



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA**  
**DELEGACION SAN LUIS POTOSI**  
**INCORPORADA A LA UNAM**  
**CLAVE 8715/12**

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO “EN PACIENTE CON COLECISTECTOMIA”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**  
**PRESENTA**

**NOE MARTINEZ HERNANDEZ**

**San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021**



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.





**ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA  
DELEGACION SAN LUIS POTOSI  
INCORPORADA A LA UNAM  
CLAVE 8715/12**

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO “EN PACIENTE CON COLECISTECTOMIA”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA**

**NOE MARTINEZ HERNANDEZ**

**TUTOR: L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña**

**San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021**



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA**  
**DELEGACION SAN LUIS POTOSI**  
**INCORPORADA A LA UNAM**  
**CLAVE 871512**

*CARTA DE ACEPTACION DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO*  
PARA LA TITULACION DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

**NOE MARTINEZ HERNANDEZ**

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

*“Proceso Cuidado Enfermero En Paciente Con Colectectomía”*

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de licenciatura en enfermería.

---

M.E.y.A.S. Clara Elena Infante Granja  
PRESIDENTE

---

M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe Martínez Rocha  
SECRETARIA

---

L.E.O. Agripina García Gutiérrez  
VOCAL

---

L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña  
ASESOR

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

## I. INDICE

### Contenido

Dedicatoria y agradecimientos	1
Resumen	2
II. INTRODUCCION	3
III. JUSTIFICACION	5
IV. OBJETIVOS	7
4.1 Objetivo General	7
4.2 Objetivos Específicos	7
V. MARCO TEORICO	8
5.1 Enfermería como profesión disciplinaria.	8
5.2 El cuidado como objeto de estudio	9
5.3 Proceso Cuidado Enfermero	11
5.4 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero	12
5.5.1 Valoración	12
5.5.2 Diagnóstico	13
5.5.3 Planeación	15
5.5.4 Implementación	16
5.5.5 Evaluación	17
5.6 Modelo de Virginia Henderson	18
5.6.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado	18
5.7 Colecistitis litiásica aguda	24
5.7.1 Definición	24
5.7.2 Epidemiología	24
5.7.3 Fisiopatología	25
5.7.4 Manifestaciones clínicas	26
5.7.5 Medios Diagnósticos	27
5.7.6 Tratamiento	29
Complicaciones y pronóstico	30
VI. RESUMEN DEL CASO CLINICO	31
6.1 Valoración por patrones funcionales de M. Gordon	31
6.2 Diagnóstico (s) Enfermero (s)	35
6.3 Planificación (Indicadores de resultados NOC)	37-53

6.4 Ejecución (NIC, GPC, fundamentación de cada intervención)	37-53
6.5 Evaluación (medición de indicadores)	37-53
<b>VII. PLAN DE ALTA</b>	54
VII. CONCLUSIONES	57
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	58
X. GLOSARIO DE TERMINOS	61
XI. ANEXOS	64

## **Dedicatoria y agradecimientos**

A mis padres: José Martínez y Reyna Hernández, mi hermana Guadalupe, mis sobrinos Abraham, Israel, Rodrigo, A mis maestros, amigos, pacientes y personas que quise y ame y ya no están. A mis padres agradezco su cansancio, y ganas de verme superado como profesional de la salud, a mi hermana por los momentos compartidos, mis sobrinos, que siendo niños me han animado en los momentos de cansancio y desgano con sus risas y sus preguntas, mis amigos con los cuales e compartido momentos, logros y tristezas pero sobre todo buenos momentos, A mis maestros, mis amigos, mis pacientes y mis seres queridos. Que se han ido durante estos difíciles tiempos de pandemia, y como principio a Dios, que me Ha enseñado que soñar y lograr, no tiene límites, él siempre me motiva en mi vida y carrera que elegí, me reconforta y me dice hoy es un buen día para intentarlo y para ser feliz.



## Resumen

**Introducción:** La colecistitis se define como el proceso inflamatorio de la vesícula biliar, debido a la presencia de cálculos biliares en su interior, que provocan dolor, inflamación y fiebre, su abordaje inicial es farmacológico, y su medio resolutivo mayormente es quirúrgico mediante la colecistectomía, en México es la cuarta causa sintomática de consulta más frecuente, en el año 2007 se otorgaron 218,490 consultas por colecistitis.

Por su parte enfermería aborda el manejo de esta patología, en todas sus etapas, partiendo desde el nivel preventivo, el cual incluye la orientación, y promoción a la salud, el tratamiento de la enfermedad, así como la recuperación de las secuelas, eso mediante la implementación del proceso de cuidado enfermero, el cual es un método racional y sistemático de planificación, provisión y dispensación de cuidados de salud de forma individualizada, en el cual el paciente, participa activamente en su propio cuidado, al interactuar con enfermería, el cuidado se presta de forma continua y con calidad, facilitando la recuperación del paciente.

**Objetivo:** Aplicar la instrumentación del proceso de cuidado enfermero, a una paciente post quirúrgica de colecistectomía, mediante el estudio de caso, implementando el modelo de las necesidades de Virginia Henderson, en el área de recuperación de quirófano.

**Metodología:** El presente trabajo tiene como finalidad la obtención de grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia a través de la implementación del Proceso de Cuidado Enfermero en paciente con colecistectomía; previo a ello se realizó una extensa revisión bibliográfica en fuentes fidedignas para dar sustento al trabajo aquí presentado. La aplicación del proceso de cuidado enfermero favorece la calidad de la atención y privilegia la individualización del cuidado.

**Palabras clave:** Colecistectomía, Colecistitis aguda, proceso de cuidado enfermero, valoración, Virginia Henderson.

## II. INTRODUCCION

La colecistitis se define como el proceso inflamatorio de la vesícula biliar, debido a la presencia de cálculos biliares en su interior, que provocan dolor, inflamación y fiebre (Heneghan, 2013).

Los factores predisponentes para la colecistitis aguda calculosa, incluyen, antecedentes familiares de litiasis vesicular, obesidad, dietas híper-lipídicas, antecedentes de resección de íleon terminal, cirugía bariátrica y algunos medicamentos, como fibratos y anticonceptivos, señala Halpin V (2011).

El tratamiento inicial incluye administración de analgésicos, antiinflamatorios, y antibióticos, La intervención que preside el tratamiento farmacológico es la colecistectomía, que consiste en la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar.

Como se ha dicho la colecistitis litiasica clínicamente se presenta con dolor abdominal, malestar general, nauseas, vómitos y en caso de infección fiebre y leucocitosis, todo esto derivado de litos que se encuentran al interior de la vesícula, los cuales obstruyen el flujo de salida de bilis (J, Galindo F, 2009).

Con relación a lo anterior en México, la prevalencia global de litiasis biliar es de 14,3 % en la población adulta, ligeramente mayor a la observada en países desarrollados como Japón y Estados Unidos, pero inferior a la de Chile, que tiene la más alta en el mundo: allí afecta a cerca de 44 % de las mujeres y 25 % de los hombres mayores de 20 años de edad. Se estima que la colecistitis litiásica, es 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres frecuente (Halpin V, 2011).

De acuerdo con datos del IMSS, en el año 2007 la colecistitis fue la cuarta causa sintomática más frecuente de consulta, ese año se otorgaron 218,490 consultas por colecistitis.

A su vez después de la cesárea la colecistectomía fue la segunda intervención quirúrgica que con mayor frecuencia que se realizó en el IMSS, con un total de 69,675 colecistectomías

de las cuales 47,147 se realizaron con técnica abierta y 22,528 por laparoscopia (IMSS, 2010).

Así mismo 13 años después, y según el último informe de atención subrogada de IMSS en hospitales particulares, derivado del convenio del gobierno federal con la asociación nacional de hospitales privados de México, durante el 2020 fueron referidos 8 mil 918 pacientes para ser atendidos en hospitales particulares, de los cuales 230 fueron atendidos por apendicitis, y 858 por padecimientos de la vesícula, (colecistitis) teniendo en cuenta las propias consultas que el IMSS atiende por este padecimiento. En la actualidad la colecistitis sigue dentro de las 5 principales causas de consulta (IMSS, 2020).

Esta enfermedad refleja un problema importante gasto en salud, sumados los costos de atención médica, tiempo de recuperación e incapacidad, la colecistitis genera un gasto aproximado de 10,000 dólares a quien la padece, además de requerir un cambio en el estilo de vida personal y familiar, ya que precisa una modificación de hábitos de alimentación y actividad (Halpin V, 2011).

Dicho lo anterior, no solo es importante la visión estadística de esta patología, sino además su abordaje y manejo clínico, por ello, es preciso realizar una valoración integral para que el tratamiento sea satisfactorio, por lo que la presencia de enfermería, es fundamental para el abordaje, desde el manejo preventivo en educación para la salud, hasta el manejo adecuado cuando se han presentado las complicaciones.

Esto es llevado a cabo en el proceso cuidado enfermero, en el cual el paciente, participa activamente en su propio cuidado, al interactuar con enfermería, el cuidado se presta de forma continua y con calidad, facilitando la recuperación del paciente (Téllez o. & García f., 2012).

Mencionado lo anterior se profundizará en esta patología, desarrollando el proceso teórico y metodológico, así como sus medios diagnósticos, tratamiento y pronóstico, utilizando a su vez el modelo de cuidados de Virginia Henderson y la implementación del proceso cuidado enfermero.

### III. JUSTIFICACION

Como se ha mencionado la colecistitis es un padecimiento frecuente, el cual tiene un origen multi causal, deriva del consumo de alimentos grasos, baja ingesta de líquidos, alto consumo de azúcares, así como algunos medicamentos, entre ellos anticonceptivos orales, cabe resaltar que así como se observa en otras enfermedades, los antecedentes familiares también influyen, pues la historia de cálculos, litos o problemas vesiculares en la familia, representa una importante predisposición para padecerla AJ. Zarate, M. Raue, V. Garlaschi (2018).

El impacto que tiene en quien la padece es importante, pues conlleva a la modificación en el estilo de vida individual y familiar, esto por cambios en la alimentación, la cual es necesario sea más saludable, aunado a un régimen que requiere de mayor movilidad física, así como los cambios y costes que derivan del tratamiento quirúrgico y el tiempo de recuperación.

Es así, que por su alta prevalencia, se han creado consenso en el manejo de colecistitis, guías de práctica clínica, guías de referencia rápida, así como múltiples documentos, que detallan, datos, abordaje, manejo y tratamiento de la colecistitis. Aunado a esto el gobierno federal, incluyó dentro de él plan nacional de salud, la prevención, cuidado y tratamiento de las enfermedades vesiculares.

Como se afirma arriba en el plan nacional de desarrollo 2019-2024 en el apartado de salud, se detalla que el gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos, tratamientos médicos, materiales de curación y exámenes clínicos correspondientes, que logren diagnosticar, prevenir, disminuir o tratar el impacto de las enfermedades que más afectan la salud de la población mexicana.

Este objetivo se logrará mediante la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, que dará servicio en todo el territorio nacional a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE (Plan nacional de desarrollo 2019).

Aunado a esto surge el programa seguro médico siglo XXI para una nueva generación, este tiene como objetivo, asegurar el financiamiento de una cobertura universal en servicios de salud, contempla la atención primaria, detección oportuna de enfermedades, tratamiento integral, disminución de daños a la salud y rehabilitación, en él se detallan las diversas patologías que cubre, en los cuales se contemplan en los apartados No.217 cirugía general: laparotomía exploratoria, apartado No.233 diagnóstico y tratamiento de colecistitis y colelitiasis (INSABI, 2019).

Por su parte enfermería aborda el manejo de esta patología, en todas sus etapas, partiendo desde el nivel preventivo, consecuente el tratamiento de la enfermedad, así como la recuperación de las secuelas, esto mediante la implementación del proceso de cuidado enfermero, el cual es un método racional y sistemático de planificación, proporción y dispensación de cuidados de salud de forma individualizada.

De ahí la importancia que los profesionales de enfermería conozcan y apliquen la correcta metodología, para brindar cuidado de calidad, favorecer la pronta recuperación del paciente, y que su proceso de enfermedad sea una experiencia de aprendizaje, a su vez se contribuye a mantener altos estándares en la atención de enfermería al brindar atención de calidad y calidez humana. (Téllez O. & García F., 2012).

Como novedad científica este trabajo ofrece el abordaje de la colecistitis litiasica y su tratamiento la colecistectomía con el enfoque teórico de Virginia Henderson y su abordaje por medio de las 14 necesidades.

Como resultado, este trabajo incluye investigación, documentación, y evidencia de actividades e intervenciones en un paciente real, con el conocimiento y consentimiento del mismo, todo lo anterior buscando la recuperación y resolución satisfactoria de la enfermedad, mediante la participación activa del sujeto de los cuidados. Además puede servir como referente para estudiantes, pasantes y profesionales del cuidado ya que contiene información actualizada obtenida de fuentes confiables.

La factibilidad, para realizar este trabajo de investigación, fue satisfactoria, pues se dispuso de tiempo, recurso humano y material. Así como el dominio de conocimientos en la metodología aplicada.

## **IV. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo General**

Aplicar la instrumentación del proceso cuidado enfermero, a una paciente post quirúrgico de colecistectomía, mediante el estudio de caso, implementando el modelo de las necesidades de Virginia Henderson en el área de recuperación de quirófano.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Priorizar los diagnósticos identificados, posterior a la valoración por patrones funcionales de salud.
- Ejecutar las intervenciones identificadas, desde el enfoque de necesidades de Virginia Henderson.
- Diseñar un plan de alta ideal, de acuerdo a las necesidades del paciente post quirúrgico de colecistectomía.

## **V. MARCO TEORICO**

### **5.1 Enfermería como profesión disciplinaria.**

El concepto de disciplina de enfermería empieza a ser introducido en los años 1950 en EE.UU., con un grupo de académicas-teóricas que señalaban que una profesión de gran importancia, y esencial para la humanidad, como enfermería debía demostrar su propio conocimiento a través de sus bases teóricas para poder sobrevivir como profesión.

