



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UNA PACIENTE POST OPERADA DE
COLECISTECTOMIA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
ELIA IRENE FUENTES PATRICIA
NÚMERO DE CUENTA. 406114390

ASESOR ACADÉMICO:
LIC. MA. MAGDALENA MATA CORTÉS.

MÉXICO, D.F. A 5 DE OCTUBRE DE 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

	1
Introducción.....	
Objetivo.....	2
1.-Marco teórico.....	3
1.1.-Antecedentes históricos de enfermería.....	3
1.2.-Definición de enfermería.....	5
1.3-Proceso de atención de enfermería.....	6
1.3.1.-Definición de las etapas.....	7
1.4.-Etapas del proceso de enfermería.....	9
1.4.1.-Valoración.....	9
1.4.2.-Diagnostico de enfermería.....	21
1.4.3.1.- Clasificación resultados específicos del (NOC).....	42
1.4.4.-Ejecución.....	43
1.4.4.1.- Clasificación Intervenciones de enfermería (NIC).....	44
1.4.5.-Evaluación.....	46
1.5.-Modelo conceptual de Virginia Henderson.....	49
15.1.-Postulados.....	50
1.5.2.-Elementos fundamentales del modelo.....	51
1.5.3.-Necesidades humanas según Virginia Henderson.....	53
1.5.4.-Elementos del metaparadigma.....	57
2.-Metodología.....	59
3.-Aplicación del proceso atención de enfermería.....	60
3.1.-Presentación del caso.....	61
3.2.-Valoración por necesidades.....	63
3.3.-Diagnosticos de enfermería.....	72
3.4.-Planeación.....	74
3.5.-Ejecución.....	78

4.-Conclusiones.....	113
5.-Sugerencias.....	114
6.-Bibliografía.....	115
7.- Glosario.....	117
8.-Anexos.....	119
Anatomía del hígado.....	129
Anatomía de la vesícula biliar.....	135
Fisiopatología.....	136
Etiología.....	136
Fisiopatogenia.....	137
Signos y síntomas.....	138
Complicaciones.....	140
Diagnostico.....	148
Tratamiento.....	150

INTRODUCCION

Anteriormente los cuidados de enfermería se basa en las ordenes escritas por los médicos, y estaban mas enfocados hacia las enfermedades especificas, que a la propia persona. Con frecuencia se aplicaban cuidados guiados por la institución y no por un método científico.

Constantemente la enfermera toma decisiones por si misma para resolver problemas relacionados con el cuidado de sus persona, con su propia seguridad y de los demás, con relaciones interpersonales. Cada vez se le piden más decisiones atinadas y no solo eso, también se le pide que guie al personal auxiliar que ejerce cuidados de enfermería.

El proceso es una serie de actuaciones planificadas u operaciones dirigidas hacia un resultado en particular. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y racional de planificar dar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud reales y potenciales de la persona establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma especifica para resolverlas.

La colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar, generalmente a consecuencia de la presencia de cálculos en la vesícula. Su tratamiento es quirúrgico (colecistectomía).

Nuestro objetivo la mejora de los cuidados de enfermería a la persona.

Nos planteamos la realización de un plan de cuidados enfermeros a la persona intervenida de colecistectomías tradicional, siendo el centro de atención el área de hospitalización post quirúrgico.

OBJETIVOS

Desarrollar un proceso atención de enfermería a un paciente post operado de colecistectomía con base en el modelo de Virginia Henderson utilizando la metodología del Proceso de Atención de Enfermería para proporcionar un cuidado de calidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las 14 necesidades en el paciente post operado
- Detectar oportunamente posibles complicaciones
- Coadyuvar a lograr un afrontamiento del padecimiento en forma Positiva.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERÍA

Florencia Nightingale en sus “notas de enfermería: que es y que no es” escrito en 1859, nos enseñó que uno de los roles mas importantes de la enfermería es crear las mejores condiciones para que la naturaleza actúe su curso en la persona; mas de cien años han transcurrido desde entonces, y el valor de esta visión sigue aun latente. Los escritos de Florencia Nithingale reflejan el cuidado ofrecido a aquellos que sufrían las consecuencias de la guerra de Crimea. Nightingale artículo uno de los mayores focos de la enfermería moderna: la conceptualización del entorno y su efecto sobre la persona. Nightingale trato por primera vez de diferenciar entre enfermería y medicina. Ella argumento que estas dos disciplinas tienen una perspectiva diferente del concepto de salud. Bajo esta nueva perceptiva, la enfermera no necesita saber todo sobre proceso de enfermedades, debe entender la influencia que el medio ambiente ejerce sobre la persona.¹

Muchos factores han influenciado la profesión de enfermería y su identidad a través de los años. Los orígenes históricos y tradicionales de la enfermería están profundamente influenciados por eventos religiosos y militares. El estatus de la mujer y el nivel de desarrollo técnico en la sociedad, han influenciado y continuara influenciado fuertemente la identidad profesional de la enfermera.

Uno de los problemas que enfrentan como profesión es que aun no podemos articular claramente que este cuidado que enfermería define la como una ciencia y un arte y que la enfermería profesional es mucho mas que una lista de actividades efectuados por la enfermera.

¹ Grinspun, Doris. Identidad profesional, humanismo y desarrollo en antología de sociedad y salud pag.240

Por lo nos encontramos que la gran mayoría de las enfermeras:

-No tienen conocimiento de los conceptos fundamentales que guían el pensamiento teórico de enfermería (persona, entorno, enfermería y salud).

-No basan su práctica profesional en un marco conceptual y tiene gran dificultad en articular una definición de enfermería.

-Saben identificar formas de atender a las necesidades bio-físicas del enfermo, pero están menos capacitadas para atender a las necesidades psicológicas y socioeconómicas del mismo.²

Por lo que es importante crear una visión más amplia de la enfermería y su esencia.

1.2.- DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA:

² Grinspun, Doris. Identidad profesional, humanismo y desarrollo en antología de sociedad y salud pag.241

Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados., identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.³

Para un mejor entendimiento acerca de esta definición, la analizaremos detalladamente:

- Enfermería es un arte porque requiere que la enfermera perciba el significado del momento para la persona que ella cuida, y pueda repetidamente entender y actuar.
- Enfermería es una ciencia porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar prescribir componentes del cuidado de enfermería.
- Enfermería es un cuidado integrado porque incorpora la complejidad biopsico-social del individuo y considerar a sus necesidades dentro del contexto de su mundo único.
- Enfermería es el cuidado comprensivo porque valora y considera las diferentes experiencias que la persona está confrontando, con el fin de asistir a la persona a entender estas experiencias y ganar fuerzas para movilizarse a un estado de salud.

1.3.-PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

1.- La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este

³ Fawcett JACQUELINE. ANALISIS AND EVALUATION OF CONCEPTUAL MODELS OF NURSING. EN ANTOLOGIA DE SOCIEDAD Y SALUD PAG. 245

método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen⁴.

1.3.1.-DEFINICION DE LAS ETAPAS

- **Valoración:** Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona,

⁴ <http://www.tera.es/personal/duanas/paehtm>

familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

- **Diagnóstico de Enfermería:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- **Evaluación:** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

LOS OBJETIVOS

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades de la persona, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad⁵.

EL DESARROLLO DEL PAE:

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento

⁵ <http://www.tera.es/personal/duanas/paehtm>

científico.

- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

LAS VENTAJAS:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional⁶.

LAS CARACTERÍSTICAS:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la

⁶ <http://www.tera.es/personal/duanas/paehtm>

enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

1.4.- ETAPAS DEL PROCESO

1.4.1.-ETAPA DE VALORACIÓN:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la (el) enfermera (o) conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud⁷. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: Conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la

⁷ <http://www.tera.es/personal/duanas/paehtm>

enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

- Los conocimientos profesionales: Deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: En la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras(os) a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera (o) adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": Sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": Se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": La recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del

individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermeras (os) de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

LOS TIPOS DE DATOS:

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- **Datos objetivos:** Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- **Datos históricos - antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- **Datos actuales:** Son datos sobre el problema de salud actual⁸.

MÉTODOS PARA OBTENER DATOS:

A) ENTREVISTA CLÍNICA:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera (o) realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera (o) y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

⁸ <http://www.tera.es/personal/duanas/paehtm>

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera(o) /paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos y también.
- Ayudar a la enfermera (o) a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas⁹. Existen formatos estructurados o semi estructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el

⁹ <http://www.tera.es/personal/duanas/paehtm>

centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- Interferencia emocional es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso desresponsabilización de las obligaciones, Borrell (1986),
- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales,
 - La forma de estar y la posición corporal,
 - Los gestos,

- El contacto físico,
- La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional de la persona, y otro en el que le da a entender que la comprende¹⁰.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

B) LA OBSERVACIÓN:

En el momento del primer encuentro con la persona, la enfermera (o) comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera (o)-paciente.

¹⁰ <http://www.tera.es/personal/duanas/paehtm>

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados¹¹.

C) LA EXPLORACIÓN FÍSICA:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera (o) utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
 - **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
-

- **Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilicemos.

VALIDACIÓN DE DATOS:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros¹².

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay

¹² <http://www.tera.es/personal/duanas/paehtm>

que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente¹³.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal .
- Permite la investigación en enfermería.
- Permite la formación pregrado y postgrado.

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.

B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.

¹³ <http://www.tera.es/personal/duanas/paehtm>

C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.

D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma , tamaño, etc.

E) La anotación debe ser clara y concisa.

F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.

G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

1.4.2.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermería incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras (os).

La responsabilidad de la enfermera(o) es administrar el tratamiento médico prescrito.

- La dimensión interdependiente de la enfermería, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras(os) y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermería, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.) ¹⁴

LOS PASOS DE ESTA FASE SON:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

C. Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

¹⁴<http://www.tera.es/personal/duanas/paehtm>

- Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:
 - Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
 - Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
 - Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
 - Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
 - Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos¹⁵.
- Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:
 - Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
 - Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

¹⁵ <http://www.tera.es/personal/duanas/paehtm>

- Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
 - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
 - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
 - Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.
 - Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
 - Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
 - Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.

- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 5 componentes:

1.- Etiqueta descriptiva o título: Ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2.- Definición: Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4.- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): Shock, anorexia nerviosa
- F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.

- Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

D) TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- **Real:** Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- **Alto Riesgo:** Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **Posible:** Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De bienestar:** Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una

parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera (o) puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

- De síndrome: Comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.

- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

Planificación de los cuidados de enfermería:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera (o), de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería**, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera(o) y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de

monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

- **Documentación y registro**

Determinación de prioridades:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para la persona. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades

que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

Planteamiento de los objetivos:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

Objetivos de enfermería:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar a la persona:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
 - Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
 - Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo.
- Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Objetivos de la persona:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos de la persona se anotan en términos de lo que se espera que haga la persona, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos de la persona son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: la persona caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- Cognoscitivos: Estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como

objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.

- **Afectivos:** Son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, concepciones, valores y tendencias emotivas,
- **Psicomotores:** Estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.

La lectura de Bloom nos ayuda a conocer y adquirir habilidad para describir de una manera correcta los objetivos en el área del aprendizaje.

Actuaciones de enfermería:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar a la persona al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

La persona y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, del diagnóstico enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera(o) puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el personal médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja

La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades ,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

- Para el diagnóstico enfermero posible:

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

- Para problemas interdependientes:

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles,

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a la persona a realizar las actividades por si mismos.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) es:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los

resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Partes que componen los planes de cuidados:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

Tipos de planes de cuidados:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kahlet al (1991) nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R. (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del costo-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl ,et al (1991):

- Eliminación del papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

1.4.3.1.- RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

- Son los instrumentos de medición del plan de cuidado. El éxito del plan de cuidados depende si se alcanzaron los resultados esperados.
- Dirigen las intervenciones, primero se plantean los resultados al conseguir y luego como se conseguirán.
- Son elementos motivadores, todos los miembros del equipo conocen la meta a conseguir y dirigen sus esfuerzos hacia ello.

La clasificación de los resultados del NOC es una agrupación estandarizada de resultados en pacientes desarrollada para evaluar el efecto de las intervenciones de enfermería.

La clasificación de resultados contienen 330 resultados cada uno de ellos incluye un nombre de identificación (etiqueta). Una definición y un grupo de indicadores que describen el estado específico del paciente, cuidador familiar o sociedad en relación del resultado, una escala de medida de tipo

Likert de cinco puntos y una selección de citas bibliográficas, utilizadas en la descripción del resultado. Todos los elementos de la taxonomía están codificados, incluyendo las escalas de medición, cada resultado tiene un código único 4 dígitos los indicadores se codifican añadiendo dos dígitos más el código de su respectivo resultado (del 01 al 99). Y las escalas van codificadas con letra¹⁶.

1.4.4.-EJECUCIÓN:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermera (o) tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

¹⁶ Fernández blanca Lasquetty Blanco Copyright 2006 8 julio 09.

1.4.4.1.-CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McMoskey (actualmente Joanne Docheterman) y Gloria Bulechek en la university of Iowa. el equipo desarrollo la clasificación de intervenciones que realizan las enfermeras (NIC) una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras , publicada por primera vez el año 1992 . A diferencia de los diagnósticos enfermeros o del resultado del paciente, donde este es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

NIC que abarca el rango completo de intervenciones realizadas por todos los profesionales de Enfermería. La NIC utiliza un lenguaje normalizado global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de Enfermería desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica; sino que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación. Hay un total de 514 intervenciones; por tanto, incluye 29 nuevas intervenciones y se han revisado 94 de las incluidas anteriormente, que incluyen tanto cuidados directos, fisiológicos y psicosociales, como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad; tratamientos dependientes, puestos en marcha por médicos y otros proveedores de cuidados, como independientes, puestos en marcha por profesionales de la enfermería a partir de los diagnósticos enfermeros. El formato de cada una de las intervenciones es el

mismo que en las ediciones anteriores. Cada intervención tiene una denominación, definición, lista de actividades que el profesional de enfermería debería realizar para llevar a cabo esa intervención en el orden lógico en que debería realizarse, y una pequeña lista de lecturas de referencia.

La etiqueta y la definición constituyen el lenguaje normalizado. Las actividades pueden seleccionarse o modificarse según proceda, de acuerdo con las necesidades específicas de un paciente o de una población. La NIC puede utilizarse para comunicar una información común de las diferentes situaciones, pero también para proporcionar a los profesionales de enfermería una forma de atención individualizada a los pacientes. Cada una de las intervenciones tiene un código único para ayudar a informatizar la NIC y a facilitar el trabajo clínico a los profesionales de enfermería. La taxonomía NIC que se incluyó por primera vez en la segunda edición se ha actualizado para incluir las nuevas intervenciones, 7 campos y 30 clases, y también se ha incluido una segunda taxonomía (creada en 2002) para proporcionar una estructura común a diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería. Se incluyen las relaciones entre las intervenciones de la NIC y los diagnósticos de la NANDA, lo que ayuda a los profesionales a la toma de decisiones clínicas. También se mantienen las intervenciones centradas en el área de especialidad. En esta edición se ha añadido la estimación del tiempo de ejecución y del nivel de formación que el profesional de enfermería necesita para satisfacer y administrar de manera competente la intervención. Resumen del contenido: I. Construcción y utilización de la clasificación. Introducción de la NIC. Desarrollo, verificación e implantación de la NIC: 1987-2002. Utilización de la NIC. II. Taxonomía de las intervenciones de enfermería. III. La clasificación. IV. Intervenciones de la NIC relacionadas con los diagnósticos de la NANDA. V. Intervenciones centrales según especialidades de enfermería. VI. Tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar intervenciones de la NIC. VII. Apéndices. Intervenciones: nuevas, revisadas y suprimidas desde la tercera edición.

