



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
EL ADULTO CON SÍNDROME ICTÉRICO
OBSTRUCTIVO.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
P R E S E N T A:

Rosas Ramírez Pablo.

Director de tesis:
Profesor: Lic. Enf. Gerardo Chávez.

México 2003





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE.

| | |
|--|----|
| I. Introducción..... | 1 |
| II. Justificación..... | 2 |
| III. Objetivos..... | 3 |
| IV. Capítulo I. Marco Teórico..... | 4 |
| 1. La investigación en Enfermería..... | 5 |
| 2. El Proceso de Atención de Enfermería..... | 10 |
| 3. El Modelo de Autocuidado de Dorothea E. Orem..... | 28 |
| 4. Síndrome Ictérico Obstructivo. Fisiopatología | 39 |
| - Historia Natural de la Enfermedad..... | 47 |
| - Niveles de Prevención..... | 49 |
| - Actividades Preventivas..... | 51 |
| V. Capítulo II Aplicación del Proceso Enfermero..... | 53 |
| 1. Valoración..... | 54 |
| 2. Diagnostico de enfermería..... | 65 |
| 3. Planeación..... | 65 |
| 4. Ejecución..... | 65 |
| 5. Evaluación..... | 77 |
| - Plan de alta..... | 78 |
| VI. Conclusiones..... | 80 |
| VII. Glosario..... | 81 |
| VIII. Bibliografía..... | 83 |

I. INTRODUCCIÓN.

Dentro del área de Gineco-obstetricia, un padecimiento como el Síndrome Ictérico Obstructivo no es común, desafortunadamente no es descartable debido a que esta patología puede ser producida por la manipulación de órganos abdominales que se produce al realizar una intervención abdominal, en este caso la cesárea o las cirugías ginecológicas por vía abdominal, es por esto y con el antecedente de no haber un instrumento que indique un modelo a seguir para brindar atención a este tipo de clientes, que surge el interés por tratar un tema como el presente.

El Síndrome Ictérico Obstructivo, no tiene un apartado específico dentro de los índices de morbimortalidad dentro en las estadísticas de nuestro país, pero en este caso es secundario a un Quiste de Colédoco, ocupando los tumores el 2º lugar como causa de mortalidad y las enfermedades hepáticas ocupan el 7º lugar para el año 2000, además de que las complicaciones del embarazo ocupan el 9º lugar para el mismo año.

Dentro del Hospital de la Mujer, que es la institución donde se realiza el servicio social, se encontraron las facilidades para tratar este caso clínico, especialmente dentro del servicio de Terapia Intermedia, de donde fue tomado el caso, desafortunadamente por la especialidad de hospital, se tuvo la necesidad de trasladar al cliente a un hospital con especialidad metabólica.

En este Proceso de Atención de Enfermería se trata la etiología de este padecimiento, y la presentación del caso clínico, proponiendo un Plan de Atención de Enfermería derivado de la evaluación particular del cliente que lo presentó y evaluando finalmente los resultados obtenidos con el objetivo final de dejar un documento teórico clínico que guíe las intervenciones de Enfermería dentro de la Institución.

II. JUSTIFICACIÓN.

Dentro de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, es importante conjugar la teoría vista dentro del plan de estudios con la práctica Hospitalaria, por lo que la aplicación del Método Enfermero es fundamental para demostrar la capacidad del pasante de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Por lo anterior es necesario tener un Modelo de Atención de Enfermería que proporcione las bases necesarias para iniciar una intervención acertada ante un cliente que ha perdido su equilibrio biológico-psicológico-social, cultural y espiritual, ya que al dar seguimiento por el personal de Enfermería, es factible de mejorar hasta lograr el máximo beneficio posible y en lo particular, una gran satisfacción por emprender algo tan importante como es el inicio profesional de la carrera de Enfermería y la participación en la sociedad como individuo productivo.

Desafortunadamente, debido al traslado de la Cliente a otra Institución de Salud, no se pudo lograr el cumplimiento de todos los objetivos al 100 %, aun así, se tiene la satisfacción de haber realizado un papel trascendente dentro de su tratamiento, y dejar un instrumento dentro del servicio de Terapia Intermedia y la Coordinación de Enseñanza de Enfermería sobre el cual basarse para dar atención a los clientes con padecimientos y características similares.

III. OBJETIVOS.

GENERAL

Plantear un Proceso de Atención de Enfermería que satisfaga las necesidades Biológicas, Psicológicas y Sociales del cliente adulto con diagnóstico de Síndrome Ictérico Obstructivo, mediante las intervenciones oportunas de Enfermería, durante su estancia dentro del Hospital de la Mujer.

ESPECÍFICOS.

- » Contribuir en el mejoramiento del estado metabólico del cliente con Síndrome Ictérico Obstructivo, durante su estancia dentro del Hospital de la Mujer.
- » Disminuir el grado de estrés en la cliente, derivadas del desconocimiento de su enfermedad, mediante la orientación de Enfermería.
- » Contribuir a la mejora en la interacción social del cliente que le facilite el afrontamiento de su padecimiento y el entorno, durante su estancia en el servicio de Terapia Intermedia.
- » Llevar a la práctica los temas vistos dentro de los módulos de Gineco-obstetricia y Médico Quirúrgica del plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería, para realizar el proceso de Atención de Enfermería, impartido dentro de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

IV. CAPITULO I.

MARCO TEÓRICO.

1. LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Dentro del presente documento toma un papel importante la investigación en la profesión de enfermería, definida por la Association Nursing Research (ANA) como aquella que:

“Desarrolla conocimientos sobre la salud y la promoción de la salud a lo largo del ciclo vital, sobre el cuidado de las personas con problemas de salud e incapacidades y sobre estrategias para mejorar la calidad de la vida de las personas, al margen de su estado de salud, particularmente en ancianos, enfermos crónicos y terminales. Esta investigación complementa a la investigación biomédica, particularmente interesada por las causas y el tratamiento de las enfermedades ”¹

Se observa como primordial el desarrollo de una base de conocimientos fundados en la investigación para la práctica de la enfermería, esta definición de la ANA, además, diferencia a la investigación en enfermería de la investigación biomédica.

En una disciplina práctica como la enfermería, se asume que el conocimiento científico debe contribuir a la mejora de los cuidados de enfermería y el mecanismo de tal mejora es a través de Profesionales de Enfermería (PE) mejor informados, que a su vez hace disponible una práctica de enfermería mejor orientada.

La expansión del conocimiento de enfermería ha sido un hecho noticiable en las últimas décadas, y el número de PE con mayores grados académicos se incrementa continuamente. Es vital para la expansión futura del conocimiento de enfermería encontrar estrategias que aseguren que los resultados de la investigación alcancen a los profesionales, para su valoración y posible implementación (Kajermo, Nordstrom, Krusebrant y Björvell, 1998)²

La evolución de la investigación en enfermería es menos conocida, no obstante que hay más enfermeras que médicos y en general que cualesquiera otros profesionales de la salud.

Florence Nightingale es considerada la fundadora de la enfermería profesional y también la primera enfermera investigadora. Nightingale comprendió la importancia del

1. Cabrero García Julio, et al. , “Investigar en Enfermería. Concepto y Estado Actual de la Investigación en Enfermería”, Publicaciones, Universidad de Alicante. 2001. p. 20

2. *Ibidem*. p. 30.

método científico. Durante la guerra de Crimea realizó observaciones y registros detallados, y elaboró estadísticas de tasas de mortalidad entre los soldados heridos y enfermos británicos. Demostró que como resultado de sus esfuerzos de enfermería se produjo un brusco descenso en las tasas de mortalidad, del 42% al 2,2%, en sólo un período de seis meses. Nightingale usó la estadística para apoyar su argumento en pro de la reforma de los cuidados médicos en los hospitales civiles y militares. En 1874 fue nombrada miembro de honor de la Sociedad Americana de Estadística. Antes, en 1859 había escrito su famoso libro *Notes On Nursing* (Apuntes de Enfermería, 1859), basado en los datos recabados durante la guerra de Crimea.³

En el decenio de **1960** Diversas organizaciones profesionales establecieron la investigación como una de sus prioridades; el Western Interstate Council for Higher Education in Nursing (Consejo Occidental Interestatal para el Educación Superior en Enfermería) desarrolló el programa de educación de postgrado en las áreas clínicas de enfermería en salud comunitaria, materno-infantil, médico-quirúrgica y psiquiátrica,

En el decenio de **1970** el creciente número de enfermeras participantes en investigaciones, así como la discusión de asuntos teóricos y contextuales en materia de investigación en enfermería, derivaron en la necesidad de contra con nuevos medios de difusión, iniciándose la publicación de tres nuevas revistas dedicadas a la investigación en enfermería: *Advances in Nursing Science*, *Research in Nursing - Health* y *Western Journal of Nursing Research*, y a finales del decenio había crecido el número de profesionales que obtenían el doctorado.⁴

En el decenio de **1980**; la investigación alcanzó un nuevo nivel de desarrollo. El uso generalizado de las computadoras para la colecta y el análisis de la información, así como la creciente aceptación de qué forma parte integral del ejercicio profesional de la enfermera, condujeron a las más destacadas a plantear nuevas interrogantes y preocupaciones. La ANA creó en 1983 el Centro de Investigación para la Enfermera, cuya misión es desarrollar y coordinar un programa de investigación que sirva como fuente de consulta en el ámbito nacional.