La ciencia de enfermería se ha definido como un cuerpo de conocimientos científicos acumulativo y único derivado de las ciencias biológicas, humanísticas del comportamiento y otras que son pertinentes a enfermería, y de conocimiento conformado por las teorías propias de la enfermería (E, Urra. 2009).

Hoy en día es una disciplina consolidada porque es aceptada como una rama del saber, tiene un objeto y método de estudios propios, se ocupa del cuidado de las personas de manera holística, durante siglos de evolución, constituye un legado necesario para la humanidad. La enfermería ha mostrada por su capacidad de definir las necesidades emergentes de las personas y de los avances del conocimiento científico (Amezcuca, 2018).

La enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera se puede fundamentar que el ejercicio práctico de la profesión tiene como soporte lo reflexivo y lo ideológico (E, Urra. 2009).

Es así, que disciplina de enfermería apoya y fundamenta la práctica profesional, y no existe una separación, ya que esta debe gobernar la práctica profesional y no ser definida por ella. Debe aportar el sustento teórico metodológico y tecnológico necesario para el buen desempeño de los profesionales en el cuidado del individuo, familia y comunidad.

## 5.2 El cuidado como objeto de estudio

El cuidado es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

Para comprender la importancia del cuidado de enfermería, es necesario identificar el origen y conceptualización del cuidado como objeto o guía de estudio, el cual surge en la etapa doméstica durante el siglo XVIII, definiéndose como un acto instintivo atribuido culturalmente al género femenino para la protección de las familias, ya que se interpretaba que era la presencia comprensiva y respetuosa de las mujeres quienes lograban el bienestar de los seres humanos que las rodeaban. Al continuar con la historia, se llega a las sociedades arcaicas superiores (entre la prehistoria y el mundo clásico) en donde la responsabilidad del cuidado recaía en los sacerdotes y escribas, hombres cultos que vivían en los templos y eran mantenidos por el pueblo (Duran, DM.1998).

Actualmente el cuidado ha dejado de ser visto como una actividad meramente exclusiva de las mujeres, la profesión de enfermería ha evolucionado y cada vez incrementado la cantidad de hombres profesionales de enfermería.

Durante la época de Florence Nightingale surgiría la época moderna y marcaría por completo el sentido del cuidado ya que la práctica médica, nunca pudo conceptualizar el cuidado de los enfermos, al igual que no logró estructurarlo realmente para que pudiera tener un impacto significativo como terapéutica.

A principios de la década de los años noventa del siglo XX las enfermeras desarrollan una serie de actividades encaminadas a constituirse como disciplina científica, cobrando conciencia de la importancia, no sólo de poseer un cuerpo de saberes, sino de identificar y delimitar el objeto de estudio y trabajo que debe constituir el eje de la profesión. Se inicia una lucha contra la práctica empírica, esto es, se busca con cada acción encontrar los argumentos y fundamentos teóricos que le subyacen; aunque es necesario acotar que la



preocupación por la formación y superación de las enfermeras siempre estuvo presente, la diferencia estriba en el razonamiento y el enfoque teórico-metodológico. En suma, las instituciones educativas buscan transformar la profesión mediante la escolarización de las enfermeras y la incursión en el desarrollo de teorías y modelos en enfermería (C Becerril, G Hernández; A Gómez, H Ortega, R Espinoza, 2015)

En Colombia, se han dado algunas aproximaciones como la desarrollada por el grupo de reglamentación profesional, constituido por representantes de docencia y de servicio. Grupo que contribuyó a la expedición de la Ley 266 en cuyo texto se define enfermería y se especifica el cuidado como el fin de la práctica profesional: enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual. Su objeto es el cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud-enfermedad (Durán DM, 1998).

Por lo anterior se considera, que los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario y por lo tanto su objeto de estudio.

El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consiente que se manifiesta en actos concretos e inicia al contacto con el paciente.

El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera(o) y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la vida humana. Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente (García, 2006).

### **5.3 Proceso Cuidado Enfermero**

El PCE es un proceso sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

Es un modelo sistemático de pensamiento crítico, el cual promueve un nivel competente de cuidados, representa una resolución deliberada de problemas, y engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras, por lo cual establece la base para la toma de decisiones (García, González, 2004).

Por ello funciona como una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales.

Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud. Las teorías o modelos de enfermería SSA (2011).

El PCE permite a la enfermera identificar necesidades y problemas, con una base dialéctica, cognoscitiva y educativa, sin lugar a dudas, el ejercicio de este método ha devenido en una consecución de acciones, formas de pensar y proyectar al mundo la nueva concepción del profesional de enfermería.

De acuerdo con la SSA (2011) el PCE está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación, las cuales se mencionan brevemente a continuación.

## **5.4 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero**

### **5.5.1 Valoración**

Proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes, recogida y análisis de la información sobre el estado de salud buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas, así como recursos y capacidades con los que cuenta la persona y/o familia.

Esta primera fase permite a la enfermera recoger datos sobre la situación de salud de la persona que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de unos resultados (objetivos) concretos. Sobre la información obtenida se establecerán las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad. Consta de varias fases

Recolección de datos:

Se recogerán valorando las 14 necesidades básicas teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados. Nos orientarán en cuanto al grado de autonomía y si los comportamientos y acciones del individuo son adecuados y suficientes para cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas.

Obtención de datos:

Se realizará: Directamente del paciente (entrevista, observación, exploración física...)  
Indirectamente de familiares, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados, de la historia clínica, etc.

Métodos para recogida de datos:

Los métodos son la Entrevista, la Observación, y la Exploración física. El tipo de datos, la fuente y el método de recogida de los mismos deben estar reflejados en el registro de enfermería (JC Bellido, & JF Lenindez, 2010).

## 5.5.2 Diagnóstico

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable. Nexo entre la Valoración y la Planificación en el que, a partir del análisis de los datos recogidos, se llegará a la Identificación del problema o problemas a resolver con el Plan de Cuidados.

El diagnóstico de enfermería está estructurado por componentes:

**Etiqueta Diagnóstica:** proporciona un nombre al diagnóstico que incluye, como mínimo, el núcleo diagnóstico y el juicio. Es un término o frase concisa que representa un patrón de indicios relacionados. Puede incluir modificadores. Una Etiqueta Diagnóstica proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciar lo de diagnósticos similares.

**Características Definitivas:** son los indicios, claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real o de promoción de salud.

**Factores relacionados:** Son los factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a..., asociados con..., relacionados con..., contribuyentes a..., o adyuvantes al diagnóstico. Solo los Diagnósticos Reales y los Síndromes tienen Factores Relacionados.

**Factores de Riesgo:** Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable (JC Bellido, & JF Lenindez.2010), (SSA 2011).

## Tipos de diagnósticos enfermeros

De acuerdo con la edición (NANDA 2018-2020) se encuentran definidos los siguientes tipos de diagnósticos

**Diagnostico enfermero focalizado en el problema:** Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital. Conformado por etiqueta diagnóstica, factor relacionado y características definitorias.

**Diagnostico enfermero de riesgo:** juicio clínico en relación con la susceptibilidad de una persona, familia, grupo o comunidad de desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso. Conformado por etiqueta diagnóstica y factor de riesgo.

**Diagnostico enfermero de promoción a la salud:** juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud. Estas respuestas se expresan por disposición para mejorar comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizadas en cualquier estado de salud. En situaciones donde los individuos son capaces de expresar su propia disposición, para mejorar comportamientos en salud, la enfermera podría determinar que esa condición de promoción de salud existe y entonces actuar en nombre del paciente. Las respuestas de promoción de salud se pueden dar en una persona, familia, grupo o comunidad. Conformado por etiqueta diagnóstica y características definitorias.

**De síndrome:** relacionados con un grupo de diagnósticos de enfermería reales o de riesgo y que se prevé que se presenten debido a una determinada situación o evento. Conformado por etiqueta diagnóstica (ej. Síndrome de dolor crónico, síndrome postraumático), factor relacionado, características definitorias NANDA (2018-2020).

### 5.5.3 Planeación

Fase de planeación de cuidados o tratamiento de enfermería en la cual se establecen actividades de enfermería con el fin de prevenir, reducir o eliminar problemas detectados.

Consta de cuatro etapas:

- Establecer prioridades. En esta etapa se trata de ordenar según la importancia los problemas detectados.
- Planteamiento de objetivos. Describir resultados esperados en el paciente, proporcionan una guía para dirigir actividades de enfermería a una meta propuesta. De igual manera permiten evaluar la evolución, así como la eficacia de los cuidados proporcionados. Deben formularse tomando en cuenta conductas, compromiso, conocimiento y capacidades del paciente y fijar un determinado plazo.
- Elaboración de las actuaciones de enfermería. Determinar los objetivos o acciones concretas que incluyan al personal de enfermería que este al cuidado del paciente.
- Documentación del plan (Kozier, 2019).

En esta etapa utilizaremos la taxonomía NOC

Se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición.

Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería.

Cada resultado posee un nombre, una definición e indicadores y medidas para su evaluación a través de escalas

## 5.5.4 Implementación

En la cuarta fase del proceso de atención, se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones seleccionadas, las cuales son tomadas de la taxonomía NIC. Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

- 1) Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, en las actividades de colaboración, con otros miembros del equipo de salud y el paciente. Así como las actividades independientes, elegida mediante la taxonomía NIC. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.
- 2) Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance
- 3) Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.

La enfermera es responsable en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico, requiere un razonamiento enfermero previo. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al mantenimiento/restablecimiento de la salud del paciente o a una muerte serena (JC Bellido, & JF Lenindez.2010).

En esta fase se lleva acabo el registro de todo lo que ha sucedido, para que pueda cumplir todos estos objetivos la información deberá quedar plasmada, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Escribir con letra clara.
- Registrar rápidamente.
- Anotar con exactitud: dónde, cuándo y cómo.
- Firmar el registro siempre.
- No dejar líneas en blanco.

- Registrar lo que se ha visto, oído, percibido u observado.
- Ser concisos y específicos.
- Utilizar las palabras del paciente.
- Anotar lo que no se considere dentro de la norma establecida.
- Anotar los tratamientos SSA (2011).

### **5.5.5 Evaluación**

Entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o Salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.

fase en enfermería que evalúa y regula sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, los objetivos y/o el plan de cuidados. La evolución consta de tres partes

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
2. Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.
3. La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados (JC Bellido, & JF Lenindez.2010).



## 5.6 Modelo de Virginia Henderson

El modelo teórico para la elaboración del PCE fue el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

### 5.6.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado

Virginia Henderson nació en 1897, en Kansas City, Missouri, y muere en marzo de 1996. Como tantas otras enfermeras de su tiempo, su interés por la Enfermería tiene lugar durante la primera Guerra Mundial. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C, donde se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York (JC Bellido, & JF Lenindez.2010).

El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud, como núcleo central para la actuación enfermera, de acuerdo con este modelo la persona es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible (González, MJ.2004).

Respecto a su modelo, V. Henderson identifica y define los elementos fundamentales que lo componen y representan, de la siguiente forma

**A)** objetivo de los cuidados: ayudar a la persona a satisfacer sus Necesidades Básicas.

**B)** usuario del servicio: persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar.

**C)** papel de la enfermera: ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia (“hacer con”), desarrollando con ella la Fuerza, Voluntad o Conocimientos, o supliéndola en aquello que no pueda realizar por sí misma (“hacer por”).

**D)** fuente de Dificultad/Área de Dependencia: Impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades. Aspectos que limitan el desarrollo de potencial. Se define como la falta de Fuerza, Conocimientos o Voluntad de la persona para satisfacer sus Necesidades Básicas.

Factores propios del paciente que influyen en su recuperación:

- **Fuerza psíquica:** se refiere a la capacidad sensorial, intelectual, cognitiva y afectiva (Por qué y para qué hacer). Habrá falta de fuerza psíquica cuando la persona ignora los beneficios de las acciones que debe llevar a cabo, no las relaciona con su situación de salud, no es capaz de tomar una decisión o la que toma no es la adecuada. En ambos casos, para considerar que la falta de fuerza es el área de dependencia, es imprescindible que la persona posea un potencial capaz de ser desarrollado mediante la intervención enfermera.
- **Voluntad:** es la intencionalidad en la recuperación, mantenimiento o aumento de la independencia (querer hacer). Existe falta de voluntad cuando la persona ha tomado una decisión y desea ponerla en práctica, pero no persiste en las conductas con suficiente intensidad o durante el tiempo necesario.
- **Conocimientos:** alude al grado de percepción de la situación de salud y de recursos internos y externos disponibles (Saber qué hacer y cómo hacerlo). Existe falta de conocimientos cuando la persona, teniendo la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, carece de los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o ignora cómo utilizarlos.

**E)** Intervención de la enfermera:

Centro de intervención: áreas de dependencia de la persona, es decir la falta de Fuerza, Voluntad o Conocimientos.

Modos de intervención: aumentar, completar, reforzar o sustituir la Fuerza, Voluntad o Conocimientos.

**F)** Consecuencias de la intervención: satisfacción de las 14 Necesidades Básicas a través de la suplencia o ayuda (C.Bonill & M. Amezcua, 2014).

### **Elementos del meta paradigma enfermero de V. Henderson**

- **Salud:** La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.
- **Persona:** Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- **Entorno:** Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.
- **Enfermera:** (cuidados o rol profesional): La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible (Ibarra, 2016).

Henderson establece 14 necesidades básicas que todo ser humano tiene.

Estas necesidades normalmente están cubiertas por un individuo sano y que tiene el suficiente conocimiento para ello. Cada una de las 14 necesidades, constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.

5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores...
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal (JC Bellido, & JF Lenindez.2010).

