectos mínimos deseables sobre la calidad que se pretende alcanzar; una vez que estos están definidos y se socializan con los involucrados, es importante permitirles adoptar elementos que ayuden a mejorar el proceso; deben en conjunto, llegar a un acuerdo en cuanto a la forma en la que el proceso será desarrollado.

Con respecto al PAE, lo primero será decidir, de acuerdo con el soporte teórico si este se ejecutará con base en una teoría específica de enfermería por ejemplo la teoría de Orem.

⁵ Fajardo, G. E. García, Dirección de hospitales, Manuel Moderno, México, 2008; p.p 117-125

una vez que se decide el soporte teórico del que se pretende el PAE, según lo revisado en la fase 1, se decidirá la forma en que se ha de implementar el PAE en su totalidad, de acuerdo con cada etapa, y se diseñarán los formatos específicos para los registros. Se deben de contar con planes de cuidados estandarizados, al menos para los diagnósticos más comunes del servicio.

Los protocolos clínicos; las guías de práctica clínica o las vías clínicas de cuidado son de mucha utilidad para esta etapa, permiten planificar y coordinar la secuencia de los procedimientos médicos, de enfermería y administrativos, necesarios para conseguir la máxima eficiencia en el proceso asistencial.

La especificación de los criterios de calidad del proceso ayudará a definir los indicadores de calidad. En relación con el PAE, la continuidad del cuidado y la mejora en los resultados de salud, es decir, que demuestren un impacto positivo como respuesta a las intervenciones, son criterios importantes que deben ser considerados.⁶

ESTANDARIZACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

El recurso humano es el eje central en los procesos: esto demanda que se cuente con capacidades y competencias específicas; se requiere que las personas se interrelacionen, se responsabilicen de sus actos, trabajen en equipo y se interesen por su propio crecimiento personal y profesional. Estas características harán la diferencia entre un trabajador competente y un trabajador incompetente.

Uno de los principales retos en esta fase, es que el recurso humano abandone costumbres arraigadas y estilo de comportamiento establecidos con anterioridad y que se contraponen al cambio.

MONITOREO DEL PROCESO

El monitoreo puede construirse en una auditoría del proceso, como una medida de aseguramiento o garantía de calidad que permita identificar las deficiencias y proponer soluciones. Una vez que se propongan e implementen las soluciones se

⁶ Ibid p.p 18

deberá continuar con el monitoreo, hasta asegurarse de que el proceso se está realizando de acuerdo con lo planeado y con buenos resultados.

MEDICIÓN DE RESULTADOS

La medición de los indicadores establecidos permitirá evaluar el cumplimiento del estándar y plantear estrategias que permitan la mejora continua del proceso. Una vez que se aseguró el cumplimiento de las etapas previas y a través del monitoreo, se identificaron las variaciones y la reorientación al estándar, se deberá proceder a medir los resultados de la implantación del nuevo proceso o del rediseño proceso. La medición de los resultados puede hacerse en diferentes niveles, como son los individuales, por servicio, institucional, incluso, multinivel, pensando en varias instituciones.

ANTECEDENTES DEL PAE

El proceso de atención de enfermería es el método mediante el cual se fundamenta de manera científicamente la práctica profesional de enfermería; se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de los problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o sistema familiar.

La aplicación del método científico en la práctica profesional de enfermería es el método conocido como PAE, el cual permite a la enfermera prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El PAE se originó cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso: esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson(1959), Orlando(1961) , quienes consideraron un proceso de tres etapas: Yura y Walsh (1967) establecieron cuatro: valoración, planificación, realización y evaluación; Bloch(1974), Roy(1975), Aspinall(1976) y algunos autores más establecieron las cinco actuales , al añadir la etapa diagnóstica.

Desde la perspectiva, Alfaro define el PAE como el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico con el fin de

asegurar que la persona o grupo de personas reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería; es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto por cinco pasos sucesivos:

- a) Valoración: es la primera fase del proceso de enfermería, consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno: son base para las decisiones y actuaciones posteriores
- b) Diagnóstico de enfermería: es el juicio o conclusión que se produce como un resultado de la valoración de enfermería
- c) Planificación: se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud
- d) Ejecución: es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados
- e) Evaluación: comparar las respuestas de la persona y determinar si se ha conseguido los objetivos establecidos.

Estos pasos o etapas se relacionan entre sí, aunque por cuestiones metodológicas, el estudio de cada uno de ellos se hace por separado.

1.1.1 TEORÍA GENERAL DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Dorothea Orem y el autocuidado como potencial de las personas o grupo

Dorothea Orem nació en Maryland, Estados Unidos. Trabajo en diversos hospitales y oficinas de sanidad en Michigan, de 1940 a 1949, en Indiana, de 1949 a 1957 y en Washington D.C de 1958 a 1960. Además de su experiencia práctica en hospitales, ejerció la docencia, la administración, la investigación y la dirección. Fue asesora del Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar de gobierno de los Estados Unidos y posteriormente incursionó como empresaria en una consultora.⁷

⁷ Marineros, A. (2007) P. Modelos y teorías de enfermería .Barcelona : Mosby.

Escribió textos sobre enfermería desde 1959. Su obra más conocida es Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica, publicada en 1971, en el que desarrolló su teoría de autocuidado.

Recibió innumerables premios y reconocimientos por sus contribuciones en la enfermería; en 1992 ingresó como miembro honorario a la American Academy Nursing y en 1998 recibió el doctorado Honoris causa por la Universidad de Missouri.

El modelo de Orem significó un importante paso en la construcción y consolidación del paradigma de la enfermería. Como un sistema estructurado, su teoría contiene generalizaciones, clasificaciones y conceptualizaciones, lo que lleva a cumplir con los requisitos exigidos por las ciencias sociales para conformarse como teoría explicativa de la realidad. Tiene conexiones con la sociología norteamericana, en particular con el estructural-funcionalismo de Talcott Parsons. En consecuencia, incorpora a su cuerpo teórico conceptos como rol, actor social, agente, acción social, sistema y subsistema.

Su análisis del proceso salud-enfermedad contribuyó a enriquecer los planteamientos de la enfermería como ciencia, y dotó de una visión moderna, propia de la cultura estadounidense, al discurso universal sobre la salud. Particularmente polémico fue el uso que se dio a su concepto de autocuidado, ya que algunos ortodoxos del neoliberalismo postularon que, con base en este axioma, la salud era una responsabilidad exclusivamente individual y no estatal o colectiva. Con tal planteamiento llegaron al extremo de culpar al individuo de sus problemas de salud, ya que –afirmaban- era el único responsable de mantener estilos de vida nocivos, y por ende debía ser el mismo quien asumiera y costeara las consecuencias de sus malos hábitos.

Orem definió a la salud como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos del funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano; y al entorno – que es parte integrante de la persona- como el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos.⁸

Diversas teóricas coinciden en agrupar los aportes de Orem en la escuela de las necesidades. Su modelo gira alrededor de un principio rector; el del autocuidado, al cual definió como una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de las mismas en sus situaciones ambientales.

Las personas que se ocupan de su autocuidado tienen las capacidades para el requisito de la acción; la agencia o capacidad de actuar incondicionalmente para regular los factores que afectan a su propio funcionamiento y desarrollo. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. Normalmente, los adultos cuidan de si mismos de forma voluntaria. Los lactantes, niños, enfermos e incapacitados, requieren cuidados completos o ayuda en las actividades de autocuidado.

La teoría del autocuidado descansa por lo menos cuatro supuestos básicos:⁹

1.- En igualdad de condiciones, los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas, así como de mantener la motivación esencial para el autocuidado propio y de su familia

2.- Las formas en las que se cubren los requisitos de autocuidado dependen de cada cultura y presentan variaciones entre individuos y grupos sociales;

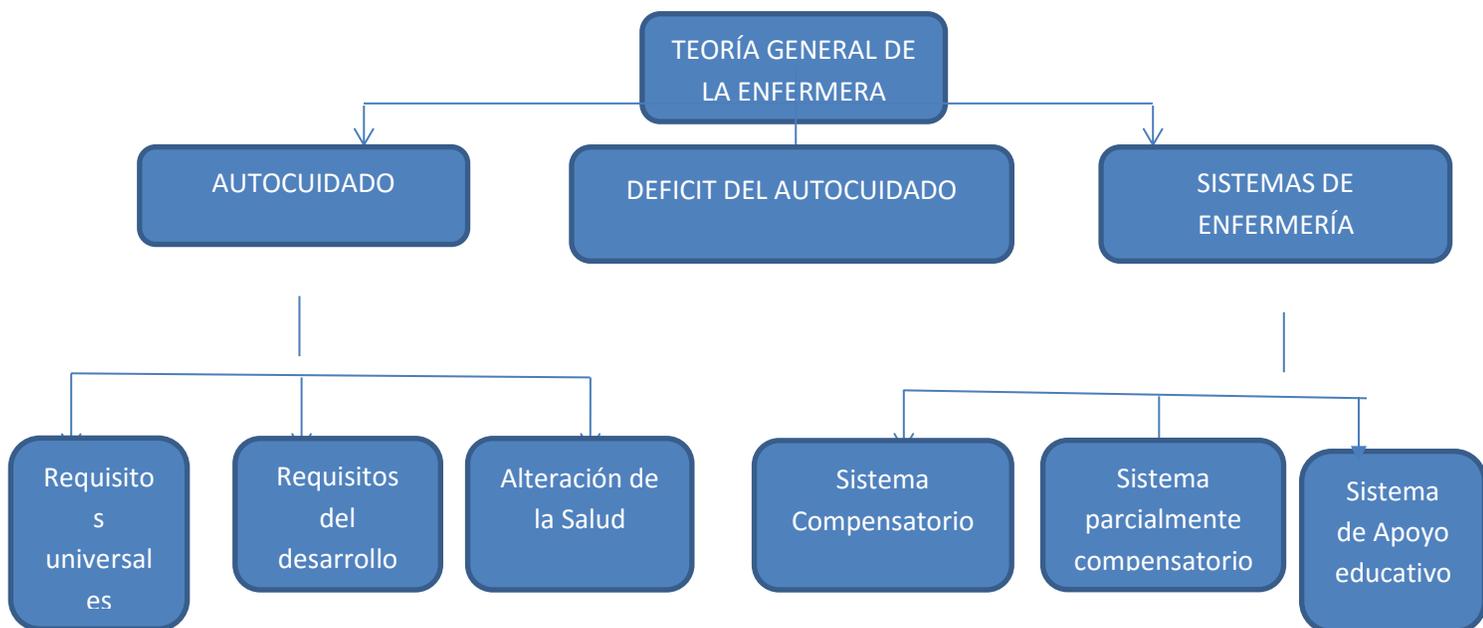
⁸ Orem, D. E. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson – Salvat.

⁹ Kerouac, S. , Jacinthe P. Et al. (2007). El pensamiento enfermero. Barcelona : Elsevier Masson

3.- Las acciones de autocuidado y cuidado de la familia son de carácter voluntario, y se ejecutan en función de los propios repertorios y predilecciones individuales; y

4.- La identificación y descripción de los requisitos recurrentes para el autocuidado y cuidado de los miembros dependientes de la familia, conduce a la investigación y desarrollo de vías para satisfacer los requisitos conocidos para formar hábitos de cuidado.

De esta forma el individuo se convierte en agente de su propia salud. Es agente del autocuidado. Para ello, Orem concibe al individuo no solo como un ser biológico, si no lo considera en sus dimensiones cultural y social. Las personas - afirma- son seres unitarios que desempeñan roles sociales. Desde una perspectiva sociológica, los términos enfermera y paciente de la enfermera significan estados o posiciones relacionadas en los grupos sociales. Cada posición comporta un rol, es decir, un grupo de prescripciones para la acción organizada a través de la que se asume esa posición. A partir de estos supuestos, Orem construye una teoría general de la enfermería, de acuerdo con el siguiente esquema:¹⁰



¹⁰ Rivera
M. N. (s/a). Valoración ética del modelo de Dorotea Orem.

A continuación, se analiza cada uno de estos elementos teóricos:

Autocuidado: significa que las personas tienen la capacidad para identificar y controlar los factores, tanto internos como externos, que pueden afectar su salud. Esta facultad es deliberada, voluntaria, y se desprende de las propias relaciones sociales que el ser humano establece desde su familia o comunidad. Es decir, se asume como un valor cultural y por ende, puede catalogarse como resultado de una conducta aprendida; en la medida en la que se ejerce, el individuo se convierte en agente o agencia de autocuidado (Orem, 1993).

Orem define diez componentes de este proceso:

- 1.- Habilidad para mantener la atención y ejercitar el requisito de vigilancia con respecto a uno mismo
- 2.- Uso controlado de la energía física disponible y suficiente para el autocuidado;
- 3.- Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos requeridos en las operaciones de autocuidado;
- 4.- Habilidad para razonar dentro del marco de autocuidado;
- 5.- Motivación para orientar los objetivos hacia la salud, el bienestar y la vida;
- 6.- Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo;
- 7.- Habilidad para adquirir conocimiento técnico de fuentes autorizadas;
- 8.- Posesión de un repertorio de habilidades cognitivas, perceptivas, manipulativas, comunicativas e interpersonales;

9.- Habilidad para ordenar sistemas de acciones apropiadas para el logro de los objetivos reguladores del autocuidado; y

10.- Habilidad para realizar operaciones efectivas de autocuidado, integrándolas en los aspectos relevantes de la vida personal, familiar y de la comunidad.