En el decenio de **1990** y en **adelante**; En 1993 nació el National Institute of Nursing

3. Cabrero García Julio, op. cit. p. 33.

4. Polit F. Denise. "Investigación científica en Ciencias de la Salud". 6ª Edición. Mc Graw Hill Interamericana. 2000. p.6.

Research (NINR). En el transcurso del decenio salieron a la luz dos nuevas revistas de investigación, Clinical Nursing Research y Qualitative Health Research, las cuales surgieron en respuesta al creciente número de estudios de orientación clínica y de investigaciones cualitativas a profundidad.⁵

En 1995, la organización CORP (Conferencias sobre Prioridades en Investigación), asignó recursos económicos en el lapso 1995 a 1999 en: Modelos de enfermería en función de la comunidad; Investigación de enfermería en infección por VIH y SIDA; Infección conjuntiva; y en Enfermedades crónicas para incrementar la adaptación individual y familiar.

Una tendencia más es el creciente interés por la investigación de resultados, esto es, la encaminada a valorar y documentar la eficacia de la atención de la salud.⁶

Como enfermera, se puede participar de varias formas en la investigación. Primero, se pueden observar los cuidados de enfermería que se están brindando y las respuestas de los usuarios a estos cuidados. Como resultado de sus observaciones, puede comprometerse a realizar un estudio exploratorio, o puede comunicar sus observaciones a una enfermera investigadora, para que sea ella quien lleve a cabo el estudio, o, simplemente ayudarla a realizarlo; Una segunda manera de participar en la investigación de enfermería consiste en ayudar en la recolección de datos para un proyecto de investigación, a medida que aumente el número de investigaciones en enfermería, aumentarán también las oportunidades de que las enfermeras se implique en los programas de investigación; En otros casos se puede ser la única enfermera en un equipo clínico compuesto por un sociólogo, psicólogo, médico, etc. En este caso, al igual que la enfermera experta, su conocimiento clínico será tan importante como su conocimiento de los métodos de investigación.⁷

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA ENFERMERA.

El centro de interés de la disciplina enfermera indica aquello sobre lo que se orienta a la práctica de la enfermera, sobre lo que se dirige su juicio clínico y sus decisiones

5. Polit F. Denise. op.cit. p.7

6. Ibidem. p. 103

7. Notter E. Lucille, et al., "Principios de la Investigación en Enfermería", 4ª edición. Ediciones Doyma. 1992. p. 22

profesionales. La práctica se centra en el **cuidado a la persona** que, en continua interacción con su **entorno**, vive experiencias de **salud**.

La práctica enfermera, requiere una agudeza intelectual considerable que vista desde el exterior parece indicar intuición, ya que se trata de “acertar a escoger una acción pensada, reflexionada, que responda a todas las necesidades particulares de la persona”. La práctica engloba la creación de un cuidado individualizado, la utilización de uno mismo como instrumento terapéutico y la integración de habilidades específicas.

Varias autoras afirman que el cuidado es la esencia de la práctica enfermera (Benner y Wrubel, 1989)⁸

La enfermera crea una intervención que marca una diferencia en la vida de las personas demostrando el “caring” (cuidado), es decir, permite a las personas hacer reales las posibilidades que provienen del interior y dan un sentido a sus experiencias de salud y a su vida.⁹

Los planes de cuidados estandarizados, elaborados para ciertas experiencias de salud encontradas frecuentemente en un sector de actividades clínicas, pueden servir de guía, pero los planes de cuidados individualizados, adaptados a las necesidades y a las características de la persona, son imprescindibles.¹⁰

Otro aspecto importante de la práctica enfermera trata de la colaboración intradisciplinaria que comprende la consulta entre colegas enfermeras, al igual que la participación de enfermeras clínicas en el desarrollo de conocimientos y en la formación de futuras enfermeras. La colaboración intradisciplinaria puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados. El punto de partida de ésta colaboración es un enriquecimiento constante de sus conocimientos y habilidades.¹¹

ÉTICA.

La investigación en seres humanos se justifica por la ausencia de una población alterna en dónde estudiar al hombre en sus diferentes etapas de desarrollo: feto, crecimiento

8. Kerovac Suzane, et al., “El Pensamiento Enfermero”, Editorial Masson. 1996. p. 76.

9. *Ibidem*. p. 78.

10. *Ibidem*. p. 80.

11. *Ibidem*. p. 82.

adolescencia, embarazo, vejez, etc.¹²

Por otro lado, no solo es necesario estudiar al individuo enfermo, sino también al que está sano, pues tanto en el adulto como el niño existen condiciones únicas en cuanto al manejo de drogas, metabolismo, comportamiento, etc.

Ahora bien, podríamos preguntar ¿En qué condiciones se justifica la investigación en seres humanos? En primera instancia existen dos respuestas a ésta pregunta: cuando los resultados de la investigación benefician directamente a los sujetos que participan en ella y cuando los beneficios, si los hay, sirven a otros sujetos en el futuro, a la comunidad y al conocimiento de la ciencia en general.¹³

Deberá tenerse cuidado especial con aquellos sujetos que tengan una alta vulnerabilidad, y detallar los procedimientos que se seguirán para no abusar de su situación. Entre estos sujetos se encuentran: fetos, niños, clientes mentales hospitalizados o no, clientes que por su condición estén propensos a aceptar, prisioneros, estudiantes, militares y policías, personas de escasos recursos económicos o de bajo nivel académico, inmigrantes o extranjeros con problemas legales.¹⁴

12. Méndez Ramírez Ignacio, et al., "El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis." 2ª Edición. Editorial Trillas. 1991. p. 74.

13. Méndez Ramírez Ignacio, op. cit. p. 75.

14. Ibidem. p. 76.

2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La enfermería ha sido descrita de muy diversas formas por muchos líderes de opinión y teóricos de la especialidad. En 1980 la American Nurses Association (ANA), desarrolló una definición básica vigente que describe los alcances de la práctica de ésta actividad:

La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales.

Esto significa que la enfermería no es la responsable de diagnosticar el cáncer; lo es la medicina. La enfermería es la principal responsable de diagnosticar y tratar la respuesta (o reacción) de un cliente. La enfermera atiende algunos aspectos del tratamiento médico, como cuando administra medicamentos o tratamientos prescritos al cliente, pero el punto central de la enfermería es la respuesta individual a los problemas relacionados con la salud.¹⁵

EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

La persona que padece una enfermedad crónica es única en la complejidad y en la duración de sus cambios en las demandas de adaptación. Durante un período de tiempo, cada dimensión de adaptación de la persona con una enfermedad crónica está sometida a un obstáculo de situaciones negativas de tensión, son estos sucesos o situaciones percibidas como dañinas o amenazantes que inducen a una respuesta emocional y a un intento de adaptación.

En una persona que padece una enfermedad crónica las alteraciones suceden como consecuencia de la perturbación de uno o más sistemas. Tal desorganización de varios sistemas y sus subsiguientes cuidados de salud inician un modelo de alteración en las dimensiones de adaptación que tienen como consecuencia un cambio en las formas de vida, una interrupción en el trabajo, una amenaza de la seguridad económica y la generación de muchas ansiedades para el presente y el futuro. La duración y complejidad de las necesidades de adaptación no se limitan a la persona sino que abarcan muchas dimensiones

15. Atkinson D. Leslie., et al., "Proceso de Atención de Enfermería" 5ª edición. Mc Graw Hill Interamericana. 1996. p. 1

de adaptación de la familia de la persona y de su comunidad.¹⁶

IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El Proceso de Atención de Enfermería es el crecimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión.