### **Niveles de dependencia e independenciam**

**Cuidados básicos:** Derivan del concepto de Necesidades Básicas y se refieren al conjunto

De intervenciones terapéuticas:

Reflexionadas y deliberadas

Basadas en un juicio profesional razonado

Dirigidas a satisfacer las Necesidades Básicas de la persona

Los cuidados básicos actúan supliendo la autonomía de la persona en aquellos aspectos que lo requieran, ayudándola a desarrollar su Fuerza, Conocimientos y Voluntad para que pueda satisfacerla por sí misma.

**Independencia:** Estado en el que la persona es capaz de satisfacer por sí misma sus necesidades, desarrollando todo su potencial de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

**Manifestaciones de independenciam:** Conductas o indicadores de conductas de la persona correcta, adecuada o suficiente para satisfacer sus necesidades básicas. (C.Bonill & M. Amezcua, 2014).

**Dependencia:** Surge cuando la persona necesita a otra para que le ayude, le enseñe lo que debe hacer para satisfacer una o varias necesidades, o le supla, debido a una falta de Fuerza, Conocimientos o Voluntad. Siempre debe existir un potencial capaz de ser desarrollado mediante la intervención enfermera.

Se da cuando existe ausencia de actividades por parte de la persona de cara a satisfacer sus 14 Necesidades Básicas. O puede ser que se realicen acciones, pero inadecuadas o insuficientes. O se da la presencia de unos factores intrínsecos o extrínsecos que limitan o impiden a la persona la satisfacción de sus necesidades.

**Manifestaciones de dependencia:** Conductas o indicadores de conducta de la persona que resultan inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, debido a una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

**Autonomía:** Capacidad física e intelectual de la persona que le permiten satisfacer las necesidades básicas por ella misma. Se da falta de autonomía la persona cuando:

a) Por su edad/etapa de desarrollo, aún no ha desarrollado sus facultades para realizar por sí misma las actividades necesarias para satisfacer sus necesidades básicas. El ejemplo típico sería el del niño que, en cada etapa de desarrollo, adquiere unas capacidades pero le faltan otras que alcanzará en el futuro y que, temporalmente, deben ser suplidas por el cuidador (C.Bonill & M. Amezcua, 2014).

### **Correlación del Modelo de las necesidades de V. Henderson y el PCE**

La relación existente entre el modelo conceptual de Virginia Henderson y el Proceso Enfermero (PE) radica en la idea de que el modelo de Henderson servirá como guía fundamental a la hora de llevar al cabo el Proceso Enfermero. Es decir, valorar las necesidades de un individuo a través de un modelo teórico (en este caso el modelo teórico es el de Virginia Henderson), orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos. De este modo se identifican aquellos datos de interés, para conocer la situación de dependencia que presenta el individuo en relación con las 14 necesidades básicas establecidas por el modelo conceptual (JC Bellido, & JF Lenindez.2010).

**Valoración:** Se realiza una valoración de las necesidades del paciente. Implica la recogida de datos y su correspondiente validación. Se estructura la valoración desde la respuesta de la persona a las 14 necesidades de Virginia Henderson desde un enfoque físico, psicológico y social.

**Diagnóstico:** El diagnóstico de enfermería corresponde con la fase de interpretación de forma crítica de los resultados obtenidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en base a los datos recogidos. Se delimita el factor causal como fuente de dificultad (concepto del modelo conceptual de Virginia Henderson). Dicha fuente de dificultad puede ser de tipo fuerza, falta de recursos, falta de conocimientos o falta de voluntad. Es decir, se definen los problemas en base a las fuentes de dificultad identificadas.

**Planificación:** Etapa de consenso en la que se establece con el paciente los objetivos o metas a alcanzar. Se establecen también las acciones del cuidador en función de la fuente de dificultad que presente el paciente. De este modo la persona cuidadora establecerá un enfoque de suplencia, ayuda o acompañamiento/supervisión en función del tipo de cuidado a realizar. Por lo tanto se establecen los objetivos de independencia en base a las fuentes de dificultad detectadas.

**Ejecución:** Consiste en ejecutar los cuidados, reevaluar al paciente y comunicar las estrategias de enfermería.

**Evaluación:** Se recogen datos para conocer si se han alcanzado los objetivos. Se intenta conocer si se ha eliminado o reducido la fuente de dificultad mediante una valoración del paciente, de nuevo. Se identifica el nivel de dependencia o independencia alcanzado con el plan de cuidados (JC Bellido, & JF Lenindez.2010).

## **5.7 Colecistitis litiásica aguda**

### **5.7.1 Definición**

De acuerdo con la GPC (IMSS, 2010) La Colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litos) y con menor frecuencia por barro (lodo) biliar, la colecistitis es una de las principales causas de consulta en el servicio urgencias y en la consulta externa de cirugía general. La colecistectomía electiva es la intervención quirúrgica más frecuente para su tratamiento.

### **5.7.2 Epidemiología**

Se presenta en el 5 - 20% de los pacientes con colelitiasis. La colecistitis aguda se presenta con más frecuencia en mayores de 40 años, tanto en hombres como en mujeres, siendo más frecuente en el sexo femenino.

En el año 2010 se otorgaron 218,490 consultas por colecistitis, ocupando el primer lugar como causa de consulta en cirugía general, siendo la colecistectomía la intervención quirúrgica que se realiza con más frecuencia en este mismo servicio; después de la cesárea la colecistectomía es la segunda intervención quirúrgica que con mayor frecuencia se realiza en el IMSS, con un total de 69,675 colecistectomías de las cuales 47,147 se realizaron con técnica abierta y 22,528 por laparoscopia, la colecistitis y colelitiasis ocuparon el séptimo lugar entre las veinte principales causas de egreso en el IMSS durante el año 2010 y ocuparon el decimoséptimo lugar entre las veinte principales causas de consulta por especialidad en el mismo año (IMSS 2010).

### **Etiología y factores de riesgo**

La causa principal de la colecistitis aguda, son cálculos que obstruyen, los conductos de la vesícula biliar, así factores que predisponen a desarrollarlos:

- Edad (más frecuente a partir de los 40 años)
- Sexo femenino.

- Embarazo, sobre todo para el desarrollo de cálculos de colesterol, y cálculos biliares, tanto el barro biliar como los cálculos menores de 10mm habitualmente desaparecen tras el parto.
- Anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutiva con estrógenos, en este caso con mayor riesgo en mujeres menores de 40 años y las que reciben una dosis mayor de 50 microgramos de estrógenos.
- Otros fármacos como los fibratos y la ceftriaxona
- .Antecedentes familiares de litiasis biliar.
- Obesidad.
- Diabetes Mellitus.
- Cirrosis hepática.
- Enfermedades del íleon
- Enfermedad de Crohn
- Dislipidemia
- Enfermedades hepáticas y metabólicas GPC (IMSS, 2010).

### **5.7.3 Fisiopatología**

La colecistitis calculosa aguda se inicia con la obstrucción del drenaje vesicular secundario a la incrustación de un cálculo en la fosa de Hartmann o en el conducto cístico.

Dicha obstrucción puede ser parcial y de corta duración, y manifestarse tan sólo como un cólico biliar. Si la obstrucción es completa y continua, se produce un aumento en la presión dentro de la luz, desencadenado por el incremento del volumen de bilis y secreciones vesiculares.

El músculo liso de la vesícula se contrae con el objetivo de expulsar el cálculo, lo que genera distensión vesicular y episodios de dolor.

El aumento de la presión dentro de la luz y el trauma generado por los cálculos sobre el epitelio vesicular, en el contexto de una bilis lito génica, conllevan la liberación de prostaglandinas I<sub>2</sub> y E<sub>2</sub>, lo cual favorece aún más el proceso inflamatorio. Como consecuencia del proceso inflamatorio, las paredes de la vesícula biliar se engrosan y se



tornan edematosas, y ocluyen inicialmente el flujo venoso; en los casos más graves, hay obstrucción del flujo arterial que lleva a isquemia y necrosis de la pared.

En condiciones normales, la bilis es aséptica por su constante flujo y por la presencia de IgA. Sin embargo, la estasis biliar secundaria a la obstrucción causada por los cálculos provee el medio ambiente ideal para el crecimiento bacteriano de probable origen intestinal.

Por esta razón, la infección bacteriana primaria no juega un rol en el proceso patológico inicial y, más bien, es la infección secundaria la que puede complicar el cuadro clínico en más del 50% de los casos F, Angarita. F, Acuna. S, Jiménez, C, Garay.J, Gómez.D, Domínguez (2010).

#### **5.7.4 Manifestaciones clínicas**

Se presentan típicamente con dolor en el cuadrante superior derecho o epigastrio, asociado a náuseas, vómitos, anorexia y fiebre. Es frecuente después de las comidas grasosas o en horas de la noche, cuando el dolor dura más de 24 horas debe sospecharse de colecistitis aguda, a la exploración se encuentra una hipersensibilidad a nivel de cuadrante superior derecho y la presencia del signo de Murphy una detención en la inspiración con la palpación del área subcostal derecha.

El paciente con cólico biliar presenta dolor episódico (30 minutos a 6 horas) que se resuelve espontáneamente o con analgesia. El dolor se caracteriza por ser de gran intensidad y se localiza en el epigastrio, el hipogastrio derecho, o ambos, con una característica irradiación a la espalda, la escápula derecha o la región. El episodio de dolor se resuelve al soltarse el cálculo y pasar por la vía biliar, lo que produce una disminución de la presión dentro de la luz y el retorno del flujo sanguíneo vesicular.

En caso de que el cuadro clínico esté asociado a ictericia, coluria o acolia, se deben descartar enfermedades biliares obstructivas como la coledocolitiasis. Si, además, se presenta la tríada de Charcot (fiebre, ictericia y dolor en el hipocondrio derecho), debe

descartarse colangitis F, Angarita. F, Acuna. S, Jiménez, C, Garay.J, Gómez.D, Domínguez (2010).

**Examen físico:** a la inspección general, el paciente presenta dolor intenso y signos de respuesta inflamatoria sistémica (taquicardia y fiebre), taquipnea y deshidratación. Los pacientes con colecistitis aguda pueden presentar una vesícula distendida y palpable, y referir dolor durante la palpación superficial y profunda del hipocondrio derecho.

El signo de Murphy se induce al presionar con los pulgares de ambas manos por debajo del reborde costal derecho, mientras que se le pide al paciente que inspire profundamente. En caso de que la vesícula sea sensible, el paciente interrumpe la respiración paro inspiratorio.

En un paciente con alta sospecha de colecistitis aguda calculosa, la presencia de signos de irritación peritoneal en el examen físico indica la posibilidad de colecistitis gangrenosa o perforación de la misma, las cuales son emergencias quirúrgicas (Halpin, V.2011).

### **5.7.5 Medios Diagnósticos**

#### **Exámenes de laboratorio**

Pueden ser de utilidad:

- Biometría hemática en la cual se puede encontrar leucocitosis
- Proteína C Reactiva la cual puede encontrarse elevada y es de utilidad para confirmar proceso inflamatorio.

Ante la presencia de fiebre y sospecha de proceso infeccioso el médico cirujano solicitara:

- Hemocultivo
- Cultivo de secreciones con la finalidad de la selección del agente antimicrobiano.

Para identificar la gravedad de la Colecistitis o colelitiasis se solicitara:

- Bilirrubinas

- BUN
- Creatinina
- Tiempo de protrombina
- La amilasa sérica es de utilidad para Identificar complicaciones como coledocolitiasis IMSS (2010).

### **Exámenes de Gabinete**

El ultrasonido abdominal es positivo en el 98% (sensibilidad) de los casos de colelitiasis, realizado por personal experimentado, por lo que es la prueba no invasiva de primera elección. *(Ver anexo 1.3 Interpretación de ultrasonido pág. 66)*

- Hallazgos ante la presencia de colecistitis:
- Engrosamiento de la pared vesicular mayor de 5 mm
- Líquido peri vesicular
- Signo de Murphy ultrasonográfico positivo
- Alargamiento vesicular 8 cm axial y 4 cm diametral
- Lito encarcelado
- Imagen de doble riel
- Sombra acústica
- Ecos intramurales

**Gammagrafía biliar** Tienen sensibilidad del 97% En caso de sospecha de colecistitis aguda, donde la clínica y la ecografía no fueron concluyentes debe indicarse este estudio la Gammagrafía de vías biliares con Tc-HIDA ante la presencia de colecistitis reporta:

- Exclusión vesicular
- Signo de RIM (Aumento de la radioactividad alrededor de la fosa vesicular)

**La Tomografía Axial Computada** Hallazgos ante la presencia de colecistitis:

- Engrosamiento de la pared vesicular
- Colecciones líquidas peri-vesiculares

- Alargamiento vesicular
- Áreas de alta densidad en el tejido graso peri-vesicular (IMSS, 2010).

### **5.7.6 Tratamiento**

El tratamiento se basa en los síntomas, y evitar las complicaciones, incluye administración de analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios, antiespasmódico, y antibióticos.

#### **Colecistectomía**

El tratamiento quirúrgico es la colecistectomía, una cirugía que elimina la vesícula biliar, esta se encuentra en la parte superior derecha del abdomen, debajo del hígado, la bilis es producida por el hígado y almacenada en la vesícula biliar. La bilis se libera a través del conducto biliar común cuando se necesita. La bilis es un líquido digestivo que se usa para ayudar a digerir la grasa. El conducto colédoco es lo que conecta la vesícula biliar y el hígado a la primera sección del intestino delgado. *(Ver anexo 1.2 extirpación de la vesícula biliar pág. 66)*

La elección de la técnica quirúrgica para colecistitis aguda depende de la gravedad del cuadro, los tipos de colecistectomía son laparoscópica y abierta, la más utilizada y con menor riesgo es la colecistectomía laparoscópica, la cual puede evolucionar a cirugía con técnica abierta,

Esta conversión intra operatoria, puede suceder debido a las complicaciones propias de la intervención, los factores del paciente o los asociados con el cirujano, tales como la edad, las patologías propias del paciente, las cirugías previas y el valor de leucocitos en el cuadro hemático.