1.4.5.-EVALUACIÓN:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos:

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades):

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió la persona. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.¹⁷

¹⁷ <http://www.tera.es/personal/duanas/paehm>¹⁷

1.5.-MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

BIOGRAFIA:

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Aunque oriunda de Kansas city; Missouri, Henderson paso su infancia adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington, D.C.

Durante la primera guerra mundial, Henderson desarrollo su interés por la enfermería, y en 1918 ingreso a la Army School of Nursig de Washington D:C: graduándose en 1921.

Henderson tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia en Teacher”s collage, reescribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harmer; textbook of the principles and practice of Nursing; tras la muerte de la autora, siendo publicada en esta edición en 1939. La quinta edición de este libro de texto se publica en 1955 y contenía la definición de Henderson sobre la Enfermería.

Henderson ha trabajado en asociación con la Universidad de Yale desde el inicio de la década de los 50 desarrollando una gran labor de investigación sobre Enfermería a través de esta asociación. Desde 1959 a 1971 dirigió el Nursing Studies Index Project, patrocinado por Yale.

Su libro de texto fue reeditado en 1991 y se ha tomado como referencia para los planes de estudios de muchas escuelas de enfermería haciéndose traducido a mas de 25 idiomas.

de Su influencia y los logros obtenidos en la profesión de Enfermería

Han reportado el menos nueve investiduras como doctor Honoris causa

Y el primer premio Cristiané Reimann; Henderson ha recibido el premio

Mary Adelaida Nuting de la U.S: National League for Nursing, es socia

Honoraria de la Association of integrated and Degree Course in Nursing

de Inglaterra¹⁸.

1.5.1.- POSTULADOS:

- La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- La persona quiere la independencia y se esfuerza en lograrla.
- Cuando una necesidad no esta satisfecha, la persona no es un todo, no es independiente.

LOS VALORES:

- La enfermera tiene una función propia.
- Cuando la enfermera asume el papel del medico, delega sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le pueda dar¹⁹.

1.5.2.- ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO

El objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar,

¹⁸ Marriner-Tomey. Modelos y teorías en enfermería pags.104-105

¹⁹ [Http://www.monografias.com/trabajos/virginia-henderson.shtml](http://www.monografias.com/trabajos/virginia-henderson.shtml)

mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

La persona del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción.

El rol profesional es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos interno y externos.

La fuente de dificultad que en este modelo recibe el nombre de áreas de dependencia:

a) Los conocimientos: Se refieren a la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo.

En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.

b) La fuerza puede ser física e intelectual: En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz.

La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e

intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones.

En ambos casos debe de tener potencial de desarrollo mediante la intervención de la enfermera.

c) La voluntad: Implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario.

Para identificar como área de dependencia la voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, y sin embargo no tiene la voluntad requerida para tomar decisiones o llevar a cabo acciones necesarias para el cuidado²⁰.

1.5.3.-NECESIDADES HUMANAS SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

Henderson identifica 14 necesidades básicas en el individuo, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería.

1.-Respirar normalmente

2.-Comer y beber en forma adecuada.

²⁰ [Http://www.monografias.com/trabajos/virginia-henderson.shtml](http://www.monografias.com/trabajos/virginia-henderson.shtml)

- 3.-Eliminar los residuos corporales.
- 4.- Moverse y mantener la posición adecuada.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.-Elegir las prendas de vestir –vestirse y desvestirse.
- 7.-Mantener la temperatura corporal mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
- 8.-Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumento protegidos.
- 9.- Evitar el riesgo del entorno y evitar lesionar a otros.
- 10.-Comunicarse con los demás, expresando las emociones necesidades, temores u opiniones.
- 11.-Realizar practicar religiosas según la fe de cada uno .
- 12.-Trabajar de tal forma que se sienta satisfecho con lo realizado.
- 13.-Jugar o practicar alguna actividad recreativa.
- 14.-Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conducta a un desarrollo y una salud normal, utilizando los recursos sanitarios disponibles.

SUPUESTO PRINCIPAL

Virginia Henderson no cita directamente lo que cree que constituye sus supuestos fundamentales .Henderson subraya que la enfermera puede actuar independientemente, ya que puede, y debe de diagnosticas y tratar si la situación lo requiere con la finalidad de mantener un equilibrio psicológico y emocional debe que la mente y el cuerpo de la persona son inseparables; y su salud representa su calidad de vida. Además hacer notar la importancia que tiene el entorno de la persona y en la cual la enfermera debe de tener el conocimiento de el, para valorara los

posibles riesgos.

AFIRMACIONES TEORICAS

Se puede identificar 3 niveles en la relación enfermera- persona, que varia desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente:

- 1.-La enfermera como un **sustituto** de algo necesario para la persona.
- 2.-La enfermera como **ayuda** para la persona.
- 3.- La enfermera como **compañera** de la persona.

En caso de enfermedad grave la enfermera esta considerada como un sustituto de lo la persona carece por considerarle “completo, integro, independiente”, por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento.

Durante la convalecencia la enfermera(o) ayuda a la persona a adquirir o recuperar su independencia. Henderson afirma “la independencia es un termino relativo, ninguno de nosotros es independiente de los demás. Aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma

Como compañeros la enfermera(o) y la persona elaboran juntos el plan

terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnostico aunque se hayan modificado por la patología y otros circunstancia como la edad, el temperamento el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera (o) debe ser capaz de apreciar no solo las necesidades de la

persona si no las circunstancias y estados patológicos que las alteran.

La enfermera(o) puede modificar el entorno en lo que considera necesario

Henderson opina que en los casos en que las enfermeras(os) conocen las

relaciones fisiológicas y psicológicas a la temperatura, humedad, luz, calor, precisión atmosférica. Olores, ruidos, etc. Pueden organizar y hacer el mejor uso de los medios de los que se dispone.

La enfermera (o) trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios . La enfermera (o) y los demás miembros del equipo, se ayudan

mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia desarrollando cada uno su trabajo. Henderson nos recuerda que” nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros que algunos de ellos sean incapaz de realizar su función específicas”.

EJERCICIO PROFESIONAL

La definición de Henderson sobre la enfermería, por lo el ejercicio profesional se refiere, indica que la enfermera(o) que ve como su función

principal de suministradora directas de asistencia a la persona hallara una recompensa inmediata en el proceso de la persona desde la dependencia a la independencia, la enfermera debe de realizar todos los esfuerzos necesarios para entender al individuo.

Henderson afirma que “para que una enfermera ejerza como una

experta por derecho propio y para que utilice el planteamiento científico para mejorar su ejercicio profesional., necesita un tipo de formación que solo se imparte en colegios y en universidades”.

Además Henderson cree “el valor de la formación no procede solo de los conocimientos que se adquiere si no de la confianza sobre añadida que el individuo desarrolla en la institución de formación superior” dice que “ la enfermería es una ocupación universal y que la formación permite ejercerla mejor”.

Ha resaltado la importancia de la investigación por lo que concluye que ninguna profesión de esta época puede evaluar correctamente o mejorar su actividad sin investigación.

Marriner-Tomey. Modelos y teorías en enfermería pags.104-105

1.5.3.-ELEMENTOS DEL METAPARADIGMA

Enfermería: Henderson define la enfermera en términos funcionales:

La única función de una enfermera es “ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación de aquellas actividades que contribuyan a la salud o su recuperación(o a una muerte tranquila). Y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza de voluntad o conocimientos necesarios, y hacer esto de tal forma que el ayude a ser independiente lo antes posible.

Salud: Henderson no especifico una definición propia sobre la salud, pero en su obra equipara la salud con la independencia. En la sexta edición del text book Principles of Nursing, cita varias definiciones de salud de diferentes fuentes incluida la de la organización mundial de la salud. Considera la salud en función de la capacidad de la persona para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería, Dice que es “ la calidad de la salud mas que la vida misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma mas efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacciones en la vida.

Entorno: Tampoco hace Henderson una definición propia del entorno remite al Webster New Collegiate Dictionary, 1961 que define el entorno como el “conjunto de todas las condiciones e influencia exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.

Marriner-Tomey. Modelos y teorías en enfermería pags.104-105

Persona: Henderson considera a la persona como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o muna muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al individuo y su familia como una unidad.

METODOLOGIA

El presente caso clínico se desarrollo con base en la metodología del Proceso Atención de Enfermería y con el desarrollo del modelo de Virginia Henderson en la identificación de 14 necesidades básicas.

En la primera etapa del proceso se utilizo la guía de valoración de Virginia Henderson para identificación de las 14 necesidades. Se llevo a cabo el interrogatorio al paciente, la exploración física y se identificaron las necesidades afectadas de la persona, y se estructura la conclusión diagnóstica.

En la segunda etapa se realizaron los diagnósticos de enfermería con base en la taxonomía de la NANDA, se establecieron diagnósticos reales y potenciales.

En la tercera etapa se jerarquizaron las necesidades afectadas de la persona con base en la escala de Kallis y Maslow de las cinco prioridades: Primera prioridad todo aquello que amenaza a la persona o tiene alteraciones fisiológicas, segunda prioridad seguridad y protección, tercera prioridad amor y pertenencia, cuarta prioridad autoestima y quinta prioridad realización de las actividades de la vida diaria.

Se establecieron los resultados esperados con base en la Clasificación de Resultados Esperados NOC, identifique indicadores y escala de medición por cada uno de ellos.

El plan de cuidados que se desarrollo es individualizado

Se desarrollaron intervenciones interdependiente e independientes utilizando la Clasificación de la Intervenciones de Enfermería NIC.

En la cuarta etapa se desarrolla el plan de cuidados

En la quinta etapa se evaluaron los logros de los resultados esperados y se evaluó la mejoría del paciente.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Sra. Araceli.

EDAD: 24 años

PESO: 49.500 Kg.

TALLA: 1.60 cms

F. DE NACIMIENTO: 10 de Agosto del 1984.

SEXO: Femenino.

OCUPACION: Secretaria

ESCOLARIDAD: Bachillerato terminado

NUMERO DE PERSONA QUE CONFORMA: 3

INFORMACION: Directa.

PRESENTACION DEL CASO

Araceli es una mujer adulta de 24 años, de edad que vive en unión libre con su pareja desde hace 8 años reside en el estado de Morelos, en un medio urbano su casa es de block con loza y cuenta con una recamara, cocina, baño y un patio muy amplio, tiene a su alcance los servicios intradomiciliarios extradomiciliarios (agua, luz, drenaje, teléfono y recolección de basura).

Su convivencia diaria es con su esposo y su hija

Ingresa la persona que refiere que hace 12 horas inicio con su padecimiento (colecistitis) y desde entonces refiere sentirse mal cuando come comidas con un poco de grasa y lácteos, acentuándose el dolor en el estomago radiándose al lado derecho de su abdomen, también le provoca nauseas, hasta llegar al vomito de contenido gástrico y biliar, no presentar fiebre, presenta palidez de tegumento de tegumentos, mucosas semihidratadas.

Por lo cual se presenta al hospital para su diagnostico y tratamiento.

Se le toman laboratorio Bh y química, Rx de abdomen, ultrasonografia de abdomen. Colecistitis litiacica. se le informa del diagnostico y el tratamiento quirúrgico por lo cual acepta y se prepara para quirófano.

Ingresa la persona al servicio de hospitalización de cirugía general post operada de colecistectomía abierta, consiente, orientada con palidez de tegumentos, mucosas orales semi hidratadas , herida quirúrgica limpia, pen rose drenando liquido serohemático, vendaje abdominal compresivo, refiere nauseas sin llegar al vomito, dolor en la herida quirúrgica por lo cual no quiere mover ,refiere dolor al respirar durante la valoración de enfermería se detecto que Araceli es muy

sensible al dolor no puede afrontar tal situación, ya que carece de falta de voluntad, y de información sobre las molestias post operatorias.

Primer día de su ingreso al servicio de cirugía general refiere no haber dormido bien por el dolor que le causo la herida quirúrgica, continua con dolor en herida quirúrgica también refiere tener ansiedad por la herida quirúrgica que si se puede abrir o infectar, no desea cambiar de posición, ni levantarse para realizar sus actividades de autocuidados ni la de ambulación precoz, pero afortunadamente muestra un gran interés por conocer, aprender y mejorar su estado de salud.

VALORACIÓN POR NECESIDADES

Necesidad de oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: no existe. Tos productiva/seca: no existe.

Dolor asociado con la respiración: Por la herida quirúrgica. Fumador: no.

Desde cuando fuma/ cuantos cigarros al día /varía la cantidad según su estado emocional:

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T/A 120/60 Respiracion 18 por minuto.

Pulso 86 por minuto. Temperatura 36.7°C.

Tos productiva/seca: No.

Estado de conciencia: Alerta.

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: Ligera palidez de tegumentos, no cianosis. Circulación del retorno venoso: Normal.

Necesidad de nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Comidas grasosas y con picante en trabajo, en su casa come frijoles, sopa, huevo, carne, verduras y frutas en poca cantidad.

Numero de comidas: De 2 a 3.

Trastornos digestivos: Gastritis,

Intolerancia alimentaria/alergias: No

Problemas de la masticación y deglución: Ninguno.

Necesidad de ejercicio: Camina ocasionalmente.

Objetivos:

Turgencia de la piel: Suave.

Membranas y mucosas: Hidratadas.

Características del cabello: Castaño oscuro, chino y largo en cantidad normal.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Sin limitaciones físicas.

Aspecto de los dientes y encías: Están completas las piezas dentales encías rosadas.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Tiene 2 cicatrices una en la frente y otra en la rodilla izquierda y la herida quirúrgica resiente en abdomen que se encuentra en proceso de cicatrización sin datos de infección.

Necesidad de eliminación**Subjetivo:**

Hábitos intestinales: 1 al día.

Características de las heces/orina: Las heces son formadas. La orina es concentrada y le duele y arde al orinar.

Menstruación: Tiene 20 días que menstruó.

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: No

Uso de laxantes: No. Hemorroides: No.

Dolor al defecar/ menstruar/orinar: Refiere tener poco dolor al a menstruación, también tiene ardor y dolor al orinar.

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No le da mucha importancia.

Objetivo:

Abdomen/ características: deprecible, sin distención abdominal, se encuentra con estrías.

Ruidos intestinales: Presentes

Palpación de la vejiga urinaria: Globo vesical pequeño.

Necesidad termorregulación**Subjetivo**

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Si

Ejercicio, tipo y frecuencia: No realiza; solo cuando va por su hija a la escuela.

Temperatura ambiental que le es agradable: El frio.

Objetivo

Características de la piel: Morena clara.

Transpiración: Moderada.

Condiciones del entorno físico: La casa es de bloc con loza, tiene adecuada ventilación, cuenta con amplio patio, las habitaciones de la casa son ventiladas.