El proceso de atención de enfermería se divide en cinco etapas:

1. Valoración.
2. Diagnóstico de Enfermería.
3. Planeación.
4. Realización.
5. Evaluación.

La enfermera utiliza dichos cinco pasos en toda la interacción con un cliente, por más breve que sea el contacto.¹⁷

Las enfermeras, como todos los prestadores de servicios de salud, son sensibles a las demandas de un servicio de calidad por parte del consumidor; continuamente están buscando formas de mejorar su práctica y la satisfacción de los clientes que atienden. Para sobrevivir a los desafíos competitivos del próximo decenio, la enfermera debe continuar proporcionando un servicio de calidad que sea valorado por los usuarios. El proceso de atención de enfermería constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y la mejore.¹⁸

La enfermería obtiene otras ventajas del adiestramiento en el uso del proceso de atención de enfermería:

1. Grado en una escuela de enfermería acreditada. Todos los niveles de la enseñanza de la enfermería requieren que las estudiantes tengan aptitudes básicas en el uso del proceso de atención una vez graduadas.
2. Confiabilidad. Los planes de cuidado resultante del proceso de atención de enfermería permiten a la estudiante o la enfermera saber cuáles son los problemas específicos del usuario.
3. Satisfacción en el trabajo. Los buenos planes de cuidado pueden ahorrar tiempo, energía

16. Carlson H. Judith, et al., "Diagnóstico de Enfermería". Ediciones: Pirámide S. A. Madrid. 1982. p. 244

17. Atkinson D. Leslie., op. cit. p. 2.

18. Ibidem. p. 4.

y la frustración generada por el manejo a base de ensayo y error por parte de enfermeras y estudiantes cuyos esfuerzos son incoordinados. La enfermera y la estudiante adquieren un sentimiento de logro y orgullo profesional cuando se alcanzan los objetivos establecidos.

4. Crecimiento profesional. Los planes de cuidado dan la oportunidad de compartir el conocimiento y la experiencia. Al colaborar con colegas en la formulación de un plan de atención de enfermería, las habilidades clínicas de una enfermera inexperta aumentan. Luego, en el proceso de evaluación la enfermera recibe la retroalimentación para definir cuán eficaz resultó el plan a efecto de resolver los problemas del cliente. Si tuvo éxito usará un método similar en el futuro, si falló, puede explorar posibles razones de los resultados no deseados con el cliente.
5. Ayuda para la asignación de clientes al personal. Los planes de atención ayudan a jefes de enfermeras, líderes de grupo e instructoras a asignar los clientes de la manera más apropiada según el grado de complejidad del plan de atención del enfermo específico.
6. Empleo en un hospital nacionalmente acreditado. Los hospitales son aprobados por una comisión nacional, para tener la seguridad de que los usuarios reciben cuidados de calidad.

También hay *ventajas* para el cliente:

1. Participación en su propio cuidado. Si los usuarios formulan sus propios planes de atención con la enfermera, adquieren conciencia de su autocapacidad para resolver problemas. Cuando participan activamente en su cuidado es más probable que se comprometan en el logro de los objetivos de sus planes y, por tanto, obtengan una mejor salud.
2. Continuidad en la atención. Evita la frustración del enfermo por tener que repetir la misma información a cada enfermera ya que el plan de cuidados proporciona ésta información.
3. Mejor calidad de la atención. El empleo del proceso de atención de enfermería da por resultado una evaluación completa del cliente al momento del ingreso. La evaluación y revisión continuas aseguran un nivel de atención que satisfará de la mejor manera las necesidades cambiantes del individuo. Esta valoración es parte clave del proceso de atención de enfermería y un plan escrito por el cliente.¹⁹

19. Atkinson D. Leslie., op. cit. p. 6 - 7.

EL MÉTODO DE INTERVENCIÓN EN ENFERMERÍA.

La asistencia sanitaria es un proceso. “La asistencia sanitaria al cliente, para el cliente y con el cliente”, dichos enunciados debían guiar el objetivo del Proceso de Enfermería.

El éxito profesional de la enfermería depende de su maestría para desarrollar las siguientes actividades:

- Descubrir. Acerca de algo que no conocía previamente.
- Investigar. Procedente del mayor número posible de fuentes.
- Decidir. Planea el procedimiento, tiene en cuenta las facetas del problema y decide cuál es la mejor forma de abordar la situación.
- Actuar. Desarrolla en la práctica el plan que ha concebido.
- Discriminar. Establece prioridades mediante la evaluación. En 1967 profesores de la Escuela de Asistencia sanitaria de la Universidad Católica de Norteamérica identificó las siguientes fases del proceso de Enfermería: valoración, planificación, ejecución y evaluación.²⁰

DEFINICIÓN.

El dar una definición siempre es algo complejo. Por lo tanto se debe entender por Proceso de Enfermería el Método Enfermero de intervención que permite, tras el análisis de un caso concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficiente con la finalidad de obtener el estado deseado, “es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”, se trata de un procedimiento metódico de intervención práctica.²¹

La finalidad del Proceso de Enfermería es, mantener el nivel óptimo de bienestar del cliente, y si dicho nivel decae, proporcionarle la cantidad y calidad de cuidados necesarios para restituirlo, y en el caso de que no pudiera lograrse el bienestar del usuario, el proceso debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible. El Proceso de Enfermería se divide en cinco fases, a pesar de que constituye ésta una separación artificial de acciones que en la práctica real no tienen solución de continuidad.²²

20. Hernández Conesa J, et al., “Fundamentos de la Enfermería: Teoría y Método”. Mc Graw Hill Interamericana. 1999. p. 127-128

21. Ibidem. p. 129.

22. Ibidem. p. 131.

VALORACIÓN.

La valoración puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del cliente. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recolección de datos para analizar el estado de un cliente y poder establecer conclusiones.

Es necesaria una valoración exacta y completa, lo que debe llevar al profesional de enfermería que valora a reunir las fuentes primarias y secundarias. Se debe iniciar con el propio cliente como la fuente primaria, se debe tener precisión sobre las percepciones y sensaciones personales sobre su situación de bienestar, identificar objetivos o problemas concretos y validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento.

Las fuentes secundarias serán las personas o documentos a los que se pueda tener acceso y que tengan una vinculación con el usuario. Éstas, son relevantes para la confrontación de los datos obtenidos del cliente.

La valoración de cada una de las necesidades puede ser poco realista o difícil de manejar; por tanto, es vital establecer que datos deben reunirse en primer lugar, a su vez dependerá del **Modelo Teórico de Enfermería**, p. ej. : en la Teoría de Orem, las prioridades en cuanto al orden en que se van a recolectar los datos vienen determinadas por los requisitos de autocuidado universales en el orden establecido (aire, alimentación, hidratación, eliminación, actividad-reposo, interacción social, peligros y normalidad), a continuación se reunirá la información relativa a los requisitos del desarrollo, y por último los datos referidos al estado de desviación de la salud del cliente.

En general se utilizan tres técnicas para obtener esta información **entrevista, observación y exploración física**. Tales técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados.²³

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería. A lo largo de esta etapa se ha de obtener toda la información que pueda sobre el cliente; este proceso incluye:

1. Obtención.- de datos del cliente.
2. Validación.- de los datos, que sean reales.
3. Organización de los datos.- en grupos para identificar modelos de salud.
4. Identificación de los modelos.- para describir claramente el significado.

23. Hernández Conesa J. op. cit. p.132.

OBTENCIÓN DE DATOS.

La recolección de datos empieza con el primer contacto entre el cliente y el sistema de cuidados salud.

La recolección de datos prosigue durante toda la estancia del enfermo en el hospital, a medida que se produce cambios y surge nueva información.

Para reunir datos durante la fase de valoración del proceso de enfermería deberá utilizar:

- Información que procede del cliente.
- Información procedente de la familia.
- Información de análisis de laboratorio, radiologías, historia clínica, ordenes del médico, nota de evolución, consultas por escrito, registros de enfermería.
- Información verbal y escrita facilitada por otros profesionales /trabajadores de salud que traten con el cliente.²⁴

Los datos deben obtenerse a través de la observación, la entrevista y el examen físico, prestando especial consideración a la edad del cliente.

Es en esta valoración exhaustiva de ingreso, denominada valoración de datos fundamentales, cuando debe obtenerse la información crucial sobre todos los aspectos de salud del cliente.

Valoración de datos fundamentales de enfermería exhaustiva: reúne datos sobre todos los aspectos de la salud de cliente. Generalmente se realiza durante el contacto inicial con el cliente.

Valoración focalizada de enfermería: se orienta a reunir datos sobre un problema específico que ya ha sido identificado. Puede realizarse durante el primer contacto, pero a menudo forma parte de una valoración diaria continuada.²⁵

OBSERVACIÓN

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente. Siempre que la enfermera esté con el paciente debe recolectar datos por medio de la observación. Esta es una habilidad de alto nivel de la enfermera que requiere de mucha

24. Alfaro Rosalinda. "Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica". Ediciones Doyma. 1988. p. 18

25. Ibidem. p. 20.

práctica, pues la observación constante es esencial para la habilidad en la valoración.