Requisitos universales: tienen que ver con las necesidades básicas y comunes a todo ser humano, resultan indispensables para preservar los procesos vitales y, como su nombre lo indica, son de carácter universal. Orem anuncia los siguientes 8 requisitos: ¹¹

- 1) Aire suficiente
- 2) Agua suficiente
- 3) Alimentos suficientes
- 4) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de excretas
- 5) Equilibrio entre actividad y reposo
- 6) Equilibrio entre soledad e interacción colectiva
- 7) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar
- 8) Promoción del desarrollo humano, de acuerdo con el potencial

Requisitos del desarrollo: se derivan de los requisitos universales, pero, a diferencia de éstos, expresan necesidades de grupos específicos, tales como mujeres embarazadas; o etapas de la vida: lactante, preescolar, adulto mayor, etc.; o condiciones particulares y coyunturales de un individuo; duelo por una pérdida de un ser querido.

Alteración de la salud: son requisitos destinados a la atención de aquellas personas que tiene algún defecto físico o discapacidad, o bien que han enfermado o sufrido alguna lesión o incapacidad. En estos casos se realizan acciones para

¹¹ R.L Wesley, Teorías y modelos de enfermería, 2 da edición, México 1993; edit. Mc Graw-Hill. PP 80-87

devolverlos o insertarlos a un estado de normalidad, bajo el supuesto de lo que lo sucedido fue una desviación a la norma de salud.

Déficit del autocuidado: antes de hablar del déficit es necesario realizar algunos apuntes sobre el concepto agencia de autocuidado. Para Orem: la agencia de autocuidado es una cualidad humana compleja y adquirida; es también una capacidad humana esencial; el ejercicio de esta cualidad y esta capacidad da como resultado un sistema de acciones dirigidas a regular las condiciones del entorno; esta agencia puede conceptualizarse como el repertorio de acción de un individuo; también, como el conjunto de habilidades y limitaciones para procurarse el autocuidado; el entorno puede afectar dicho conjunto; las personas están sujetas a necesidades secuenciales; y la agencia de autocuidado es una capacidad estimativa y productiva para él.

Cuando el individuo presenta limitaciones de cualquier índole y por lo tanto es incapaz de procurarse al autocuidado -es decir, cuando su demanda de cuidados resulta superior a su autonomía o capacidad de auto asistencia-, tiene lugar el déficit de autocuidado, el cual puede ser parcial o total, consciente o inconsciente.

12

Sistema de enfermería: es el conjunto de series y secuencias de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo el personal de enfermería, a veces en coordinación con las personas que cuida, para conocer y satisfacer los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de estos y para proyectar y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad auto asistencial.

Este sistema se subdivide en tres sistemas: compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo para el desarrollo.

¹² Ibid, pag. 13

En su teoría general de enfermería. Orem (1971- 1980) describe tres conceptos: autocuidado, déficit de autocuidado (déficit de cuidados dependientes) y sistemas de enfermería, estos tres conceptos tienen cada uno de ellos una idea central, proposiciones y presuposiciones.

El núcleo de los cuidados de salud es parte de la vida de las personas y por lo tanto de interés para las enfermeras. Incluye el primer concepto, esto es, las prácticas de autocuidado de los individuos, y el segundo concepto cuando las capacidades de autocuidado son mayores o iguales que las demandas de autocuidado terapéutico.

VISIÓN GENERAL DE LA ESTRUCTURA Y PROCESO DE OREM

| Estructura Requisitos de Autocuidado | Factores Básicos condicionantes | Constructos Teóricos |
|---|--|--|
| Universales | Modifican los requisitos de Autocuidado: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud | Sistema de autocuidado Acciones deliberadas de los individuos, familia o comunidad |
| Del desarrollo | Experiencia vital, orientación sociocultural, recursos | Capacidad de autocuidado Posibilidad de generar autocuidado Demanda de autocuidados terapéuticos |
| Desviación de la salud | | Déficit de autocuidado Relación de interacción Sistema de enfermería (posibilidad de generar cuidados de enfermería) tridimensional y tipos de sistemas |
| Proceso/operaciones Valoración/diagnóstico | Diseñar/prescribir el plan | Regular -dirigir/ intervenir- evaluar |

El núcleo de ayuda de la enfermera emerge cuando las capacidades de autocuidado son menores que las demandas de autocuidado terapéutico. Cuando ocurre esto último entre estas dos variables del paciente se denomina “teoría del déficit del autocuidado”.

Los requisitos de autocuidado o requerimientos naturalmente siguen factores básicos condicionantes porque modifican los requisitos de autocuidado.

Orem indica que: la unidad de servicio de la enfermera puede ser un individuo o una unidad multipersonal, pero en último extremo la enfermería es para los seres humanos individualmente considerados. Los requisitos de autocuidado pueden verse como un continuum, los universales inician el proceso, los de desarrollo asumen la porción media y los de desviaciones de la salud lo finalizan.

SISTEMA DE AUTOCUIDADO

En el sistema de autocuidado, el núcleo de salud de los individuos es mantener para sí mismos y para sus familias un estado de bienestar, la teoría del autocuidado puede interpretarse de dos formas; una es que la teoría se refiere a individuos sanos y sus familias que están madurando y desarrollándose dentro de límites normales, en la otra Orem infiere que su concepto se refiere a las personas y miembros dependientes de la familia cuyo estado de salud no está, o no estuvo, durante algún tiempo dentro de los límites normales.

TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

En este concepto se examinan las demandas de autocuidados terapéuticos o acciones necesarias para cubrir los requisitos de autocuidado y se comparan con sus posibilidades de generar autocuidados o capacidades. Cuando las demandas de autocuidado terapéutico son suficientes para mantener un estado de bienestar, la evaluación es que los requisitos de autocuidado pueden cubrirse. Las prevenciones secundaria y terciaria son imperativas cuando hay déficit de autocuidado, esto es, cuando la posibilidad de generar autocuidado es menor que la demanda de autocuidado terapéutico.

SISTEMAS DE ENFERMERÍA

El tercer concepto de la teoría de Orem son los sistemas de enfermería, tiene dos dimensiones; una de ella es tridimensional y consta de elementos sociales, interpersonales y tecnológicos, estos tres elementos se aplican al paciente, la enfermera y su relación. El tipo de relación social es contractual para la enfermera, la relación interpersonal es profesional y la naturaleza de ayuda.

EL PROCESO DE ENFERMERÍA U OPERACIONES

Se usa la palabra “paciente” porque éste es el papel asumido cuando una persona pasa de ser un agente de autocuidado a receptor de los mismos. El núcleo de cuidados de la salud utilizado por el agente de autocuidado en ese momento del tiempo cambia el núcleo de asistencia de la enfermera.

Orem identifica tres pasos en el proceso de enfermería. Estos son los diagnóstico y prescripción, diseño y planificación, y gestión, que incluye la evaluación. Orem clasifica estos términos como tipo de operaciones. No obstante, puesto que estos términos pueden ser equivalentes con las etapas normalmente diseñadas en el proceso atención de enfermería; valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.

Conceptos principales de la teoría

Autocuidado; Orem define el autocuidado como “conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, la salud y el bienestar.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del círculo vital. Se proponen ocho requisitos para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentación
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua
4. La provisión del cuidado asociado con los procesos de eliminación
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y descanso
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

8. La promoción del funcionamiento y el desarrollo de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

Promueven los procesos de la vida y la madurez, y previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN CASO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Estos requisitos existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de requisitos que deben ser cubiertos en plazo de tiempo determinado.

La teoría de Orem concibe al ser humano como un individuo capaz de autocuidarse; cuando la persona no es capaz de tener acciones para su propio autocuidado, incrementa las demandas de cuidado terapéutico; es entonces cuando surge la teoría del déficit de cuidado donde la guía para valorar son los requisitos de autocuidado (universales, de desarrollo o desviación de la salud); cuando estos se alteran, se rompe el equilibrio entre la salud y el bienestar: es aquí donde entra el agente de cuidado dependiente para brindar los cuidados a esa persona que es importante para él mismo.

Cuando el agente de autocuidado necesita cuidados especiales, interviene el agente de cuidado terapéutico, aplicando la teoría de sistemas de autocuidado, sistema totalmente compensatorio, sistema parcialmente compensatorio, o apoyo educativo; al aplicar esta teoría necesitamos previa ayuda de los requisitos universales y factores básicos condicionantes que arrojan datos significativos para vincular datos significativos acerca de la desviación de la salud.¹³

¹³ Orem, D. E (1971). Nursing : concepts of practice (3rd ed. , pp. 1-53). New York: McGraw- Hill

SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO

| Participación del personal de enfermería | Acción | Participación del Paciente |
|--|--|----------------------------|
| Si | Realiza el autocuidado terapéutico del paciente | No |
| Si | Compensa la incapacidad del paciente para ocuparse de su autocuidado | No |
| Si | Apoya y protege al paciente | No |

SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO

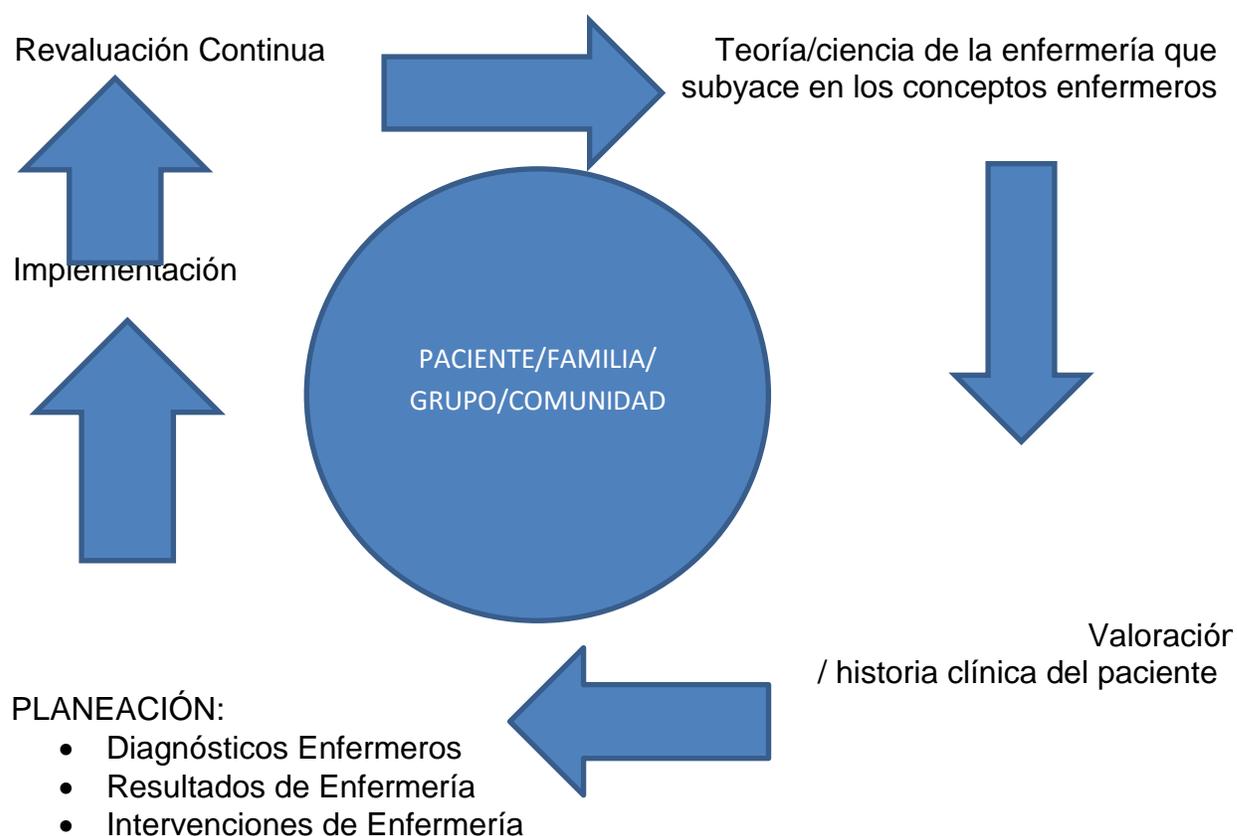
| | | |
|----|---|----|
| Si | Realiza algunas medidas de autocuidado para el paciente | No |
| Si | Compensa las limitaciones de autocuidado del paciente | No |
| Si | Ayuda al paciente según lo requiera | No |
| No | Realiza algunas medidas de autocuidado | Si |
| Si | Regula la agencia de autocuidado | Si |
| No | Acepta el cuidado y asistencia de la enfermera | Si |

SISTEMA DE APOYO-EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO

| | | |
|----|---|----|
| No | Realiza el autocuidado | Si |
| Si | Regula el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado | Si |

1.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

El proceso de atención de enfermería incluye valoración, diagnóstico enfermero, planeación, establecimiento de resultados y evaluación. Las enfermeras utilizan la valoración y el juicio clínico para formular hipótesis, o explicaciones, sobre la presencia de problemas reales o potenciales, riesgos y/o oportunidades de promoción de la salud. Todos estos pasos requieren del conocimiento de ciertos conceptos de enfermería subyacente para que se puedan identificar los patrones en los datos clínicos y para hacer un diagnóstico exacto.



Antes de iniciar una valoración es necesario tener conocimientos sobre los conceptos clave o enfoque de los diagnósticos enfermeros. Algunos ejemplos de conceptos críticos para la práctica enfermería incluyen respiración, eliminación, termorregulación, comodidad física, autocuidado e integridad de la piel. El entendimiento de estos conceptos permite a las enfermeras identificar patrones en los datos y hacer un diagnóstico exacto.

1.2.1 Valoración: La valoración, la primera etapa del PAE, es el proceso organizado y metódico de recoger información procedente de diversas fuentes, verificar, analizar y comunicar datos sistemáticamente, a fin de identificar el estado integral de salud de la persona o grupos; debe ser sistematizada y premeditada; es un proceso intencionado que se basa en un plan para recoger información exacta y completa para facilitar las siguientes etapas.