Necesidad: de moverse y mantener una buena postura**Subjetivo:**

Capacidad física cotidiana: En la semana se encuentra cansada, con dolor de piernas después del trabajo.

Actividad del tiempo libre: Ver la televisión.

Hábitos de descanso. Por la tarde de 6 a 7 toma una siesta.

Hábitos de trabajo: Programa sus actividades del hogar.

Objetivos:

Estado del sistema muscular esquelético: Sin limitaciones físicas.

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: Normal.

Postura: Curvada por el dolor de la herida quirúrgica.

Ayuda para la deambulaci3n: Si necesita ayuda por la cirugía.

Dolor con el movimiento: Si al moverse y cambiar de posici3n y al pararse.

Presenta temblores no estado de conciencia: Consiente y orientada.

Estado emocional: Esta ansiosa por su estado de salud y preocupada por la posible p3rdida de su trabajo.

Necesidad de descanso y sueño**Subjetivo:**

Horario de descanso: 6a 7 o 8 de la mañana. Horario de sueño: 11o 12pm a 6 am.

Horas de descanso: 1 a 2 horas.

Horas de sueño: 7 a 8 horas.

¿Padece de insomnio? No pero en este momento no puede dormir por el dolor de la herida.

¿Se siente descansado al levantarse? No por el dolor no pudo dormir y por el ruido del que hizo la persona que se encuentra en la otra cama.

Objetivo:

Estado mental: Ansiedad/ estrés/lenguaje: se siente ansiosa y estresada por su salud.

Ojeras: Si atenci3n: Si Bostezos: Si Concentraci3n: Si

Apatía: No Cefalea: No

Respuesta a estímulos: Si.

Necesidad: uso de prendas de vestir adecuadas.

Subjetivo.

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: Si un poco.

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: Si pero siempre se encuentra su autoestima alta.

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?. No por que es creyente pero no devota.

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?. En este momento si.

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Si.

Capacidad psicomotora para vestir y desvestirse: Si.

Vestir incompleto: Sucio: Inadecuado: otros:

Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: en el hospital no a querido irse a bañar pero en su casa veces al día.

Momento preferido para el baño: por la mañana y por la noche.

Cuantas veces se lava los dientes al día: 2 veces al día.

Aseo de manos antes y después de comer: Si. Después de eliminar: Si

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: No

Objetivo:

Aspecto general: Es una persona limpia.

Olor corporal:

Halitosis: No.

Estado del cuero cabelludo: Sin caspa.

Lesiones dérmicas, que tipo: Tiene 2 cicatrices por accidentes en su niñez.

(Anota su ubicación en el diagrama).

Otros: Herida quirúrgica reciente, en proceso de cicatrización.

Necesidades de evitar peligros

Subjetivo:

Que miembro componen su familia de pertenencia: 2 su esposo y su hija de 6 años.

Como reacciona ante una situación de urgencia: Estrés y tensión

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Si.

En el hogar: Si

En el trabajo: No.

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? No.

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Estrés y tensión.

Objetivo:

Deformidades congénitas: Ninguna.

Condiciones del ambiente en su hogar: Bueno.

Trabajo: Con tensión y estrés por la posible pérdida del mismo.

Otros.

Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: Casada. Años de relación: 7años Vive con su esposo e hija.

Preocupaciones/ estrés: Por la posible pérdida de su trabajo. Familiares: Ninguno.

Otras personas que puedan ayudar: El patrón.

Rol en la estructura: Familiar

Comunica sus problemas debido a su enfermedad/ estado: Si

Cuanto tiempo pasa sola. Los domingos por lo menos 10 horas.

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en trabajo.

Objetivo:

Habla claro: Si. Confusa: No

Dificultad en la visión: No Audición: No

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas:

Si

Otros.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: Católica, creyente.

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: No

Principales valores en su familia: El respeto, responsabilidad, amabilidad

honestidad, confianza, lealtad, sinceridad, franqueza, valentía, rectitud,

Principales valores personales: Respeto honestidad; responsabilidad, amabilidad.

¿Es congruente en su forma de pensar con su forma de vivir?: Si

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social y religioso): Si

¿Permite el contacto físico?: Si

¿Tiene algún objeto indicativo de determinado valores o creencia?: Si

Otros.

Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? si de secretaria Tipo de trabajo: Administrativo

Riesgo: No Cuanto tiempo de dedica al trabajo: 8 horas de lunes a viernes.

¿Estas satisfecha con su trabajo? si su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y /o las de su familia? Si

¿Estas satisfecho (a) con el rol familiar que juega? Si

Objetivo:

Estado emocional / calmado/

ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: ansiosa, temerosa, por la posible pérdida de su trabajo.

Otros.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Ve la televisión, rara vez va a practicar zumba.

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? si

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? Si una cancha de futbol, basquetbol, un lugar de juegos infantiles.

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? No.

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Si

¿Rechaza las actividades recreativas?: No.

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: Si es participativa.

Otros:

Necesidad de aprendizaje

Subjetiva:

Nivel de educación secretaria.

Problema de aprendizaje: No

Limitaciones cognitivas: No tipo:

Preferencia: leer/escribir: Leer.

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: No

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? No

¿Tienes interés en aprender a resolver problemas de salud?: Si

Otros:

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Esta preocupada por su salud y su trabajo

Órganos de los sentidos: Sin problemas.

Estado emocional/ansiedad/dolor: Ansiosa por su estado de salud y preocupada por la posible perdida de su trabajo, refiere dolor en la herida quirúrgica.

Memoria reciente:

Memoria remota:

Otras manifestaciones.

Diagnósticos de enfermería

CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA		
Necesidades	Grado de dependencia	Diagnostico de Enfermería
OXIGENACION	I <u> X </u> PD _____ D _____	Necesidad de oxigenación eficaz.
NUTRICION E HIDRATACION	I _____ PD <u> X </u> D _____	Deterioro de la mucosa oral relacionado con el ayuno prolongado manifestado xerostomía (boca seca).
ELIMINACION	I <u> X </u> PD _____ D _____	Riesgo de estreñimiento relacionado por el estrés del procedimiento quirúrgico y la inactividad.
TERMORREGULACION	I <u> X </u> PD _____ D _____	Necesidad de termorregulación eficaz
MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	I _____ PD <u> X </u> D _____	Deterioro de la movilidad física relacionado con el dolor de la herida quirúrgica manifestado por dificultad para realizar lo autocuidados
DESCANSO Y SUEÑO	I _____ PD <u> X </u> D _____	Dolor e incomodidad, relacionado con la herida quirúrgica manifestada por verbalización.
USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	I _____ PD <u> X </u> D _____	Déficit de autocuidado de vestido/arreglo relacionado con el dolor de la herida quirúrgica manifestado por deterioro de la capacidad para, poner o quitarse la ropa necesaria.
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	I _____ PD <u> X </u> D _____	Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la herida quirúrgica manifestado por la interrupción del tejido.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS	I _____ PD <u>X</u> _____ D _____	Ansiedad relacionada con el cambio de su salud manifestado por miedo a alguna infección en la herida quirúrgica.
NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD	I <u>X</u> _____ PD _____ D _____	Necesidad de comunicación y sexualidad eficaz.
NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS	I <u>X</u> _____ PD _____ D _____	Necesidad de vivir según creencias positivos
NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE	I <u>X</u> _____ PD _____ D _____	Necesidad de trabajar y realizarse positivo.
NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	I _____ PD <u>X</u> _____ D _____	Déficit de actividad recreativa relacionada con la falta de interés manifestado por cansancio
NECESIDAD DE APREDIZAJE	I _____ PD <u>X</u> _____ D _____	Manejo inadecuado terapéutico relacionado con la falta de conocimiento del proceso patológico, la rehabilitación, las actividades domésticas y los medicamentos manifestado por preguntas frecuentes sobre la enfermedad, el tratamiento y el cuidado después del alta

3.4 PLANEACION Y JEREQUIZACION DE NECESIDADES Y RESULTADOS

NECESIDADES	NECESIDADES JERAQUIZADAS	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
Oxigenación	Descanso y sueño	Dolor e incomodidad Relacionado con la herida quirúrgica manifestado por verbalización	Control del dolor. Control de los síntomas	-Aplicación de frío -Manejo del dolor. -Administración de analgésicos
Nutrición /hidratación	Evitar peligro	Ansiedad relacionado con el cambio de su estado de salud Infección en la herida quirúrgica.	Autocontrol de la ansiedad(1402)	-Disminución de la ansiedad. -Cuidados de enfermería al ingreso. -Fomento al sueño. -Enseñanza. _Vigilancia
Eliminación	Moverse y mantener una buena postura	Deterioro de la movilidad física relacionado con el dolor en herida quirúrgica manifestado por dificultad para realizar actividades de autocuidado	Movilidad (0208)	- Manejo del dolor -Etapas en la dieta -Manejando la tos -Enseñanza de actividad y ejercicio prescrito -Fomento al sueño -Terapia de ejercicio de ambulación. -Ayuda a los autocuidados, vestirse, aseo, eliminación, baño, e higiene, vestir.
Moverse y mantenerse	Higiene y protección de la piel	Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la herida quirúrgica manifestado por l interrupción del tejido	Curación de la herida por primera vez.	Cuidados del sitio de incisión.
Descanso y sueño	Higiene y protección de	Riesgo de infección relacionado con	-Control de riesgo de infección.	-Control de infección

	la piel	el procedimiento quirúrgico	-Autocuidado de higiene	-Ayuda a los autocuidados baño y higiene
Usar prendas de Vestir adecuada	Nutrición /hidratación	-Deterioro de la mucosa oral relacionado con el ayuno prolongado manifestado por xerostomía (boca seca).	-Hidratación	-Etapas de dieta
Termorregulación	Eliminación	Riesgo de estreñimiento relacionado por la inactividad y estrés por el proceso quirúrgico	-Detección de riesgo -Control de síntomas	-Fomento del ejercicio. -Manejo de líquidos. -Etapas de dieta. -Enseñanza actividad/ejercicio prescrito.
Higiene y protección de la piel.	Usar prendas de Vestir adecuada	Déficit de autocuidado de vestido/arreglo relacionado con el dolor de la herida quirúrgica manifestado por deterioro de la capacidad para, poner o quitarse la ropa necesaria.	Movilidad (0208): Capacidad para moverse con resolución en el entorno independiente o con sin mecanismo de ayuda	1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal: Ayudar a la persona con la ropa y el maquillaje. Campo: 1 fisiológico básico. Clase: (F) - Se coloco las prendas de la persona en una zona accesible (al pie de la cama). - Se le ayudo a vestir para ayudar en el vestir, si es necesario
Evitar peligros	Aprendizaje	Manejo inadecuado terapéutico relacionado con la falta de conocimiento del proceso patológico, la rehabilitación, las actividades domesticas y los medicamentos manifestado por preguntas	Orientación sobre la salud (1705) 170502 Se centra en la prevención y en el control de la enfermedad. 170504 Se centra en mant	5602 Enseñanza proceso de enfermedad: Ayudar a la persona a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad

		frecuentes sobre la enfermedad, el tratamiento y el cuidado después del alta	<p>170505 Se centran en la adaptación a las situaciones de vida.</p> <p>170508 Percepción de que la conducta saludable es relevante para sí mismo.</p>	<p>ener las capacidades funcionales.</p> <p>especifico.</p> <p>5602.01 Evaluar el nivel actual de conocimientos de la persona relacionado con el proceso de enfermedad específico.</p> <p>5602.02 Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología</p> <p>5602.03 Describir los signos y síntomas comunes de la herida quirúrgica, si procede.</p>
Comunicación	Oxigenación	Necesidad de oxigenación eficaz		
Vivir según sus creencias y valores.	Necesidad de comunicarse y sexualidad	Necesidad de comunicación y sexualidad eficaz.		
Trabajar y realizarse	Necesidad de vivir según sus creencias	Necesidad de vivir según creencias positivas		

Jugar y participar en actividades recreativas.	Necesidad de trabajar y realizarse	Necesidad de trabajar y realizarse positivo.		
Aprendizaje	Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas	Déficit de actividad recreativa relacionada con la falta de interés manifestado por cansancio aburrimiento	Motivar a la realización de ciertas actividades que favorezcan la interacción familiar a través de juegos recreativos	Brindar la opción de juegos de mesa en donde participe su familiar.

EJECUCIÓN

DIAGNOSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1.-Dolor e incomodidad relacionada con la herida quirúrgica manifestada por

Verbalización.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionado por una lesión real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor a 6 meses.¹ Dominio: 12 Clase: 1

Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	Fundamentación
<p>-Control del dolor. Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV). Clase: Conducta de salud (Q). Escala (S): Nunca demostrado hasta siempre demostrado (M). Definición: Acción personal para controlar el dolor. Indicadores: -Utiliza medidas preventivas. -Utiliza medidas de alivio. -Utiliza los analgésicos de forma apropiada.</p>	<p>1380.-Aplicación de frío: Definición: Estimulación de la piel y tejido subcutáneo con calor o frío con el fin de disminuir el dolor espasmos musculares o inflamación. Campo: 1 fisiológico básico Clase: 2 (E) -Se le explico la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectara a los síntomas de la persona. -Realizo análisis para ver si hay contraindicaciones al calor o al frío, tales como disminución o usencia de sensibilidad, disminución de la</p>	<p>La aplicación del frío estimula receptores del frío y bloque otras señales sensitivas; de este modo, se produce una inhibición transitoria de los receptores propioceptivos lo cual permite que el musculo se relaje.</p>

¹ Sheila Sparks Ralph, DNSc,RN, CS,FAAN, Chair. Martha Craft- Rosenberg, PhD, RN, FAAN. T. H EATHER H ERDMAN, Ph D, RN.NANDA Nursig Diagnoses y Classification 2003-2004

	<p>actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo, responsabilidad de roles.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se seleccionó y desarrollo medidas (farmacológicas, no farmacológica). - Se evaluó la eficacia de las medidas de alivio del dolor atreves de una valoración continúa de la experiencia dolorosa. <p>2210.-Administración de analgésicos.</p> <p>Definición: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir eliminar el dolor.</p> <p>Campo: 2 fisiológico complejo.</p> <p>Clase: (H)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente -Se corroboraron las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. -Se comprobar el historial de alergias a medicamento. -Se determino el analgésico preferido vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico optimo. -Se descartaron los narcóticos y otros medicamentos restringidos de acuerdo con el protocolo de la institución. - Se tomaron los signos vitales antes y después de la administración de los 	<p>analgésica superior o similar a la de la morfina, meperidina o pentazocina caracterizada por el rápido inicio de acción</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>analgésicos</p> <p>-Se administro ketorolaco 30 miligramos i.v. cada 8 horas.</p> <p>Se administro metamizol 1 gramo i.v cada 8 horas.³</p>	
<p>La señora Araceli después de media hora ya se encuentra mas tranquila y puedo conciliar el sueño ya que le disminuyó su dolor de la herida quirúrgica.</p>		

³ F:\Libro Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC) 4e de McCloskey

-

DIAGNOSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

2.-Ansiedad relacionado con el cambio de su estado de salud manifestado por miedo a infección en la herida quirúrgica.

Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo. ⁴

Dominio: 9 Clase: 2

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Autocontrol de la ansiedad (1402): Dominio: Salud psicológica (III). Clase: Autocontrol (o).</p> <p>Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada⁵ Indicadores - Buscar información para reducir la ansiedad.</p>	<p>5820 Disminución de la ansiedad: Definición. Minimizar la opresión, temor presagios relacionado con una fuente no identificada de peligro por adelantado. campo:3 conductual clase:2 (T) - Proporcionar información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronostico. -Escuchar con atención. -Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Identificar los cambios en el nivel</p>	<p>Vaga sensación de malestar o amenaza acompañados de una respuesta autonómica, sentimiento de aprensión causada por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.</p>

⁴ Sheila Sparks Ralph, DNSc,RN, CS,FAAN, Chair. Martha Craft- Rosenberg, PhD, RN, FAAN. T. H EATHER H ERDMAN, Ph D, RN.NANDA Nursig Diagnoses y Classification 2003-2004

⁵ Sue Moorhead,PhD,Marion Johnson,Meridean Maas, PhD,RN,FAAN clasificación de resultados esperados (NOC)

<p>- Refiere dormir de forma adecuada.</p> <p>- Ausencias de manifestaciones de una conducta de ansiedad.</p> <p>- Verbaliza aceptación de la situación de su salud</p> <p>1.-Nunca demostró</p> <p>2.-Raramente demostró</p> <p>3.-aveces demostró.</p> <p>4.-frecuentemente demostró.</p> <p>5.-siempre demostró</p>	<p>de ansiedad.</p> <p>- Ayudar a la persona a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.</p> <p>-Alertar ala familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.</p> <p>7310Cuidados de enfermería al ingreso: Facilitar el ingreso del cliente a hospitalización.</p> <p>Campo:6 sistema sanitario.</p> <p>Clase:2 (Y)</p> <p>- Presentarse a si mismo.</p> <p>- Orientar a la persona/familia/seres queridos en el ambiente próximo.</p> <p>-Orientar a la persona/familia/seres queridos sobre las instalaciones del hospital.</p> <p>-Abrir historia.</p> <p>-Establecer los diagnósticos de cuidados de enfermería.</p> <p>- Realizar valoración por necesidades.</p> <p>1850 Fomentar el sueño:</p> <p>Facilitar ciclos regulares de sueño vigilancia.</p> <p>Campo: 1 fisiológico básico.</p> <p>Clase: (F)</p> <p>- Observar/registrar el esquema y numero de horas de sueño de la persona.</p> <p>- Ajustar el ambiente (luz, ruido temperatura, colchón y cama para favorecer el sueño.</p> <p>5610Enseñanza:</p> <p>(post quirúrgica) ayudar al a persona a comprender y preparase mentalmente para la recuperación post operatoria.</p> <p>Campo: 3 conductual.</p> <p>Clase:(S)(J)</p> <p>-Informar a la persona y al ser querido acerca de los cuidados</p>	<p>La relación terapéutica constituye la base de los cuidados de enfermería y facilita una comunicación directa con la persona a cuidar, reconociendo así sus emociones y sentimientos.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>post quirúrgicos.</p> <ul style="list-style-type: none">- Dar tiempo a la persona para que realice preguntas y discuta sus inquietudes.- Describir las rutinas post operatorias(dieta, movilización física, movimientos intestinales, eliminación de orina , terapia IV.)-Describir toda la medicación preoperatoria los efectos de la misma en la persona y el fundamento de su utilización.- Informar al ser querido sobre el sitio de espera de los resultados de la cirugía, si resulta oportuno.- Explicar el propósito de las frecuentes valoraciones postoperatorias.-Describir las rutinas/equipos postoperatorios (medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, vendaje quirúrgico, deambulación, dieta y visitas familiares) y explicar su objetivo.-Destacar la importancia de la deambulación precoz y los cuidados pulmonares.-Enseñar a la persona como puede ayudar en la recuperación.-Corregir las expectativas irreales de la cirugía si procede.-Incluir a la familia/ser querido si resulta oportuno. <p>6650 Vigilancia: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos de la persona para la toma de decisiones clínicas.</p> <p>Campo: 4 seguridad. Clase:2 (V)</p> <ul style="list-style-type: none">-Comprobar la función gastro intestinal, si procede.- Comprobar el estado actual con el estado previo para detectar las mejorías y deterioros en la	<p>El ruido puede alterar el estado anímico de una persona , de modo que mantener a la persona en un lugar tranquilo donde pueda descansar mejor</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	condición de la persona. -Control de la temperatura periódicamente. ⁶	
--	----------------------------------------------------------------------------------------	--

La señora Araceli se le explico el procedimiento que se le realizo, los cuidados que debe de tener y lo importante que es iniciar la ambulación para su pronta recuperación, de la persona demuestra menos ansiedad al ser educada y responder sus interrogantes.

⁶ F:\Libro Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC) 4e de Mccloskey

-

DIAGNOSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

3.-Deterioro de la movilidad física relacionado con el dolor en herida quirúrgica manifestado por dificultad

para realizar actividades de autocuidado.

Definición: Limitación del movimiento independiente intencionado, del cuerpo o de una o mas extremidades.⁷

Dominio: 4 Clase: 2

RESULADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTACION
<p>INDICADORES</p> <p>Movilidad (0208): Capacidad para moverse con resolución en el entorno independiente o con sin mecanismo de ayuda.</p> <p>Dominio: Salud funcional 1. Clase: Movilidad (c)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Come. - Deambulacion (camina). - Se viste. - Uso del inodoro -Higiene <p>1.-Gravemente comprometido. 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamenmte comprometido. 4.-Levemente comprometido.</p>	<p>1400 Manejo del dolor: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para la persona.</p> <p>Campo: 1 fisiológico básico. Clase:(E) fomento a la comodidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluye la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad. -Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles). - Proporcionar información acerca del dolor, tales como 	<p>La señora Araceli le explico el procedimiento que se le realizo, los cuidados que debe de tener y lo importante que es iniciar la ambulacion para su pronta recuperación.</p>

⁷ Sheila Sparks Ralph, DNSc,RN, CS,FAAN, Chair. Martha Craft- Rosenberg, PhD, RN, FAAN. T. H EATHER H ERDMAN, Ph D, RN.NANDA Nursig Diagnoses y Classification 2003-2004

<p>5.-No comprometido.⁸</p>	<p>causa del dolor, tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con el cliente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor. - Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. <p>1020 Etapas en la dieta: Instituir las necesarias restricciones de la dieta con la consiguiente progresión de la misma según la tolerancia. Campo: 1 fisiológica básico. Clase: (D)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determino la presencia de sonidos intestinales. -No se observo el estado de alerta y la presencia de reflejo de ahogo. - Comprobar si , la persona da salida al flato. -observar si produce nauseas y/o vomito. <p>3250 Mejorando la tos: Fomento de una inhalación profunda en la persona con la consiguiente generación de altas presiones intratoraxicas y compresión del parénquima pulmonar subyacente para la</p>	
----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

⁸ Sue Moorhead, PhD, Marion Johnson, Meridean Maas, PhD, RN, FAAN clasificación de resultados esperados (NOC)

	<p>expulsión forzada de aire. Campo: 2 fisiológico complejo. Clase: (K)</p> <ul style="list-style-type: none">- Enseñar a la persona a que inspire profundamente varias veces, expire lentamente y a que tosa al final de la exhalación.- Enseñar al cliente mientras tiene lugar la tos, a comprimir el abdomen (zona de incisión) con la mano plana y se le ayuda a que se incline hacia delante. <p>5612 Enseñanza actividad/ejercicio prescrito: preparar a la persona para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito. Campo: 3 conductual. Clase: (S)(A)</p> <ul style="list-style-type: none">- Informar a la persona del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito.- Enseñar a la persona la actividad/ejercicio prescrito.- Enseñar a la persona una buena postura y la mecánica corporal, si procede.- Incluir a la familia/ser querido, resulta necesario. <p>1850 Fomentar el sueño: facilitar ciclos regulares del sueño/vigilar. Campo: 1 fisiológico básico. Clase: (F)</p> <ul style="list-style-type: none">- Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del cliente.- Comprobar el esquema de la persona y observar las s	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>circunstancias físicas (apneas del sueño, vías aéreas construidas, dolor /molestias y frecuencias urinarias) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpan el sueño.</p> <ul style="list-style-type: none">- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. <p>0221 Terapia de ejercicios: de ambulación: estímulo y/o asistencia en la deambulacion para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y la recuperación de una enfermedad lesión.</p> <p>Campo:1 fisiológico básico. Clase:(A)</p> <ul style="list-style-type: none">- Aconsejar a la persona que use un calzado que facilite la deambulacion y evite lesiones.- Ayudar a la persona a sentar a un lado de la cama para facilitar los ajustes corporales.- Ayudar a la persona en el traslado, cuando sea necesario.- Ayudar a la persona con la deambulación inicial si es necesario.-Instruir a la persona/ cuidador a cerca del traslado y deambulación segura.- Fomentar una deambulación independiente dentro de los limites de la seguridad <p>1803 Ayuda con los autocuidados: Alimentación: ayuda a una persona a comer.</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>Campo:1 fisiológico básico. Clase: (F) (D)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar la dieta prescrita - Poner la bandeja y la mesa de forma atractiva. -Colocar a la persona en una posición cómoda. - Retirar la bandeja de comida de la habitación. -Se ofreció tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumos de fruta. - Se proporciono ayuda hasta que la persona fue totalmente capaz de asumir los autocuidados. <p>1804 Ayuda con los autocuidados: Aseo (Eliminación) ayudar a otra persona en las eliminaciones. Campo: 1 fisiológico básico. Clase:(F) (B)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se le Ayudo a la persona en la eliminación proporcionándole el como u orinal a intervalos específicos. -Instaurar idas al baño. -Se proporciono dispositivos de ayuda (cómodo u orinal), si procede. <p>1801 Ayuda de los autocuidados baño/higiene: Ayudar a la persona a realizar la higiene personal. Campo: 1 fisiológico básico. Clase: (F)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se coloco la toallas, jabón y demás accesorios, necesarios a pie de cama / en el baño. - Se proporciono ayuda hasta 	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>que la persona fue totalmente capaz de asumir los autocuidados.</p> <p>-Realizo arreglo de cama (cama abierta).</p> <p>1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal: Ayudar a la persona con la ropa y el maquillaje.</p> <p>Campo: 1 fisiológico básico.</p> <p>Clase: (F)</p> <p>- Se coloco las prendas de la persona en una zona accesible (al pie de la cama).</p> <p>- Se le ayudo a vestir para ayudar en el vestir, si es necesario.⁹</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

La señora Araceli se le explico el procedimiento que se le realizo, los cuidados que debe de tener y lo importante que es iniciar la ambulación para su pronta recuperación, demuestra cooperación e iniciativa.

⁹ F:\Libro Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC) 4e de McCloskey -

Necesidad de seguridad para mantener la salud y la vida.

4.-Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la herida quirúrgica manifestado por la interrupción

del tejido

Definición: Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.¹⁰ Dominio: 2.
Clase: 4

Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería y actividades (NIC)	Fundamentación
<p>Curación de la herida: Por primera intención. Definición: Magnitud de regeneración de las células y tejidos posterior a un cierre intencionado. Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Integridad tisular (L) Escala:(S) 1.-ninguno 2.-escaso 3.-moderado 4.-sustancial 5.-extenso¹¹</p>	<p>3440 Cuidados del sitio de incisión: Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas. Campo: 2 fisiológico complejo. Clase: (L) -Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. - Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. -Aplicar antiséptico, según prescripción.</p>	<p>Curación y protección de la herida quirúrgica: La eliminación de residuos incremental la granulación y por con secuencia hay una cicatrización mas eficiente. Vendaje abdominal compresivo: Mantiene unidos los tejidos subcutáneos afectados por la cirugía de modo que propicia su pronta regeneración a demás de proteger el sitio. Vigilar signos de infección: La infección de una herida se manifiesta por medio de hipertermia, edema y además de</p>

¹⁰ Sheila Sparks Ralph, DNSc,RN, CS,FAAN, Chair. Martha Craft- Rosenberg, PhD, RN, FAAN. T. H EATHER H ERDMAN, Ph D, RN.NANDA Nursig Diagnoses y Classification 2003-2004

¹¹ F:\Libro Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC) 4e de Mccloskey -

	<ul style="list-style-type: none"> - Cambiar el vendaje a los intervalos adecuados - Instruir al cliente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha. - Enseñar a la persona a minimizar la tensión en el sitio de la incisión. - Enseñar a la persona y /o a la familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.¹² 	lenta o nula cicatrización.
Evaluación: Paciente post operada no presencia complicación de infección		

8481747874. mht

¹² Sue Moorhead, PhD, Marion Johnson, Meridean Maas, PhD, RN, FAAN
clasificación de resultados esperados (NOC)

5.-Riesgo de infección relacionado con el procedimiento quirúrgico.

Definición: Aumento de riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.¹³

Dominio: 11 seguridad/ protección.

Clase: 1 infección

Resultados esperados (NOC).	Intervenciones de enfermería y actividades (NIC).	Fundamentación
<p>Control de riesgo (1902). Definición: acción personal para prevenir eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables. Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV). Clase: Control de riesgo(T)</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reconocer factores de riesgo. -Supervisar los factores de riesgo del medio ambiente. -Modificar el estilo de vida para reducir riesgo. -Evitar exponerse a las amenazas para la salud. <ol style="list-style-type: none"> 1.-Nunca demostró. 2.-Raramente demostró. 3.-A veces demostró. 4.-Frecuentemente 	<p>6540.-Control de infección. Definición: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos. Campo:4 seguridad Clase: (V)</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Limpiar el ambiente adecuado después de cada uso por parte de los pacientes. -Enseñar al personal de cuidados en lavado de manos apropiado. -Instruir a la persona acerca de las técnicas correctas de lavado de manos. -Se solicito al familiar que se lave las manos al entrar 	<p>Es la presencia de riesgo de ser invadido por microorganismos patógeno</p> <p>Curación y protección de la herida quirúrgica: La eliminación de residuos incremental la granulación y por con secuencia hay una cicatrización mas eficiente.</p> <p>Riesgo de lesión es como consecuencia de interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona</p>

¹³ Sheila Sparks Ralph, DNSc,RN, CS,FAAN, Chair. Martha Craft- Rosenberg, PhD, RN, FAAN. T. H EATHER H ERDMAN, Ph D, RN.NANDA Nursig Diagnoses y Classification 2003-2004

<p>demostró. 5.-Siempre demostró.</p> <p>Auto cuidado de higiene (0305). Definición: Capacidad para mantener la higiene corporal y un buen aspecto independiente con o sin ayuda. Indicadores. Dominio: Salud funcional (1). Clase: Auto cuidado (D).</p> <p>Indicadores -Se lava las manos. Mantiene una apariencia pulcra. 1.-Gravemente comprometido. 2.-Sustancialmente comprometido. 3.-Moderadamente comprometido. 4.- Levemente comprometido. 54.-No comprometido.¹⁴</p>	<p>y salir de la habitación de la persona. -Se utilizo jabón antibacteriano. -Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente. -Se puso en práctica las precauciones universales. -Como medida profiláctica se administro el antibiótico de tercera generación para evitar una colonización bacteriana no deseada en herida quirúrgica.</p> <p>1801.-Ayuda con los autocuidados: baño e higiene. Definición ayudar a la persona a realizar la higiene personal. Campo:1 fisiológico básico Clase:2 (E)</p> <p>Actividades -Se coloco toalla, jabón y demás accesorios necesarios en el baño. -Se proporciono los</p>	<p>La higiene es un hábito personal que esta determinado por prácticas individuales, que permite evitar la proliferación de microorganismos y posibles lesiones.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¹⁴Sue Moorhead,PhD,Marion Johnson,Meridean Maas, PhD,RN,FAAN clasificación de resultados esperados (NOC)

	objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño). -Proporciono ayuda al paciente hasta que fue totalmente independiente. ¹⁵	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Evaluación: -No se evidencian signos de infección en días posteriores ala intervención quirúrgica.