INTERROGATORIO

Así como es continua la fase de observación y de recolección de datos, el interrogatorio de enfermería también lo es durante la relación enfermera-paciente. La entrevista puede ser formal o informal. Un interrogatorio formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del cliente. A diferencia de la historia médica, en la de enfermería se coloca a la enfermedad como punto primario, la historia de enfermería considera la percepción por parte del paciente, de su enfermedad y su respuesta a ella. El propósito de la entrevista es ayudar a la enfermera a obtener información que le sirva en la planeación de la atención. Este propósito debe aclararse y comunicarse al paciente, en forma directa al iniciar el interrogatorio. En la confidencialidad que se hagan en la relación enfermera-paciente, los datos se mantendrán dentro del contexto de la relación profesional y se utilizan no sólo en asuntos relacionados con la atención al paciente. El interrogatorio formal de enfermería no intenta ser un tratamiento por sí mismo, es más bien un formato organizado para la recolección de datos.

El aspecto informal del interrogatorio es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. Esta estrecha relación se desarrolla mientras la enfermera brinda atención física y con frecuencia permite al paciente expresar sus sentimientos y problemas. La enfermera capacitada para dar cuidados físicos, lo es también para en forma simultánea, poner atención a lo que el paciente dice.

EXAMEN.

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Antes de iniciarlo, la enfermera debe establecer una relación con el paciente. También debe proceder el examen con una presentación e identificación de sí mismo. Debe explicar al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. Deben tomarse las medidas para asegurar la privacidad del paciente (cerrar puertas y cortinas). En seguida, la enfermera puede examinar al paciente completando, prestando particular atención a cualquier molestia física que el paciente mencione. Para obtener estos datos, se puede utilizar un sistema cefalo caudal, o tal vez un examen por sistemas. Si bien es necesario establecer una relación con el paciente, el examen por sí mismo puede ser un instrumento para demostrar

interés y mejorar dicha relación. La enfermera se auxiliara de las técnicas de exploración física: inspección, palpación, percusión y auscultación. Durante la fase de valoración, la enfermera tiene la posibilidad de recolectar gran cantidad de datos.²⁶

DIAGNOSTICO:

DEFINICIÓN.

El diagnóstico enfermero consiste en un enunciado sencillo y preciso que describe la respuesta de una persona o de un grupo a una experiencia del ciclo vital o a un problema eventual o presente que concierne a la salud física, psicológica, o a una dificultad de adaptación social.

El diagnóstico enfermero, a diferencia del diagnóstico médico, es un juicio clínico que no se refiere directamente a la enfermedad. Lleva más bien a la enfermera a interesarse por la manera como la persona vive su enfermedad.

El Diagnóstico Enfermero es: un enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona, de una familia o de una colectividad. Los diagnósticos enfermeros sirven de base para elegir las intervenciones de cuidados encaminadas a la consecución de los resultados que son responsabilidad de la enfermera.²⁷

Gordón describe el diagnóstico de enfermería como un problema de salud real o potencial que las enfermeras, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar. Carpenito sugiere que los diagnósticos de enfermería también pueden emplearse para designar estados de salud o modelos de interacción de los individuos o grupos. Por lo que se define el Diagnóstico de Enfermería como: Problema de salud real o potencial que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducir.²⁸

El Diagnóstico es el segundo paso y paso final de la valoración, en la que se identifican tanto los aspectos positivos derivados de las capacidades, como los negativos asociados a las perturbaciones y limitaciones del usuario.

26. Atkinson, Leslie, D, et.al. Proceso de Atención de Enfermería. Ed. El Manual Moderno 1985. p.12,13

27. Margot Phaneuf. "La Planificación de los Cuidados Enfermeros" Mc Graw Hill Interameric. 1999. p.132.

28. Alfaro Rosalinda. op. cit. p. 59.

Se requiere una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del usuario y emitir juicios inteligentes: por tanto, el diagnóstico enfermero preciso constituye una de las claves para la práctica eficaz de la intervención enfermera.²⁹

Las primeras alusiones a diagnósticos enfermeros se remontan a los años cincuenta. M. E. Doenges y M. F. Moorhouse señalan que en ésta época los diagnósticos de enfermería se consideraban sobre todo en el contexto de los diagnósticos médicos. R. L. McManus fue una de las primeras personas en utilizar éste término y en sostener que el diagnóstico enfermero correspondía a un rol profesional, pero es a Selma Fry a la que se atribuye el mérito de haber orientado su utilización hacia un **plan de cuidados personalizado**. Kathy B. Gettrust y Paula D. Brabec cuentan que en 1995 la American Nurses Association (ANA) realizó el enfoque de Selma Fry. La postura de la ANA fue enseguida denunciada y modificada (1966), pero a las enfermeras todavía les costaba entender dicho enfoque.³⁰

La American Nurses' Association (ANA) aprobó y legitimo el uso del término **diagnóstico de enfermería** y el de **proceso diagnóstico**, exponiendo que: “los diagnósticos de enfermería se obtienen de los datos del estado de salud del cliente”. Esto proporcionó al profesional de enfermería un apoyo legal y una obligación profesional de utilizar el proceso diagnóstico para determinar los diagnósticos de enfermería adecuados.

El sistema más utilizado fue desarrollado por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, North American Nurses Diagnosis Association (NANDA) En 1988, el sistema de diagnósticos de la NANDA fue adoptado por la ANA como el sistema de diagnósticos oficial de Estados Unidos.

La **NANDA** ha existido en su forma actual desde 1982, realizando desde entonces conferencias cada dos años, continuando con el desarrollo y perfeccionamiento de la lista de diagnósticos.

La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de alto riesgo y de bienestar, los cuales se definen del siguiente modo:

- Diagnóstico de enfermería **real**, es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.

29. Hernández Conesa J. op. cit. p.133.

30. Phaneuf Margot. Op. cit. p. 131.

- Diagnóstico de enfermería de **alto riesgo**, es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad para desarrollar un problema, estos incluyen factores de riesgo – conductas, enfermedades o circunstancias - y que guían las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema.
- Diagnóstico de enfermería de **bienestar**, es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.³¹

En la actualidad los diagnósticos de la NANDA aparecen en una tabla ordenada alfabéticamente y se clasifican según la taxonomía propuesta en 1978 por un grupo de teóricos de enfermería convocado por la NANDA, quienes propusieron que los nueve patrones de respuestas humanas de la persona unitaria formarán el sistema para la organización de los diagnósticos. Estos patrones indican la forma en que los individuos responden a determinados estados de salud o enfermedad. Estos patrones son de intercambio, de valoración, de percepción, de sentimientos, de relación, de comunicación, de movimiento, de conocimiento y de elección.

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico, esto significa que el diagnóstico enfermero no es una observación sino una interpretación, análisis y juicio del significado de una serie de observaciones. Las respuestas pueden ser fisiológicas, psicológicas, sociales o espirituales, pero lo más frecuente es que sean combinaciones bio-psico-sociales-espirituales.³²

Una serie de términos clínicos utilizados en enfermería, tanto actuales como históricos, se confunden a veces como diagnósticos enfermeros.

Las necesidades terapéuticas no son diagnósticos enfermeros, No describen problemas de salud o situaciones de salud. El término necesidad es comúnmente utilizado en otro contexto de enfermería. Se dice que son necesidades de todos los seres humanos. Si no se han alcanzado o existe conflicto, estas necesidades son la base para el desarrollo de problemas de salud.

Un signo o síntoma no es un diagnóstico enfermero. Este signo es una base totalmente impropia para la planificación del tratamiento y puede no estar relacionado con

31. Hernández Conesa J, op. cit. p. 134.

32. Gordon Marjory. "Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación." 3ª edic. Ediciones Mosby.1996. p. 20

los problemas que tratan las enfermeras.

Estados de salud, bienestar o funcionamiento óptimo no son diagnósticos enfermeros. Son objetivos de enfermería. Si un usuario está “sano” y no tiene patrones de salud disfuncionales o potencialmente disfuncionales no es ético diagnosticar un problema o cobrar por tratarlo.³³

DEFINICIÓN ESTRUCTURAL DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO.

Hay tres componentes esenciales en un diagnóstico enfermero; y cumplen el formato PES.

Estos tres componentes para **el diagnóstico REAL** son:

1. Problema de salud “P”.
2. Factores etiológicos o relacionados “E”.
3. Características definitorias o serie de signos y síntomas “S”.