La frecuencia de la conversión de laparoscópica a colecistectomía abierta varía del 10% al 20%.

#### **Grado I o leve:**

Colecistectomía temprana por laparoscopia, es el procedimiento de primera elección.

**Grado II o moderada:**

Colecistectomía temprana por laparoscopia es de primera elección, sin embargo dependerá de la experiencia del cirujano en la técnica ya que la vesícula puede presentar una inflamación grave que haga difícil el abordaje, en esta situación se maneja colecistectomía con técnica abierta, si el paciente presenta inflamación grave de la vesícula se recomienda un drenaje temprano que puede ser quirúrgico o percutáneo.

Si el paciente se encuentra en la situación previamente mencionada la colecistectomía temprana puede ser difícil, por lo que se recomienda posponer la cirugía hasta que la inflamación disminuya (IMSS, 2010).

**Complicaciones y pronóstico**

- Vesícula agrandada: sin tratamiento oportuno la vesícula puede hincharse a un tamaño que es muy incómodo, la inflamación también aumenta el riesgo de que se desgarre la vesícula, lo que puede llevar a infecciones del tejido o muerte del mismo.
- Infección dentro de la vesícula: si se acumula demasiada bilis en la vesícula, la bilis se puede infectar. La bilis infectada puede salir al abdomen y otros órganos y causar más complicaciones.
- Muerte del tejido de la vesícula: si se rasga y el flujo de sangre para, el tejido puede morirse y la vesícula puede explotar

**Pronóstico**

Hay una muy baja tasa de muerte que ocurre después de una colecistectomía. En la mayoría de los casos, la colecistectomía proporciona alivio de la mayoría de los síntomas. Si la colecistitis se trata tan solo con medicamentos, hay una posibilidad más alta de que vuelva el dolor abdominal.

Si existe obstrucción permanente del conducto colédoco (por litos), puede generar necrosis alrededor de la obstrucción, y posterior infección, puede generar graves complicaciones incluso la muerte.

Con un tratamiento adecuado combinando medicamentos y medios quirúrgicos la resolución es satisfactoria (Halpin, V.2011).

## **VI. RESUMEN DEL CASO CLINICO**

### **6.1 Valoración por patrones funcionales de M. Gordon**

Se realizó la valoración por patrones funcionales de M. Gordon a paciente femenina de 27 años, en el área de recuperación, post operada de colecistectomía por diagnóstico médico de colecistitis litiasica aguda. (Ver Anexo 1.4 tabla de valoración M. Gordon pág. 67)

- **Datos generales**

Paciente femenino de 27 años de edad, estado civil soltera, madre de familia con un nivel socioeconómico medio, cuenta con servicio médico privado, de familia monoparental, integrada por ella y su hijo, desempeña como secretaria, con empleo de 8 a 10 horas diarias, cuenta con vivienda de tipo urbana dentro de la ciudad, vida sedentaria, 3 alimentos diarios y baño diario, zoonosis negativa.

- **Antecedentes Heredo- familiares**

Niega antecedentes familiares de enfermedades metabólicas o sistémicas como diabetes hipertensión, o cáncer. Sin antecedentes de enfermedades o desordenes psiquiátricos o afectivos, dentro de su familia.

- **Antecedentes personales**

Niega alcoholismo, tabaquismo o consumo de alguna otra sustancia.

Sin antecedentes personales de enfermedades metabólicas sistémicas o psiquiátricas.

Con fractura de muñeca izquierda en la adolescencia.

Niega alergias a alimentos o medicamentos.

### **Motivo de ingreso hospitalario**

(Datos de ingreso tomados del expediente)

Ingreso por el servicio de urgencias, protocolizada para intervención quirúrgica, con diagnóstico de colecistitis litiasica aguda, sin complicaciones orgánicas.

## **Padecimiento y condición actual**

La paciente fue intervenida quirúrgicamente de colecistectomía que paso de técnica laparoscópica a técnica abierta, (*Ver anexo 1.1 colecistectomía pág. 64*)

Posterior a ello se realizó la valoración por patrones funcionales de M. Gordon, y la identificación de necesidades en el área de recuperación, obteniendo los siguientes datos y signos vitales al momento de la valoración

Presión Arterial 120/86, Frecuencia Cardíaca: 91, Frecuencia Respiratoria: 18, Temperatura 36.2.

### **Patrón 1 Percepción manejo de salud**

Apariencia general y cráneo-facial armónica, de complejión media, se observa, aliñada, en condiciones de higiene adecuadas, con aditamentos transitorios, la paciente percibe su nivel de salud de bueno a regular, refiere tener alimentación regular a mala, reconoce su falta de actividad física, así como su estilo de vida sedentario, el cual lo adjudica a su empleo, niega consumo de sustancias como alcohol o tabaco. Refiere que anteriormente sintió molestias intestinales, no de gravedad, acudió al médico en una ocasión. Posterior hace 3 días comenzó súbitamente su padecimiento, actualmente se encuentra hospitalizada, en recuperación, post operada de colecistectomía, abierta, expresa deseos de conocer cómo mejorar sus hábitos y mejorar su condición actual.

### **Patrón 2 Nutricional metabólico**

Peso: 76.500 kg Talla: 1.63 IMC: 28.8 La paciente consume alimentos 3 veces al día, mayormente de la calle, por lo cual son altos en grasa y sodio, consume de 1 a 1.5 litros de agua al día, consume pocas bebidas azucaradas. Actualmente se encuentra en ayuno. Se observa diaforética, piel pálida sonrosada uniforme, se percibe cálida al tacto. Actualmente la paciente tiene reflejo nauseoso, y aumento de salivación. Con motilidad intestinal disminuida. Derivada de la cirugía.

### **Patrón 3 Eliminación**

La paciente refiere regularmente su evacuación son 2 veces y su micción 4 a 5 veces, al día, actualmente la micción se ve aumentada por la administración de líquidos IV y la evacuación ausente, con administración de líquidos parenterales por catéter venoso periférico, #18 en miembro superior derecho, aditamentos: drenaje pen rose 1/2 con bolsa colectora, sonda Foley F 18 transitoria, su orina se observa amarilla claro, con aumento en la diuresis. A la exploración abdominal se observa abdomen distendido, con ruidos abdominales hipo-activos y peristaltismo disminuido, con alteración de la integridad de la piel por herida quirúrgica de colecistectomía abierta, en región del flanco derecho. Cuenta con un drenaje pen rose transitorio con bolsa colectora, herida con mínimo sangrado sin datos de infección, drenaje, conteo de drenaje 10ml.

### **Patrón 4 Actividad ejercicio**

La paciente expresa tener un nivel de vida sedentario, por sus ocupaciones, como el trabajo diario, ella considera se siente con energía la mayor parte de día, logra cumplir sus actividades como empleada madre, y pareja. Exploración: sin alteraciones de la marcha, tonicidad y fuerza normal, extremidades superiores e inferiores, integra y simétricas con pulsos periféricos presentes. Cuello Cilíndrico, vena yugular palpable no ingurgitada, se descarta presencia adenomegalias a la palpación. Tráquea en línea media, pulmones limpios, y ventilados, arco costal íntegro y caja torácica bien conformados.

### **Patrón 5 Sueño descanso**

Duerme de 7 a 8 horas diarias, refiere ser un sueño continuo y mayormente reparador, sin interrupciones.

### **Patrón 6 Cognición percepción**

La paciente se encuentra orientada en, tiempo espacio y persona, Glasgow 15 puntos pupilas isocóricas y normo-reflectivas, es consciente de la situación actual, se observa facies de dolor su atención es central, refiere dolor, referido en 7 utilizando la escala EVA, refiere sentir su abdomen inflamado.



### **Patrón 7 Autopercepción auto concepto**

La paciente refiere sentirse cómoda con su apariencia y personalidad, la mayor parte del tiempo se siente bien consigo misma, y disfruta los momentos a solas con ella, niega haber tenido episodios depresivos, o intentos y pensamientos suicidas, se describe feliz y positiva la mayor parte del tiempo.

### **Patrón 8 Rol relaciones**

Cumple el rol de madre, su estado civil actual soltero, con planes de vivir con su pareja, considera que sus relaciones tanto familiares como interpersonales son buenas, expresa tener buena comunicación y relación, así como apoyo de sus familiares y su pareja.

### **Patrón 9 Sexualidad reproducción**

Sus antecedentes gineco- obstétricos son: menarca a la edad de 12 años, su ciclo menstrual es irregular 2 embarazos, 0 partos, 1 aborto y 1 cesárea, actualmente mantiene vida sexual activa, mediante el uso de preservativo masculino protegida ya que no desea embarazarse por ahora, refiere sentirse satisfecha con su sexualidad y su forma de expresarla.

### **Patrón 10 Tolerancia al estrés**

Expresa tener adaptación positiva al estrés y a los problemas, mayormente se siente presionada pero tiene sus métodos para relajarse, como el baño de agua caliente, y tener momentos a solas consigo misma, cuando existen situaciones difíciles, refiere expresar sus ideas y sentimientos tanto en su familia como en su trabajo.

### **Patrón 11 Valores-creencias**

Refiere profesar religión católica, y realiza actividades propias de su religión, como lo son orar en familia, recibir orientación de sacerdotes, y acudir a misa cuando es posible. Considera que lo más importante en su vida es su familia, su bienestar económico y ella misma.

## 6.2 Diagnóstico (s) Enfermero (s)

### Diagnostico 1

- Dominio 12 confort
- Clase (1) confort físico, sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor.
- Etiqueta diagnóstica: (00132) dolor agudo
- Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, con final anticipado previsible y con duración menor a 3 meses.
- Dx: dolor agudo **r/c** agente lesivo, **m/p**, auto informe de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración de dolor, conducta expresiva, expresión facial del dolor.

### Diagnostico 2

- Dominio (11) seguridad protección
- Clase (2) lesión física o herida corporal
- Etiqueta diagnóstica: (00044) deterioro de la integridad tisular
- Definición: lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema tegumentario, fascia, musculo, tendón, hueso, cartílago, y o ligamento.
- Dx: deterioro de la integridad tisular: **r/c**, procedimiento quirúrgico **m/p** lesión tisular, dolor, excreción.

### Diagnostico 3

- Dominio (11) seguridad protección
- Clase (1) infección respuesta del huésped tras una invasión patógena
- Etiqueta diagnóstica: (00004) riesgo de infección
- Definición: susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismo patógenos, que puede comprometer la salud
- Dx: riesgo de infección: **r/c** procedimiento invasivo, alteración de la integridad de la piel.

#### **Diagnostico 4**

- Dominio (3) eliminación intercambio
- Clase (2) función gastrointestinal
- Etiqueta diagnostica (00196) motilidad gastrointestinal disfuncional
- Definición: aumento, disminución, ineficiencia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal
- Dx: Motilidad gastrointestinal disfuncional **r/c** agente farmacológico, cirugía **m/p** distensión abdominal, náuseas, ruidos peristálticos disminuidos.

#### **Diagnostico 5**

- Dominio (11) seguridad protección
- Clase (2) lesión física o herida corporal
- Etiqueta diagnostica: (00250) riesgo de lesión del tracto urinario
- Definición: susceptible de padecer una lesión de las estructuras del tracto urinario a causa de uso de catéteres, que puede comprometer la salud
- Dx: riesgo de lesión del tracto urinario **r/c** conocimientos deficientes cuidado de la sonda

#### **Diagnostico 6**

- Dominio 12 confort
- Clase (1) confort físico, sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor.
- Etiqueta diagnostica: (00134) nauseas
- Definición: fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos:
- Dx: nauseas: **r/c** distensión gástrica **m/p** nauseas, distensión, aumento de salivación

## **Diagnostico 7**

- Dominio (2) nutrición
- Clase (1) ingestión
- Etiqueta diagnostica: (00233) sobrepeso
- Definición: problema en el cual un individuo acumula un nivel de grasa, anormal o excesivo para su edad y sexo.
- Dx: Sobrepeso **r/c** comportamiento sedentario mayor a 2 horas al día, **m/p** IMC mayor a 25

## **Diagnostico 8**

- Dominio (1) Promoción de la salud
- Clase (2) gestión de la salud, identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar
- Etiqueta diagnostica: (00162) disposición para mejorar la gestión de la salud
- Definición: patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que puede ser reforzado.
- Dx Disposición para mejorar la gestión: de la salud **m/p** expresa deseos para mejorar la gestión de factores de riesgo.