¹⁵ F:\Libro Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC) 4e de Mccloskey -

Necesidad de alimentación e hidratación.

6.-Deterioro de la mucosa oral relacionado con el ayuno prolongado manifestado por xerostomía (boca seca).

Definición: Alteración de los labios y tejidos blandos de la cavidad oral¹⁶

Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería y actividades (NIC)	Fundamentación
<p>Hidratación (0602). Definición: Agua adecuada en los compartimientos intracelular y extracelular del organismo. Dominio: Salud fisiológico (II). Clase: Líquidos y electrolitos (6).</p> <p>Indicadores Membranas humadas. Ingesta adecuada de líquidos.</p> <p>1.-Gravemente comprometido. 2.-Sustancialmente comprometido. 3.-Moderadamente comprometido. 4.-Leve comprometido- 5.-No comprometido.¹⁷</p>	<p>Manejo de líquidos Definición: Mantener el equilibrio y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos as normales o no deseados.</p> <p>Actividades. -Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. -Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguíneo ortostática) según sea el caso. -Monitorear signos vitales, si procede. -Administrar líquidos, si procede. -Favorecer la ingesta oral (proporcionar dieta líquida a tolerancia). Animar al ser querido a a que</p>	<p>La hidratación y nuestro cuerpo: El agua un elemento esencial para la vida, cumple diversas funciones importantes en el cuerpo. Es el componente mas importante del cuerpo humano representa en promedio a aproximadamente el 60% del peso de una persona.</p>

¹⁶ Sheila Sparks Ralph, DNSc,RN, CS,FAAN, Chair. Martha Craft- Rosenberg, PhD, RN, FAAN. T. H EATHER H ERDMAN, Ph D, RN.NANDA Nursig Diagnoses y Classification 2003-2004

¹⁷ Sue Moorhead,PhD,Marion Johnson,Meridean Maas, PhD,RN,FAAN clasificación de resultados esperados (NOC)

	<p>ayude al paciente con las comidas, si procede.</p> <p>-Ofrecer tentempiés (bebidas y frutas frescas/ zumo de frutas con frecuencia) si procede.</p> <p>Etapas de la dieta.(1020)</p> <p>Definición: Instituir las necesidades restricciones de la dieta con la consiguiente progresión de la misma según su tolerancia.</p> <p>Campo: 1 fisiológico básico.</p> <p>Clase: (D).</p> <p>Actividades.</p> <p>-Determinar la presencia de sonidos intestinales.</p> <p>-Comprobar si el paciente da salida de flatos.</p> <p>-Hacer avanzar la dieta desde la ingestión de poco líquidos, dieta líquida, dieta blanda, a dieta regular o especial según la tolerancia de la persona.</p> <p>-Colaborar con otros miembros del equipo de cuidadores para que la dieta avance lo más rápido posible sin que produzca complicación.</p> <p>-Observar la tolerancia a la</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	progresión de la dieta. -Pausar seis comidas pequeñas, en lugar de tres si procede. ¹⁸	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Evaluación: se hidrato a la paciente pidiéndole una dieta líquida por lo cual se encuentra mas tranquila,

¹⁸F:\Libro Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC) 4e de Mccloskey -

NECESIDAD DE ELIMINACION

7.-Riesgo de estreñimiento relacionado por la inactividad y estrés por el proceso quirúrgico.

Definición: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañado de eliminación dificultosa o

incompleta de heces excesivamente duras y secas.¹⁹

Dominio: 3 eliminación.

Clase: 2

Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería y actividades (NIC)	Fundamentación
<p>Detección del riesgo (1908). Definición: Acciones para identificar las amenazas contra la salud personal. Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Control del riesgo y seguridad (T).</p> <p>Indicadores</p> <p>-Reconoce los signos y síntomas que indique riesgos. -Identifica los posibles riesgos para la salud.</p>	<p>Fomento del ejercicio. Definición: Facilitar regularmente la realización de ejercicio físico con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud. Actividades Se motiva a la persona para empezar/continuar con el programa de ejercicios.</p> <p>-Explorar las barreras para el ejercicio. -Fomentarla manifestación oral de sentimiento acerca de los ejercicios o la necesidad de los mismos. -Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus</p>	<p>El ejercicio físico es imprescindible para mantenernos sanos, contrarresta los efectos de la vida sedentaria y disminuye el estrés.</p> <p>Al movernos la sangre transporta mayor cantidad de oxígeno a los músculos aumentando así su capacidad de trabajo. Si comenzamos a hacer gimnasia, al cabo de varias semanas, disminuirá la frecuencia cardíaca en reposo y también no aumentará tanto cuando</p>

¹⁹ Sheila Sparks Ralph, DNSc,RN, CS,FAAN, Chair. Martha Craft- Rosenberg, PhD, RN, FAAN. T. H EATHER H ERDMAN, Ph D, RN.NANDA Nursig Diagnoses y Classification 2003-2004

<p>1.-Nunca demostró. 2.-Raramente demostró. 3.-A veces demostró. 4.-Frecuentemente demostró. 5.-Siempre demostró.</p> <p>Control de síntomas (1608) Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional. Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV). Clase: conducta de salud (Q).</p> <p>Indicadores -Reconocer el comienzo de los síntomas. -Utiliza medidas preventivas. -Utiliza medidas de alivio. -Refiere control de los síntomas.</p> <p>1.-Nunca demostró. 2.-Raramente demostró. 3.-A veces demostró. 4.-Frecuentemente demostró. 5.-Siempre demostró.²⁰</p>	<p>necesidad -Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. -Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. -Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.</p> <p>Manejo de líquidos Definición: Mantener el equilibrio y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos as normales o no deseados. Actividades. -Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. -Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguíneo ortos tatica) según sea el caso. -Monitorear signos vitales, si procede. -Administrara líquidos, si procede. -Favorecer la ingesta oral (proporcionar dieta liquida a tolerancia). Animar al ser querido a que</p>	<p>hagamos ejercicio.</p> <p>Lo mejor es practicar un ejercicio que nos guste, si no estás en forma, antes de empezar el ejercicio deberías prepararte aumentando las actividades de la vida cotidiana cogiendo menos el coche o el autobús, paseando por tu barrio o subiendo por las escaleras.</p> <p>Conviene combinar el trote con ejercicios repetitivos de estiramiento y fortalecimiento de los músculos, la frecuencia ideal sería hacer tres horas por semana.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

²⁰ Sue Moorhead, PhD, Marion Johnson, Meridean Maas, PhD, RN, FAAN
clasificación de resultados esperados (NOC)

	<p>ayude al paciente con las comidas, si procede</p> <ul style="list-style-type: none">-Ofrecer tentempiés (bebidas y frutas frescas/ zumo de frutas con frecuencia) si procede. <p>Etapas de la dieta.(1020)</p> <p>Definición: Instituir las necesidades restricciones de la dieta con la consiguiente progresión de la misma según su tolerancia.</p> <p>Campo: 1 fisiológico básico.</p> <p>Clase: (D).</p> <p>Actividades.</p> <ul style="list-style-type: none">-Determinar la presencia de sonidos intestinales.-Comprobar si el paciente da salida de flatos-Hacer avanzar la dieta desde la ingestión de poco líquidos, dieta liquida, dieta blanda, adieta regular o especial según la tolerancia de la persona.-Colaborar con otros miembros del equipo de cuidadores para que la dieta avance lo más rápido posible sin que produzca complicación.-Observar la tolerancia a la progresión de la dieta.-Pausar seis comidas pequeñas, en lugar de tres si procede. <p>5612 Enseñanza actividad/ejercicio prescrito: preparar al cliente para que</p>	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito.</p> <p>Campo: 3 conductual.</p> <p>Clase: (S)(A)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar a la persona el propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito. - Enseñar a la persona la actividad/ejercicio prescrito. - Enseñar a la persona una buena postura y la mecánica corporal, si procede. - Incluir a la familia/ser querido, resulta necesario.²¹ 	
<p>Evaluación: Araceli se coopera para la realización del ejercicio y la ingesta de líquidos para evitar este riesgo.</p>		

²¹ F:\Libro Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC) 4e de Mccloskey -

NECESIDAD DE APREDIZAJE

8.- Manejo inefectivo del regimen terapéutico relacionado con la falta de conocimiento del proceso post

operatorio, la rehabilitación, las actividades domesticas y los medicamentos manifestado por preguntas

frecuentes sobre la herida quirúrgica, el tratamiento y el cuidado después del alta²².

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de enfermedad y de

sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud

Dominio: 1 promoción de la salud.

Clase:2 manejo de la salud.

Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería y actividades (NIC)	Fundamentación
<p>Orientación sobre la salud (1705)</p> <p>170502 Se centra en la prevención y en el control de la enfermedad.</p> <p>170504 Se centra en mantener las capacidades funcionales.</p> <p>170505 Se centra en la adaptación a las situaciones de vida.</p> <p>170508 Percepción de que la conducta</p>	<p><u>5602 Enseñanza proceso de enfermedad:</u></p> <p>Ayudar a la persona a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.</p> <p>5602.01 Evaluar el nivel actual de conocimientos de la persona relacionado con el proceso de enfermedad específico.</p> <p>5602.02 Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con</p>	<p>Fomentar el aprecio del valor salud, mediante la difusión de conocimientos básicos del cuidado de la persona post operada, recomendando la practica de medidas, para la promoción y protección de la salud, así como la atención oportuna en caso de infección en la herida quirúrgica.</p> <p>En cambio, el desconocimiento sobre el cuidado de la salud. solo conduce al descuido y a la enfermedad con demasiada</p>

²² Sheila Sparks Ralph, DNSc,RN, CS,FAAN, Chair. Martha Craft- Rosenberg, PhD, RN, FAAN. T. H EATHER H ERDMAN, Ph D, RN.NANDA Nursig Diagnoses y Classification 2003-2004

<p>saludable es relevante para si mismo.</p> <p>Escala de resultados: 1 = Muy débil 2 = Débil 3 = Moderada 4 = Fuerte 5 = Muy fuerte</p> <p>Conocimiento: régimen terapéutico (1813)</p> <p>181301 Descripción de la base racional del régimen terapéutico</p> <p>181304 Descripción de los efectos esperados del Tratamiento</p> <p>181305 Descripción de la dieta prescrita.</p> <p>181306 Descripción de la medicación prescrita.</p> <p>181307 Descripción de la actividad prescrita.</p> <p>181310 Descripción del proceso de la Enfermedad.</p> <p>Escala de resultados: 1.= Ninguno. 2 = Escaso. 3 = Moderado.</p>	<p>la anatomía y la fisiología</p> <p>5602.03 Describir los signos y síntomas comunes de la herida quirúrgica, si procede.</p> <p>5602.04 Describir el proceso de la enfermedad, si procede</p> <p>5602.05 Identificar las etiologías posibles, si procede</p> <p>5602.06 Proporcionar información a la persona de la enfermedad y la cirugía, si procede</p> <p>5602.07 Evitar las promesas tranquilizadoras vacías</p> <p>5602.08 Proporcionar información a la familia/ser querido acerca de los progresos de la persona</p> <p>5602.09 Proporcionar información acerca de las medidas de diagnóstico disponibles, según resulte adecuado</p> <p>5602.10 Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar posibles complicaciones / o controlar el proceso de la enfermedad</p> <p>5602.11 Discutir las opciones de terapia / tratamiento</p> <p>5602.12 Describir el fundamento de las recomendaciones del control / terapia / tratamiento</p> <p>5602.14 Describir las posibles</p>	<p>frecuencia podemos ver que la persona, ya están en estado avanzado de enfermedad cuando empiezan a recibir la atención medica.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>4 = Sustancial. 5 = Extenso²³.</p>	<p>complicaciones. crónicas, si procede</p> <p>5602.15 Instruir al paciente sobre las medidas</p> <p>para prevenir / minimizar síntomas.</p> <p>5602.18 Instruir al paciente sobre cuales son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador.</p> <p><u>5614 Enseñanza dieta</u> <u>prescrita:</u></p> <p>Preparación de una paciente para seguir correctamente una dieta prescrita</p> <p>5614.04 Explicar el propósito de la dieta</p> <p>5614-07 Instruir al paciente sobre las dietas permitidas y prohibidas</p> <p>5614.09 Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita</p> <p>5614.12 Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita por parte del paciente</p> <p>5614.18 Incluir a la familia / ser querido, según el caso</p> <p><u>5616 Enseñanza:</u></p>	
------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

²³ Sue Moorhead, PhD, Marion Johnson, Meridean Maas, PhD, RN, FAAN
clasificación de resultados esperados (NOC)

	<p><u>medicamentos prescritos:</u></p> <p>Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos</p> <p>5616.03 Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento</p> <p>5616.12 Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento</p> <p>5616.32 Incluir a la familia / ser querido²⁴.</p>	
<p>Evaluación: Araceli se da información junto con su familia para rehabilitación, y se encuentra más tranquila y segura.</p>		

²⁴ F:\Libro Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC) 4e de Mccloskey -8481747874. mht

NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

9.- Déficit de autocuidado de vestido/arreglo relacionado con el dolor de la herida quirúrgica manifestado

por deterioro de la capacidad para, poner o quitarse la ropa necesaria

Definición: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de

vestido y arreglo personal.

Dominio: 4

Clase: 2

Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de enfermería y actividades (NIC)	Fundamentación
<p>Movilidad (0208): Capacidad para moverse con resolución en el entorno independiente o con sin mecanismo de ayuda.</p> <p>Dominio: Salud funcional 1. Clase: Movilidad (c)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Come. - Deambulacion (camina). - Se viste. - Uso del inodoro -Higiene <p>1.-Gravemente comprometido. 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamenmte comprometido. 4.-Levemente comprometido. 5.-No comprometido.</p>	<p>1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal: Ayudar a la persona con la ropa y el maquillaje. Campo: 1 fisiológico básico. Clase: (F)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se coloco las prendas de la persona en una zona accesible (al pie de la cama). - Se le ayudo a vestir para ayudar en el vestir, si es necesario 	<p>La forma de vestir y de acicalarse es parte importante de la personalidad de una persona, es un rasgo particular que le hacer diferente a los demás.</p> <p>La forma de vestir, es parte de la cultura en que vivimos, nos hemos desarrrollado.los rasgos culturales son mas firmes en las personas que viven en el campo y en las etnias, las cuales no cambian su forma de vestir en ninguna circunstancia. Mientras que su arreglo personal es sencillo y vistoso.</p> <p>Las personas de la ciudad sobre todo, las de niveles económicos altos, visten según las formas sociales y</p>

		<p>cambian según la estaciones del año y la moda. Respecto al arreglo personal, más completo y complicado.</p> <p>En la mayoría de los hospitales privados o de gobierno no se permite a las personas utilizar su ropa personal, esta debe ser sustituida por la ropa del hospital, desde el ingreso hasta que la persona se dado de alta.</p> <p>Generalmente al ingresar a una persona al hospital la enfermera le pide que cambie su ropa de calle por la del hospital. Le entrega una bata a las mujeres una bata y a los hombres una pijama.</p> <p>Cuando la persona va al quirófano o tóco cirugía: de le da una bata abierta par facilitar las maniobras</p>
<p>Evaluación: la persona le ayudo al cambio de su bata y se encuentra mas cómoda y tranquila</p>		

CONCLUSIONES

La aplicación del proceso de atención enfermería es de vital importancia para brindar cuidados de calidad con calidez y eficiencia, y que no necesariamente tiene que ser dentro de un hospital, si no en diversas partes: escuela trabajo, comunidad, hogar etc.