CARACTERÍSTICAS DE LAS CONDICIONES DE LAS ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS

1. Las enfermeras pueden obtener la valoración de los datos necesarios para la realización del diagnóstico de forma independiente. ■
2. La situación puede ser resuelta de forma inmediata por las intervenciones enfermeras.
3. Las enfermeras asumen la responsabilidad de los resultados del cliente en relación con la situación.
4. Las enfermeras asumen la responsabilidad en la investigación de la situación prevención, diagnóstico y tratamiento.

PROBLEMA.

El primer componente de un diagnóstico es el problema, un estado o proceso relacionado con la salud, manifestado por el individuo, la familia o la comunidad. El problema está expresado en términos claros y concisos preferiblemente en dos a tres palabras.

Resume de forma concisa la base teórica del conocimiento que subyace bajo dicha

33. Gordon Marjory , op. cit p. 23-24

categoría y sirve para distinguirla de otras categorías. Las características que se observan, llamadas características definitorias, sirven para operativizar la definición.³⁴

FACTORES ETIOLÓGICOS O RELACIONADOS.

El segundo componente de un diagnóstico enfermero comprende el probable factor que ocasiona o mantiene el problema de salud del cliente. Estos factores pueden ser comportamientos del cliente, elementos del entorno o una interacción de ambos.

Las probables causas de un problema deben establecerse clara y concisamente utilizando un nombre de categoría concreto, cuando sea posible, para resumir los signos y síntomas observados.

El término factores relacionados se ha recomendado por la NANDA para describir las condiciones o situaciones que son el centro de la intervención.³⁵

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.

Las características críticas de cada categoría permiten a quien diagnostica discriminar entre diagnósticos. Cuando el cliente manifiesta signos y síntomas que corresponden a las características definitorias críticas, es apropiado utilizar la categoría diagnóstica.

Los factores de riesgo son condiciones previsible, pero que no han ocurrido, los indicadores diagnósticos de éstas condiciones son llamados factores de riesgo. Las intervenciones en los estados de alto riesgo están dirigidas a reducir los factores de riesgo y el resultado deseado es la ausencia o reducción del mismo.

El proceso diagnóstico es, en esencia, un camino para determinar un problema de salud del cliente y para evaluar los factores etiológicos que están influyendo en ese problema.³⁶

El diagnóstico de RIESGO. describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, una familia, o una comunidad vulnerables. Su identificación se apoya en la presencia de los factores de riesgo contribuyentes a aumentar la vulnerabilidad.

34. Gordon Marjory. op. cit. p. 25.

35. Gordon Marjory. op. cit. p. 27.

36. Ibidem. p. 29-30.

En este caso se describirá solo con dos partes:

- Problema +
- Factor de riesgo (causa).

Dado que no existen las características definitorias del problema (datos objetivos y subjetivos, que de haberlos, convertirían el problema en real). Al formular el diagnóstico debe incluirse “*riesgo de*”.

Todos los diagnósticos incluidos en la taxonomía como reales, pueden formularse también como diagnósticos de riesgo. Sin embargo, no es posible la situación a la inversa, es decir, los diagnósticos identificados únicamente como diagnósticos de riesgo, no pueden identificarse como diagnósticos reales, ya que se convierten en diagnósticos médicos.³⁷

El diagnóstico de SALUD: es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, la familia, o la comunidad goza ya de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. Aunque el listado taxonómico incluye algunos diagnósticos de salud, la mayoría de las etiquetas diagnósticas pueden formularse como tal anteponiendo “Potencial de aumento de” o “Potencial de mejora de.....” a la etiqueta de que se trate.

Los diagnósticos de salud se formulan con un solo componente:

- La etiqueta diagnóstica.

En los diagnósticos reales y de riesgo es importante la identificación de la causa ya que en la medida en que esta pueda ser eliminada o reducida, o se modifiquen sus efectos, el problema desaparecerá o se reducirá.³⁸

PLANIFICACIÓN.

Esta consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo

37. Luis Rodrigo María Teresa. “Diagnósticos Enfermeros”. 3ª Edición. Harcourt Brace. 1998. p. 8-9.

38. *Ibidem*. p. 9.

identificadas en el diagnóstico de enfermería. Durante la fase de planificación se elaboran los **objetivos**, lo que será capaz de hacer el cliente y las **intervenciones de enfermería**.

Hemos de entender esta fase de planificación como un proceso de toma de decisiones para la elaboración del **Plan de Cuidados**, es decir, para la elaboración de una programación o plan de acción antes de su puesta en práctica. Para su elaboración hemos de tener en cuenta en primer lugar la elección de un marco conceptual, es decir, un **Modelo Teórico** considerado por sus postulados el más adecuado para determinar las directrices de la intervención enfermera en dicho momento.³⁹

Así pues, consideraremos que la planificación como componente del Proceso de Enfermería consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades, de acuerdo al **modelo teórico** y las características del propio cliente.
2. Elaboración de objetivos a corto mediano y largo plazo. Sabiendo que estos dependerán del tiempo programado para su consecución.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería, ya que con la aplicación de las acciones que se describan en este momento se confirmará la validez y eficiencia del mismo.
 - Las acciones deben ir orientadas hacia la consecución de los objetivos, estas deben ser claras y capaces de ser realizadas y adaptadas a la problemática específica del cliente.

Una vez que se han seleccionado las soluciones más idóneas, se deberá tener en cuenta:

De que recursos se dispone: para llevar a cabo las actividades

Motivadores: para atraer la atención del cliente.

Portadores de contenido: utilización de información para introducir nuevos contenidos o reforzar otros.

Estructuradores del proceso de cuidar: condiciona toda la actividad del cuidado y se constituyen en el eje y centro de trabajo.

Que actividades son posibles: para su concreción.

- Permiten al cliente efectuar elecciones informadas.

- Le asignan un papel activo.

39. Hernández Conesa J, op. cit. p. 135.

- Le exigen que indague ideas o problemas cotidianos.
 - Le propician la mayor cercanía a la realidad que se enfrenta.
 - Le muestran habilidades propias para su cuidado.
 - Le exigen que examine dentro de un nuevo concepto un problema actual.
 - Le exigen que repase y perfeccione sus esfuerzos iniciales.
 - Le estimulan estándares o disciplinas significativas para su cuidado.
 - Le proporcionan la posibilidad de compartir la planificación de los cuidados.
 - Son relevantes en relación con los propósitos expresos del cliente.
4. Documentación del plan. Finalmente todas las decisiones tomadas durante la planificación de los cuidados deben ser precisadas en el plan de cuidados, constituyendo una de las fuentes básicas de información acerca del cliente, en la que se incluye una descripción de sus problemas y un programa de actuación para tratar de resolverlos.⁴⁰

Al brindar cuidado de enfermería a individuos, familias o grupos, observará que los problemas, situaciones y prioridades pueden cambiar de día en día, que incluso de hora en hora. Tendrá que aprender a ser flexible y fijar las prioridades en función del estado actual de las situaciones y los problemas presentes. Muchos autores sugieren que el primer paso para establecer prioridades es confeccionar una lista de los problemas que ha identificado durante la valoración.

Seguidamente, tendrá que determinar el orden de los cuidados de enfermería (es decir, a que problemas se dedicará en primer lugar) no siempre podrá ir resolviendo los problemas uno de otro. En la mayoría de los casos trabajará en varios problemas distintos en el curso de un día, obteniendo un cierto progreso en cada uno de ellos.⁴¹

Durante la fase de planificación es responsabilidad de enfermería establecer tanto los objetivos a alcanzar por el cliente como los propios objetivos personales. El objetivo del cliente expresa lo que la enfermera espera que el enfermo sea capaz de alcanzar. El objetivo de enfermería indica lo que la enfermera debe realizar a fin de ayudar al cliente a cumplir su objetivo.⁴²

40. Hernández Conesa J. op. cit. p. 136-137.

41. Alfaro Rosalinda. op. cit. p. 92.

42. Ibidem. p. 95.

EJECUCIÓN.

La ejecución supone la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente.

Por tanto, podemos señalar que se trata de la fase del Proceso de Enfermería orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente.

Durante esta fase el profesional de enfermería debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo sanitario, prestar cuidados directos al cliente y delegar responsabilidades para estos cuidados al personal sanitario de acuerdo con la preparación y posibilidades de cada uno de sus miembros.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

Preparación; para la cual hay que realizar:

- Revisión de las intervenciones compatibles con el plan de cuidados.
- Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
- Reconocimiento de las complicaciones potenciales.
- Proporcionar los recursos necesarios.
- Preparación de un entorno seguros.