## **6.3 Planificación (Indicadores de resultados NOC)**

## **6.4 Ejecución (NIC, GPC, fundamentación de cada intervención)**

## **6.5 Evaluación (medición de indicadores)**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): Patrón 6 Cognición percepción</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresiones faciales de dolor</li> <li>• Diaforesis</li> <li>• Aumento de FC</li> </ul> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor referido Uso de escala EVA para medición del dolor, evaluado en 7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominio: 12 confort</li> <li>• Clase: (1) confort físico, sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor.</li> <li>• Etiqueta diagnóstica: Etiqueta diagnóstica: (00132) dolor agudo</li> <li>• Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, con final anticipado previsible y con duración menor a 3 meses.</li> <li>• Factore(s) relacionado(s) agente lesivo</li> <li>• Características definitorias: conducta expresiva, auto informe de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración de dolor, expresión facial</li> </ul>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO NOC</b> (nivel de dolor)		
		Dominio: (5) salud percibida	Clase: V sintomatología	
		Criterio de resultado: (1) grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve, (5) ninguno.  Indicador: (2102)		
		Indicadores:  (210201) dolor referido  (210206) expresiones faciales de dolor  (210204) duración de los episodios de dolor	Puntuación inicial  (2) sustancial  (2) sustancial  (2) sustancial	Puntuación Diana  (4) leve  (4) leve  (4) leve

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 02 fisiológico complejo</p> <p>Clase: H control de fármacos</p> <p>Intervención: (2210) administración de analgésicos</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la ubicación, características y gravedad del dolor antes de la medicación</li> <li>• Comprobar órdenes médicas en relación a dosis y frecuencia del analgésico prescrito</li> <li>• Administrar analgésicos prescritos</li> <li>• Valorar el nivel de dolor antes y después de la administración analgésica</li> </ul>	<p>La valoración fisiológica, psicológica y cultural, contribuyen en la elaboración de un diagnóstico y planeación de intervenciones de enfermería a un paciente con dolor.</p> <p>Las fases del dolor que experimenta el individuo son: anticipatoria, perceptiva y concluyente.</p> <p>Las endorfinas son sustancias que modulan el dolor y tienen propiedades similares a la morfina, su estimulación se logra mediante estimulación nerviosa, placebos, y administración de analgésicos.</p> <p>Los analgésicos no narcóticos intervienen en la síntesis de prostaglandinas, responsables de los procesos inflamatorios, y de la sensación de dolor, inhibiendo su producción.</p>	<p>Criterio de resultado: nivel de dolor</p> <p>Indicador: (2102)</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>(210201) dolor referido</p> <p>(210206) expresiones faciales de dolor</p> <p>(210204) duración de los episodios de dolor</p>	<p>(4) leve</p> <p>(5) Ninguno</p> <p>(4) leve</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>Patrón 2 Nutricional metabólico</p> <p>Patrón 3 Eliminación</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de la integridad de mucosas por herida quirúrgica</li> <li>• Uso de drenaje transitorio con bolsa colectora</li> <li>• Drenado de secreción</li> <li>• Gasa con ligero manchado de sangre</li> </ul> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiere Dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominio: (11) seguridad protección</li> <li>• Clase: (2) lesión física o herida corporal</li> <li>• Etiqueta diagnóstica: (00044) deterioro de la integridad tisular</li> <li>• Definición: lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema tegumentario, fascia, musculo, tendón, hueso, cartílago, y o ligamento.</li> <li>• Factore(s) relacionado(s)</li> <li>• Procedimiento quirúrgico</li> <li>• Características definitorias: m/p alteración tisular, alteración de las capas de la piel, dolor.</li> </ul>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO NOC</b> (integridad tisular: piel y membranas)		
		Dominio: 2 salud fisiológica	Clase: i integridad tisular	
		Criterio de resultado: (1) gravemente comprometido, (2) sustancialmente comprometido, (3) moderadamente comprometido, (4) levemente comprometido, (5) no comprometido.		
		Indicador: (1101)		
		(110112) Integridad de la piel	Puntuación inicial  (2) Sustancialmente comprometido	Puntuación diana  (4) levemente comprometido
			(110116) Lesiones de la mucosa	(2) Sustancialmente comprometido

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 02 fisiológico complejo</p> <p>Clase: L control de la piel/ heridas</p> <p>Intervención: (3662) cuidado de las heridas drenaje cerrado</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a ponerse en una posición cómoda.</li> <li>• Monitorizar la presencia de signos de infección, inflamación y molestias de la piel en el sitio de inserción.</li> <li>• Vaciar el drenaje de la bolsa o sistema colector.</li> <li>• Registrar el volumen y características del drenaje</li> </ul>	<p>La capacidad individual, para resistir la infección está determinada, por el estado, de los mecanismos de defensa, del cuerpo y el estado de salud de la persona</p>	<p>Criterio de resultado: integridad tisular: piel y membranas</p> <p>Indicador: (1101)</p>	
	<p>El organismo se protege contra la infección por medio de la inmunidad, mediante el proceso inflamatorio a través de barreras anatómicas que incluyen piel y mucosas.</p>	<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación final</p>
	<p>Cuidar de estas integridades, si están alteradas, favorecen la recuperación del paciente, al disminuir los riesgos de complicaciones, o infecciones, realizando tareas asépticas, y utilizando medidas de protección. (Guantes, mascarilla EPP.)</p> <p>Un drenaje Pen rose es un tubo suave, plano y flexible hecho de látex. Permite que la sangre y otros líquidos salgan de la región de la cirugía. Esto evita que el líquido se acumule debajo de la incisión quirúrgica, evitando una infección y favoreciendo la recuperación de la herida.</p>	<p>(110112) Integridad de la piel</p> <p>(2) Sustancialmente comprometido</p> <p>(110116) Lesiones de la mucosa</p> <p>(2) Sustancialmente comprometido</p>	<p>(3) moderadamente comprometido</p> <p>(3) moderadamente comprometido</p>



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN				
<p>Patrón (es):</p> <p>Patrón 2 Nutricional metabólico</p> <p>Patrón 3 Eliminación</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de la integridad de la piel</li> <li>• Disminución del peristaltismo</li> <li>• Abdomen distendido</li> <li>• Herida quirúrgica por colecistectomía abierta</li> <li>• Uso de CVP</li> <li>• Uso de sonda Foley transitoria</li> <li>• Uso de drenaje</li> </ul> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensación de inflamación referido por el paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominio: (11) seguridad protección</li> <li>• Clase: (1) infección respuesta del huésped tras una invasión patógena</li> <li>• Etiqueta diagnóstica: (00004) riesgo de infección</li> <li>• Definición: susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismo patógenos, que puede comprometer la salud</li> <li>• Factore(s) relacionado(s)</li> <li>• Procedimiento invasivo</li> <li>• Factor(es) de riesgo:</li> <li>• Alteración de la integridad de la piel.</li> </ul>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO NOC</b> (Estado inmune)				
		Dominio: 2 salud fisiológica	Clase: H respuesta inmune			
		<p>Criterio de resultado: (1) gravemente comprometido, (2) sustancialmente comprometido, (3) moderadamente comprometido, (4) levemente comprometido, (5) no comprometido.</p> <p>Indicador: (0702)</p>				
		Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana		
070203 estado gastrointestinal	(2) sustancialmente comprometido	(4) levemente comprometido				
070208 integridad cutánea	(2) sustancialmente comprometido	(3) moderadamente comprometido				

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 04 seguridad</p> <p>Clase: V control de riesgos</p> <p>Intervención: (6540) control de infecciones</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavarse las manos antes y después de cada intervención al paciente</li> <li>• Garantizar una manipulación aséptica de toda vía I.V</li> <li>• Administrar tratamiento antibiótico cuando sea adecuado</li> <li>• Asegurar una técnica de cuidados adecuada en herida</li> </ul>	<p>El jabón saponifica las grasas, las soluciones antisépticas inhiben, el crecimiento bacteriano, un correcto lavado de manos siguiendo los pasos y recomendaciones, de la GPC, disminuyen los riesgos de contagio y contaminación de heridas.</p> <p>El uso de técnicas asépticas, en todo proceso de atención al paciente, rompe la cadena infecciosa.</p> <p>Los antibióticos, son sustancias de origen, natural o sintético, que desempeñan una función antimicrobiana, impidiendo el desarrollo y proliferación de bacterias. Actúan en bacterias Gram negativas o Gram positivas, dependiendo su requerimiento. Son indicados en diferentes circunstancias, como paliativo o profiláctico, la mayoría de antibióticos actúa penetrando líquidos en la pared celular de la bacteria, causando su destrucción, interfiriendo en la producción de nuevos cromosomas, o impidiendo la formación de proteínas necesarias para la formación de nuevas células bacterianas.</p>	<p>Criterio de resultado: Estado inmune</p> <p>Indicador: (0702)</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>070203 estado gastrointestinal escala de medición (2)</p> <p>070208 integridad cutánea escala de medición (2)</p>	<p>(4) levemente comprometido</p> <p>(3) moderadamente comprometido</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>Patrón 2 Nutricional metabólico</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distensión abdominal</li> <li>• Inflamación abdominal</li> <li>• Disminución de ruidos peristálticos</li> </ul> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiere sensación nauseosa</li> <li>• Malestar estomacal</li> <li>• Ausencia de evacuaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominio: (3) eliminación intercambio</li> <li>• Clase: (2) función gastrointestinal</li> <li>• Etiqueta diagnóstica: (00196) motilidad gastrointestinal disfuncional</li> <li>• Definición: aumento, disminución, ineficiencia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal</li> <li>• Factore(s) relacionado(s)</li> <li>• Cirugía</li> <li>• Características definitorias:</li> <li>• M/p distensión abdominal, dolor abdominal, nauseas</li> </ul>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO</b> (Función gastrointestinal)			
		Dominio: (2) salud fisiológica	Clase: k digestión y nutrición		
		Criterio de resultado: (1) grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve, (5) ninguno. Indicador: (1015)			
			Puntuación inicial	Puntuación Diana	
(101514) Distensión abdominal	(2) sustancial	(5) ninguno			
(101532) Nauseas escala	(2) sustancial	(5) ninguno			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 01 fisiológico básico</p> <p>Clase: B control de eliminación</p> <p>Intervención: (0450) manejo del estreñimiento</p> <p>Actividades:</p> <p>Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento</p> <p>Monitorizar las defecaciones frecuencia, consistencia, forma volumen color según corresponda</p> <p>Explicar al paciente la etiología del problema y la razón de las actuaciones</p> <p>Enseñar al paciente al egreso, una alimentación, con fibra y aumento de líquidos</p> <p>Evaluar la eficacia y efectos de los medicamentos</p>	<p>Las alteraciones en la eliminación intestinal, son producidas por diversos factores como: edad, desarrollo, dieta, líquidos ingeridos/administrados, posición, ingesta de medicamentos, anestesia, cirugía, trastornos sensoriales y motores, así como dolor, influyen en el peristaltismo.</p> <p>La compresión del funcionamiento digestivo/intestinal influye positivamente , en la atención a las necesidades de eliminación, del paciente, evaluar la presencia/ausencia y frecuencia de evacuaciones, nos guiará a conocer que intervenciones elegir, para ayudar al paciente a mejorar la motilidad, como aumentar líquidos, cambiar de posición, o tener en cuenta medicamentos que pueden afectar la motilidad.</p>	<p>Criterio de resultado: Función gastrointestinal</p> <p>Indicador: (1015)</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>(101514) Distensión abdominal escala de medición: (2) sustancial</p> <p>(101532) Nauseas escala de medición: (2) sustancial</p>	<p>(4) leve</p> <p>(5) ninguno</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>Patrón 2 Nutricional metabólico</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de salivación (sin vomito)</li> </ul> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensación nauseosa referida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominio: (12) confort</li> <li>• Clase: (1) confort físico, sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor.</li> <li>• Etiqueta diagnóstica: (00134) nauseas</li> <li>• Definición: fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos:</li> <li>• Factore(s) relacionado(s) distensión gástrica</li> <li>• Características definitorias: nauseas, distensión, aumento de salivación</li> </ul>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO NOC</b> (náuseas y vómitos)		
		Dominio: (5) salud percibida	Clase: : V sintomatología	
		Criterio de resultado: (1) grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve, (5) ninguno.		
		Indicador: (2106)		
		Indicadores: (210609) malestar escala de medición: (2) moderado  (210623) efectos secundarios de la medicación escala de medición (2) moderado	Puntuación inicial:  Escala de medición: (2) sustancial  Escala de medición: (3) moderado	Puntuación Diana:  (4) leve    (4) leve

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo 01 fisiológico básico</p> <p>Clase: E fomento de la comodidad física</p> <p>Intervención 2380</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Administración de medicación antiemética eficaz</li> </ul>	<p>Las náuseas y la emesis, son procesos complejos coordinados a nivel del SNC, y forman parte de un reflejo protector, la etiológica es variada, como un proceso de gestación, enfermedades digestivas, sistémicas, o procedimientos médicos, relacionado con el uso de anestésicos.</p> <p>Los fármacos antieméticos suprimen o inhiben los vómitos y la sensación de náuseas, actuando a nivel de los diferentes receptores, serotogenicos, (5HT3) dopaminergicos, (D2) muscarinicos (M1) emetizantes, responsables de la sensación emética/nauseosa. El uso de los diferentes tipos de medicamentos antagonistas de los receptores (5HT3, D2, M1) favorece la sensación de plenitud gástrica, malestar abdominal alto, y regurgitación del contenido gástrico.</p>	<p>Criterio de resultado: náuseas y vómitos</p> <p>Indicador: (2106)</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>(210609) malestar escala de medición: (2) moderado</p> <p>(210623) efectos secundarios de la medicación escala de medición (2) moderado</p>	<p>(4) leve</p> <p>(4) leve</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>Patrón 3 Eliminación</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de sonda Foley</li> </ul> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconoce cuidados y riesgo de uso de la sonda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominio: (11) seguridad</li> <li>• Clase: (2) lesión física o herida corporal</li> <li>• Etiqueta diagnóstica: (00250) riesgo de lesión del tracto urinario Definición: susceptible de padecer una lesión de las estructuras del tracto urinario a causa de uso de catéteres, que puede comprometer la salud</li> <li>• Factor(es) de riesgo: conocimientos deficientes cuidado de la sonda</li> </ul>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO NOC</b> (Eliminación urinaria)			
		Dominio: 2 salud fisiológica	Clase: F eliminación		
		<p>Criterio de resultado: (1) gravemente comprometido, (2) sustancialmente comprometido, (3) moderadamente comprometido, (4) levemente comprometido, (5) no comprometido.</p> <p>Indicador: (0503)</p>			
		(050301) patrón de eliminación	Puntuación inicial  (2) sustancialmente comprometido	Puntuación Diana  (5) no comprometido	
		(050303) Cantidad de la orina	(4) levemente comprometido	(5) no comprometido	
		(050331) micción frecuente	(4) levemente comprometido	(5) no comprometido	