Incluyendo personas sanas o enfermas.

El proceso atención de enfermería nos brinda la identidad profesional, respalda nuestros cuidados y nos permite evaluar nuestra actuación, con el propósito de mejorar día con día .

Es por ello que se ha utilizado este conocimiento para ayudar a Araceli por que A través de este método se ha podido detectar sus necesidades, las cuales, se enfocan principalmente a un problema de enfrentamiento individual a hacer de su padecimiento y que a través de la aplicación de este proceso se le brinda la información y ayuda necesaria enfocada primordialmente al conocimiento de su padecimiento, ala realización de ejercicio y la importancia que es tener una adecuada valoración del cirujano, también de mejorar sus hábitos alimenticios así mismo la aplicación de medidas preventivas para una buena rehabilitación.

SUGERENCIAS

Es necesario que en todas las escuelas de enfermería, no solo las universitarias, si no también los CEBETIS, CETIS, y escuelas privadas, se le de mayor énfasis a la aplicación del proceso de enfermería, con el objeto de poder unificar nuestro proceso atención de enfermería, con el profesional atrayendo con ello la identidad profesional de la Enfermera con un gran nivel académico sin haber diferencias respecto a la escuela de donde se egrese.

Para ello sugiero las siguientes estrategias:

- ❖ Reglamentar los planes de estudio de todas las escuelas de enfermería.
- ❖ Unificar la aplicación del proceso atención de enfermería en las diferentes instituciones.
- ❖ Actualizar a los docentes respecto a la aplicación del proceso atención de enfermería a través de cursos.
- ❖ Unificar las hojas de enfermería en las diversas instituciones con respecto a la aplicación del proceso, de tal forma que ayude a los estudiantes cuando realicen practicas hospitalarias.

BIBLIOGRAFIA

1-Brunner shoitis lilian, manual de la enfermera, tomos 1-3 4 edición, editorial Interamericana, México 1988 .

2-Carpenito linda Juall; diagnostico de enfermería, 5 edición, editorial Interamericana, España 1995.

6-DE BRUNER Y SUDDARTH: Enfermería medico quirúrgico octava edición vol.1

2-Elorza Martínez Gustavo: manual de enfermería 1 edición editorial Zamora Colombia 2006.

10. - Fawcet Jacqueline. analisis and evaluation of conceptual models of nursing.

En antologia de sociadad y salud pág. 245

8.-F:\Libro Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC) 4e de Mccloskey -

8481747874. Mht

9.-Grinspun, Doris. Identidad profesional, humanismo y desarrollo en antología de

Sociedad y salud pag.240, 241

14.-<http://www.monografias.com/trabajo16/virginia/virginia-henderson.shtml>.

15.-<http://www.seeiuc.com/profesión/criticopdf>.

16.-<http://www,tera.es/personal/duenas/paehtm>

5-Joanna Ruth Fuller .Instrumentación quirúrgica principios y practica ,3ª,edición

Editorial medica panamericana Pág. 272,273 y 274

1-María de Jesús García González; el proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson 2 edición 2004 editorial progreso, S.A. de C.V.

Naranja numero 248, col. San maría la ribera delegación Cuauhtémoc

C.P. 06400 México D.F. Pág. 8 al 23

11.-Nordmark/Rohweder. Bases científicas de la enfermería, segunda edición, reimpresión 1998, manual moderno.

12.-Sue Moorhead,PhD,Marion Johnson,Meridean Maas, PhD,RN,FAAN
clasificación de resultados esperados (NOC)

13.- Sheila Sparks Ralph, DNSc,RN, CS,FAAN, Chair. Martha Craft-Rosenberg,

PhD, RN, FAAN. T. H EATHER H ERDMAN, Ph D, RN.NANDA Nursig
Diagnoses

y Classification 2003-2004.

7.-W.W.W. anatomía.tripod.com.

GLOSARIO

Bienestar. Estado de óptimo funcionamiento biopsicosocial.

Características definitorias. Grupo de signos y, síntomas y factores de riesgo que con frecuencia se ven en un determinado diagnóstico de enfermería.

Diagnósticos de enfermería. Problemas de salud real o potencial que se centra en la respuesta holística humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente.

Diagnóstico posible. Diagnóstico de enfermería que puede estar presente o no.

Evidenciado por algunas claves ambiguas en los datos de la valoración. La ambigüedad de las claves dirige a la enfermera a recoger más información para clarificar lo que estas significan y para confirmar si las características definitorias de esta categoría diagnóstica están o no presentes.

Diagnósticos de enfermería potencial. Diagnóstico de enfermería para el que la persona está en riesgo, evidenciado por la detección de factores de riesgo durante la valoración de enfermería.

Etiología. Causa o factor contribuyentes de un problema de salud.

Etiqueta diagnóstica. título que da una descripción concisa del diagnóstico de enfermería.

Factor de riesgo. Algo que se sabe que contribuye a crear un problema específico.

Formulación diagnóstica. Frase que describe claramente un problema de salud.

Intervención independiente de enfermería. Acción prescrita y realizada por una enfermera que no requiere un protocolo escrito u orden médica.

NANDA. Acrónimo de North América Nursing diagnosis association.

Miedo. Estado en el un individuo o grupo experimenta una sensación de trastornos físicos y emocionales en relación con una fuente identificable que la persona percibe peligroso.

Ansiedad. Estado en el que el individuo experimenta un sentido de inquietud (aprensión) y actividad del sistema nervioso autónomo como respuesta a amenazas vagas e inespecíficas.

Dolor. Estado en el que un individuo experimenta y se queja de una molestia grave o una sensación desagradable.

Estreñimiento. Estado en el que un individuo experimenta o esta en riesgo de experimentar una estasis del intestino grueso, lo que da como resultado una eliminación poco frecuente o heces secas.

Antibiótico. Fármaco que mata o inhibe el crecimiento de microorganismos en el tejido viviente.

Clips de ligadura. Algunas veces se refieren a ellas como “clips de plata”. Son pequeños clips con forma de V que se aplica alrededor de vasos sanguíneos o conductos en lugar de la ligadura.

Inflamación. Reacción protectora y localizada de un tejido en respuesta a una lesión o enfermedad.

Limpieza. Proceso que elimina restos orgánicos e inorgánicos.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

Ficha de identificación

Nombre _____ Edad ____ Peso _____ Talla: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____ Procedencia: _____
fuente de información : _____

Valoración de necesidades humanas

1.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación termorregulación.

a).- Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____ Desde cuándo fuma/cuántos cigarros al día: _____.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva seca: _____ Estado de conciencia: _____

_____ coloración de la piel/lechos unguales/peribuca: _____

_____ circulación del retorno venoso: _____

otros: _____

b).- Nutrición e hidratación:

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Numero de comidas diarias _____

Trastornos digestivos: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosa hidratadas/secas: _____

Características de uñas/cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo, tiempo de cicatrización: _____

Otros:

c) Eliminación

Subjetivo:

Habito intestinales: _____ características de las

heces, orina, y menstruación: _____

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: _____

Uso de laxantes: _____ hemorroides: _____

Dolor al defecar/menstruar/orinar: _____

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

d).- Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio tipo y frecuencia _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

2.- Necesidades básicas de moverse y mantenerse en buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantenerse

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos del descanso: _____

Hábitos del trabajo: _____

Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: _____

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulaci3n: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____ -

Otros: _____

b).- Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ horas de sueño: _____

Siesta: _____ ayuda: _____

¿Padece insomnio?: _____

A que considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental ansiedad/estrés/lenguaje: _____

Ojeras: _____ atenci3n: _____ bostezos: _____

Concentraci3n: _____ apatía: _____ cefaleas _____

Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

c).- Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?:

¿Su autoestima es determinante en su forma de vestir?: _____

¿Sus creencias le impiden vestir como a usted le gustaría?: _____

¿Necesita ayuda para la elección de su vestuario: _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ sucio: _____ inadecuado: _____

d).- Necesidad de higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia del aseo _____

Momento preferido para el baño _____

Cuántas veces se lava los dientes al día _____

Aseo de manos antes y después de ir a comer _____

Después de eliminar: _____

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis. _____

Estado del cuello cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, qué tipo: _____

d).- Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen la familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

Cómo realiza las situaciones de tensión en su vida: _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3.-Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____

Años de relación: _____

Vive con: _____

Preocupaciones/estrés: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: _____

Cuanto tiempo pasa solo: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____

Confuso: _____

Dificultad en la visión: _____

Audición: _____

Comunicación verbal con la familia/con otras personas

significativas: _____

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?:

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?:

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso):

¿Permite el contacto físico?: _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores y

creencias?: _____

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: _____

Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____

Cuanto tiempo le dedica a su trabajo: _____

¿Está satisfecho con su trabajo? _____

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?: _____

¿Esta satisfecho con el rol familiar que juega?: _____

Objetivo:

Estado emocional/calmando/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: _____

otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?:

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?:

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular:

¿Rechaza las actividades recreativas?:

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?:

E) NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____

Tipo: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?:

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?:

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

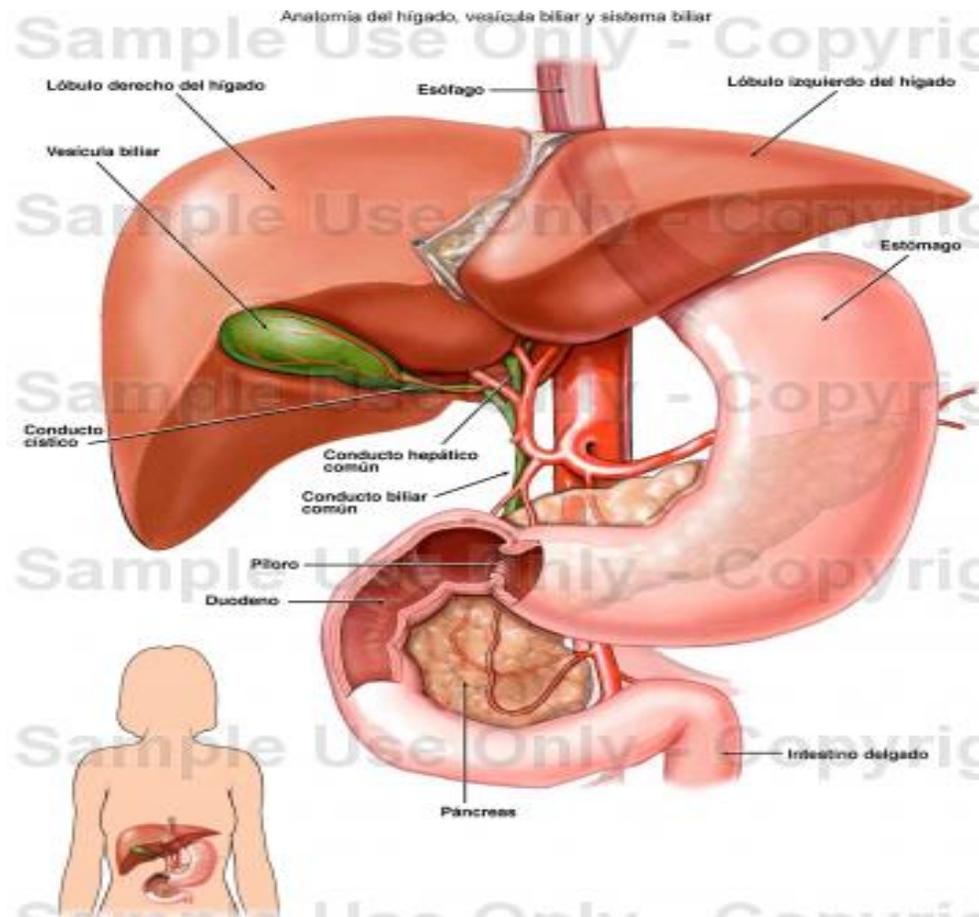
Estado emocional ansiedad /dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

ANATOMIA DEL HIGADO



El hígado es el órgano mas grande pesa en el cadáver alrededor de 1500 gramos, en el vivo, este peso aumenta 400g. Por la sangre contenida en el órgano. Su coloración es rojo parda. En los humanos consiste en una masa continua de células, dividida en forma incompleta por separaciones de tejido conectivo. Dentro de esta masa de células continua, las subdivisiones de los conductos biliares y de los vasos hepáticos tienen numerosas conexiones.

El hígado esta situado en el la parte superior del abdomen, debajo del diafragma.

Es mantenido en su posición por:

Vena cava inferior, a la cual está unido a través de las venas supra hepáticas.

Ligamento redondo del hígado, que reemplaza en el adulto la vena umbilical del feto.

Repliegues peritoneales.

A pesar de la estructura monolítica del hígado arbitrariamente se lo considera compuesto por lóbulos. Consta de dos lóbulos principales, el derecho y el izquierdo que están divididos por un ligamento, llamado falciforme, comprendiendo el lóbulo derecho cinco sextos y el lóbulo izquierdo un sexto de la masa hepática., y un tercer lóbulo más pequeño llamado cuadrado. El hígado es uno de los dos órganos, junto con los pulmones, que recibe aporte de sangre por dos vías.

Recibe la mayor parte de la sangre (85%) por la vena porta que drena casi toda la sangre del intestino. Esto asegura que todo el alimento absorbido vaya directamente al hígado donde puede ser almacenado para su utilización cuando sea necesario. El hígado recibe el otro 15% de la sangre de las arterias hepáticas. Este segundo suministro de sangre también es importante porque la sangre arterial está muy oxigenada, a diferencia de la sangre venosa que llega a través de la vena porta.

Los segmentos del hígado se definen como las regiones servidas por una subdivisión de la vena porta, de la arteria hepática y del conducto hepático común, que viajan juntos a través de toda la masa hepática. Por lo tanto, el lóbulo derecho puede dividirse en segmento anterior y posterior y el lóbulo izquierdo, en medial y lateral. Este último, a su vez, puede subdividirse en superior e inferior.

Aunque existen numerosas conexiones entre las pequeñas ramas de los canales

biliares y los vasos sanguíneos en un segmento hepático con sus estructuras correspondientes en los segmentos adyacentes, los conductos biliares y los vasos sanguíneos, en cada segmento del hígado, no pasa sus propios límites.

Este concepto de segmentos hepáticos es de utilidad cuando el cirujano planea la cirugía hepática.