Intervención; que debe ajustarse a una de estas seis categorías:

- Refuerzo de las cualidades.
- Ayuda en las actividades de la vida diaria.
- Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería
- Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria
- Educación.
- Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

Documentación: en esta tiene lugar un registro completo y exacto de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del Proceso de Enfermería. Se determinará el valor de la información directa acerca de la aproximación a los objetivos propuestos y de las reacciones individuales del cliente.

El profesional de enfermería debe decidir que anotar, con qué extensión, cuando y donde anotar, todo ello en función de lo que éste considere importante.⁴³

43. Hernández Conesa J, op. cit. p. 138.

La planificación y la ejecución a menudo están tan íntimamente relacionadas que puede ocurrir que, en el ámbito clínico, le parezca que se ha omitido la etapa de planificación del proceso de enfermería, ya que las actividades se realizan inmediatamente después de la valoración y el diagnóstico. Así por ejemplo, si una enfermera identifica un problema urgente, como dificultad respiratoria, puede iniciar acciones de enfermería inmediatamente después de haberlo detectado. Puede parecer que se omite la planificación, pero en realidad la enfermera elabora mentalmente un plan rápido a medida que ejecuta las actividades de enfermería.⁴⁴

Las actividades de enfermería son aquellas acciones que efectúa la enfermera y el cliente para prevenir la enfermedad (o sus complicaciones) y promover, mantener o reestablecer la salud.

Realizar las actividades de enfermería supone:

- Efectuar directamente una actividad para un cliente.
- Ayudar al cliente a efectuar una actividad por sí mismo.
- Supervisar al cliente mientras realiza una actividad por sí solo.
- Enseñar al cliente a cuidar su salud.
- aconsejar al cliente sobre la toma de decisiones para buscar y utilizar los recursos adecuados en el cuidado de su salud.
- Controlar al cliente por si desarrolla complicaciones potenciales de su enfermedad.

Normas:

- Nunca efectúe una actividad de enfermería hasta que conozca el motivo que la justifica, su efecto esperado y sus posibles efectos colaterales y adversos.
- Antes de llevar a cabo una actividad de enfermería, vuelva a valorar al cliente para determinar el estado del problema y si las acciones previamente identificadas siguen siendo válidas.
- Al llevar a cabo las actividades, debe incluir tanto al cliente como a los familiares.
- Las actividades de enfermería deberían efectuarse en un entorno seguro y terapéutico, planifíquelo con atención para asegurarse que será apropiado para cualquier actividad que vaya a ejecutar.
- Cuando realice las actividades de enfermería, compruebe que conoce los protocolos

44. Alfaro Rosalinda. op. cit. p. 134.

y procedimientos institucionales, ya que a menudo varían de un centro a otro.⁴⁵

EVALUACIÓN

La evaluación, como última fase del Proceso de Atención de Enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta del cliente a la acción planificada. Puesto que las actuaciones enfermeras específicas se planearon para resolver problemas del cliente, cualquier juicio relativo a la forma de tales problemas que se están resolviendo, debe basarse en la situación presente de aquél.

En esta fase, el diagnóstico y los objetivos propuestos para la resolución de problemas se utilizarán como marco para la evaluación, así, las consecuencias que producen en el cliente, constituyen el objeto de la evaluación.

Por tanto, se ha de considerar la evaluación como la actividad intelectual que completa las otras fases del proceso, pues indica el grado en que el diagnóstico y la intervención de enfermería correspondientes, han sido correctos.

Para facilitar esta labor es interesante el planteamiento de preguntas tales como:

1. ¿Se consiguió el objetivo establecido en el plan de cuidados?
2. ¿Se resolvió el diagnóstico de enfermería?
3. ¿Eran adecuadas las intervenciones?

En ocasiones el objetivo puede no ser ya aplicable debido a que los cambios en las circunstancias o el estado del cliente exigen un cambio en el plan de cuidados. Ante esta situación, se debe revisar si dicho diagnóstico describe con precisión el estado del cliente, comparando las características definitorias asociadas al diagnóstico con los síntomas del cliente, que podremos comprobar utilizando las habilidades de valoración para obtener más datos. Cuando el diagnóstico de enfermería no se resuelve y se han revisado los objetivos, el profesional de enfermería debería revisar las actuaciones especificadas en el plan de cuidados y determinar por qué no fueron eficientes en el cuidado del paciente. El análisis meticuloso de los enfoques utilizados puede indicar estrategias alternativas que ayudaran al cliente a conseguir el objetivo.⁴⁶

45. Alfaro Rosalinda. op. cit. p. 135-136.

46. Hernández Conesa J, op. cit. p. 139.

3. EL MODELO DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM.

MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA.

La enfermería, como todas las disciplinas, tiene una naturaleza universal, es decir, la sociedad concibe de igual manera el servicio de enfermería, independientemente de la cultura que la caracteriza, lo único que difiere de un país a otro son los recursos disponibles para su ejercicio. Por tanto, si existiera un solo modelo conceptual de aplicación general que permitiera generar diferentes escuelas de pensamiento, la enfermería evolucionaría hasta convertirse en una disciplina altamente desarrollada.

En la actualidad existe un gran número de modelos generados gracias a procesos rigurosos de investigación científica que intentan conceptualarla. Por tanto, cada uno de los numerosos modelos de enfermería que se conocen, por lo general responde de manera aislada a los siguientes criterios:

- Validan la contingencia histórica de la enfermería.
- Identifican claramente al ser humano como su dominio material.
- Determinan su propio dominio de estudios.

MODELO: *Modelo* es la representación simbólica de un fenómeno. Un modelo frecuentemente expresa ideas abstractas de una manera más comprensible y precisa. Es la imagen del campo completo de la disciplina, incluidos los elementos que la tipifican.⁴⁷

MODELOS DE ENFERMERÍA: Un modelo de enfermería puede definirse como el conjunto de conceptos sistemáticamente contruidos, científicamente basados y lógicamente estructurados. Constituye el marco conceptual para la selección de los conocimientos en la educación superior y el elemento que orienta la investigación y la práctica profesional.

ANTECEDENTES DE LOS MODELOS.

La revisión histórica de la enfermería nos manifiesta que en sus inicios dependía por completo de la medicina. Gradualmente, la sociedad requirió que la enfermera proporcionara un servicio diferente del que brindaba el médico. Este hecho, entre otros,

47. Morán Aguilar Victoria, et al., "Modelos de Enfermería". 1ª edición. Editorial Trillas. 1993. p. 21-23

influyó en las enfermeras, de modo que aspiraron legítimamente a un desarrollo para la enfermería paralelo al de la medicina. Las dos disciplinas comparten el mismo dominio material, pero son diferentes en su naturaleza, por lo que se hizo necesario diseñar modelos para su ejercicio profesional.

Así, en la década de 1960 se iniciaron los programas de educación en servicio, utilizando como marco de referencia el modelo de cuidado progresivo. El cuidado progresivo implica la atención al cliente de acuerdo con su estado de salud, pudiendo ser referido a cualquiera de las siguientes unidades de atención: cuidado ambulatorio, terapia intermedia, terapia intensiva o tratamiento de urgencia.⁴⁸

BIOGRAFÍA: DOROTHEA E. OREM.

Dorothea Elizabeth Orem, una de las autoras teóricas de enfermería más destacadas de Norteamérica nació en Baltimore, Maryland. Orem inició su carrera profesional en la escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington D. C., donde obtuvo el diploma de enfermería a principios de la década de 1930.

En el desempeño de su profesión Orem trabajó como enfermera privada y de hospital y ejerció la docencia. Desde 1940 a 1949 fue directora de la Escuela de Enfermería y del Departamento de Enfermería del Province Hospital de Detroit.⁴⁹

El primer gran libro de Orem, publicado en 1971, fue *Nursing Concepts of Practice*, seguido de *Concept Formalization in Nursing: Process and Product* (1972)

Entre otras distinciones que se le han otorgado cabe reseñar los títulos honoríficos de doctora en ciencias del Incarnate Word College, en 1980, y de doctora en letras de la Universidad de Illinois Wesleyan, en 1988, y el nombramiento como miembro honorario de la American Academy of Nursing en 1992.

En la actualidad, se dedica a impartir conferencias y a redactar artículos sobre diversos elementos conceptuales de su teoría.⁵⁰

LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO. UNA TEORÍA GENERAL.