Cuando el profesional de enfermería realiza la valoración aplica el razonamiento crítico y simultáneamente, también sintetiza su conocimiento, experiencias, estándares y actitudes con base al conocimiento de las ciencias naturales, humanísticas y sociales.

Existen diferentes modelos o esquemas para organizar los datos obtenidos en la valoración, éstos pueden variar de acuerdo a la normativa de la institución o el estado de salud de la persona: como ejemplo tenemos los marcos de referencia basados en la teoría de enfermería de Dorothea Orem.

TIPO DE DATOS

Datos subjetivos: se refieren a la percepción de la persona con respecto a su estado de salud y a su forma de expresarse o responder ante los problemas o preocupaciones que tienen.

Datos objetivos: son aquellos susceptibles de ser observados y medidos (cuantificables) por el profesional de salud, se obtienen durante la entrevista y la observación.

Datos de antecedentes: se refieren a las situaciones de salud o enfermedad ocurridas con anterioridad

Datos actuales: comprenden los hechos que están ocurriendo en el momento presente.

1.2.2 Diagnóstico enfermero: Esta segunda etapa del PAE definido en 1990 por la asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) como juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales proporcionan las bases para la selección de aquellas actuaciones de lo que enfermería es responsable de tratar.

El diagnóstico de enfermería es la fase que comprende un proceso de análisis-síntesis para emitir un juicio y/o conclusión sobre el estado de salud de la persona ante sus

preocupaciones, necesidades o problemas de salud, reales o potenciales.

Componentes:

1. Etiqueta (enunciado problema): proporcionan un nombre al diagnóstico; es un término o frase concisa con el que se representa un patrón de claves relacionadas; puede incluir modificadores.
2. Definición: proporcionan una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
3. Características definitorias: grupo de claves (signos, síntomas y factores de riesgo); inferencias observables que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero. Aparecen en los diagnósticos reales de salud.
4. Factores relacionados: factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes en el diagnóstico.
5. Factor de riesgo: factores ambientales, psicológicos, genéticos o químicos que incrementen la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento saludable.

NOMINACION DEL DIAGNOSTICO

En esta fase se describe el diagnóstico de enfermería; para realizarlo se sugiere el formato PES (P, problema o respuesta humana; E, etiología y S, signos y síntomas), cuando es real; y cuando es de riesgo se utiliza el PF(P, problema, y F, factor de riesgo).

1.2.3 Planeación/ Intervención:

La planeación es la tercera etapa del proceso de atención de enfermería (PAE); en ella se seleccionan las intervenciones de enfermería, una vez que se han analizado los datos de valoración y se ha llegado al diagnóstico de enfermería. Se trata de establecer intervenciones de enfermería que conduzcan a las personas a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.¹⁴

Etapas:

Establecimiento de prioridades

¹⁴ Diagnostico Enfermeros, definición y clasificación 2015-2017, Nanda Internacional, Edición hispanoamericana, Elsevier, P.P 21-25

Cuando se ha identificado más de un diagnóstico de enfermería, es necesario establecer un orden de prioridad entre ellos, para orientar las intervenciones; para establecer dicha prioridad, se debe consensuar con la persona, a fin de fortalecer la relación terapéutica y evitar errores y pérdida de tiempo.

Por tanto, para fines de enseñanza de esta etapa es necesario determinar cuál es el criterio de priorización fundamentado, para que entendamos porque un diagnóstico tiene prioridad sobre el otro.

FORMULACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS Y OBJETIVO DE CUIDADOS

También se denominan objetivos de resultados. Se elaboran una vez que se han priorizado los diagnósticos; de esta manera, un objetivo es la evolución de la persona o la modificación deseada de su comportamiento; es una forma de proyección de la respuesta esperada, observa los comportamientos que manifiestan cambio biológico, afectivo, cognoscitivo, social, espiritual. Se describen en termino de respuesta observables, en el paciente; determinan que espera lograr el profesional de enfermería con las intervenciones seleccionadas, según el caso.

Los objetivos de resultado, o criterio de resultado, son considerados como los criterios mensurables que se utilizan para evaluar si se ha logrado el objetivo.

Nursing Outcomes Clasification (NOC), que son una terminología y unos criterios estandarizados para resultados mensurables, que han de especificarse antes de elegir las intervenciones, ya que servirán como criterios comparativos para evaluar las intervenciones de enfermería determinadas; los resultados describen conductas, respuestas, sentimientos de la persona ante los cuidados administrados.

1.2.4 Ejecución: La ejecución constituye la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería, en la cual se pone en marcha el plan de cuidados y está enfocada en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan a la persona a lograr los objetivos deseados. Es necesario tomar en cuenta que las acciones deben ser éticas y seguras.

Esta etapa debe demostrar flexibilidad en el plan de cuidados, ya que puede haber cambios en el estado de salud del paciente y en los recursos disponibles del hospital o área física.

El profesional de enfermería ejecuta planes de cuidados, en diversos ambientes de atención sanitaria, como hospitales, domicilios, centros de enfermos crónicos, escuelas, etcétera.

1.2.5 Evaluación: La evaluación es la última y quinta etapa del PAE: se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Es el instrumento que poseen las enfermeras para medir la calidad de los cuidados que realizan, y de esa forma determinar si los planes han sido eficaces, si necesitan introducir cambios o, por el contrario, se dan por finalizados.

La evaluación tiene como propósito fundamental determinar el progreso de las personas o grupos para mejorar, aliviar o recuperar su estado de salud. Su repercusión es directamente proporcional a la satisfacción de las personas que han entrado en el sistema del cuidado de la salud.

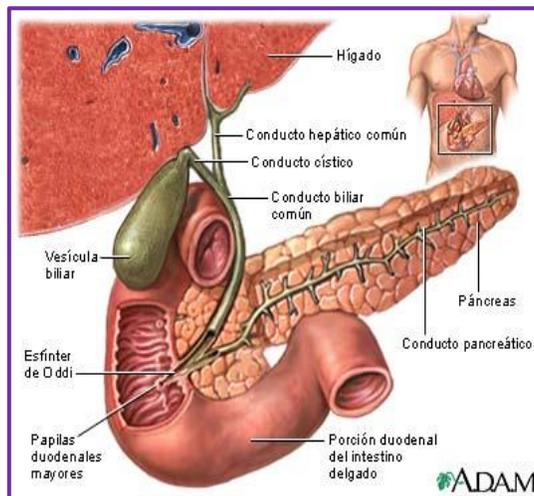
En este sentido, los dos criterios más importantes que valora la enfermería son la eficacia y la efectividad de las actuaciones.¹⁵

¹⁵ Potter, P. Perry, A. G. , Fundamentos de Enfermería, 5ª, ed., Elsevier, Barcelona, 2002, p.p 116-122

1.3 ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA VESICULA BILIAR

La vesícula biliar, es una pequeña bolsa de 7 a 10 cm de longitud y de 3 a 5cm de ancho, con capacidad de 35 a 50ml, tiene la forma de una pera con su fondo dirigido hacia abajo y hacia delante y su cuello que desemboca en los conductos biliares, dirigidos hacia atrás y hacia arriba. Se encuentra adherida por el peritoneo al parénquima hepático. Se divide en cuatro porciones anatómicas: Fondo, Cuerpo, infundíbulo y cuello.¹⁶

El fondo representa el extremo ciego y redondeado que normalmente se extiende más allá del borde hepático, puede estar muy acodado y tener el aspecto de un gorro frigio; es la parte del órgano que contiene mayor cantidad de musculo liso, a diferencia del **cuerpo** que es la zona principal de almacenamiento y contiene en su mayor parte tejido elástico. El cuerpo de la vesícula se reduce de diámetro hasta formar el cuello, que tiene forma de embudo y se continúa con el cístico, corresponde a la segunda porción del transverso. **El cuello** por lo general hace una curva que puede distenderse para formar una dilatación que se conoce como **infundíbulo** o bolsa de Hartman. El cuello de la vesícula corresponde por de la vena porta, por primera porción del duodeno.



re reduce de diámetro hasta tiene forma de embudo y cístico, corresponde a la duodeno o colon lo general hace una curva puede distenderse para se conoce como Hartman. El cuello de la arriba a la rama derecha debajo descansa sobre la

Constitución Anatómica

La pared de la vesícula está constituida por musculo liso, musculo elástico y tejido fibroso y su luz esta revestida de epitelio columnar alto que contiene colesterol y lóbulos de grasa. El moco secretado hacia la vesícula biliar se origina en las glándulas tubulares alveolares que contienen las células globulares de la mucosa, los cuales revisten el infundíbulo y el cuello.

¹⁶ Cirujano General. Volumen 25 número 2, abril-junio 2003 “Mecanismos fisiopatogenicos de la pancreatitis aguda. Asociación Mexicana de la cirugía general.

Circulación e Inervación

Es irrigada por la arteria cística, una rama de la arteria hepática derecha que se bifurca por detrás del conducto cístico. Tiene un diámetro aproximado de 2mm y sigue un trayecto de longitud variable por arriba del cístico, hasta que desciende a la superficie peritoneal de la vesícula y se ramifica.

La circulación venosa ocurre a través de pequeñas venas con desembocadura directa en el hígado desde la vesícula y una vena cística grande, que regresa la sangre hacia la vena porta derecha. La linfa fluye directamente desde la vesícula hasta el hígado y drena en varios ganglios que se encuentran sobre la superficie de la vena porta. Los nervios tienen su origen en el plexo celiaco y están localizados al largo de la arteria hepática. Los nervios motores están constituidos por fibras vegetales mezcladas con fibras posganglionares del ganglio celiaco. El nivel simpático pre ganglionar se encuentra en las vértebras torácicas (T8, T9). Los estímulos sensoriales provienen de fibras de los nervios simpáticos que llegan al plexo celiaco por el ganglio de la raíz posterior a (T8, T9)

La vesícula entra al colédoco a través del cístico, el cual tiene una longitud variable, en promedio 4 cm y este a su vez se une al conducto hepático común formando un ángulo agudo, y la rama derecha de la arteria hepática se encuentra inmediatamente detrás del mismo. Las variaciones del cístico tienen importancia quirúrgica y guardan relación con el punto de unión y el conducto hepático común. Puede seguir un trayecto paralelo al conducto hepático común y de hecho adherirse al mismo, o puede estar muy largo y unirse al colédoco al nivel del duodeno. Por otra parte, puede haber agenesia del cístico o este estar demasiado corto y darse una unión muy alta con el conducto hepático.

El colédoco tiene una longitud aproximadamente de 8 a 11.5 cm y un diámetro de 6 a 10 mm. La porción superior está situada en el borde libre del ligamento hepato duodenal, a la derecha de la arteria hepática propia y por delante de la vena porta. El tercio medio del colédoco forma una curva a la derecha por detrás de la primera porción del duodeno, donde se separa de la vena porta y de las arterias hepáticas. El tercio inferior se curva más a la

derecha por detrás de la cabeza del páncreas, en el que forman un surco, y desemboca en el duodeno a través del ámpula de váter, donde a menudo se le une al conducto pancreático. A las porciones del colédoco también se les denomina de acuerdo a sus relaciones con las vísceras intestinales, se les han aplicado los términos supra pancreático, intra pancreáticos e intraduodenal.

1.3.1 FISIOLOGÍA DE LA VESÍCULA BILIAR

La vesícula biliar almacena y concentra la bilis. En ella se absorben en forma selectiva sodio, cloro y agua, en tanto que la absorción del potasio y calcio es menos completa y la concentración de bicarbonato en la bilis de la vesícula es el doble que en el plasma. Esta absorción de agua y electrolitos da lugar a una concentración diez veces mayor de sales biliares, pigmentos biliares y colesterol que las correspondientes en la bilis hepática. La mucosa de la vesícula tiene mayor capacidad de absorción por área unitaria que cualquier estructura del organismo y en circunstancias normales esta rápida absorción impide que eleve la presión en el sistema biliar.¹⁷

La bilis. Es una sustancia líquida verde y de sabor amargo producida por el hígado de muchos vertebrados. Interviene en los procesos de digestión funcionando como emulsionante (parecido a los catalizadores) de los ácidos grasos (es decir, las convierten en gotitas muy pequeñas que pueden ser atacadas con más facilidad por los jugos digestivos). La bilis en ocasiones puede ser causada por corajes acumulados, preocupaciones, miedos, etc.

Su secreción es continua gracias al hígado, y en los periodos interdigestivos se almacena en la vesícula biliar, y se libera al duodeno tras la ingesta de alimentos.

La bilis está compuesta de agua, colesterol, lecitina (un fosfolípido), pigmentos biliares (bilirrubina y biliverdina), sales biliares (glicocolato de sodio y taurocolato de sodio) e iones

¹⁷ Dr. Isauro Gutiérrez, Dr. Arturo Domínguez Maza; "Mecanismos fisiopatogénicos de la pancreatitis aguda. Cirujano General. Volumen 25 número 2, abril-junio 2003. Asociación Mexicana de la cirugía general.

bicarbonato. Se le conoce coloquial y vulgarmente con el nombre de hiel. La producción de bilis es de 600-100 ml/día.

Composición de la bilis

- ✓ Electrolitos y agua
- ✓ Pigmentos biliares
- ✓ Proteínas
- ✓ Lípidos: fosfolípidos, colesterol, ácidos biliares.