FUNDAMENTACION DE LA ANATOMIA SEGMENTARIA DEL HIGADO

Desde el inicio de los estudios anatómicos se distinguió un lóbulo hepático derecho y uno izquierdo cuyos límites están trazados por el ligamento falciforme y el ligamento redondo. Estos límites son arbitrarios, pues la arquitectura interna del hígado muestra también una partición del órgano en dos mitades, pero el límite corre desde el borde derecho de la vesícula hasta el borde izquierdo de la vena cava, es la línea vesícula biliar-cava o línea de Seregé-Cantlié.

Las mitades hepáticas (lóbulos) se dividen en cuatro segmentos cada una.

Quienes estudiaron intensivamente la división intrahepática y pudieron determinar la segmentación sobre la base de la anatomía vascular y biliar fueron Ch. Hjortsjö, H. Elías y Couinaud.

Distinguimos pues una mitad hepática derecha y una mitad hepática izquierda. El lóbulo caudado, (segmento I) por su irrigación vascular pertenecería a ambas mitades.

La arteria hepática, el conducto hepático y la vena porta (pedículo glissoniano), penetran al hígado por el hilio hepático, dividiéndose inmediatamente en un ángulo que alcanza los 180°, proveyendo de este modo de un pedículo a cada una de las

dos mitades hepáticas.

Estos pedículos se extienden por una superficie horizontal que divide a las dos mitades hepáticas en un segmento craneal y un segmento caudal respectivamente.

Las venas suprahepáticas determinan una división vertical. Existen tres grandes venas suprahepáticas: la vena hepática media o sagital, que discurre por la línea vesícula biliar-cava, formando el eje del medio del órgano y las venas hepáticas derecha e izquierda que discurren en dirección para sagital por la correspondiente mitad del hígado, dividiéndolas a cada una de ellas en un segmento paramediano y uno lateral.

Las venas suprahepáticas dividen al hígado en cuatro sectores verticales, que a su vez son divididos cada uno de ellos por la superficie de extensión horizontal de las formaciones del hilio, en segmento craneal y caudal respectivamente.

De esta manera se originan ocho segmentos, dichos segmentos reciben distintas denominaciones según los distintos autores.

ANATOMIA SEGMENTARIA DEL HIGADO			
SEGM. CRANEOLATERAL DERECHO	VII	DORSOCRANEAL + SEGM. INTERMEDIOCRANEAL	ZONA POSTEROSUPERIOR
SEGM. CAUDOLATERAL DERECHO	VI	DORSOCRANEAL + SEGM. INTERMEDIOCAUDAL	ZONA POSTEROINFERIOR

SEGM. CRANEO PARAMED. DERECHO	VIII	SEGM. VENTROCRANEAL	ZONA ANTEROSUPERIOR
SEGM. CAUDO PARAMED. DERECHO	V	SEGM. VENTROCAUDAL	ZONA ANTEROINFERIOR
LOBULO CAUDADO	I	SEGM. DORSAL	LOBULO CAUDADO
SEGM. CRANEO PARAMED. IZQUIERDO	IV	SEGM. CENTRAL	ZONA MEDIA SUPERIOR
SEGM. CRANEO PARAMED. IZQUIERDO(LOBULO CUADRADO)	IV	SEGM. DORSOVENTRAL	ZONA MEDIA INFERIOR
SEGM. CRANEOLATERAL IZQUIERDO	II	SEGM. DORSOLATERAL	ZONA LATEROSUPERIOR
SEGM. CAUDOLATERAL IZQUIERDO	III	SEGM. VENTROLATERAL	ZONA LATEROINFERIOR



División funcional del hígado y los segmentos de acuerdo a la nomenclatura de Couinaud (Reproducción de Bismuth H. Surgical Anatomy and Anatomical Surgery of the Liver. Word J. Surg. 6: 6, 1982)

MICROSCOPIA



El parénquima (tejido) hepático está compuesto por células epiteliales (hepatocitos) dispuestas en láminas que se interconectan formando una estructura tridimensional.

El acino del hígado es un conjunto de células que rodean un ductulo y pequeñas ramas terminales de la vena porta y de la arteria hepática. El acino hepático es la base para diferenciar las distintas zonas dentro del hígado. La zona uno, representa el área de tejido hepático que rodea en forma inmediata al ductulo biliar y a las ramas terminales de la vena porta y la arteria hepática.

La zona tres, comprende el parénquima más alejado de estas estructuras, la región que rodea a la vena central. La zona dos, está formada por el tejido hepático ubicado en las dos zonas anteriores.

El área portal o (espacio portal) contiene las pequeñas ramas de la arteria hepática y de la vena porta, un pequeño ductulo biliar interlobular y delgados linfáticos. El parénquima hepático que rodea al espacio portal es llamado área periportal.

El sinusoides hepático: La sangre de las ramas terminales de la vasculatura que sale del área portal a través de la placa limitante irriga una red compleja de espacios vasculares llamados los sinusoides hepáticos que se encuentran como un sandwich entre las placas adyacentes de las células hepáticas. El sinusoides hepático está compuesto de cuatro tipos celulares (la célula endotelial, la célula de Kupffer, la célula en estrella y células granulares).

Hepatocito: El 60% de las células que constituyen el hígado humano son hepatocitos. Son células polihédricas, de 20 a 30 micrones con núcleos redondos centrales o excéntricos.

Los hepatocitos tienen heterogeneidad estructural, que refleja su diversidad funcional. Por lo tanto los hepatocitos en la zona uno difieren de aquellos en la zona tres.

Vena central: La sangre de los sinusoides fluye a la vena central localizada en la periferia del acino hepático. Estos vasos fueron originalmente llamados vena central, debido a que eran el centro del lóbulo hepático que describió Malpighi.

ANATOMÍA DE LA VESÍCULA BILIAR

La vesícula se localiza en la fosa vesicular, en la cara inferior del hígado, entre los lóbulos derecho y cuadrado; por lo general es extrahepática pero se presentan algunos casos de vesículas empotradas y menos frecuentemente vesículas intraparenquimales.

Mide de 7 a 10 cm de largo por 3 cm de diámetro transversal en el cuerpo; su capacidad es de 30 a 35 cc; es piriforme con el fondo hacia adelante llegando hasta el borde hepático, se continúa con el cuerpo y el cuello que termina en la ampolla y luego se continúa con el conducto cístico que se une al hepático común en ángulo agudo para formar el colédoco; el conducto cístico tiene en su interior una válvula espiral llamada de Heister que dificulta su cateterización.

La vesícula biliar es irrigada principalmente por la arteria cística que en la mayoría de casos es rama de la hepática derecha, en otros casos se desprende de la hepática común y con menos frecuencia de la hepática izquierda. El principal

medio de fijación es el peritoneo que recubre a la vesícula en la zona que sobresale del lecho hepático.

Fisiología de la vesícula Biliar

La vesícula biliar no es un órgano vital, puede ser extirpada sin producir mayores molestias. Sirve como reservorio de la bilis secretada por el hígado, la cual es concentrada hasta la décima parte mediante la absorción de agua; la presencia de alimentos ingeridos, especialmente grasas, durante la digestión producen la contracción de la vesícula, gracias a su capa muscular, eliminando la bilis concentrada a través del cístico hacia el colédoco y luego al duodeno. La contracción vesicular es estimulada por la Colecistoquinina, producida en el duodeno.

FISIOPATOLOGIA

La Colecistitis Aguda es la afección más espectacular y característica de la patología de las vías biliares; es la complicación más frecuente de la colecistitis crónica. Dada la versatilidad de sus síntomas presididos por el dolor es el factor etiológico porcentualmente mayor de abdomen agudo, superado sólo por la apendicitis aguda.

Etiología

La causa principal de la colecistitis aguda es la colelitiasis cuyos cálculos obstruyen el cístico generando el 95%1 de los casos. En el 5% la colecistitis aguda obedece otras causas como el edema de la mucosa del conducto cístico , este porcentaje comprende a la colecistitis aguda alitiásica para que la concurren

otros factores como sepsis, traumatismos, afecciones del colágeno y aun el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y diabetes.

No debe dejarse de mencionar como propiciadores de la colecistitis aguda, menos frecuentemente, la volvulación de la vesícula biliar, la angulación del sifón vesicular, tumores benignos, quistes, el cáncer vesicular, y aun las anomalías vasculares excepcionalmente.

Fisiopatogenia

A consecuencia de la obstrucción cística, la vesícula, sea litiásica o alitiásica, se afecta de un proceso que cursa con etapas biofísicas, bioquímicas, hipertensas y bacteriológicas, que de la inflamación o colecistitis aguda sigue una de estas dos formas clínicas: una es la regresión fisiopatológicas en un período de 72 horas de promedio que ocurre en el 90 a 95% de los casos, y la otra conducta evolutiva es la persistencia y agravamiento de la afección con complicaciones como el empiema, la perforación, la ruptura y aun puede avanzar a la gangrena vesicular.

La bilis inicia la inflamación química de la mucosa vesicular por liberación de fosfoquinasa que desdobla los fosfolípidos. La presencia de bacterias con virulencia aumentada determinan el factor infeccioso. Se debe a P. Mirizzi el estudio bacteriológico de la colecistitis aguda en 1945, y a R. Reis la comprobación de que cuando la concentración bacteriana supera 10.000 bacterias/ml se presentan complicaciones en el paciente a partir de 72 horas de iniciado el cuadro.

<p style="text-align: center;">Cuadro No. 1 Bacterias más frecuentes en la Bilis de la Colecistitis Aguda</p>

<p style="text-align: center;">Scherichia Coli Streptococcus Faecalis Klebsiella Aereogenes Clostridium Welchii Salmonella Typhi Proteus Enterobacter Estreptococos anaerobios</p>

La producción de moco aumenta la presión intravesicular y genera dolor afectando la circulación venosa y arterial con isquemia de la pared, áreas de infarto, perforación y aun gangrena de la vesícula. La repercusión sistémica dará lugar a bacteriemia, fiebre, leucocitosis e incremento de las transaminasas.

Síntomas

La colecistitis aguda tiene un complejo sintomático caracterizado por manifestaciones locales en el hipocondrio derecho y manifestaciones sistémicas que comprometen el resto del organismo.

Signos y Síntomas Locales

1. Dolor: Se localiza en el punto de Murphy bajo el reborde costal en la línea medio cavicular y se irradia hacia el hombro y región escapular homolaterales. Se presenta generalmente después de comidas ricas en grasas o alimentos no tolerados por el hígado, es de gran intensidad y se mantiene por varias horas, generalmente sesenta y dos, constituye de buen indicador del proceso, pues

remite si la afección se resuelve, pero aumenta de intensidad cuando aparece una complicación.

2. Masa Dolorosa Palpable: De localización subcostal en la línea medio clavicular. Corresponde al fondo de la vesícula biliar inflamada. Es dolorosa a la palpación. Se presenta del 20 al 33%. Fig. No. 4



Fig. 4 Maniobra para investigar la contractura inflamatoria de la pared del hipocondrio derecho por acción de la vesícula biliar en la colecistitis aguda.

Signos y Síntomas Sistémicos

1. Náuseas y Vómitos: En el 50% de los casos.
2. Fiebre Moderada: 38 a 39°, con frecuencia de 50 a 60%, eventualmente acompañada de escalofríos.
3. Ictericia: Aparece en el 20% de los pacientes, es de ligera intensidad. Se la explica por compresión de la vía biliar principal por la vesícula tumefacta.
4. Leucocitosis Moderada: De 12.000 a 15.000 leucocitos, causada por la proliferación y virulencia de las bacterias del contenido vesicular y la eventual bacteriemia.

La evolución clínica de la colecistitis aguda es prácticamente periódica. Los síntomas se mantienen por un término de 72 horas en el 90% de los pacientes, remitiendo espontáneamente y normalizándose el paciente en el lapso de ocho a diez días. En cambio, si al contrario el cuadro no remite y se intensifica el dolor, los signos locales, la fiebre, la leucocitosis y se agrava el estado general del paciente, debe admitirse la inminencia o que ya se ha instalado muy probablemente una complicación como empiema, perforación o alguna otra. Esta es la historia natural de la colecistitis aguda y permite al cirujano una sistemática y estrecha observación del paciente para aplicar el tratamiento médico o quirúrgico oportunamente y apropiadamente, recurriendo a los métodos modernos del diagnóstico, nutrición, antibioterapia, cuidados intensivos y aplicar el principio de la "intervención temprana" para la curación y los beneficios socioeconómicos del paciente.

Estos "principios clásicos" de la relación Historia Natural de la Colecistitis Aguda y tratamiento son producto de la observación y seguimiento, por los cirujanos, de miles de casos a través de los tiempos que sin tener la rigidez de una ecuación matemática, si son un marco referencial -conceptual para el cirujano actual.

Complicaciones de la Colecistitis Aguda

Las complicaciones de la colecistitis aguda constituyen graves urgencias en la evolución de las enfermedades presentándose en el 5 al 10% y produciéndose en algunas de ellas hasta el 25 al 30% de muertes, por lo que requieren un tratamiento inmediato y especializado. La mortalidad total por complicaciones llega al 20%. Se presentan generalmente al término de la primera semana pero hacerlo

al segundo o tercer día de diagnosticada la enfermedad por las condiciones gravitativas del paciente y la variedad particular de la complicación. Esta última realidad es el argumento principal para los que protagonizan el tratamiento quirúrgico temprano dentro de las primeras 72 horas.

Complicaciones de la colecistitis aguda y clases de colecistitis aguda.

I. Complicaciones de colecistitis aguda

a. Perforación

1. Con acción localizada
2. Con peritonitis generalizada

b. Absceso pericolecístico

c. Empiema

d. Ruptura

e. Gangrena

f. Fistulización

1. Colecistointestinal

a) Colecistoduodenal

b) Colecistoyeyunal

2. Colecistocolónica

3. Colecistoduodenocolónica

g. Íleo Biliar

II. Clases raras de colecistitis aguda

a. Colecistitis Enfisematosa

- b. Colecistitis Tifoidea
- c. Colecistitis por Torsión
- d. Colecistitis por Neoplasia

I. Complicaciones de colecistitis Aguda

a. Perforación

La perforación tiene dos modalidades: con acción localizada y con peritonitis generalizada.

1. Perforación con invasión localizada es la localización de la pérdida alrededor de la vesícula. Se produce cuando hay reacción peritoneal con concurrencia del epiplón mayor para confinar el pus y originar un absceso pericolecístico o una peritonitis localizada. Los signos locales y efectos sistémicos se exacerban; el dolor se intensifica con reacción peritoneo-parietal de contractura. Los síntomas generales igualmente aumentan: fiebre, escalofríos y leucocitosis de 20.000 o más.^{26 27 28}

Para el diagnóstico es útil el ecosonograma. El tratamiento: Colectomía y evacuación del absceso con drenaje, en la base de antibióticos y bactericidas.

2. Perforación con peritonitis generalizada es la difusión de la biliopus, al resto de la cavidad peritoneal, se da cuando no hay reacción peritoneoepiploica tabicante y se contamina toda la cavidad peritoneal produciendo peritonitis generalizada. Los signos y síntoma son los correspondientes a esta última afección. El diagnóstico es clínico e imagenológico, con punción diagnóstica dirigida que propiciará cultivo y antibiograma del contenido.