La formulación y expresión de una teoría general de enfermería se basa en

48. Morán Aguilar Victoria, op. cit. p. 24.

49. Marriner Tomey Ann, et al., "Modelos y teorías en Enfermería". 4ª Edición. Edit: Harcourt, 1999. p. 175.

50. Ibidem. p. 176.

reflexiones sobre: 1) características que se repiten en las situaciones de la práctica de la enfermería; y 2) relaciones de las características y entre ellas. El análisis de las situaciones de la práctica de la enfermería y el análisis del material de los casos de enfermería conducente a reflexiones sobre las características que se repiten en la práctica de la enfermería y las relaciones de y entre las mismas.⁵¹

La enfermería es un arte a través del cual la enfermera que ejerce la enfermería proporciona asistencia especializada a personas con incapacidades tales que se requiere más que una ayuda común para cubrir las necesidades diarias de autocuidado y para participar inteligentemente en los cuidados médicos que reciben del médico. El arte de la enfermería se practica «haciendo algo por» la persona con incapacidad, «ayudándola a hacerlo por sí misma» y /o «ayudándola a aprender a hacerlo por sí misma». También se practica la enfermería ayudando a una persona capacitada, familiar o amiga del cliente a aprender a “hacer algo por” el cliente. El cuidado del cliente es así un arte práctico y didáctico.⁵²

No todas las personas que reciben cuidados de salud, por ejemplo, de los médicos, están bajo los cuidados de enfermeras, ni de ello se desprende que deberían recibirlos. Entonces la pregunta es: ¿Qué condición existe en una persona cuando esa persona, o un miembro de su familia, o el médico que la atiende, o una enfermera, emite el juicio de que esa persona debería recibir cuidados de enfermería?

Las reflexiones sobre la condición inhumana asociada a los requerimientos de cuidados de enfermería fueron formuladas como conceptos y expresadas de la siguiente manera: la incapacidad de la persona para proporcionarse a sí misma continuamente la cantidad y calidad de autocuidado requerido a causa de su situación de salud personal

El autocuidado fue conceptualizado como el cuidado personal que los seres humanos necesitan diariamente y que puede ser modificado por el estado de salud, las condiciones ambientales, los efectos de los cuidados médicos y otros factores.⁵³

SISTEMAS DE ENFERMERÍA

La enfermería no tiene una existencia concreta excepto a través de las personas en la relación entre la enfermera y el cliente, y a través de la forma en que ellos elijan, y lo que

51. Orem Dorothea Elizabeth. “Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica”. Ediciones Científicas y Técnicas. 1993. p. 64.

52. *Ibidem*. p. 67.

53. *Ibidem*. p. 68.

hagan o dejen de hacer en la relación. Un *sistema de enfermería* es algo construido mediante las acciones de las enfermeras y de sus clientes. Es un producto que debería ser beneficioso para las personas con la condición de clientes en situaciones de la práctica de la enfermería cuando el marco temporal para su producción se ajusta al momento en que se producen los requerimientos de enfermería.

A continuación se resumen las entidades descritas y sintetizadas en el concepto teórico del sistema de enfermería.

1. Personas en las posiciones designadas como «cliente legítimo» y «enfermera legítima».
2. El «cliente legítimo» tiene dos propiedades: «La demanda de autocuidado terapéutico» y «la agencia de autocuidado».
3. Una desigualdad entre las propiedades del cliente, la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado, dentro de un marco de acción de referencia: la demanda de autocuidado (demanda de autocuidado terapéutico) excede las capacidades existentes y operativas del cliente legítimo para cubrir las demandas (agencia de autocuidado)
4. La «enfermera legítima» tiene una propiedad, que es «la agencia de enfermería», que incluye las capacidades para valorar las legítimas relaciones entre ella misma como enfermera y la persona o personas en la posición de cliente bajo los valores sobresalientes de los componentes del fenómeno de la agencia de autocuidado y la demanda de autocuidado terapéutico.
5. El movimiento o cambio revelado por los acontecimientos y operaciones incluyendo: *a)* las percepciones de la enfermera de dependencia entre las propiedades de la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado del cliente; *b)* el convencimiento de la enfermera de que el cambio en las propiedades del cliente, dependiendo de la conducta creativa de la enfermera, está condicionado por el estado de desarrollo de la agencia de enfermería de la propia enfermera y por el ejercicio que haga de ella; y *c)* la activación por parte de la enfermera de los componentes de la agencia de enfermería para controlar o alterar deliberadamente el estado de una o ambas propiedades.

El **autocuidado** es una actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las

personas hacia sí misma o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. El **cuidado dependiente** es una actividad, como se ha descrito anteriormente, realizada por adultos responsables para individuos socialmente dependientes.⁵⁴

La **agencia de enfermería** es una compleja propiedad o atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras que, cuando la ejercitan, las capacita para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrir las por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidado dependiente.

La **demanda de autocuidado terapéutico** significa una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinados y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias. Las actividades de cuidados se derivan de la selección y aplicación de la tecnología o de los métodos específicos para cubrir los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo, o de desviación de la salud.

La **agencia de autocuidado** es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados), y finalmente para realizar las actividades de cuidados determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anterior por las personas que de ellos dependen.

La conceptualización de los tres tipos de requisitos de autocuidado – universales, de desarrollo y de desviación de la salud – son conceptos secundarios dentro del amplio concepto de la demanda de autocuidado terapéutico.⁵⁵

54. Orem Dorothea Elizabeth. Op. cit. p. 71

55. Ibidem. P. 72

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

En el concepto teórico de sistema de enfermería carece de significado en ausencia de los conceptos incluidos de déficit de autocuidado y autocuidado. Estos tres conceptos, tomados juntos, eran partes del concepto general de enfermería.⁵⁶

Para formalizar aun más los conceptos y la relación entre ellos, los esfuerzos se dirigieron a expresar una teoría general de enfermería integrada por la teoría de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería. La unión de estas tres teorías constituye una teoría general de enfermería, denominada **Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado**.⁵⁷

La teoría de enfermería sobre el **Déficit de Autocuidado** es una síntesis de los conocimientos sobre las entidades teóricas del autocuidado (y el cuidado dependiente), la agencia de autocuidado (y la agencia del cuidado dependiente), la demanda de autocuidado terapéutico, la entidad relacional del déficit de autocuidado, y la agencia de enfermería.

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

Se presenta primero la teoría del **autocuidado** porque es básica para la comprensión de la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería.

Dentro del contexto de la vida diaria, en los grupos sociales y su localización temporo-espacial, las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas dirigidas hacia sí mismas o hacia características ambientales conocidas o supuestas, para cubrir requisitos identificados para el control de factores que promueven o afectan adversamente, o interfieren la regulación constante de su propio funcionamiento o desarrollo, para contribuir así a la continuación de la vida, al auto-mantenimiento y a la salud y bienestar personal. También realizan las mismas acciones reguladoras para los miembros de la familia u otras personas dependientes. Los requisitos reguladores son de tres tipos: requisitos requeridos universalmente por todos los individuos independientemente de su edad; requisitos específicamente reguladores de los procesos de desarrollo humano; y todos los que surgen o están vinculados a los estados de salud de las personas y los cuidados de salud asociados.⁵⁸

56. Orem Dorothea Elizabeth. Op. cit. p. 73

57. Ibidem. p. 74.

58. Ibidem. p. 77.

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

La teoría del déficit de autocuidado es el elemento crítico de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado. Esta teoría tiene su origen en la finalidad propia de la enfermería a saber, los seres humanos como sometidos a limitaciones a causa de su salud, o relacionadas con ella, para ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente.

Idea central de la teoría

Todas las limitaciones de las personas para desempeñar conductas prácticas dentro del dominio y los límites de la enfermería están asociadas con la subjetividad de los individuos maduros y en proceso de maduración, respecto a las limitaciones de acción relacionadas o derivadas de la salud que los hacen completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y que empiezan a surgir para el cuidado regulador de sí mismos o de las personas que dependen de ellos, y para ocuparse en el continuo desempeño de actividades de cuidado para controlar o manejar de alguna manera los factores que son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo o de las personas que dependen de ellos.⁵⁹

LA TEORÍA DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA

La teoría del sistema de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del cliente y de la enfermera.