Funciones de la bilis. La bilis actúa hasta cierto punto como un detergente, ayudando a emulsionar las grasas (disminuyendo la tensión superficial de las grasas para ayudar a que actúen las enzimas), y facilitar así su absorción en el intestino delgado. Los compuestos más importantes son las sales de ácido taurocólico y ácido deoxicólico. Las sales biliares se combinan con fosfolípidos para romper los glóbulos de grasa en el proceso de emulsión, asociando su lado hidrofóbico con los lípidos y su lado hidrofílico con el agua. Las gotitas emulsionadas se organizan entonces en micelas que aumentan la absorción. Ya que la bilis aumenta la absorción de grasas, es importante también para la absorción de las vitaminas liposolubles: D, E, K y A. ¹⁸

Además de su función digestiva y penetrante, la bilis sirve como ruta de excreción para el producto resultante de la ruptura de la hemoglobina (bilirrubina) creado por el bazo, que da a la bilis su color característico. También neutraliza cualquier ácido en exceso del estómago antes de que entre en el íleon, la sección final del intestino delgado.

Las sales biliares son bactericidas, y eliminan los microbios que entran con la comida y también son detoxificantes, en especial para el alcohol en exceso y para algunos fármacos.

¹⁸ Martín L. Vázquez J. Litiasis biliar. En: Ponce J, Gomollón F., Martín de Arggilia C, Minguez M, Miño G, Eds., Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas (AEG) DOYA, S.L, Barcelona, 2001

La secreción de moco en cantidades de 20 mm en 24 horas, protege a la mucosa de la acción lítica y facilita el paso de estas a través del cístico. Este moco constituye la bilis incolora que se encuentra en el hidrocolecisto.

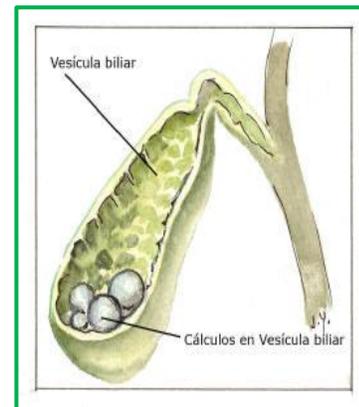
La actividad motora es una función decisiva, ya que el paso de la bilis hacia el duodeno requiere de la contracción vesicular coordinada y la relajación del esfínter de ODDI. La vesícula se vacía después de la estimulación humoral o nerviosa. El principal estímulo es la colecistocinina, la cual es liberada por la mucosa intestinal en respuesta al contacto con alimentos, sobre todo las grasas que entran al duodeno. Tras la inyección de colecistocinina, la vesícula comienza a contraerse en un lapso de 2 a 2 cm y a los 30 min. Ya se evacuaron dos tercios del contenido de la misma.

La colecistocinina también relaja la porción terminal del colédoco, y el esfínter de Oddi y la muscularidad duodenal. La estimulación simpática esplécnica inhibe la actividad motora vesícula; en tanto que el vago estimula la contracción. Una vesícula que contiene cálculos, debe extirparse al mismo tiempo que se realiza la vagotomía en vista de la frecuencia significativa de colecistitis postoperatoria temprana en estas condiciones.

1.4 PATOLOGÍAS DE LA VESÍCULA BILIAR

1.4.1 COLECISTITIS AGUDA

La patología de la colecistitis aguda está en relación generalmente con la obstrucción del flujo biliar, causada un cálculo enclavado en el cuello o en el cístico que desencadena el cuadro inflamatorio agudo con distensión vesicular, edema y compromiso de la irrigación, a lo que agrega proliferación bacteriana; la progresión puede llevar



por
se
al

empiema vesicular o a la necrosis y gangrena con perforación en cavidad libre (peritonitis) o perforación a la vía digestiva con la formación de fístulas e incluso producir obstrucción intestinal (íleo biliar) por el pasaje de cálculos grandes. En algunos casos puede suceder la movilización del cálculo que obstruía la vesícula y regresar el cuadro clínico si la patología no está muy avanzada, pero permanecen latentes las condiciones para un nuevo cuadro agudo.¹⁹

1.4.1.1 CUADRO CLÍNICO

- ❖ En el 80% de los casos de colecistitis aguda existe historia previa de sintomatología vesicular, el cuadro agudo se presenta generalmente en forma brusca y en otros casos puede ser progresivo. El síntoma más común es el dolor intenso en cuadrante superior derecho o en epigastrio con irradiación escapular en el 40% de los casos, se acompaña de náuseas y vómitos en el 85%.
- ❖ Al examen clínico se encuentra dolor en hipocondrio derecho con hiperestesia y defensa muscular; en algunos casos puede palparse la vesícula y en otros la presencia de un plastrón vesicular después de varias horas. Es común la presencia de fiebre con o sin escalofríos previos. La ictericia es relativamente poco frecuente, así

¹⁹ Horton JD, Bilhatrz LE. Litiasis biliar y sus complicaciones. En: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger M, eds. Sleisenger Et. Fordtran. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. 7ma Edición, Editorial Médica Panamericana, S.A., Buenos Aires, 2004 :1126-1152

como la coluria, generalmente se deben a edema u otra forma de obstrucción de las vías biliares.

- ❖ El diagnóstico diferencial debe hacerse con otros cuadros de abdomen agudo y con algunos procesos dolorosos extra abdominales.
- ❖ Los exámenes de laboratorio casi siempre demuestran leucocitosis; el aumento de bilirrubina corrobora la ictericia lo mismo que la detección de elementos biliares en la orina.
- ❖ El examen auxiliar más útil para el diagnóstico es la ecografía o la TAC, a falta de estos puede ser útil la radiografía simple de abdomen e incluso una colangiografía endovenosa, estos estudios pueden demostrar cálculos radiopacos, presencia de gas en vesícula (infección por Clostridium) o aire por la presencia de una fístula.
- ❖ Antecedente de litiasis vesicular.
- ❖ Mayor incidencia en adultos 30-80 años, en la mujer más frecuente (multiparidad, hernia umbilical, colelitiasis).
- ❖ Impactación de cálculos en el cístico o bacinete ocasiona obstrucción.
- ❖ Presión directa del cálculo sobre la pared, produce isquemia, ulceración, edema, perforación. Inflamación perivesicular. Perforación. Fístula biliar.
- ❖ Infección de la bilis y la pared vesicular. 75%.

1.4.1.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- ❖ Fiebre
- ❖ Náuseas, vómitos
- ❖ Dolor abdominal: HCD.
- ❖ Signo de Murphy
- ❖ Vesícula palpable
- ❖ Ictericia
- ❖ Reacción peritoneal: rebote positivo.

1.4.1.3 TRATAMIENTO

Desde hace muchos años se discute sobre la necesidad de una intervención quirúrgica de urgencia; se han esgrimido múltiples razones por uno y otro lado; sin embargo está plenamente aceptado que el tratamiento operatorio, sea de urgencia o electivo es el procedimiento más adecuado; como conclusión de esta discusión se puede afirmar que la oportunidad de la operación debe estar con relación a la evolución del cuadro clínico; si progresa en su gravedad se impone la cirugía de urgencia, pero si la evolución es satisfactoria la operación puede ser postergada. La cirugía laparoscópica es la mayormente utilizada. El tratamiento médico debe iniciarse de inmediato con hidratación y antibióticos.

- ❖ Colecistectomía temprana en las primeras 72 horas.
- ❖ Colecistectomía diferida 4-6 semanas después, cuando tienen más de 72 horas.
- ❖ Antibiótico.
- ❖ Hidratación
- ❖ Analgésicos.

1.4.1.4 COMPLICACIONES

En la evolución de las colecistitis agudas pueden presentarse complicaciones como perforación en cavidad libre (peritonitis aguda) o perforación crónica al ser bloqueada, generalmente por epiplon con formación de abscesos subhepáticos o intrahepáticos. Fístulas, las más frecuentes son al duodeno, le siguen con menos frecuencia al colon y al estómago; por las fístulas pueden pasar cálculos desde la vesícula, si son de gran tamaño producen obstrucción al detenerse en la válvula iliocecal, cuando se trata de fístulas colecistoduodenales. Las colangitis y pancreatitis se presentan por la obstrucción del colédoco terminal al migrar los cálculos.

1.5 COLECISTITIS CRÓNICA

La colecistitis crónica asociada con litiasis o sin cálculos, es la patología más frecuente por la que se practican intervenciones quirúrgicas de la vesícula y vías biliares. Se Presenta en pacientes por encima de los 40 años de edad, más raramente en menores, es más frecuente en el sexo femenino en proporción de 3 a 1, especialmente en mujeres obesas y multíparas.

El estudio anatomopatológico demuestra inflamación crónica de la mucosa y frecuentemente de las otras capas de la pared vesicular, secundaria a litiasis o a infecciones repetidas; en más del 90% de los casos la colecistitis crónica se acompaña de cálculos vesiculares. Debido a la inflamación, en ocasiones la vesícula puede estar distendida y en otras retraídas por fibrosis (vesícula escleroatrófica).

1.5.1 CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico suele ser muy variable y confundirse con otros trastornos, puede presentarse con un ataque de dolor inicial o con síntomas poco manifiestos e incluso algunos casos pueden cursar asintomáticos; la sintomatología a menudo se presenta por episodios periódicos variables en acentuación y regresión.

El dolor es el más frecuente de los síntomas, de intensidad variable que va desde una leve dolorabilidad hasta muy intenso (cólico biliar), acompañado a veces de náuseas y vómitos; el dolor se produce por distensión vesicular o por espasmos de la musculatura del órgano, se localiza en epigastrio e hipocondrio derecho, se irradia con frecuencia hacia la región escapular y al hombro derechos; cuando se manifiesta como una dolorabilidad persistente se presenta generalmente el signo de Murphy positivo que indica dolor en el punto cóstico.

Otra manifestación sintomatológica es la dispepsia desencadenada o agravada por ingestión de alimentos grasos; los síntomas de la dispepsia son distensión abdominal postprandial, a menudo con eructos, digestión lenta, flatulencia y halitosis; náuseas y vómitos suelen acompañar a la dispepsia, aunque generalmente se presentan con el dolor cólico.

El examen clínico no demuestra mayores signos, en algunos pacientes puede encontrarse el signo de Murphy positivo; ocasionalmente se observa ictericia y coluria, sin embargo en la mayoría de estos casos existe patología de vías biliares asociada.

1.5.2 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de colecistitis crónica se basa en la historia clínica sobre todo en la anamnesis; la ecografía es el examen auxiliar más utilizado en la actualidad para confirmar el diagnóstico precisando el contenido vesicular y el estado de su pared. La TAC es otro examen de gran importancia para el diagnóstico, pero menos utilizada que la ultrasonografía, sobre todo por motivos económicos. Los estudios radiográficos de colecistografía y colangiografía aún son utilizados en lugares donde no se cuenta con equipos y/o especialistas en ecografía y TAC.

1.5.3 TRATAMIENTO

El tratamiento de las colecistitis crónicas es esencialmente quirúrgico, la colecistectomía es la técnica por excelencia, siendo la cirugía laparoscópica la que ha ido desplazando en la actualidad a la laparotomía o cirugía convencional, que ha quedado reducida para algunos casos muy especiales o cuando se presentan complicaciones con la cirugía laparoscópica. El tratamiento médico es solamente sintomático y temporal, salvo algunos casos cuya cirugía es de gran riesgo.

1.6 DISCINESIAS

Son alteraciones de las funciones de almacenamiento y vaciamiento de la vesícula que incluye el flujo biliar hasta el intestino. Su origen puede ser funcional (hormonal, neurovegetativo, etc.) o por causas orgánicas que producen subobstrucción del cístico o de la ampolla de Vater, que ocasiona trastornos de la evacuación. La sintomatología es parecida

a la colecistitis crónica. El tratamiento es en principio médico, si no hay respuesta debe ser sometido a colecistectomía.

1.7 COLECISTOSIS

Se refieren a diversas colecistopatías crónicas proliferativas y/o degenerativas sin mayor compromiso inflamatorio. La colesterosis consiste en la precipitación de ésteres de colesterol en la mucosa vesicular, llamada “vesícula fresa” por el aspecto parecido a esta fruta; otras veces toma el aspecto de poliposis por la misma causa. Otra forma de colecistosis es la hialinocalcinosis llamada “vesícula en porcelana” o “vesícula calcárea” por su aspecto de cáscara de huevo.

Las colecistosis se asocian con litiasis e inflamación de la mucosa en 50% de los casos. El cuadro clínico tiene similitud con la colecistitis crónica y el tratamiento recomendable es la cole-cistectomía.

1.8 CÁLCULOS BILIARES

Son depósitos duros y similares a cristales de roca que se forman dentro de la vesícula biliar. Estos cálculos pueden ser tan pequeños como un grano de arena o tan grandes como una pelota de golf.

CAUSAS

Los cálculos biliares de colesterol se forman por alteración en el metabolismo de los ácidos biliares y del colesterol, mientras que los pigmentarios por anomalía del metabolismo de la bilirrubina. Existen una serie de factores claramente asociados a un mayor riesgo de producción de cálculos biliares.

La causa de los cálculos biliares varía. Hay dos tipos principales de estos cálculos:

CÁLCULOS COMPUESTOS DE COLESTEROL:

Los cuales son de lejos el tipo más común. Estos cálculos no tienen nada que ver con los niveles de colesterol en la sangre. Pueden desarrollarse a partir de tres vías:

- A través de los alimentos ingeridos
- Procedente de la circulación y de otros tejidos
- Mediante las síntesis de colesterol en el propio organismo a partir del ácido acético.

Cuando hay un exceso de colesterol, el hígado lo elimina de varias formas:

- ✓ Es transformado en ésteres de colesterol y liberado a la circulación sanguínea mediante la secreción de VLDL.
- ✓ Es convertido en ácidos biliares.
- ✓ Es excretado directamente en la bilis como colesterol libre.