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 01 fisiológico básico</p> <p>Clase: B control de eliminación</p> <p>Intervención (1876) cuidados del catéter urinario</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asegurarse que la bolsa colectora se situó por debajo del nivel de la vejiga</li> <li>• Usar un sistema de fijación del catéter</li> <li>• Instruir al paciente y familia acerca los cuidados adecuados del catéter</li> <li>• Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad</li> </ul>	<p>La infección de vías urinarias se asocia a la existencia de una sonda vesical debido a que se ha demostrado, que los microorganismos colonizan la orina a través del interior de la sonda o por colonización del meato urinario y la proliferación ascendente de los microorganismos en la película orgánica que se forma sobre la sonda, por tanto, la colocación y el uso de la sonda vesical debe ser sólo en caso necesario, el tiempo de uso debe ser limitado según las necesidades de cada paciente, ya que el riesgo acumulado por día de bacteriuria en pacientes con sonda vesical es del 3 al 10%, cercano al 100% después de 30 días.10 Se estima que entre 17% y 69% de las infecciones urinarias asociadas a la sonda vesical se pueden prevenir siguiendo las recomendaciones de control de infecciones.</p> <p>Por lo cual con los cuidados adecuados, el uso de sondaje vesical funciona como una medida de Protección y seguridad para el paciente, al disminuir la movilidad y requerimiento de traslados al baño, esta disminución de movimiento favorece la recuperación, y disminución de molestias, así como riesgos en situaciones de estancia post quirúrgica. El uso de medidas asépticas y conocimiento del funcionamiento del cateterismo vesical, disminuye riesgos de infecciones o lesiones del aparato genitourinario.</p>	<p>Criterio de resultado: eliminación urinaria</p> <p>Indicador: (0503)</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>(050301) patrón de eliminación (2) sustancialmente comprometido</p> <p>(050303)Cantidad de la orina (4) levemente comprometido</p> <p>(050331) micción frecuente (4) levemente comprometido</p>	<p>(5) no comprometido</p> <p>(5) no comprometido</p> <p>(5) no comprometido</p>



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>Patrón 1 Percepción manejo de salud</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente con disponibilidad, e interés de como aprender a mejorar sus hábitos</li> </ul> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La paciente percibe su nivel de salud de bueno a regular</li> <li>Alimentación regular</li> <li>Estado de vida sedentario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dominio: (1) Promoción de la salud</li> <li>Clase: (2) gestión de la salud, identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar</li> <li>Etiqueta diagnóstica:</li> <li>Etiqueta diagnóstica: (00162) disposición para mejorar la gestión de la salud</li> <li>Definición: patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que puede ser reforzado.</li> <li>Factores relacionados:</li> <li>Características definitorias: expresa deseos para mejorar la gestión de conductas de riesgo.</li> </ul>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO</b> ( conducta de búsqueda de salud)		
		Dominio:(4) conocimiento y conducta de salud	Clase: Q conducta de salud	
		Criterio de resultado: (1) nunca demostrado, (2) raramente demostrado, (3) a veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado, (5) siempre demostrado  Indicador: (1603)		
		Indicadores:  (160301) Hace preguntas relacionadas con su salud  (160303) realiza auto detección	Puntuación inicial  (2) raramente demostrado  (2) raramente demostrado	Puntuación Diana  (4) frecuentemente demostrado  (4) frecuentemente demostrado

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 03 conductual</p> <p>Clase: O terapia conductual</p> <p>Intervención: (4420) acuerdo con el paciente</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente que determine sus puntos fuertes y habilidades</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar las practicas sobre salud que desea cambiar</li> <li>• Orientar al paciente a establecer objetivos realistas</li> </ul>	<p>El establecimiento de la atención enfermería y paciente, implica acuerdos, para que el régimen terapéutico sea efectivo, así como escuchar las preferencias del paciente, y ofrecer los beneficios que puede obtener en su salud, al modificar su estilo de vida.</p> <p>Implicar al paciente en su propia valoración de necesidades, favorecerá que comprenda que hábitos tiene que cambiar para mejorar su situación actual y/o futura.</p> <p>Reforzar los puntos positivos fuertes, mejora la autoestima, y alienta el sujeto a no desertar de los objetivos para mejorar su salud</p>	<p>Criterio de resultado: conducta de búsqueda de salud</p> <p>Indicador: (1603)</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>(160301) Hace preguntas relacionadas con la salud (2) raramente Demostrado</p> <p>(160303) realiza auto detección (2) raramente demostrado</p>	<p>(4)</p> <p>Frecuentemente demostrado</p> <p>(3)</p> <p>A veces demostrado</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>Patrón 2 Nutricional metabólico</p> <p>Patrón 4 Actividad ejercicio</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC 28.8</li> </ul> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilo de vida sedentario</li> <li>• Alimentación regular</li> <li>• Poca ingesta de líquidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominio: (2) nutrición</li> <li>• Clase: (1) ingestión</li> <li>• Etiqueta diagnóstica: (00233) sobrepeso</li> <li>• Definición: problema en el cual un individuo acumula un nivel de grasa, anormal o excesivo para su edad y sexo</li> <li>• Factores(s) relacionado(s) R/C</li> <li>• Comportamiento sedentario mayor a 2 horas al día</li> <li>• Conducta alimentaria</li> <li>• Características definitorias:</li> <li>• M/p: IMC mayor a 25</li> </ul>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO NOC</b> (conducta de adhesión: dieta saludable)		
		Dominio: (4) conocimiento y conducta de salud	Clase: Q conducta de salud	
		Criterio de resultado: (1) nunca demostrado, (2) raramente demostrado, (3) a veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado, (5) siempre demostrado  Indicador: (1621)		
		Indicadores:  (162103) busca información sobre pautas nutricionales establecidas  (162111) pregunta cuestiones	Puntuación inicial  (2) raramente demostrado  (3) a veces demostrado	Puntuación diana  (4) Frecuentemente demostrado  (4) Frecuentemente demostrado

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 01 fisiológico básico</p> <p>Clase: D apoyo nutricional</p> <p>Intervención: (5246) educación para la salud</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la ingesta y hábitos alimentarios del paciente</li> <li>• Comentar gustos y aversiones alimentarias del paciente</li> <li>• Proporcionar información acerca de la modificación de la dieta por razones de salud</li> </ul>	<p>La conciencia sobre los factores que contribuyen la sobrealimentación o la mala alimentación, así como los beneficios de adherirse a un plan nutricional, ayudara al sujeto a motivarse en adquirir un estilo de vida saludable.</p> <p>Identificar las conductas de alimentación no favorable, con ayuda del profesional de enfermería, para posterior recibir atención del área de nutrición.</p> <p>Las conductas alimentarias son difíciles de cambiar, puede ser más fácil romper las, si se toman desde el punto de vista como una actividad beneficiosa y placentera.</p> <p>La influencia de Factores conductuales y biológicos. Relacionados con los estilos de vida, saludables o no, son los hábitos que repercuten en la salud como el sedentarismo y el consumo de tabaco, alcohol, drogas u otras adicciones e inclusive factores biológicos, tales como los genéticos.</p>	<p>Criterio de resultado: conducta de adhesión: dieta saludable</p> <p>Indicador: (1621)</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>(162103) busca información sobre pautas nutricionales establecidas</p> <p>(162111) pregunta cuestiones</p>	<p>(3) A veces demostrado</p> <p>(4) Frecuentemente demostrado</p>

## VII. PLAN DE ALTA

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
<p><b>COMUNICACIÓN</b></p> <p>(Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cita de control con su médico Dr. Vázquez M. 10 días después de su cirugía,</li> <li>➤ Retiro de puntos 10 días después de su cirugía, en el consultorio de su médico.</li> <li>➤ Acudir a urgencias en caso de presentar datos de alarma. Y solicitar referir a médico tratante.</li> <li>➤ Si requiere comunicarse vía telefónica en caso de urgencia llamar al teléfono (4444-xxx-xxx) de su médico tratante, para que la reciba en el área de urgencias del hospital S.M.</li> </ul>
<p><b>URGENTE</b></p> <p>(Identificación de signos de alarma o recaída)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vigilar datos de infección en el sitio de la herida, sangrado anormal, dolor, enrojecimiento del área, aparición de secreción purulenta con mal olor, así como fiebre.</li> <li>➤ Coloración amarilla en piel o esclera de los ojos.</li> <li>➤ Vigilar la recuperación del peristaltismo intestinal, los ruidos peristálticos normales son ligeros clics o gorgoteos que suelen percibirse de 5 a 30 por minuto, la ausencia de estos indican que el peristaltismo sigue disminuido, el exceso de ruidos puede indicar vacío gástrico, hambre u obstrucción del intestino.</li> <li>➤ Vigilar la presencia de heces, que con la dieta ya establecida, deben hacerse presentes en posterior a las 24 horas de egreso.</li> <li>➤ Estreñimiento, presencia de gases, dolor abdominal intenso, y espasmos frecuentes a 48 horas después del egreso comunicarse con su medico</li> </ul>
<p><b>INFORMACIÓN</b></p> <p>(Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La extirpación de la vesícula conlleva a la modificación del estilo de vida, puesto que ya no se segregara biliar, la cual ayuda a degradar y procesar alimentos por lo cual la alimentación debe ser baja en grasa e irritantes, mayor consumo de líquidos, disminución del sedentarismo, así como evitar tabaco y alcohol.</li> <li>➤ Evitar esfuerzos, y levantar objetos pesados.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Para los cuidados de la herida: lavar la zona con agua y jabón neutro, secar y colocar una gasa, con ayuda de su familiar, colocar el vendaje abdominal dejándolo ajustado, pero sin que ocasione molestias. Observar los puntos de sutura, y los datos de infección de la herida.</li> </ul>
<b>DIETA</b> (Información relativa a la nutrición)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dieta blanda: consumir alimentos libres de grasa, fritos, o irritantes.</li> <li>➤ Evitar el consumo de lácteos embutidos, y carnes rojas.</li> <li>➤ Aumentar consumo de cereales y fibra, carnes blancas frutas y verduras.</li> <li>➤ Ej. Pechuga a la plancha, arroz blanco, y verduras al vapor.</li> <li>➤ Aumentar ingesta de líquidos de líquidos para disminuir el estreñimiento derivado de la cirugía, y favorecer la eliminación de heces más blandas.</li> </ul>
<b>AMBIENTE</b> (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Expresar en su trabajo y familia las condiciones que requiere para favorecer su recuperación, apoyarse en su familia para cubrir sus necesidades durante ese periodo, mantener una comunicación eficaz y cordial.</li> </ul>
<b>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE</b> (Prácticas recreativas saludables)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aumentar su movilidad y actividad física, después del retiro de puntos comenzado por caminatas.</li> <li>➤ Disminuir en lo posible largos periodos de inactividad y sedentarismo, posterior a la total recuperación e incorporación a una completa movilidad, elegir un deporte o actividad que favorezca la relajación y permita la desconexión de la rutina.</li> </ul>
<b>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>	<p style="text-align: right;"><b>Y NO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tratamiento farmacológico de egreso: ceftriaxona 1 gr IM cada 24 horas por 3 días, metamizol 500mg cada 8 horas por 3 días, omeprazol 20mg cada 8 horas por 7 días ketorolaco 30 mg sublingual cada 12 horas por 3 días metoclopramida 10 mg vía oral cada 12 horas hasta completar 3 dosis.</li> <li>➤ Continuar el tratamiento médico respetando el horario, dosis y tiempo de administración.</li> </ul>

	establecidos. Evitar el consumo de alcohol durante el tratamiento.
<b>ESPIRITUALIDAD</b>  (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)	➤ Continuar ejerciendo sus valores y creencias, buscar respuesta y orientación a sus dudas si lo considera.

## VII. CONCLUSIONES

El impacto de la colecistitis, en quien la padece es importante, pues conlleva a la modificación en el estilo de vida individual y familiar, esto incluyendo los cambios en la alimentación, la cual es necesario que sea más saludable, aunado a un régimen que requiere de mayor movilidad física, así como los cambios y costes que derivan del tratamiento pre y post quirúrgico conjunto a el tiempo de recuperación, los días de incapacidad y ausencia laboral.

Señalo la importancia del personal de enfermería que atiende el área de recuperación, pues en esta área los riesgos y la vulnerabilidad del paciente son altos, la vigilancia es exclusivamente del personal a su cargo, es así que en esta área los cuidados son cruciales y de suma importancia para evitar riesgos. A su vez la recuperación es la etapa donde el paciente identifica sus primeras sensaciones, se plantean sus mayores y se ejecutan las actividades más importantes para favorecer su recuperación.

En relación al conocimiento, pude identificar la necesidad de reforzarlo, en variados aspectos tales como el aspecto teórico, práctico y clínico.

Por lo cual afirmo que los conocimientos adquiridos, fueron importantes para mi crecimiento profesional, la experiencia de realizar esta investigación y documentación fue enriquecedora y me ha motiva a aprender y desarrollar mayores habilidades en la construcción del proceso cuidado enfermero, el cual es el centro del actuar de enfermería, pues respalda nuestras actividades, conocimientos y habilidades, por lo que todos debemos estas capacitados y actualizados en él.



## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (S/f-b). Bvsalud.org. Recuperado el 13 de agosto de 2021, de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>.
- (S/f-c). Index-f.com. Recuperado el 13 de agosto de 2021, de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>.
- (S/f-d). Gob.mx. Recuperado el 13 de agosto de 2021, de [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento\\_general.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general.pdf).
- Alfaro, R. (2009). *Aplicación del proceso enfermero* Quinta edición. Barcelona. Ed. Masson.
- Amezcu, M., & → V. T. L. E. P. M. A. (2014, 25 noviembre). *Virginia Henderson |Gomeres*. Recuperado el 30 de agosto del 2021 de <https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>.  
<https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>
- Batista-Sánchez, M. R., & Alvarado-Gallegos, E. (s/f). *Factors associated to nursing hospitalization ser vices*. Medigraphic.com. Recuperado el 13 de agosto de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim152e.pdf>.
- Castro, M., & Simian, D. (2018). LA ENFERMERÍA Y LA INVESTIGACIÓN. *Revista médica Clínica Las Condes*, 29(3), 301–310.
- Da Silva, L., Rodríguez, A., Zelada, I., Delgado, J., & Navarro, R. (Diciembre de 2015). Utilidad de la CPRE en la Pancreatitis Aguda Biliar e Ictericia. *Cirugía Paraguaya*, 39(2), 20-23. Recuperado el 04 de 10 de 2019, de <http://scielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v39n2/v39n2a05.pdf>.
- DOF - *Diario Oficial de la Federación*. (2019, 12, Julio). Gob.mx. Recuperado el 14 de septiembre de 2021, disponible en [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019).
- DOF - *Diario Oficial de la Federación*. (2019, 28, Diciembre). Gob.mx. Recuperado el 14 de septiembre de 2021, disponible en [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5583029&fecha=28/12/2019](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5583029&fecha=28/12/2019).
- Durán,DM.. (1998). *Dimensiones sociales, políticas y económicas del cuidado de enfermería*. 08,08,2021, de [www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com) Sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>.
- Estes, J. M., & Galindo, F. E. R. (2010). *COLECISTITISAGUDA*. Org.ar. Recuperado el 01 de agosto de 2021, de <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/ccuarentayuno.pdf>.

- F, ANGARITA. F, ACUNA. S, JIMÉNEZ, C, GARAY.J, GÓMEZ.,D DOMÍNGUEZ. (2010, 03 septiembre). *Colecistitis calculosa aguda*. Disponible en. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018686005>.
- García González, M,J. (2004). *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería*. (2ª ed.). México: Editorial Progreso. García González, M. (2004.). *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson* (2nd ed.). México D.F.: Progreso.
- García, M., & Caro, C. (2001). *Historia de la enfermería evolución histórica del cuidado enfermero*. [www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com). Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>.
- Gurusamy, K., Giljaca, V., Takwoingi, Y., Higgie, D., Poropat, G., Štimac, D., & Davidson, B.,(2015), Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica versus colangiografía intraoperatoria para el diagnóstico de los cálculos del colédoco., mexico <https://www.scielo.org.doi:10.1002/14651858.CD010339.pub2>.
- Halpin, V. (2011, 20 diciembre). *Acute cholecystitis*. PubMed. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22186260/>.
- Instituto Mexicano Del Seguro Social. (2010). *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis* Recuperado el 01 de agosto de 2021, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/237GER.pdf>.
- J C, Bellido Vallejo y J F Lendínez Cobo. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. 12-08-2021, de ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE JAÉN Sitio web: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>.
- Kozier, B., Berman, A., Snyder, S. (2019). *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: McGraw – Hill Interamericana.
- Loza, R. C. M. (2010). *APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA*. <http://www.scielo.org>. Disponible en [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582018000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582018000100004&script=sci_arttext).
- M, U. E. (2010). *AVANCES DE LA CIENCIA DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA DISCIPLINA*. <https://scielo.conicyt>. Disponible en [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-95532009000200002&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-95532009000200002&script=sci_arttext).
- Secretaria De Salud. (2011). *Lineamiento General Para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería*. Recuperado el 12-12-2021, de [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx) Sitio web:[http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento\\_general.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general.pdf).

Téllez O. & García, F. (2012) *MODELOS DE CUIDADOS EN ENFERMERIA NANDA, NIC, NOC*. Recuperado el 17 de agosto de 2021, de [http://file:///C:/Users/Downloads/modelos de cuidados en enfermeria nanda nic y noc.pdf](http://file:///C:/Users/Downloads/modelos%20de%20cuidados%20en%20enfermeria%20nanda%20nic%20y%20noc.pdf).

UNAM (s.f.) Material complementario; Enfermería comunitario. Unam.mx. Recuperado el 13 de agosto de 2021, de <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/virginia.pdf>.

Vargas Rodríguez, L. J., Agudelo Sanabria, M. B., Lizcano Contreras, R. A., Martínez Balaguera, Y. M., Velandia Bustcara, E. L., Sánchez Hernández, S. J., Jimenez Peña, O. M., & Quintero, M. J. (2017). Factores asociados con la conversión de la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta. *Revista colombiana de gastroenterología*. Recuperado el 17 de septiembre del 2021. Disponible en. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012099572017000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012099572017000100003)

Zarate, Raue, Garlaschi. (2018, 10 de octubre). *Manual de enfermedades digestivas*. Recuperado el 12 de septiembre del 2021. Disponible en <https://www.medfinis.cl/img/manuales/Manual%20digestivo%20final%20V1.pdf>.

## X. GLOSARIO DE TERMINOS

**Colangio- pancreatografía retrograda endoscópica (CPRE):** Procedimiento que se realiza por medio de endoscopia que permite visualizar el ámpula de Váter (punto de entrada de conducto biliar y pancreático) y cuando se combina con radiología provee visualización de alta calidad de los conductos biliares y pancreáticos.

**Colecistectomía abierta:** Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar mediante una incisión en la pared abdominal.

**Colecistectomía laparoscópica:** Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar a través de pequeñas incisiones en el abdomen, por las cuales se introducen el instrumental y un endoscopio conectado a monitores y fuente de luz para visualizar la cavidad abdominal.

**Colecistectomía o Drenaje Percutáneo:** Drenaje de la vesícula biliar mediante una punción guiada por ultrasonido o tomografía computarizada en el fondo de la vesícula biliar e introducción de una sonda o drenaje que se exterioriza por una pequeña incisión en la piel.

**Colecistectomía o drenaje quirúrgico:** Drenaje de la vesícula biliar mediante una incisión en el fondo de la vesícula biliar e introducción de una sonda que se exterioriza por una pequeña incisión en la piel.

**Colecistitis aguda:** Inflamación de la vesícula biliar, producida principalmente por cálculos, se caracteriza por dolor en hipocondrio derecho de más de 12 horas de evolución.

**Coledocolitiasis:** Presencia de cálculos en los conductos biliares

**Colelitiasis:** Presencia de cálculos (litos) en la vesícula biliar.

**Gammagrafía de vías biliares:** Es un estudio de medicina nuclear en que se usan derivados de ácido iminodiacético marcados con Tc 99 es una evaluación sensible y específica en colecistitis aguda.

**Resonancia magnética nuclear:** Procedimiento de imagen que no involucra radiación, el paciente descansa dentro de un largo magneto que alinea algunos de los protones en el cuerpo a lo largo del eje magnético, donde los protones generan resonancia cuando son estimulados con energía de radiofrecuencia produciendo un ligero eco que es

suficientemente fuerte para ser detectado. La posición y la intensidad de estas emisiones de radiofrecuencia son registradas y ordenadas en una computadora.

**Signo de Murphy:** El punto de Murphy se localiza en la intersección del borde costal derecho y la línea medio claviclar. Se le pide al paciente que inspire y se ejerce presión sobre este punto, si es positivo se produce tal intensidad de dolor que el paciente suspende la inspiración.

**Taxonomía NANDA:** Clasificación sistemática de juicios clínicos enfermeros o diagnósticos según unas reglas y procedimientos. La taxonomía NANDA es un lenguaje enfermero reconocido que cumple con los criterios establecidos por el Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de La American Nurse Association (ANA), por lo tanto es un sistema de clasificación aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil. Los diagnósticos están clasificados por orden alfabético del concepto diagnóstico, no por la primera palabra o descriptor del Diagnóstico. La NANDA-II, presenta una estructura taxonómica de tres niveles: Dominios, clases y diagnósticos.

**Taxonomía NIC:** Organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual, la estructura de taxonomía de la NIC tiene tres niveles: Campos, clases e intervenciones.

**Taxonomía NOC:** Organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados, la estructura de la taxonomía NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.

**Taxonomía:** Estudio teórico de la clasificación sistemática incluyendo sus bases, principios, reglas y procedimientos. Ciencia de como clasificar e identificar.

**Tomografía axial computada:** Procedimiento diagnóstico por imagen, que utiliza una combinación de rayos X y tecnología de ordenador para crear imágenes de órganos internos.

**Ultrasonografía:** Procedimiento no invasivo para la visualización de tejidos blandos y estructuras del cuerpo a través de la grabación de la reflexión de ondas de sonido inaudibles.

**Valoración de enfermería:** Observación sistemática e informe sobre la situación del paciente en las cinco esferas de la experiencia humana: biológica/fisiológica, ambiental /seguridad, sociocultural/interpersonal, psicológica/de Autoestima y espiritual / autorrealización.

XI. ANEXOS

Anexo 1.1 colecistectomía



*Anexo 1.2 extirpación de la vesícula biliar*





## RESULTADOS:

Ultrasonido de abdomen.

## Hallazgos:

El hígado muestra incremento generalizado de la ecogenicidad con pobre diferenciación de vasos parenquimatosos y el diafragma. El diámetro sagital mide 20 cm, los bordes son regulares y no se observan lesiones parenquimatosas.

La vesícula biliar mide 8.9 x 3.4 x 4.4 cm, el contenido es heterogéneo expensas de múltiples imágenes hiperecogénicas que producen sombra acústica posterior no mayores de 5 mm compatibles con litiasis. La pared se encuentra engrosada hasta 3.3 mm y si vemos ultrasonográficos positivo. Se observa dilatación de la vía biliar extrahepática con diámetro del conducto biliar común entre 9 y 10 mm.

Ambos riñones con morfología, ecogenicidad y tamaño normales. El riñón derecho mide 11.4 x 4.6 cm y el riñón izquierdo mide 11.8 x 5.3 cm. La relación corticomedular es normal y no hay lesiones focales ni dilatación pielocalicial.

El bazo con parénquima homogéneo y tamaño normal con diámetro de 10 cm.

La porción observada del páncreas con morfología, ecogenicidad y tamaño normales.

## Impresión diagnóstica:

Imagen compatible con colecistitis aguda litiásica y cambios por hidrocolecisto.

Dilatación de la vía biliar extrahepática con diámetro el conducto biliar común de 10 mm.

Atetosis hepática severa y hepatomegalia no se descarta esteatohepatitis.

Hallazgos a correlacionar clínicamente

ATENTAMENTE:



## Valoración por patrones funcionales de M. Gordon

Nombre: \_\_\_L.\_N.\_T.\_F\_\_\_ Edad: \_\_\_27\_\_\_ Sexo: \_F\_ Estado civil: SOLTERA \_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_DOMICILIO SAN LUIS POTOSI\_

Diagnóstico por CIE-10: \_\_\_COLECISITIS LITIASICA AGUDA\_ \_\_\_\_\_

Tratamiento Farmacológico: \_\_\_TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ACTUAL EN HOSPITALIZACION  
CEFOTAXIMA 1GR IV C/8 H, OMEPRAZOL 40 MG IV C/24 H KETOROLACO 30 MG IV C/8 H TEMPRA 1GR IV  
C/8 H METOCLOPRAMIDA 1º MG IV C/8 H\_ \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_LICENCIATURA\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_NEGADAS\_\_\_\_\_ Esquema de vacunación: \_\_\_\_\_COMPLETO\_\_\_\_\_

### 2. Sonometría y Signos Vitales :

Peso: \_\_\_76.500\_\_\_ Talla: \_\_\_1.63\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_28.8\_\_\_

Presión Arterial: \_\_\_120/86\_\_\_ Frecuencia Cardíaca: \_\_\_\_\_91\_\_\_ Frecuencia Respiratoria: \_18\_ Temperatura  
: \_\_\_36.2\_

**3. Antecedentes Heredo Familiares** NIEGA ENFERMEDADES MENTALES EN SU FAMILIA, ASI COMO ENFERMEDADES METABOLICAS, NO CONSUMEN SUTANCIAS COMO ALCOHOL O TABACO, NIEGA ANTECEDENTES DE SUICIDIO, O INTENTOSDE SUICIDIO, EN SU FAMILIA

**4. Antecedentes Personales Patológicos** (Enfermedades propias de la infancia, accidentes: REFIERE NO HABER PADECIDO ENFERMEDADES DE LA INFANCIA IMPORTANTES, TUVO UNA FISURA DE MUÑEZA IZQUIERDA EN LA ADOLESCENCIA, LA CUAL LE PRODUCE DOLOR OCASIONAL, TOLERABLE, NO A PADECIDO EPISODIOS DEPRESIVOS IMPORTANTES, NIEGA ANTECEDENTES DE INTENTOS DE AUTOLESION O SUCIDIOS, REFIERE NO CONSUMIR SUSTANCIAS COMO ALCOHOL, TABACO U ALGUNA OTRA DROGA.