El tratamiento es el normativo de peritonitis generalizada con evacuación del derrame y lavado peritoneal; y colecistectomía si el estado general lo permite, pero si el riesgo operativo es alto se hará colecistostomía. La mortalidad alcanza el 15 a 20%.

b. Absceso Pericolecístico

Es la más frecuente de las complicaciones. Consiste en la colección de pus alrededor del colecisto, proveniente de una perforación de la vesícula, o aun sin perforación o ruptura vesicular por diapédesis de los elementos contaminantes a través de la vesicular. Limitan al absceso tanto el epiplón como la aposición del intestino con producción de fibrina y membranas fibrinoleucocitarias.

El diagnóstico es clínico-imagenológico. El tratamiento: evacuación, lavado y colecistostomía. Si las complicaciones generales del paciente lo permiten se efectuará colecistectomía.

c. Empiema

Es la transformación del contenido de la vesícula en pus. Resulta de la invasión, proliferación e incremento de la virulencia de las bacterias que contaminan el contenido de la vesícula, transformándola en una bolsa de pus a tensión. La sintomatología del empiema corresponde a la infección de la vesícula y sepsis abdominal con todo el complejo local y sistémico de dolor, fiebre, escalofríos y leucocitosis de sobre 20.000. Es lo más común de las complicaciones, alrededor del 50% de ellas, con un índice de mortalidad de un 15%.

El diagnóstico es clínico, ecosonográfico y hemático. El tratamiento consiste en colecistectomía de urgencia, o colecistostomía si la flogosis local y el mal estado del paciente requieren un tiempo quirúrgico menor y acción menos traumatizante.

d. Ruptura de la Vesícula

Se ha descrito como una de las complicaciones más serias. Confluyen anatomopatológicamente el aumento del contenido vesicular y su acción sobre las paredes de la misma que experimenta el colapso circulatorio venoso arterial con presencia de isquemia e infartos múltiples; el aumento de la tensión intravesicular actuando sobre una pared debilitada produce la ruptura de la misma. La salida violenta del contenido vesicular altamente contaminante produce una reacción peritoneal localizada inicialmente pero que rápidamente se extiende. El diagnóstico es ecosonográfico. El tratamiento es la colecistectomía con drenaje. La mortalidad es elevada, alrededor del 20%.

e. Gangrena

Es el estado más avanzado de daño de la pared vesicular y clínicamente el más grave. Se produce por isquemia de la pared y necrosis localizada o total, con distensión de la vesícula por un contenido empiematoso; pudiendo contribuir la torsión de la vesícula. Suele presentarse en diabéticos e inmunodeprimidos. En la presencia bacteriana predominan anaerobios y clostridios.^{31 32}

La gangrena vesicular puede presentar perforación y ruptura con alivio pasajero del dolor por cese de la distensión que se reactiva por la irritación que produce el contenido extravasado. El diagnóstico se hace por imágenes y el tratamiento es la colecistectomía con saturación antibiótica del paciente.

f. Fistulización

Las fístulas constituyen el 2 al 3% de las complicaciones; las más frecuentes son las colecistoduodenales y las colecistocolónicas constituyendo las primeras el 75% y las segundas el 15% del universo de las fístulas vesiculares. Les siguen en frecuencia las colecistoduodenocolónicas, colecistogástricas y colecistoentéricas. Las fístulas se originan por la aposición de la vesícula a una víscera hueca vecina cuya pared irrita y al producirse la perforación vesicular compromete la pared de la víscera a que está adherida, circunscribiéndose de adherencias peritoneales. Clínicamente son difíciles de diagnosticar, y ocasionalmente pueden descubrirse por la tinción de las vías biliares en un estudio radiológico gastroduodenal o colónico. El tratamiento consiste en colescistectomía y rafia del defecto en el tubo digestivo.

g. Íleo Biliar

Es la complicación originada por el paso de un cálculo biliar de 2 a 2.5 centímetros por una fístula colecistoentérica, sea en el duodeno o en el yeyuno y el alojamiento o "entrampamiento" del cálculo en el íleon terminal (válvula ileocecal generalmente) por no poder franquearla.

La sintomatología corresponde a un abdomen agudo obstructivo intestinal. La imagen radiológica que proporciona el tránsito gastrointestinal se conoce como de "serpiente con cabeza blanca" por la presencia del medio de contraste en el íleon y la imagen de substracción producida por el

cálculo frente a la válvula ileocecal. El tratamiento consiste en la extracción del cálculo y sutura de la incisión. No se efectúa en la misma intervención la reparación de la fístula colecisto entérica.

En la operación debe explorarse todo el intestino delgado para descubrir si hay otro u otros cálculos en el lumen, que si hubieran se los haría progresar hasta el íleon terminal para utilizar incisión y no hacer otra enterotomía para su extracción. El íleo biliar no tratado produce 15% de óbitos.

II. Clases Raras de Colecistitis Aguda

a. Colecistitis Aguda Enfisematosa

La colecistitis aguda enfisematosa se caracteriza por la presencia de gas en las paredes y en el interior de la vesícula; este es su signo físico más importante.

Además suele encontrarse aire en los conductos biliares. Es una de las colecistitis agudas más graves ocasionando una mortalidad 10 veces mayor que las otras clases de colecistitis aguda. El 75% afecta a los hombres y el 25% a mujeres. El 30% de los afectados son diabéticos.

Etimológicamente, sobre el 50% de los casos origina el clostridium Welchii y se han cultivado de su contenido: Echerichia Coli, estreptococos anaerobios y bacterioides frágiles. Predominan las bacterias aerógenas formadoras de gas. Comúnmente hay gangrena de la pared vesicular y litiasis en el 70% con obstrucción del c. Cístico.

Fisiopatogénicamente se produce hipersecreción de la pared y producción de gases, por los microorganismos areógenos, que distenderá la vesícula, colapsará

la circulación de la pared que se necrosará sumando al enfisema la gangrena y perforación cuyo contenido expulsando causará peritonitis generalizada.

La sintomatología es la que corresponde a una forma grave de colecistitis aguda exacerbada por el aporte tóxico de los clostridios e inmunodepresión de la diabetes cuando está presente en el 40% o de otros factores inmunodepresores.

Todo esto lo constituye en la forma más grave de las colecistitis agudas, si se la admite como una variante o de las complicaciones si se la considera como tal.

El diagnóstico es imagenológico. Tanto la radiografía como el ultrasonido y mayormente TAC definen el componente gaseoso. Puede recurrirse a la imagenología contrastada para evitar la duda de que el gas corresponda al de las asas intestinales circundantes. El tratamiento es de colecistectomía en la base de antibioterapia específica. El pronóstico está afectado por una mortalidad del 40%.

b. Colecistitis Aguda Tifoídica

Es una forma de colecistitis aguda poco frecuente pero grave que generalmente se complica con perforación. Aparece en el curso de la tercera semana de la tifoidea en las formas clínica o subclínica de la enfermedad. La caracteriza e identifica encontrar *B. De Ebertn* en la bilis vesicular de esta colecistitis aguda.

Generalmente son vesículas alitiásicas. También se presenta la colecistitis tifoídica en paciente sanos de *Salmonella Typhi*.^{39 40} El tratamiento es la colecistectomía en la base antibioterapia específica.

c. Colecistitis Aguda por Torsión

Es una forma rara de colecistitis aguda de sintomatología muy severa pues puede evolucionar el infarto hemorrágico del órgano

Su etiopatogenia obedece a una anomalía anatómica de la vesícula con una de estas dos variables: se trata que no están adosadas al hígado y que penden del conducto cístico y la arteria cística o se trata de vesículas que poseen un meso complaciente de uno a dos centímetros. En ambos casos las vesículas pueden dar una rotación de 180° o más generando el "bloqueo" de cístico y la arteria cística y conduciendo por torsión al infarto hemorrágico. Casi siempre son vesículas litiasicas.

La sintomatología de esta colecistitis aguda es muy intensa y es frecuente palpar semiológicamente la vesícula. El diagnóstico es una imagen lógico y el tratamiento es colecistectomía temprana para evitar la necrosis.

d. Colecistitis Aguda por Neoplasias

La colecistitis aguda puede ser causada por la presencia y acción ponderal de neoplasias benignas (mioblastos de células granulares, o pólipos), o neoplasias malignas (carcinoma) que siendo elementos que ocupan espacio pueden obstruir el infundíbulo vesicular o el conducto cístico creando las condiciones anatomopatológicas y etiopatogénicas que producen la Colecistitis aguda.^{42 43} Por tanto, no nos referimos a la posibilidad de que la neoplasia maligna en su evolución invada el lumen de la vesícula obstruyéndola, sino a la posibilidad de que como extraño y estructura volumétrica bloquea el infundíbulo o el conducto cístico y el drenaje de la bilis originando la colecistitis aguda. El diagnóstico es ecosonográfico y el tratamiento quirúrgico.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la colecistitis aguda tiene tres modalidades: Clínico, Pruebas de Laboratorio y Por Imágenes.

Diagnóstico Clínico

Se basa en una Historia Clínica minuciosa. El interrogatorio investigará los síntomas subjetivos de la colecistitis aguda tanto locales como sistémicas y establecerá su cronología y características. El examen físico descubrirá la afectación local hipocondrio derecho y el resto del abdomen practicando las destrezas y habilidades semiológicas apropiadas para constatar si corresponden a colecistitis aguda.

Diagnóstico de Laboratorio

Agrupamos aquí las interconsultas al Patólogo Clínico, consistentes en Biometría Hemática y Bilirrubinemia, básicamente, además algunas pruebas funcionales hepáticas.

Diagnóstico por Imágenes

1. Radiografía Simple del Abdomen: Permite observar las características de la vesícula biliar, la existencia de cálculos radiopacos que constituyen 15% en la litiasis vesicular, y la presencia de neumoperitoneo por perforación o ruptura colecística.
2. Ecosonograma: Constituye la prueba de elección por la facilidad para obtenerla, no ser invasiva, y tener sensibilidad de 89%, 98% de especificidad y 96% de

exactitud en la colecistitis aguda. Proporcionará imagen útil del tamaño, grosor de las paredes y la presencia de cálculos en la vesícula.

3. Gammagrafía (Centellografía, Escintigrafía):

Es producto de las nuevas técnicas de escanografía, con sensibilidad de 100% y especificidad del 95%. El método se basa en la combinación del isótopo radioactivo ^{99m}Tc con ácido imidoacético HIDA o ácido Dimidoácido DIDA que una vez inyectado llega al hepatocito y es excretado por los canalículos biliares llegando a las vías biliares y a la vesícula biliar en 15 a 45 minutos a través del conducto cístico permeable; si la vesícula biliar no se tiñe es porque el cístico está obstruido como ocurre en la colecistitis aguda. La no tinción de la vesícula da el diagnóstico de la enfermedad. Es el método imagenológico más preciso y eficaz para el diagnóstico de la colecistitis aguda.

4. Tomografía Axial Computada (TAC) y

Resonancia Magnética Nuclear: Son métodos imagenológicos de gran resolución pero no son de primera elección para la investigación que nos ocupa, a menos que se necesite escrutar el hígado y órganos vecinos eventualmente patológicos.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la colecistitis aguda es el punto clave de su estudio. Por tratarse de una acción compleja e ineludible, hay múltiples criterios en cuanto a su secuencia.

La escuela europea era partidaria del tratamiento médico y no de la intervención quirúrgica inicial por la resolución espontánea del 95% de los casos casi siempre

en el término de 72 horas, lo que permite diferir la operación y solo acometerla inicialmente en las complicaciones. Por su parte la escuela americana fue siempre más intervencionista y propugnaba realizar el tratamiento quirúrgico de entrada. Al presente se admite que la meta es la solución del problema extirpando la vesícula biliar, pero siguiendo una secuencia metodológica que tienen dos etapas o momentos: el tratamiento básico inicial y la intervención quirúrgica oportuna y definitiva, es decir la colecistectomía. Estos dos momentos son concordantes y en la práctica se complementan y aun se superponen.

Tratamiento Básico o Inicial

El objetivo es lograr la restauración del paciente combatiendo el dolor, la infección, el desequilibrio hidroelectrolítico y atendiendo la nutrición para la estabilización del paciente y la curación de la colecistitis aguda. Habrá por tanto que administrar analgésicos, antibióticos, restablecer el balance hidroelectrolítico y dar alimentación de apoyo vía parenteral o enteral según el caso. Estas medidas requieren la observación y atención permanente del paciente en el área de emergencias. Si en el curso de los tres primeros días los síntomas se acentúan debe intervenir al paciente para evitar alguna complicación. Esta conducta es atinente a la colecistitis aguda simple, no complicada, y menos a las formas graves de colecistitis como la tifoidea o enfisematosa cuyos tratamientos específicos se tratan en el párrafo aparte.

En conclusión este tratamiento básico inicial puede constituirse en definitivo o en la primera fase del tratamiento quirúrgico.

Tratamiento Quirúrgico

Se acepta que el tratamiento indicado para la colecistitis aguda es la colecistectomía, sin embargo las condiciones del paciente de alto riesgo pueden adquirir otras técnicas como la colecistostomía percutánea transhepática o la colecistostomía clásica.

Colecistectomía

Se discute sólo la oportunidad de su ejecución en función de las particularidades de los pacientes, y puede ser.

a. Operación de Urgencia:

Le obligan la gravedad de la colecistitis aguda ante la inminencia de complicaciones o mayormente si ya se han presentado. Juega papel apremiante la edad superior a 50 años, grupo sanguíneo difícil y la inmunodeficiencia.

Cuadro No. 4
Comparación entre la Colectomía temprana y diferida

	Operación temprana	Operación Diferida
No. de Casos	101	91
Momento de la Operación	Dentro de los 7 días	Generalmente 6-8 semanas
Recurrencia de los síntomas		13,8%
Tiempo de permanencia en el hospital	9,1 días	15,5 días
Duración de la operación	110 + 55 min	110 + 40 min
Pérdida de Sangre	420 + 420 ml	30 + 270 ml
Afecciones concurrentes	45%	53%
Muertes	0%	0,01%
Complicaciones	14,9%	15,4%
Infecciones de la Herida	0,02%	0,01%
Tiempo Perdido de Trabajo	39,5 días	54 días

Tomado de Cirugía del Aparato Digestivo de George D. Zuidema Cuadro 13-4

Felizmente se impone esta urgencia en solo el 5% de los pacientes que tienen un mal riesgo quirúrgico. Se opera tan pronto se estabiliza al paciente.⁵³

b. Operación Diferida u Obligadamente Pospuesta:

Comprende a los pacientes cuya colecistitis aguda tienen caracteres moderados, son semejantes a los del grupo anterior pero con la gravante de tener enfermedades crónicas que incrementan el riesgo quirúrgico y que obligan a tratar al paciente mejorándolo de su enfermedad para operarlo en un tiempo prudencial para evitar que sobrevenga otro episodio de colecistitis, antes estimaba seis semanas, pero hoy lo determina la recuperación del paciente. Acceden a esta cronología del 15% de los pacientes.⁵⁴

En conclusión, esta jerarquización de los pacientes tiene doble ventaja de aplicar un tratamiento correcto y oportuno, y hacer menos onerosos los valores socioeconómicos del tratamiento