En la bilis, el colesterol es transportado mediante dos vehículos: vesículas y micelas formadas por colesterol y lecitina. Cuando en la bilis existe un exceso de colesterol, las vesículas son inestables y tienden a fusionarse, dando lugar a cristales líquidos que son muy inestables y pueden convertirse en cristales sólidos, originando los cálculos.

CÁLCULOS PIGMENTADOS

Se forman cuando la bilis contiene un exceso de bilirrubina, por el defecto de las bacterias sobre la bilirrubina, por destrucción excesiva de glóbulos rojos. Se pueden manifestar:

Negros. Suelen ser pequeños, de forma irregular y de aspecto amorfo al corte. Se forman en la vesícula y están compuestos por bilirrubinato cálcico, polímeros de bilirrubina, carbonato cálcico y fosfato cálcico.

Ocre. (cálculos de bilirrubinato cálcico) poseen capas alternantes de bilirrubinato cálcico y sales cálcicas de ácidos grasos. Pueden formarse en la vesícula y/o los conductos biliares. La sobresaturación de la bilis por bilirrubina libre desempeña un papel central en la formación de los cálculos pigmentarios. Si bien el hígado excreta en la bilis casi exclusivamente bilirrubina conjugada, existe también una pequeña fracción de bilirrubina libre, insoluble en agua, que está aumentada en la bilis de pacientes con colelitiasis.

Los cálculos biliares son más frecuentes en las mujeres, obesos, embarazo, dieta y en personas mayores de 40 años de edad. Estos cálculos también pueden ser hereditarios.

Los siguientes factores también pueden hacerlo a uno más propenso a la formación de cálculos biliares:

- Trasplante de médula ósea o de órganos sólidos.
- Diabetes.
- Insuficiencia de la vesícula biliar para vaciar la bilis apropiadamente (más probable durante el embarazo).
- Cirrosis hepática e infecciones de las vías biliares (cálculos pigmentarios).
- Afecciones médicas que provocan que el hígado produzca demasiada bilirrubina, como anemia hemolítica crónica, con inclusión de anemia drepanocítica.
- Pérdida rápida de peso, particularmente consumir una dieta muy baja en calorías o después de una cirugía bariátrica.
- Recibir nutrición a través de una vena por tiempo prolongado (alimentaciones intravenosas).

1.8.1 SÍNTOMAS

Muchas personas con cálculos biliares nunca han tenido ningún síntoma. Los cálculos biliares con frecuencia se descubren cuando se toman radiografías de rutina, en una cirugía abdominal u otro procedimiento médico.

Sin embargo, si un cálculo grande bloquea el conducto cístico o el conducto colédoco (coledocolitiasis), se puede presentar un dolor de tipo cólico desde la mitad hasta la parte superior derecha del abdomen, lo cual se conoce como cólico biliar. El dolor desaparece si el cálculo pasa hacia la primera parte del intestino delgado (el duodeno).

Los síntomas que se pueden presentar abarcan:

- Dolor en la parte superior derecha o media del abdomen que:
 - Puede ser constante;
 - Puede ser agudo, tipo calambre o sordo;
 - Puede irradiarse a la espalda o debajo del omóplato derecho.
- Fiebre
- Coloración amarillenta de la piel y de la esclerótica de los ojos (ictericia)

Los síntomas adicionales que pueden estar asociados con esta enfermedad comprenden:

- Heces color arcilla
- Náuseas y vómitos

Es importante acudir a un médico si se tiene síntomas de cálculos biliares.

1.8.2 PRUEBAS Y EXÁMENES

Los exámenes para detectar la presencia de cálculos biliares o inflamación de la vesícula biliar abarcan:

- Ecografía abdominal
- Tomografía computarizada abdominal
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)
- Gammagrafía de la vesícula biliar con radionúclidos
- Ecografía endoscópica
- Colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM)
- Colangiografía transhepática percutánea (CTHP)

El médico puede ordenar los siguientes exámenes de sangre:

- Bilirrubina
- Pruebas de la función hepática
- Enzimas pancreáticas

1.8.3 TRATAMIENTO

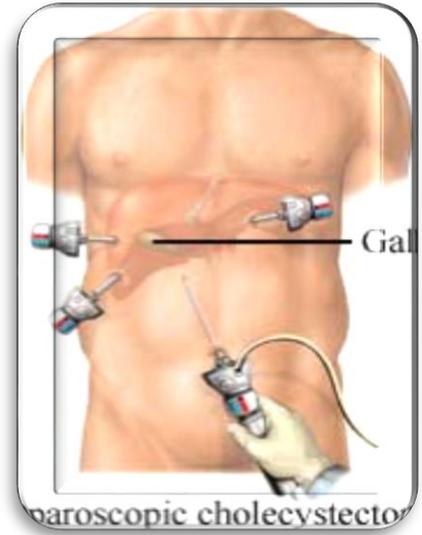
CIRUGÍA

Algunas personas tienen cálculos biliares y nunca han tenido ningún síntoma. Es posible que no se encuentren cálculos biliares hasta que se haga una ecografía por otra razón. La cirugía por lo regular no es necesaria, a menos que empiecen los síntomas. Una excepción es en los pacientes que se someten a cirugía para bajar de peso.

En general, los pacientes que tengan síntomas necesitarán cirugía ya sea inmediatamente o después de un corto período de tiempo.

En la actualidad, se utiliza con mayor frecuencia una técnica llamada colecistectomía laparoscópica.

En este procedimiento, se hacen incisiones quirúrgicas más pequeñas que permiten una recuperación más rápida. Es la extirpación de la vesícula biliar mediante un laparoscopio que se introduce en la cavidad abdominal acerca el ombligo a través de una pequeña incisión. A los pacientes a menudo se les da salida del hospital el mismo día de la cirugía o a la mañana siguiente.²⁰



Pos-operatorio

Los pacientes toleran la vía oral y deambulan luego de 6 horas de la cirugía y el dolor postoperatorio es bastante bien tolerado.

En general la evolución de estos pacientes permite su alta del Hospital en las 24 ó 48 horas postoperatorias

1.8.4 COMPLICACIONES

1. En la introducción de los trócares
2. Complicaciones por el CO₂
3. Lesiones de la vía biliar
4. Hemorragias.

²⁰ Guía Clínico Terapéutico. Diagnóstico y tratamiento de la Colecistitis aguda y colelitiasis Aguda. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. 30 marzo 2004 . Disponible en :<http://salud.gob.mx:8080/JPSCenetec/archivosGPC>

1.8.5 VENTAJAS

1. Menos dolor luego de la intervención
2. Más rápida recuperación
3. Más precoz el inicio de la rutina laboral
4. Más pequeñas heridas quirúrgicas
5. Menor impacto estético por heridas quirúrgicas
6. Más rápida tolerancia a la ingesta
7. Menor tiempo de estancia en el hospital

1.8.6 MEDICAMENTOS

Se pueden administrar medicamentos en píldoras llamados ácidos quenodesoxicólicos (AQDC) o ácido ursodesoxicólico (AUDC, Ursodiol) para disolver los cálculos de colesterol. Sin embargo, pueden tardar dos años o más en hacer efecto y los cálculos pueden retornar después de que el tratamiento termine.

En raras ocasiones, se introducen químicos dentro de la vesícula biliar a través de un catéter. El químico disuelve rápidamente los cálculos de colesterol. Este tratamiento no se utiliza con mucha frecuencia, debido a que es difícil de llevar a cabo, los químicos pueden ser tóxicos y los cálculos biliares pueden reaparecer.

Posibles Complicaciones

El bloqueo del conducto cístico o conducto colédoco por cálculos biliares puede causar los siguientes problemas:

- Colecistitis aguda
- Colecistitis crónica
- Colangitis
- Coledocolitiasis
- Pancreatitis

1.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las intervenciones de enfermería son acciones basadas en fundamentos científicos que se realizan para beneficio del paciente de un modo predecible relacionado con el diagnóstico de enfermería, las etapas para las intervenciones son:

1. Establecimiento de prioridades
2. Establecimiento de objetivos
3. Elaboración el plan de intervenciones
4. Documentación del plan

Kozier menciona que las intervenciones de enfermería o estrategias de enfermería son actividades que están relacionadas con un diagnóstico de enfermería específico y que una enfermera realiza para conseguir los objetivos del paciente, esta etapa requiere gran importancia en la identificación correcta de la etiología para determinar las intervenciones; una identificación correcta de la etiología durante la etapa de diagnóstico proporciona el marco para elegir intervenciones de enfermería eficaces.

Las intervenciones de enfermería son individuales; es decir, que trata de las necesidades físicas y emocionales concretas del paciente, deben centrarse en el factor o factores relacionados del diagnóstico de enfermería (componente). Considerar las fortalezas y debilidades del cliente o familia.

Las fortalezas son: los valores, la motivación, la inteligencia, el apoyo familiar, estimulación y los recursos económicos, etc.

Las debilidades son: la ausencia de motivación apoyo familiar, depresión, aislamiento social y/o barreras lingüísticas.

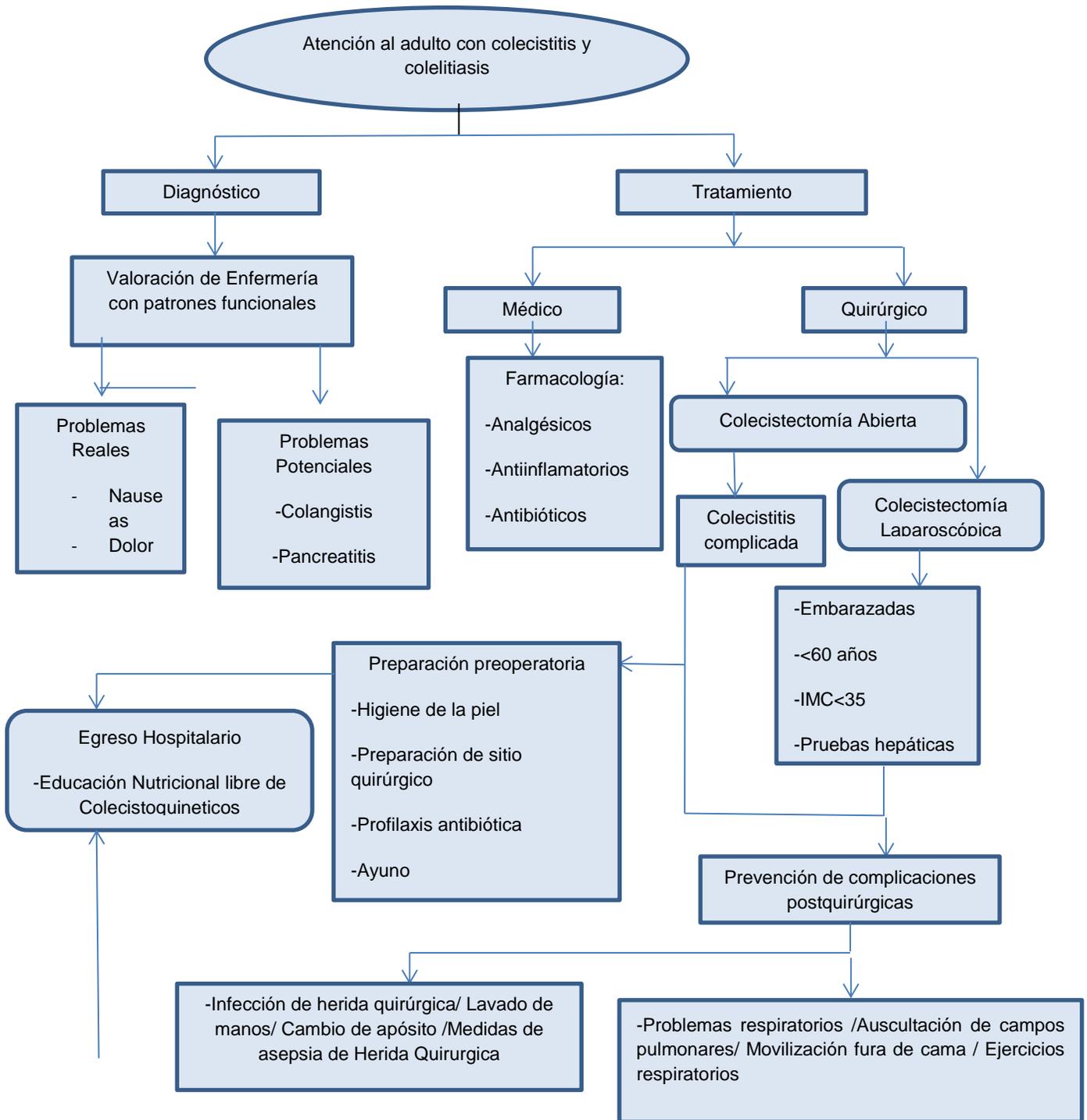
Debemos tener en cuenta la priorización del diagnóstico de enfermería, la urgencia y la gravedad de la situación, esto influye en la intervención de enfermería, es decir, que el problema pone en riesgo la vida del paciente.

Las intervenciones integran al paciente, familia y equipo de salud:

- La integración se consigue cuando el paciente participa en la planeación, asume un papel activo dentro de su restablecimiento.

- La participación de la familia es fundamental y útil para el paciente que no es capaz de expresar preferencias ni hacer sugerencias debido a trastornos en la conciencia, barreras lingüísticas, déficit de conciencia o de conocimientos.
- La participación de otros miembros del equipo de salud , son útiles para resolver problemas multidisciplinarios y determinar las intervenciones que sean específicas para el mismo paciente.

DIAGRAMA DE FLUJO



CAPÍTULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

El 30 de septiembre del 2015 ingresa paciente O.R.M de 69 años con antecedentes de HAS de 10 años de evolución en tratamiento con propanolol y clortalidona, DMT2 de 5 años de evolución tratada con glibenclamida.