### 5. Apariencia General:

Higiene y aliño : Adecuada  Regular  Deficiente  Aliñado  Desaliñado

Actitud: Coperador  Poco cooperador  No coopera  Suspica

Hipervigilante  Somnoliento  Indiferente

Complexión: Ectomórfica  Endomófica  Mesomórfica

Bien conformado  Mal conformado por: \_\_\_\_\_

Lesiones aparentes: SIN LESIONES

APARENTES \_\_\_\_\_

### VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

#### 1. Percepción -Manejo de Salud (Toma de conciencia, manejo de salud)

¿Cómo considera su estado de salud ? \_\_\_\_\_ BUENA

Actitud y comportamiento frente a la enfermedad: Aceptación  Rechazo  Indiferencia

Negación:

¿Qué actividades realiza para cuidar su salud?: SIN ACTIVIDAD FISICA ALIMENTACION VARIADA

¿Qué actividades realiza para evitar recaídas de su enfermedad ? NIEGA REALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVAS PARA SU PADECIMIENTO ACTUAL \_\_\_\_\_

Actitud y comportamiento hacia la medicación: DEMUESTRA DISPOSICION PARA RECIBIR TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Conocimiento de la enfermedad: PACIENTE SABE SU DIAGNOSTICO, Y CONOCE ACERCA DE EL

#### 2. Nutricional-Metabólico (ingestión, digestión, absorción, metabolismo, hidratación)

Describe tipo de alimentos que consume : DIETA VARIADA, COMUNMENTE ALTA EN GRASA, Y MAYORMENTE DE ALIMENTOS COMPRADOS EN LA CALLE \_\_\_\_\_

Numero de comidas al día 3 Utiliza suplementos alimenticios y cuales NINGUNO \_\_\_\_\_

Cantidad de consumo de agua al día 1 A 1.5 LITROS DE LIQUIDOS AL DIA \_\_\_\_\_

Antecedentes de: Gastritis  Colitis  Úlcera gástrica  Nausea  Vómito

Desórdenes alimenticios: Hiporoxia  Anorexia  Bulimia  Anorexia y bulimia

Presencia de líquidos parenterales: SOLUCION HARTMANN 1000 CC  
C/24H \_\_\_\_\_

Explorar integridad de la piel mucosas:

Hidratado  Sequedad  Signo de lienzo húmedo  Palidez  Ictericia   
acantosis

Cianosis  Piel fría  Piel caliente  Rubicundez  Edema

Integridad: Si  No  Especificar: \_\_\_\_\_ ALTERACION DE LA INTEGRIDAD A NIVEL  
ABDOMINLA FLANCO DERECHO POR  
COLECISTECTOMIA \_\_\_\_\_

Cabeza, cabello: Implantación normal  Fragilidad, caída  Pediculosis  Caspa o seborrea

Signo de bandera  Exostosis  Endostosis

Integridad de ojos, nariz y oídos: \_\_\_\_\_ INTEGROS \_\_\_\_\_

Presencia de sonda nasogástrica: \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Cavidad Oral: Anodoncia parcial  Anodoncia total  Caries  Sarro  Candidiasis

Amígdalas: Normales  Hipertróficas  Hiperémicas  Ausentes  Presencia de puntilleo

### 3. Eliminación (sistema urinario, intestinal, tegumentario, pulmonar)

Eliminación intestinal (Frecuencia ,Características): \_\_\_\_\_ NORMALMENTE SON 2 VECES AL DIA,  
FRAGMENTOS BLANDOS, REGUALES COLOR CAFÉ OSCURO, ACTUALMENTE SE ENCUENTRA  
DISMINUIDA \_\_\_\_\_

Presencia de : Diarrea  Estreñimiento  Encopresis

Eliminación vesical: (Frecuencia, Características ): \_\_\_\_\_ ORINA AMARILLO CLARO, CON FRECUENCIA  
URINARIA DE 5 VECES AL DIA \_\_\_\_\_

Presencia de: Disuria  Poliuria  Poliaquiuria  Enuresis  Cálculos renales

infección de vías urinarias frecuentes

Piel: Sudoración normal  Diaforesis  Sudoración escasa  Hiperhidrosis  Mal  
olor

Edema:

Drenajes y tipo: \_\_\_\_\_ 1 PENROSE 1/2 CON BOLSA DE COLOSTOMIA \_\_\_\_\_

Ostomías: \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ FLANCO DERECHO \_\_\_\_\_

Exploración:

Abdomen: Plano  Globoso  Simetría:  Integridad de la piel

Peristaltismo : Presente  Disminuido

Timpanismo  Matidez

Dolor  presencia de masas  Ascitis  Otros: \_\_\_\_\_

Giordano Positivo  Negativo

Hemorroides: Presentes  Ausentes

Hallazgos en la exploración

genital: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ SIN ALTERACIONES APARENTES CON SONDA FOLEY 16 A DERIVACION

\_\_\_\_\_

#### 4. Actividad ejercicio (,actividad/ ejercicio, equilibrio de la energía, respuestas cardiovasculares / respiratorias)

¿Considera que cuenta con la energía suficiente para realizar las actividades cotidianas? : REFIERE SENTIRSE CON ALTOS Y BAJOS DE ENERGIA

Capacidad para realizar actividades de rutina (bañarse, comer, vestirse) : ACTUALMENTE EN HOSPITALIZACION LA PACIENTE REQUIERE AYUDA PARA REALIZAR ALGUNAS DE SUS ACTIVIDADES

Completo autocuidado 1. Necesita uso de un equipo especial 2. Requiere supervisión 3. Requiere ayuda de otra persona

4. Es dependiente y no colabora

Índice de Katz o Barthel: \_\_\_\_\_

Exploración Física:

Marcha: Eubasica  Disbásica  Inmovilidad  Presencia de sujeción mecánica

Tono y fuerza de extremidades: Tonicidad normal  Atonía

Movimientos anormales: Acaticia  Temblor  Distonía  Disquinesia  Rigidez

Agitación motriz  Crisis Convulsivas  Manerismos

Claudicación  Uso de aditamentos para la deambulacion

Respiración: (Ritmo, Frecuencia, Profundidad, Simetría, describir localización de los fenómenos agregados)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cianosis  Palidez  Hipoxia  Hipoxemia  Hipercapnia

Intolerancia a la actividad: Fatiga  Cansancio  NO

Alteraciones respiratorias durante la actividad: Taquipnea  Bradipnea  Disnea  Aleteo

Uso de músculos accesorios  Estertores  Sibilancias  Roncus  Estridor

Función cardiaca: Frecuencia \_\_\_\_\_ Ritmo \_\_\_\_\_ Arritmias  Soplos  Ritmo de galope

Pulsos: Frecuencia \_\_\_\_\_ Ritmo: Regular  Irregular  Amplitud : Alternante  de Corrigan

Filiforme  Paradójico  Débil  Imperceptible o ausente

Ingurgitación yugular:

Realiza alguna rutina de ejercicios (tipo, duración y frecuencia): NO REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD FISICA

Sedentarismo: Si  No

Como emplea su tiempo libre: PACIENTE REFIERE DISFRUTAR MOMENTOS DE OCIO SOLA Y COMPRANDO ARTICULOS

Actividades recreativas que realiza, tipo y frecuencia: \_PASEAR, SALIR A COMER, ESTAR SOLA, 1 VEZ O MAS A LA SEMANA

### 5. Sueño -descanso.

Calidad y cantidad de sueño: Total de horas que duerme diariamente : \_8\_

¿Acostumbra tomar siestas?: Si  No

Alteraciones del sueño: ACTUALEMNTE PADECE ALTERACIONES, POR EL DOLOR Y LOS PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS, COMO MEDICACION REVISION DE SIGNOS Y RUIDOS

Insomnio inicial  Insomnio tardío  Insomnio intermitente  Pesadillas

Hipersomnia  Somnolencia diurna  Ronquido  Apnea del sueño  Sueño no reparador

Alteraciones (cansancio, alteraciones emocionales o conductuales) asociadas a la falta de sueño: NO

Utiliza algún remedio, ritual o fármaco para poder dormir (tipo y frecuencia): NO

### 6. Cognitivo-perceptual (atención, orientación, sensación/percepción, cognición, comunicación)

Funciones de Integración Superior:

Estado de Conciencia : Consciente  Somnoliento  Estuporoso  Inconsciente

Orientación: Tiempo  Lugar  Persona  Autospíquica  \_Alopsíquica

Memoria: Reciente (anterógrada)  Tardía(retrógrada)  Amnesia

Atención: Central  Periférica  Hipoprosexia  Paraprosexia  Hiperprosexia

Expresión del pensamiento (lenguaje): Normal  Mutismo  Parco/monosilábico

Coherente

Dislalia  Disartria

Alteraciones sensorio-perceptuales :NIEGA ALTERACIONES  Alucinaciones  Ilusiones

Tipo: Auditivas  Visuales  Olfatorias  Cenestésicas  Gustativas

Presenta alguna limitación en: Vista  Tacto  Audición  Olfato  Gusto

¿Utiliza algún apoyo para estos problemas? : \_\_\_\_\_

### 7. Autopercepción (auto concepto, autoestima, imagen corporal)

¿Que piensa de si misma?

PACIENTE REFIERE SENTIRSE COMODA CON SU APARIENCIA Y PERSONALIDAD

La mayor parte del tiempo se siente a gusto consigo mismo?

REFIENRE SENTRYSE BIEN CONSIGO MISMA, Y DISFRUTA LOS MOMENTOS A SOLAS CON ELLA MISMA

Que sentimientos predominan en usted la mayor parte del tiempo?

Ansiedad  Tristeza  Irritabilidad  Exaltación  Felicidad  Tranquilidad

¿Cómo se siente respecto a su imagen corporal?: \_\_REFIERE SENTRYSE BIEN CON SU FIGURA Y APARIENCIA\_\_\_\_\_

Contenido de ideas respecto a estado afectivo: Deseperanza  Inusualía  Muerte

Ideación suicida  Planeación suicida  Intento suicida  Suicidio

Otras alteraciones asociadas al estado afectivo:\_\_\_\_\_NIEGA HABER TENIDO, O PADECIDO ALTERACIONES AFECTIVAS,REFIERE NO HABER TEIDO DURANTE SU VIDA IDEAS O COMPORTAMIENTOS SUCIDAS\_\_\_\_\_

### 8. Rol / Relaciones (roles de cuidador, relaciones familiares, desempeño del rol)

Rol que desempeña en la familia: MADRE

¿Cuenta con apoyo familiar para afrontar su enfermedad? SI, DE SU ACTUAL PAREJA Y DE SU MADRE

¿Cómo es la relación entre los miembros de su familia? REFIERE TENER UNA RELACION BUENA Y LA CONSIDERA SANA

¿Cómo es la Interacción social con personal y pacientes del servicio: PREFIERE SER DISCRETA Y REFIERE QUE A RECIBIDO UN BUEN TRATO POR PARTE DEL PERSONAL

¿Cuenta con apoyo social? SI

### 9. Sexualidad-Reproducción

Antecedentes Gineco-obstétricos

Menarca \_\_12\_\_ FUM \_\_MAYO 2021\_\_ Menopausia \_\_\_\_

Embarazos: 2 Partos: 0 Abortos: 1 Cesáreas : 1

SDG: \_\_\_\_\_ FPP: \_\_\_\_\_ (ACTUALMENTE LA PACIENTE NO ESTA EMBRAZADA)

Exploración física embarazo:

Altura de fondo uterino \_\_\_\_\_ FCF: \_\_\_\_\_

Presentación: Cefálica \_\_\_\_\_ Podálica \_\_\_\_\_

Posición: Anterior \_\_\_\_\_ Posterior \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_ Derecha: \_\_\_\_\_

Situación: Longitudinal \_\_\_\_\_ Transversa \_\_\_\_\_ Oblicua \_\_\_\_\_

Vida sexual activa Si  No  ¿Satisfacción de sus relaciones sexuales? Si  No

Uso de métodos anticonceptivos: Si  No  ¿Cuál método? \_\_\_\_\_

Que precauciones toma para prevenir enfermedades de transmisión sexual REFIERE UTILIZAR CONDON CUANDO MANTIENE RELACIONES SEXUALES \_\_\_\_\_

Problemas de identidad sexual: Si  No

Presencia de riesgos para la salud reproductiva y sexual (Vida sexual: naturaleza, frecuencia y actitud ante ella: masturbación, polución nocturna, fantasías eróticas, etc. Iniciación de su vida sexual).

: \_\_\_\_\_

Detección de cáncer cervico-uterino en el último año : Si  No

Detección de cáncer de mama en el último año: Si  No

Detección de cáncer de próstata en el último año: Si  No



Menopausia o *Anexo 1.4 tabla de valoración de patrones funcionales de M.* ies  
psicopatológicas en su curso o posterior a ella, duración y naturaleza de las mismas.

Presencia de infecciones de transmisión sexual: Si  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

### 10. Adaptación Tolerancia al stress (respuesta post – traumática, respuestas de afrontamiento, estrés)

En el último año ha sufrido algún cambio importante en su vida? Estrés  Crisis

La mayor parte del tiempo se siente: Cómodo  Tenso  Relajad  Desmotivad

¿Qué hace para sentirse mejor?: expresar EXPRESAR SU SENTIMIENTOS CON SU PAREJA, REALIZA ACTIVIDADES RECREATIVAS COMO SALIR AL CINE, COMER NE FAMILIA, CONVIVENCIA CON AMIGOS. \_\_\_\_\_

Para relajarse utiliza (frecuencia y cantidad) : Tés  Alcohol  Tabaco

Medicamentos no prescritos (tipo y frecuencia) \_REFIENRE NO CONSUMIR MEDICAMENTOS HASTA AHORA EN SU ACTUAL PADECIMIENTO\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Drogas ilegales (tipo)\_CONSUMO NEGADO\_\_\_\_\_

Cómo resuelve sus problemas ¿ (recursos, apoyos con los que cuenta):\_\_REFIERE COMUNICAR LOS PROBLEMAS O SENTIMIENTOS TANTO EN SU FAMILIA COMO EN SU VIDA LABORAL\_\_\_\_\_

### 11. Valores- Creencias:

¿Cree en un ser supremo? SI

¿Profesa alguna religión? CATOLICA

¿ La religión es importante para usted? SI

¿Qué cosas considera importantes en su vida? SU FAMILIA Y SU BIENESTAR ECONOMICO

¿Se siente satisfecho con su vida? REIFENRE SENTIRSE SATISFECHA

Actitud ante la religión, el duelo y la muerte: \_\_\_REFIERE TENER MIEDO ANE LA MUERTE Y LAS ENFERMEDADES\_\_\_\_\_

¿Presenta Preocupaciones relacionadas con la vida, la muerte o la enfermedad?:\_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_

¿Cuáles sus planes futuros? (corto y largo plazo) RECUPERARSE DE SU ACTUAL PADECIMIENTO, CAMBIAR DE EMPLEO BUSCANDO UN INGRESO ECONOMICO MAS ALTO, VIVIR EN PAREJA Y CASARSE.