Antecedentes Quirúrgicos: resección de tumor benigno de pulmón derecho hace 15 años, OTB hace 38 años.

Paciente inicia su padecimiento el 28 septiembre 2015 con dolor en flanco izquierdo con irradiación a región lumbar de intensidad 8/10 acompañado de náuseas y vomito.

A la exploración: paciente consciente orientada sin alteración neurológica, ruidos cardiacos sin soplos agregados, campos pulmonares con murmullo vesicular sin alteraciones, abdomen blando depresible doloroso hipocondrio derecho, perístalsis presente sin alteraciones, extremidades integras sin alteraciones.

G.C 79 / HB 12 / PLAQ 165,000 / TP 13

Diagnóstico de ingreso:

- Pancreatitis leve
- Infección de vías urinarias
Y Colecistitis crónica
- Enfermedad diverticular
- Desequilibrio hidroelectrolítico
- DM tipo 2 controlada
- HAS controlada
- Reflujo gastrointestinal

ANTECEDENTES HEREDITARIOS FAMILIARES

Abuelo paterno y materno desconoce datos.

Padre finado 74 años, desconoce causa y enfermedad de importancia

Madre finada 50 años desconoce causa y enfermedad de importancia

Hermanos: refiere 15 de los cuales uno vivo de 80 años con DM tipo 2 otros interrogados y negados.

NO PATOLOGICOS

Habita en casa propia construida de materiales perdurables, buena ventilación e iluminación.

Hábitos higiénicos: baño diario, con cambio de ropa interior y exterior, lavado de manos cuando es necesario, aseo bucal 2 veces al día.

Alimentación: refiere realizar 3 comidas al día con horario establecido más dos colaciones

Carne de res 5/7, pollo 2/7, puerco 1/7, leche 4/7, huevo 3/7, verduras 7/7, frutas 5/7, agua un litro al día

PERSONALES PATOLOGICOS

- Hipertensión arterial sistémica (HAS) de diez años de diagnóstico tratada con propanolol tabletas vía oral cada 12 horas y clortalidona
- Diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) de cuatro años diagnosticado y tratada con glibenclamida tableta 5mg cada 12 horas

Quirúrgicos: resección de tumor benigno de pulmón derecho hace 15 años, sin complicaciones ni secuelas, OTB hace 38 años por paridad satisfecha sin complicación.

Alergias: Negadas

Transfusiones: Negadas

Traumáticos: Fractura bilateral de muñeca hace 15 años segunda a caída, tratamiento quirúrgico sin complicaciones, ni secuelas.

AGO: Menarca a los 15 años, ritmo 28x3, dismenorrea, IVSA a los 18 años

PADECIMIENTO ACTUAL

Refiere inicio el día 28 septiembre 2015 aproximadamente a las 17 hrs inicia con dolor en región de epigastrio de inicio súbito de intensidad 10/10 en la escala subjetiva del dolor, tipo cólico, automedicado con tabletas de naproxeno sin presentar mejoría del cuadro, motivo por el cual acude al hospital, para su valoración.

PIEL Y MUSCULOESQUELETICO: refiere dolor articular en ambas manos de dos años de evolución; tratada esporádicamente con diclofenaco vía oral.

RESPIRATORIA: niega disnea de esfuerzo y reposo

DIGESTIVO: nauseas con un año de evolución, diarrea con seis meses de evolución

GENITOURINARIO: niega disuria, poliuria, dolor pélvico, incontinencia urinaria

CARDIOVASCULAR: adinámica

NEUROLOGICO: niega alteraciones del habla y pensamientos así como movimientos corporales.

ORGANO DE LOS SENTIDOS: interrogados y negados

SINTOMAS GENERALES: dolor abdominal

2.2 VALORACIÓN

Exploración física

Mujer de 69 años de edad; peso de 60 kilogramos. Talla 1.50 de .IMC: 26.67 Estado de desarrollo adulto. Con un puntaje de escala de Glasgow 15. La región craneal, normo cefálica con implantación completa de cabello; características del cabello: corto y suave.

También se realizó exploración física, de este modo podremos tener información más veraz comprobando los datos objetivos y subjetivos:

| REGIÓN EXPLORADA | DATOS ENCONTRADOS |
|------------------------|--|
| CABEZA Y CUELLO | Cara; tez morena, piel semi-maltratada secundario a la edad, ojos simétricos color café oscuros, oídos simétricos, conductos auditivos limpios, nariz ancha, narinas hidratadas. Labios hidratados, mucosa oral integral hidratada, piezas dentales incompletas por una incrustación en muela de lado izquierdo. Cuello: corto simétrico, con movimientos normales de todas las direcciones, sin dolor, no se palpan tumefacciones. |
| TÓRAX | Simétrico, piel morena, hidratada, glándulas mamarias aparentemente normales, campos pulmonares sin ruidos agregados, movimientos respiratorios uniformes. |
| ABDOMEN | Piel morena, hidratada, depresible, ruidos peristálticos presentes, cicatriz umbilical deprimida, limpia, sin mar olor cicatriz por previa cirugía de colecistectomía y colocación de penrose en abdomen. |

Se llevó a cabo un control de signos vitales para verificar la estabilidad en cada uno de estos, durante la estancia hospitalaria, pre, pos y trans operatorios vigilando principalmente la temperatura, tensión arterial, glicemia capilar.

El sombreado azul nos muestra una hipertensión: hospitalización- pre-operatorios

El sombreado rojo hipotensión e hipertermia: trans- operatorios – pos-operatorios

| FECHA | T/A | F.C | F.R | TEM | GC |
|----------|--------|-----|-----|------|-----|
| 29/10/15 | 100/60 | 70 | 20 | 36 | 110 |
| 30/10/15 | 140/70 | 68 | 20 | 36.5 | 108 |
| 01/11/15 | 140/70 | 66 | 20 | 36.8 | 108 |
| 02/11/15 | 150/80 | 66 | 20 | 37 | 108 |
| 03/11/15 | 120/70 | 66 | 20 | 36.8 | 100 |
| 04/11/15 | 140/80 | 70 | 20 | 36.5 | 110 |
| 05/11/15 | 160/70 | 70 | 22 | 36.8 | 110 |
| 06/11/15 | 160/80 | 68 | 24 | 36.8 | 180 |
| 07/11/15 | 130/70 | 68 | 18 | 36 | 144 |
| 08/11/15 | 130/70 | 64 | 20 | 36 | 108 |
| 09/11/15 | 130/70 | 68 | 18 | 37 | 108 |
| 10/11/15 | 130/70 | 72 | 18 | 37 | 108 |
| 11/11/15 | 90/60 | 90 | 18 | 37 | 108 |
| 12/11/15 | 150/70 | 88 | 20 | 37 | 108 |
| 13/11/15 | 70/50 | 80 | 20 | 36.6 | 108 |
| 14/11/15 | 80/50 | 82 | 20 | 36.6 | 108 |
| 15/11/15 | 130/70 | 80 | 20 | 36.6 | 108 |
| 16/11/15 | 130/80 | 78 | 18 | 36.6 | 72 |
| 17/11/15 | 170/90 | 72 | 20 | 36 | 72 |
| 18/11/15 | 90/70 | 74 | 19 | 38 | 72 |
| 19/11/15 | 120/60 | 70 | 19 | 36.2 | 72 |
| 20/11/15 | 110/70 | 80 | 20 | 36.5 | 144 |
| 21/11/15 | 110/70 | 78 | 19 | 36.5 | 108 |
| 22/11/15 | 130/80 | 80 | 20 | 36.8 | 108 |
| 23/11/15 | 130/70 | 75 | 22 | 36.8 | 144 |
| 24/11/15 | 140/70 | 75 | 20 | 37 | 72 |

Cédula de valoración Orem

A) FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Nombre: O. R. M Edad: 69 años

ORIENTACIÓN SOCIOCULTURAL

Sexo: Femenino Escolaridad: 3ro de Primaria Religión: **Católica**

Estado Civil: Casada Ocupación: Ama de casa

Lugar de nacimiento: Oaxaca Teléfono: 57 73 34 69

FACTORES AMBIENTALES:

Domicilio: Av. Universidad Súper Manzana 3, Manzana 9 Lote 2 Ejército Constitucionalista

Área Geográfica: Urbano (x) Suburbano () Rural () Marginada ()

Vivienda: Propia: (x) Rentada () Otra _____

Tipo de Construcción: Concreto (X) Tabique () Lamina () Madera ()

Piso: Cemento (X) Loseta () Tierra () Mixto () Especifique: _____

Número de Habitaciones: 4 Ventilación e Iluminación: SI (X) NO ()

Animales Domésticos: Perros () Gatos (X) Otros:

La convivencia con los animales es : Interna (X) Externa ()

Fauna Nociva SI () NO (X) Cual: _____

Servicios Intradomiciliarios Pavimentación: (Si) Agua : (Si) Luz (Si)
Drenaje (SI)

Manejo de Desechos (NO) Como: _____

Tipo de Combustible para cocinar: Gas (X) Petróleo () Leña ()

Servicios Extradomiciliarios: Pavimentación (Si) Agua (Si) Luz (Si)

Drenaje (X) Recolector de Basura (X)

Medios de Comunicación: T.V (X) Radio (X) Periódico ()

Internet (X) Computadora ()

Teléfono (Si) Correo (Si)

Transporte Público: Metro (X) RTP () Microbús () Otros: Metrobus

DISPONIBILIDAD Y ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS:

Hospitales (X) Clínicas (X) Consultorios () Farmacias (X) Otros:

Centros Educativos: Primarias (Si) Secundarias (Si) Preparatorias (Si)

Universidades ()

Otros: _____

Centros comerciales (X) Mercados (X) Tianguis (X) Parques (X)

Cine () Teatros () Centros Recreativos () Centro Deportivos ()

PATRONES DE VIDA

Ejercicios que practica con frecuencia: **Camina por el parque todas las tardes, durante 30 minutos**

A que se dedica en su tiempo libre: **Le gusta tejer**

Tiempo que le dedica: **2 horas diarias aproximadamente**

Rutina del día: Despierta a las 8:30 am, se baña diariamente, con cambio de ropa dos veces por día, mira la televisión mientras cocina, realiza el aseo de su hogar tres veces por semana, recoge a su nieto en la escuela a las 2 pm, toma una siesta de 40 minutos, después teje, come a las 4pm, sale a caminar con su esposo al parque, regresa a preparar la cena, y mira su telenovela mientras cena, duerme a las 10:30pm

ESTADO DE SALUD

FACTORES DEL SISTEMA DE SALUD

Beneficiaria a una institución de salud: **Si, IMSS**

En caso de enfermedad a donde acude:

Unidad de Medicina Familiar 120 y Hospital Regional de Zona 25

HIGIENE: Diario (X) Cada tercer día () Ocasional ()

Completo (X) Incompleto () Parcial ()

Regadera (X) Tina () Bandeja ()

Cambio de ropa: Parcial () Total (X)

Lavado de dientes: Tres veces al día () Una vez al día (X) Ocasional ()

Lavado de manos: Antes de la comida y después de ir al baño (Si)

Tres veces al día () Ocasionalmente ()

Características del calzado: Adecuados (X) Inadecuados ()

Características de la ropa: Adecuados (X) Inadecuados ()

Inmunizaciones: Cuadro completo () Incompleto () Indicadas (X)

B) REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE:

¿Existe alguna exposición de gases nocivos, cuál?: _____ No _____

¿Tiene problemas para respirar? (Si) ¿Porque? ____Cambios Climáticos____

¿Cuándo realiza ejercicios se agita con facilidad? (No)

¿Actualmente presenta un problema respiratorio, cuál y porqué? ____No _____

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA:

Tipo de líquidos que consume: Agua natural (X) Agua con saborizante ()

Té () Refresco () Café () Jugo () Leche (X) poca

¿Qué cantidad de agua consume en 24 horas? : Un litro y medio

El agua de consumo es: Hervida () Embotellada (X) Filtrada () Llave ()

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS:

Número de comidas al día: 1 () 2 () 3 (X) 4 ()

De los siguientes alimentos menciona cuántas veces a la semana los consume:

Carne roja (3) Verdura (7) Leche (4)

Pollo (2) Leguminosas (3) Derivados de lácteos (4)

Pescados (1) Frutas (7) Harinas (5)

Huevo (3) Cereales (4) Grasas (4)

¿Dónde consume regularmente sus alimentos?: Hogar(X) Fuera del Hogar ()

Preferencia de Alimentos: Frutas

¿Ingiere Alimentos entre comidas, cuáles?: ____algunas veces, fruta_____

Intolerancia a algún Alimento: _____ No _____

PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRECIÓN:

Frecuencia de eliminación intestinal 24 horas: -1 () 1-2 () +2 (X)

Características: Formada () Semiformada (X) Líquida () Dura ()

Eliminación Vesical ¿cuantas en 24 horas?: 1-3 () 4-7 (X) +8 ()

Características: Amarilla clara (X) Amarilla oscura () Turbia ()

Frecuencia de padecimientos gastrointestinales al año ¿Cuáles? Si, durante un año, presenta diarrea continua con vómito, al realizar endoscopia, se muestra con candidiasis en faringe y laringe el cual es tratado con fluconazol y ergotamina

Cuando tiene necesidad de defecar u orinar ¿acude al sanitario?:

Inmediatamente (X) Cuando tiene tiempo () Se le olvida ()

¿Se lava las manos antes y después de ir al baño?: _____ Si _____

Conoce la forma correcta para efectuar, el aseo genital, después de orinar y defecar:

____ Si ____ . Presenta problemas para orinar: ____ No ____ .

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Cuantas horas duerme: 5 Horas En que horario duerme: No tiene horario determinado

Cuántas veces descansa durante el día y como: una siesta de 40 minutos, aproximadamente a las 5 pm

Características del sueño: despierta continuamente durante la noche: (No)

Tiene pesadillas () Otros:

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL:

Factores del sistema familiar: Vive con su esposo, cuida a su nieto durante la tarde, sus hijos la visitan con frecuencia

Tipo de familia: Nuclear () Extensa () Integrada (X) Desintegrada ()

¿Cómo considera la relación con su familia?:

Buena (X) Regular () Mala ()

¿Pertenece a algún grupo social?: ()

¿Existe interacción o dinámica familiar? SI

¿Como considera su relación y comunicación con su vecino?

Buena (X) Regular () Mala ()

PREVENCIÓN DE PELIGRO PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO:

Antecedentes hereditarios

Abuelo paterno y materno desconoce datos.

Padre finado a los 74 años de edad, desconoce causa y enfermedad de importancia

Madre finada a los 50 años de edad, desconoce causa y enfermedad de importancia

Hermanos: refiere 15 de los cuales uno vivo de 80 años con DM tipo 2 otros interrogados y negados.

Antecedentes Personales Significativos

Hipertensión arterial sistémica (HAS) de diez años de diagnosticada, tratada con propanolol tabletas vía oral cada 12 horas y clortalidona

Diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) de cuatro años diagnosticada y tratada con glibenclamida tableta 5 mg cada 12 horas

Traumáticos: Fractura bilateral de muñeca hace 15 años segunda a caída, tratamiento quirúrgico sin complicaciones, ni secuelas.

AGO: menarca 15 años, ritmo 28x3, dismenorrea, IVSA 18 años

Antecedentes patológicos personales

Quirúrgicos: resección de tumor benigno de pulmón derecho hace 15 años, sin complicaciones ni secuelas, Oclusión tubaria bilateral (OTB) hace 38 años por paridad satisfecha sin complicación.

Alergias: Negadas

Transfusiones: Negadas

Fuma: _No_ Consume bebidas alcohólicas: __No _ Alergias: __Negadas__

¿Su baño cuenta con tapete antiderrapante?: _____No_____

¿Utiliza barandales cuando sube o baja escaleras?: _____Si_____

Comprende la situación actual: Si

2.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Estreñimiento relacionado con debilidad de los músculos abdominales manifestado por distensión abdominal
- Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos
- Desequilibrio nutricional relacionado con factores económicos manifestado por piel seca, uña quebradiza
- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con procedimientos quirúrgicos
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con procedimientos quirúrgicos/ herida quirúrgica
- Trastorno del equilibrio entre actividad y reposo relacionado con estancia hospitalaria manifestada por adinamia

- Déficit de las actividades recreativas relacionado con estancia hospitalaria manifestado por aburrimiento
- Desempeño ineficaz del rol relacionado con enfermedad manifestado por cambio en la capacidad para reanudar el desempeño

2.4 PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN

➤ Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 2: Sistema gastrointestinal

Diagnóstico: Estreñimiento

Definición de diagnóstico: reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas

Diagnóstico de Enfermería: Estreñimiento relacionado con debilidad de los músculos abdominales manifestado por distensión abdominal

NOC: Planeación

✓ Eliminación intestinal

Patrón de eliminación

Color de las heces

Cantidad de heces en relación con la dieta

Tono esfinteriano

NIC: Ejecución

✓ Entrenamiento intestinal

Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personal relacionado

Asegurar que se realicen los ejercicios adecuados

Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares

➤ Dominio 11: Seguridad y protección

Clase1: Infección

Diagnóstico: Riesgo de infección

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos

NOC: Planeación

✓ Conocimiento: control de la infección

Modo de trasmisión

Signos y síntomas de infección

Importancia de la higiene de manos

NIC: Ejecución

✓ Control de infecciones

Cambiar el equipo de cuidado del paciente según el protocolo del centro

Limitar el número de visitas

Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado

Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal

Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas I.V

➤ Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Diagnóstico: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

Definición: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas

Diagnóstico de Enfermería: Desequilibrio nutricional relacionado con factores económicos manifestado piel seca y uña quebradiza

NOC: Planeación

✓ Estado nutricional

Ingestión de nutrientes

Ingestión de líquidos

Relación peso/talla

NIC: Ejecución

✓ Asesoramiento nutricional

Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente

Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética

Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita /recomendada

➤ Dominio 11: Seguridad y protección

Clase 6: Termorregulación

Definición: Riesgo de sufrir un fallo de los mecanismos reguladores de la temperatura corporal

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con procedimientos quirúrgicos

NOC: Planeación

- ✓ Detección de Riesgos

Reconoce signos y síntomas que indican riesgos

NIC: Ejecución

- ✓ Monitorización de los signos vitales

Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio

Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia

Observar si hay cianosis central o periférica

- Dominio 11: Seguridad y protección

Clase 2: Lesión física

Definición: Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con procedimientos quirúrgicos/ herida quirúrgica

NOC: Planeación

- ✓ Consecuencias de la inmovilidad; Fisiológicas

Hipoactividad intestinal

Impactación fecal

Trombosis fecal

NIC: Ejecución

✓ Cambio de posición

Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados

Desarrollar un protocolo para el cambio de posición

➤ Dominio 4: Actividad y reposo

Clase 1: Reposo/ sueño

Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y la calidad del sueño

Diagnóstico de Enfermería: Trastorno del equilibrio entre actividad y reposo relacionado con estancia hospitalaria manifestada aburrimiento

NOC: Planeación

✓ Sueño

Horas de sueño

Calidad del sueño

Habito del sueño

Despertar en horas apropiadas

Temperatura de la habitación comfortable

NIC: Ejecución

✓ Mejorar el sueño

Determinar el esquema de sueño

Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad

Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño

Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama)

➤ Dominio 4: Actividad y reposo

Clase 2: Actividad y ejercicio

Definición: Disminución de la estimulación en actividades recreativas o de ocio

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de las actividades recreativas relacionado con estancia hospitalaria manifestado por los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el hospital

NOC: Planeación

✓ Participación en actividades de ocio

Elige actividades de ocio de interés

Expresión de satisfacción con las actividades de ocio

Uso de habilidades sociales de interacción apropiada

NIC: Ejecución

✓ Biblioterapia

Identificar las necesidades emocionales, cognitivas de desarrollo y situacionales del paciente

Realizar las elecciones adecuadas a nivel de lectura

Leer en voz alta si es necesario

➤ Dominio 7: Rol/ Relaciones

Clase: Desempeño del rol

Definición: Patrones de conducta y expresión propia que no concuerdan con las normas, expectativas y contextos en los que se encuentra

Diagnóstico de Enfermería: Desempeño ineficaz del rol relacionado con enfermedad manifestado por cambio en la capacidad para reanudar el desempeño

NOC: Planeación

- ✓ Ejecución del rol

Descripción de los cambios conductuales en la enfermedad

Estrategias referidas para el cambio de rol

Ejecución de las conductas de rol familiar

NIC: Ejecución

- ✓ Potenciación de roles

Ayudar a identificar los diversos papeles en la vida

Ayudar al paciente a identificar las conductas necesarias para el desarrollo de los roles

Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a la enfermedad

2.5 EVALUACIÓN

- ❖ ¿Los instrumentos de valoración utilizados fundamentaron el razonamiento diagnóstico?

Si, con la valoración realizada, fue suficiente para elaborar los diagnósticos de enfermería

- ❖ ¿Se presentó la facilidad de obtener la información de las siguientes fuentes: paciente, familia, expediente, otros personales de la salud, bibliografía?

Si, pero sobre todo del paciente y familiar que estuviera acompañándolo, del expediente igualmente se pudo obtener información valiosa aunque a veces no estaba en su lugar.

- ❖ ¿Existieron obstáculos para la ejecución del plan de cuidados?

Se realizaron todas las actividades en el turno matutino, la Señora Margarita siempre se mostró cooperativa y el tiempo fue suficiente

- ❖ ¿Hubo necesidad de modificar el plan de cuidados?

Si, cuando la paciente fue dada de alta, se dio seguimiento en su hogar, el patrón del sueño, actividad, reposo y rol, fueron mejorando y cambiamos la lectura por tejer, ya que es la actividad que la paciente realizaba antes de ingresar al hospital

- ❖ ¿Logro los resultados esperados?

Se notó una gran mejoría en el estado de salud del paciente, la herida quirúrgica en proceso de cicatrización sin datos de infección, se integra nuevamente a sus actividades normales, ha mejorado los hábitos alimenticios, y mejora en la disposición para eliminar, continua con tratamiento y acude a sus citas.

- ❖ ¿La base teórica y metodológica fueron suficientes para la aplicación del proceso de enfermería?

Si

❖ ¿Se logró que el usuario interactuara durante el proceso de enfermería?

Si. Como se mencionó la señora Margarita siempre se mostro cooperadora

❖ ¿En cuál de las etapas encontró dificultad para su aplicación?

En la valoración, ya que algunos aspectos que mencionaba el paciente respecto a su enfermedad en el expediente se mencionaban mal o diferentes.

CONCLUSIONES

Lo propuesto desde el inicio del proceso, se ha visto reflejado las acciones de enfermería que han ayudado a mejorar el estado de salud de la paciente.

En la labor diaria de la enfermera, el Proceso de Atención de Enfermería permite establecer pautas definitivas en la prevención, asistencia y rehabilitación de la patología Colelitiasis y Colecistitis Crónica Agudizada ; cabe mencionar que el mayor peso de estas actividades se centran cuando ya está establecida la patología por completo, en donde esta tiene suma importancia dado, que estos pacientes dependiendo de su grado de estabilidad de salud requieren mayor cuidado físico principalmente.

Es importante determinar que cada ser humano, es diferente y que la respuesta al tratamiento lo será de igual manera.

La carrera de enfermería es una de las ciencias del cuidado integral de la salud de los seres humanos, la familia, la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.

GLOSARIO

Agenesia: ausencia congénita de un órgano o parte de él, producida generalmente por falta de tejido primordial y por ausencia de desarrollo en el embrión.

Autocuidado: es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia.

Benigno: se refiere a una afección, tumor o neoplasia que no es cancerosa. Esto significa que no se propaga a otras partes del cuerpo ni invade el tejido adyacente. Algunas veces, una afección se denomina benigna para sugerir que no es peligrosa o grave.

Coledocolitiasis: es la presencia de por lo menos un cálculo biliar en el conducto colédoco. Dicho cálculo puede estar formado de pigmentos biliares o de sales de calcio y de colesterol.

Colecistitis: es la inflamación e irritación prolongada de la vesícula biliar.

Electrolitos: son minerales presentes en la sangre y otros líquidos corporales que llevan una carga eléctrica.

Ergotamina: es un compuesto heterocíclico que forma parte de la familia de los alcaloides presentes en el cornezuelo del centeno, un hongo superior que prolifera en las gramíneas silvestres.

Fluconazol: se usa para tratar las infecciones por hongos, incluidas las infecciones por levaduras en la boca, garganta, el esófago, los pulmones y otros órganos.

Glibenclamida: es un fármaco que estimula la secreción de insulina por células beta del páncreas, reduce la producción hepática de glucosa y aumenta la capacidad de unión y de respuesta de la insulina en tejidos periféricos.

Metaparadigma: es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman la relación entre ellos.

Peristaltismo: es una serie de contracciones musculares organizadas que ocurren en el tubo digestivo y que también se observan en algunos órganos que conectan los riñones a la vejiga.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dr. Isauro Gutiérrez, Dr. Arturo Domínguez Maza; "Mecanismos fisiopatogénicos de la pancreatitis aguda. Cirujano General. Volumen 25 número 2, abril-junio 2003. Asociación Mexicana de la cirugía general.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Guía Clínico Terapéutico. Diagnóstico y tratamiento de la Colecistitis aguda y coledocistitis Aguda. 30 marzo 2004. Disponible en:<http://salud.gob.mx:8080/JPSCenetec/archivosGPC>

Horton JD, Bilhatrz LE. Litiasis biliar y sus complicaciones. En: Feldman M. FriedmanLS, Sleisenger M, eds. Sleisenger Et. Fordtran. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. 7ma Edición, Editorial Médica Panamericana, S.A., Buenos Aires, 2004:1126-1152.

Kerouac, S., Jacinthe P. Et al. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier Masson (2007).

Marineros, A. P. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Mosby. (2007)

Martín L. Vázquez J. Litiasis biliar. En: Ponce J, Gomollón F., Martín de Argilia C, Minguez M, Miño G, Eds., Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas (AEG) DOYA, S.L, Barcelona, 2001

NANDA Internacional, Diagnostico Enfermeros, definición y clasificación 2015-2017, Edición hispanoamericana, Elsevier, P.P 21-25

Orem, D. E. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson – Salvat. (1993).

R.L Wesley, Teorías y modelos de enfermería, 2da. edición, México 1993; edit. McGraw-Hill. PP 80-87

Rivera M. N. (s/a). Valoración ética del modelo de Dorotea Orem.

Yura H. and Walsh M. El proceso de Enfermería. 1ª. Edic. Nueva York Appleton- Century-crofts, 1977

Orem, D. E (1971).Nursing: conceps of practice (3rd ed., pp. 1-53). New York: McGraw-Hill

Potter, P. Perry, A. G., Fundamento de Enfermería, 5a, ed., Elsevier, Barcelona, 2002, p.p 116-122

García, C., “El hospital como empresa: nuevas practices, nuevos trabajadores”, en Universitas Psychologica,6 , p.p 143, 2007

Rojas Valenciano, L., “ El enfoque constructivista en el curriculo de enfermería. Motivación, dificultades y demandas que enfrenta el o la docente” Revista Enfermería Actual en Costa Rica, p.p 181-185

ANEXOS

VALORACIÓN HOLÍSTICA DEL PACIENTE (OREM)

Valoración del paciente

NOMBRE:

EDAD: años

NSS:

ESTADO CIVIL:

ORIENTACIÓN RELIGIOSA:

ESCOLARIDAD:

IDIOMA:

OCUPACIÓN:

1.- Mantenimiento de un aporte de; aire, agua, y alimento suficiente

Requisito de aire:

Requisito de agua:

Requisito de alimentos:

Hábitos higiénicos:

2.-Provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación

Requisitos de eliminación:

3.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso

Requisito de actividad y descanso:

4.- Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad

Características familiares y psicológicos:

Requisito de soledad e interacción social:

5.-Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano

Peligro para la vida humana, funcionamiento y bienestar humano:

6.-Promoción del fundamento humano y del desarrollo de grupos sociales de acuerdo al potencial humano/limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal

Características de su entorno (socioculturales) :

Exploración física

Hombre o mujer de años de edad; peso de kilogramos. Talla de .IMC: Estado de desarrollo adulto. Con un puntaje de escala de Glasgow 15.La región craneal, normo cefálica con implantación completa de cabello; características del cabello: corto y suave.

| REGIÓN EXPLORADA | DATOS ENCONTRADOS |
|----------------------------|--------------------------|
| CABEZA Y CUELLO | |
| TÓRAX | |
| ABDOMEN | |
| GENITALES | |
| COLUMNA VERTEBRAL | |
| MIEMBROS SUPERIORES | |
| MIEMBROS INFERIORES | |

Fecha:

APÉNDICES

Cédula de valoración Orem

A) FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Nombre: Edad:

ORIENTACIÓN SOCIOCULTURAL

Sexo: Escolaridad : Religión:

Estado Civil : Ocupación:

Lugar de nacimiento: Teléfono:

FACTORES AMBIENTALES:

Domicilio:

Área Geográfica: Urbano () Suburbano () Rural () Marginada ()

Vivienda: Propia: () Rentada () Otra _____

Tipo de Construcción: Concreto () Tabique () Lamina () Madera ()

Piso: Cemento () Loseta () Tierra () Mixto () Especifique: _____

Número de Habitaciones: _____ Ventilación e Iluminación: SI () NO ()

Animales Domésticos: Perros () Gatos () Otros:

La convivencia con los animales es : Interna () Externa ()

Fauna Nociva SI () NO () Cual: _____

Servicios Intradomiciliarios Pavimentación: () Agua : () Luz ()
Drenaje ()

Manejo de Desechos () Como: _____

Tipo de Combustible para cocinar: Gas () Petróleo () Leña ()

Servicios Extradomiciliarios: Pavimentación () Agua () Luz ()

Drenaje () Recolector de Basura ()

Medios de Comunicación: T.V () Radio () Periódico ()

Internet () Computadora ()

Teléfono () Correo ()

Transporte Público: Metro () RTP () Microbús () Otros :

DISPONIBILIDAD Y ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS:

Hospitales () Clínicas () Consultorios () Farmacias () Otros: _____

Centros Educativos: Primarias () Secundarias () Preparatorias () Universidades ()

Otros: _____

Centros comerciales () Mercados () Tianguis () Parques ()

Cine () Teatros ()

Centros Recreativos () Centro Deportivos ()

PATRONES DE VIDA:

Ejercicios que practica con frecuencia:

A que se dedica en su tiempo libre:

Tiempo que le dedica:

Rutina del día:

ESTADO DE SALUD

FACTORES DEL SISTEMA DE SALUD

Beneficiaria a una institución de salud:

En caso de enfermedad a donde acude:

HIGIENE: Diario () Cada tercer día () Ocasional ()

Completo () Incompleto () Parcial ()

Regadera () Tina () Bandeja ()

Cambio de ropa: Parcial () Total ()

Lavado de dientes: Tres veces al día () Una vez al día () Ocasional ()

Lavado de manos: Antes de la comida y después de ir al baño ()

Tres veces al día () Ocasionalmente ()

Características del calzado: Adecuados () Inadecuados ()

Características de la ropa: Adecuados () Inadecuados ()

Inmunizaciones: Cuadro completo () Incompleto () Indicadas ()

B) REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE:

¿Existe alguna exposición de gases nocivos, cuál?: _____

¿Tiene problemas para respirar? () ¿Porque? _____

¿Cuándo realiza ejercicios se agita con facilidad? () ¿Porqué? :

¿Actualmente presenta un problema respiratorio, cuál y porqué? _____

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA:

Tipo de líquidos que consume: Agua natural () Agua con saborizante ()

Té () Refresco () Café () Jugo () Leche () poca

¿Qué cantidad de agua consume en 24 horas? :

El agua de consumo es: Hervida () Embotellada () Filtrada () Llave ()

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS:

Número de comidas al día: 1 () 2 () 3 () 4 ()

De los siguientes alimentos menciona cuántas veces a la semana los consume:

Carne roja () Verdura () Leche ()

Pollo () Leguminosas () Derivados de lácteos ()

Pescados () Frutas () Harinas ()

Huevo () Cereales () Grasas ()

¿Donde consume regularmente sus alimentos?: Hogar() Fuera del Hogar ()

Preferencia de Alimentos:

¿Ingiere Alimentos entre comidas, cuáles?: _____

Intolerancia a algún Alimento: _____

PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRECIÓN:

Frecuencia de eliminación intestinal 24 horas: -1 () 1-2 () +2 ()

Características: Formada () Semiformada () Líquida () Dura ()

Eliminación Vesical ¿cuantas en 24 horas?: 1-3 () 4-7 () +8 ()

Características: Amarilla clara () Amarilla oscura () Turbia ()

Frecuencia de padecimientos gastrointestinales al año ¿Cuáles?

Cuando tiene necesidad de defecar o miccionar ¿acude al sanitario?:

Inmediatamente () Cuando tiene tiempo () Se le olvida ()

¿Se lava las manos antes y después de ir al baño?: _____

Conoce la forma correcta para efectuar, el aseo genital, después de miccionar y defecar :
_____. Presenta problemas para miccionar: _____.

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Cuantas horas duerme: En que horario duerme:

Cuantas veces descansa durante el día y como:

Características del sueño: despierta continuamente durante la noche: ()

Tiene pesadillas () Otros:

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL:

Factores del sistema familiar:

Tipo de familia: Nuclear () Extensa () Integrada () Desintegrada ()

¿Cómo considera la relación con su familia?:

Buena () Regular () Mala ()

¿Pertenece a algún grupo social?: ()

¿Existe interacción o dinámica familiar? _____ ¿Porqué?: _

¿Como considera su relación y comunicación con su vecino?

Buena () Regular () Mala ()

PREVENCIÓN DE PELIGRO PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO:

Antecedentes hereditarios:

Antecedentes Personales Significativos:

Antecedentes patológicos personales:

Fuma: __ Consume bebidas alcohólicas: __ Alergias: ____

¿Su baño cuenta con tapete antiderrapante?:

¿Utiliza barandales cuando sube o baja escaleras?:

¿Cuando viaja utiliza cinturón de seguridad?:

Identifica la paciente la desviación:

Comprende la situación actual:

Historia clínica de enfermería

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: _____

Servicio: _____ Número de cama: _____

Fecha de ingreso: __ Edad: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____

Escolaridad: _____ Religión: _____

Ocupación: _____

Lugar de procedencia: _____

Domicilio: _____

2. PERFIL DE PACIENTE

2.1 Ambiente físico:

-Habitación

Tenencia: Propia () Alquilada ()

Tipo: Sola () Depto. () Vecindad ()

Pisos: Concreto () Tierra () Mixtos ()

Muros: Tabique () Madera () Cartón ()

Techo: Concreto () Lamina ()

Recamaras: Una () Dos () Mas de tres ()

Cocina: Separada () No separada ()

Sanitario: Familiar () Colectivo () Ingles ()

Letrina () Aire libre ()

Higiene: Buena () Mala () Regular ()

-Servicios sanitarios:

Agua: Intradom () Extradom ()

Drenaje: Si () No ()

Eliminación de basura:

Camión recolector () Quemada () Otros ()

Pavimentación: Si () No ()

Fauna: Aves () Gatos () Perros () Otros ()

-Medios de transporte:

Camión () Colectivo () Metro () Propio () Otros ()

-Recursos para la salud

Clínica () Centro de salud () Hospital () Otros ()

2.2 Hábitos higiénicos

-Aseo parcial:

Total () Diario () Cada tres días () Semanal () Otros ()

-Alimentación:

Desayuno () Comida () Cena ()

Leche: Diaria () Cada 3er día () Dos veces semanales () No ()

Carne _____

Huevo _____

Fruta _____

Verdura _____

Cereales _____

Lípidos: Poco () Regular () Suficiente ()

Tipo: Agua () Bebidas Alcohólicas ()

-Alimentos que originan preferencia, desagrado o intolerancia

-Eliminación (horarios y características):

Urinaria: _____

Intestinal: _____

-Descanso (tipo, frecuencia): _____

-Sueño (horario, características) _____

-Deportes (tipo, frecuencia) _____

-Estudios:

-Trabajo:

-Rutina cotidiana:

2.3 Dinámica social:

Composición familiar:

| PRENTESCO | EDAD | OCUPACION | OBSERVACIONES |
|-------------------|-------------|-----------|---------------|
| (Hijo) | años | | |
| (Hijo) | años | | |
| (Espos(a)) | años | | |

Dinámica social, familiar, o ambos:

3. PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO:

3.1 Problema o padecimiento por el que se presenta:

3.2 Antecedentes (personales patológicos, hereditarios)

3.3 Tratamientos:

Medicamentos:

| MEDICAMENTO | DOSIS | VIA | HORARIO |
|-------------|-------|-----|---------|
| | | | C/ HRS |

Indicaciones:

II EXPRORACIÒN FÌSICA

Inspección:

-Aspecto físico: _____

-Aspecto emocional:

Exploración física

SIGNOS VITALES

T/A PULSO x' F.R x' TEMP. °CPESO kg TALLA

CABEZA

CRANEO Macrocéfalo () Micro cefálico () Normo Cefálico ()

Presencia de tumoraciones Tumefacciones ____ Cicatrices

Hipersensibilidad de Cuero Cabelludo _____

CABELLO Distribución: Normal _____ Escaso _____ Abundante _____

Delgado _____ Grueso _____ Características ____

CARA: Simétrica _____ Características de la piel: Coloración ____ Integridad ____

Sensibilidad _____ Hidratación _____ (reseca, grasosa, normal) _____

Movimientos Faciales Involuntarios: Tics __ Temblores ____ otros _____

Observaciones: _____

OJOS Simétricos _____ Observaciones: ____

Tics _____ - Estrabismos _____ Conjuntivitis _ Otros__

PUPILAS: Simetría ____ Reflejo foto motor ____ Agudeza Visual ____

Usa anteojos ____ .Observaciones

PABELLONES AURICULARES: Simétricos ____ Deformaciones _congénitas _____

Presencia de secreciones: Sanguinolientas ____ Purulentas__ Cerumen ____

Presencia de cuerpos extraños ___ Agudeza Auditiva _____

Observaciones: ___

NARIZ Simetría ___ Tumoraciones _____ Movimientos _____

Presencia de Secreciones y características _____

Permeabilidad de Vías Aéreas: _____

Observaciones: _____

BOCA Labios _____ Coloración _____ Hidratación _____

Ulceraciones _____ Cicatrices _____

Observaciones _____

Dentadura Completa: _____ Incompleta _____ Prótesis _

Caries _____ Localización _____

ENCIA: Color _____

Gingivitis _____

Observaciones: _____

Lengua Grosor ___ Lesiones __ Hidratación _____

Simetría _____ Observaciones _____

FARINGE AMIGDALAS: Presencia _____ Tamaño _____

Ulceración _____ Presencia de Inflamación _____

Exudados _____ Tumoración _____

Observaciones _____

CUELLO Simetría _____ Tumoraciones _____ Movimientos _____

Grosor: Gruesos _____ Delgados _____ Longitud: Corto _____ Largo _____

Observaciones _____

Presencia de Tumefacciones: _____ Presencia de pulsaciones _____

Crecimiento de Ganglios: Cervicales _____ Súper claviculares _____

TORAX

PATRON RESPIRATORIO

Frecuencia _____ Ritmo _____ Amplitud _____ Profundidad _____

PIEL Coloración _____ Integridad _____

Hidratación (reseca, grasosa, normal) _____

Hipersensibilidad _____ Temperatura _____

Forma del Tórax Ovalado _____ Piramidal _____ Simétrico _____

Presencia de Protuberancias _____ Hundimientos _____

Cicatrices _____ Lesiones _____

Observaciones _____

CORAZÓN Frecuencia Cardíaca _____ Ritmo _____ Intensidad _____

LATIDOS

COLUMNA VERTEBRAL

Movilidad _____ Deformación Estructural _____

Observaciones _____

ABDOMEN

FORMA: (Plano, Depresible, Globoso)

Perímetro _____

Estado de la Superficie: _____

Características de la Piel: _____

Cicatrices: _____ Estrías _____ Red Venosa _____

Erupciones _____ Lesiones _____ Hipersensibilidad _____

Tumoraciones _____ Si _____ No _____ Características: Sitio _____

Consistencias _____ Movilidad _____ Tamaño _____

Características de la cicatriz Umbilical

Observaciones:

MIEMBROS SUPERIORES

Simetría _____ Movilidad _____

Observaciones: _____

MIEMBROS INFERIORES

Simetría _____ Movilidad _____

Observaciones: _____

Presencia de Varices: si _____ no _____ Tipo de Marcha _____

Observaciones: _____

(Describir si existe equimosis, hematomas, venoclisis etc., características y localización)