Todos los sistemas de acción práctica que son sistemas de enfermería son formados por las enfermeras a través del ejercicio deliberado de las capacidades especializadas de enfermería (agencia de enfermería) dentro del contexto de su relación interpersonal y contractual con personas con déficit derivados de su salud o asociados con ella para la producción de cuidados continuados, efectivos y completos para sí mismas o para las personas que dependen de ellas, a fin de asegurar que las demandas de autocuidado terapéutico son conocidas y satisfechas, y que se protege la agencia de autocuidados o se regula su ejercicio o desarrollo. Los sistemas de enfermería pueden ser formados o producidos para individuos, para personas que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidado terapéutico con

59. Orem Dorothea Elizabeth. Op. cit. p. 78

componentes similares o que tienen limitaciones similares para ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente, para familias, o para otras unidades multipersonales.⁶⁰

En resumen, la teoría de enfermería del déficit de autocuidado supone que la enfermería es una respuesta de los grupos humanos a un tipo recurrente de incapacidad para la acción a la que están sujetos los seres humanos, a saber, la incapacidad de cuidar de sí mismos o de las personas que dependen de ellos, cuando la acción está limitada debido al estado de salud o a las necesidades de cuidados de salud de la persona receptora de los mismos. Desde el punto de vista de la enfermería, los seres humanos se contemplan como necesitados de un continuo auto-mantenimiento y autorregulación a través de un tipo de acción denominada *autocuidado*. El término *autocuidado* significa el cuidado que es realizado por uno mismo para sí mismo cuando ha llegado al estado de madurez que le capacita para la acción consistente, controlada y dirigida hacia un objetivo. Los neonatos, los lactantes, los niños, los severamente incapacitados y los enfermos no pueden satisfacer alguno o ninguno de sus propios requerimientos para el mantenimiento y regulación de su funcionamiento.

La teoría postula dos *variables del cliente*: la agencia de autocuidado y la demanda de autocuidado terapéutico; y una *variable de la enfermera*: la agencia de enfermería. En las conceptualizaciones de la teoría del déficit de autocuidado, las variables del cliente se contemplan relacionadas entre sí; y, dentro de la teoría del sistema de enfermería, la agencia de enfermería se contempla en relación con las dos variables del cliente. Las personas con déficit de autocuidado relacionados con la salud son designadas como clientes legítimos. Las enfermeras contemplan su propia legitimidad en términos de sus capacidades para proporcionar el tipo y cantidad de enfermería requerida por las personas bajo sus cuidados.⁶¹

OBSTÁCULOS Y FACTORES QUE AFECTAN LA SATISFACCIÓN DE LOS REQUISITOS

Existen diversos factores que pueden condicionar la satisfacción de cada requisito de autocuidado universal, y un mayor número de ellos se centran en el aporte de aire, agua y alimentos, puesto que hay investigaciones más detalladas sobre los factores de estos

60. Orem Dorothea Elizabeth. Op. cit. p. 80.

61. Ibidem. p. 82.

requisitos. Los requisitos universales difieren de acuerdo con las entidades concretas con las que tratan; por tanto, difiere la forma de expresar los factores que afectan a la necesidad y a la manera de satisfacerla. Los requisitos centrados en el aire, agua y alimentos tratan del *movimiento de estas entidades desde el entorno al interior del individuo*. El requisito sobre los excrementos trata del *movimiento de los materiales desde el individuo hasta su entorno*. Los requisitos relacionados con la actividad y el reposo, y la soledad y la interacción social tratan del *establecimiento y mantenimiento del equilibrio*. La prevención de peligros trata de la *evitación o eliminación*. Ser normal o promover la normalidad trata de *vivir dentro de las normas humanas y del propio potencial humano*, y esto incluye mantener el funcionamiento dentro de estas normas hasta el grado en que sea posible y en las condiciones y circunstancias prevalentes.⁶²

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO.

Esenciales en el modelo de Orem son los *requisitos de autocuidado*. Son un componente principal del modelo y constituyen una parte importante de la valoración del cliente. Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo o entorno ambiental de un individuo éstas actividades son las llamadas *requisitos de autocuidado universal*.

El término “requisito” se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de si mismo.⁶³

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL.

Los ocho requisitos de autocuidado comunes a los seres humanos incluyen:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

62. Orem Dorothea Elizabeth. Op. cit. p. 383-384

63. Cavanagh Stephen J. “Modelo de Orem, Aplicación y Practica”, Ediciones Científicas y Técnicas Masson Salvat, 1993, p 6.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Estos requisitos abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. El mantenimiento de aire, agua y alimentos suficientes, y la provisión de cuidados para la eliminación son fundamentales para nuestros procesos vitales. Los problemas en estas áreas podrían conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida. El equilibrio entre la actividad y el reposo evitará problemas de agotamiento, fatiga o estrés potencialmente lesivos. La interacción social es importante para la socialización de los individuos en su cultura, así como brindar una oportunidad de intercambiar ideas y opiniones. La interacción social proporciona el calor y la proximidad esenciales para el desarrollo humano normal. La interacción social tiene una importancia práctica, puesto que pueden requerirse habilidades sociales para obtener los materiales necesarios para la vida, incluyendo los alimentos. La soledad requiere importante consideración, ya que proporciona a los individuos la oportunidad de reflexionar y pensar sobre su existencia y la de otros, así como del entorno que les rodea.⁶⁴

La *normalidad*, como denomina Orem implica que el individuo tenga un autoconcepto realista y sea capaz de cultivar su propio desarrollo, y que sea "aceptado" en un grupo semejante. Realizar acciones para mantener la salud se considera parte de la normalidad, al igual que identificar y prestar atención, cuando sea posible a los cambios en la salud.⁶⁵

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

En el modelo de Orem hay un nuevo grupo de requisitos de autocuidado: los requisitos de autocuidado de la desviación de la salud, que existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Por esto el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud:

64. Cavanagh Stephen J. op. cit. . p 7.

65. Ibidem. p. 8.

1. Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos, condiciones genéticas fisiológicas o psicológicas que producen patologías o están asociadas a estas.
2. Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos.
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas, y de rehabilitación médicamente prescritas, dirigidas a la prevención de tipos específicos de patología.
4. Ser consciente de los efectos negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas.
5. Modificación del autoconcepto aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas.⁶⁶

La propia Orem ha comentado la generalidad o universalidad de su teoría:

La Teoría del Déficit de Autocuidado no constituye una explicación de la individualidad de una situación práctica y concreta de la Enfermería, sino la expresión de una combinación singular de propiedades conceptuales o rasgos que son comunes a todos los casos de enfermería. Como teoría general es útil para que las enfermeras profesionales desarrollen y convaliden sus conocimientos en esta disciplina y enseñen y aprendan enfermería.⁶⁷

66. Cavanagh Stephen J. op. cit., p 11.

67. Marriner Tomey Ann, op. cit. p. 185.

4. SÍNDROME ICTÉRICO OBSTRUCTIVO

El **Hígado** es el órgano interno más grande del cuerpo, pesa cerca de 1,5 Kg es de color rojo oscuro y está situado en el cuadrante superior derecho de la cavidad abdominal. El hígado tiene dos vías por las que recibe sangre: sangre oxigenada de la arteria hepática, que se bifurca de la aorta. La sangre que abandona el hígado es recogida por las venas hepáticas, unidas entre sí para formar una sola vena hepática, que vierte la sangre que transporta en la vena cava inferior; desde la vena cava inferior la sangre regresa al lado derecho del corazón, para ser bombeada hacia los pulmones. El conducto hepático y el conducto procedente de la vesícula biliar forman el conducto común de la bilis, que descarga su contenido en el duodeno. El conducto pancreático se une con el conducto común de la bilis antes de penetrar en el intestino.

La sangre atraviesa el hígado a una velocidad aproximada de 1,4 litros por minuto; en cualquier momento, el hígado contiene un 10% de toda la sangre del cuerpo. Las células hepáticas ayudan a la sangre a asimilar las sustancias nutritivas y a excretar los materiales de desecho y las toxinas, almacena glucógeno, hierro, cobre, vitamina A, vitaminas del complejo B, y vitamina D; produce albúmina y otras proteínas, protrombina, fibrinógeno y la heparina; Los aminoácidos digeridos son diseminados en el hígado; El hígado utiliza el nitrógeno para sintetizar proteínas a partir de hidratos de carbono o de lípidos; Además, produce hidratos de carbono a partir de lípidos o de proteínas; forma lípidos a partir de hidratos de carbono o de proteínas; sintetiza colesterol; Unos fagocitos especiales dentro de el, eliminan las sustancias extrañas y las bacterias de la sangre; Depura muchos fármacos y segrega bilirrubina (producto de la degradación de la hemoglobina), y muchas otras sustancias, incluyendo enzimas; Las actividades que el hígado realiza generan una gran cantidad de calor, lo cual influye en la temperatura corporal.⁶⁸

La **Vesícula biliar**, es órgano muscular que almacena la bilis, es un saco membranoso con forma de pera situado bajo la superficie del lóbulo derecho del hígado, justo detrás de las costillas inferiores. Tiene una longitud de 7,5 cm y un diámetro de 2,5 cm en su parte más ancha. Su capacidad varía de 30 a 45 milímetros. El cuerpo y el cuello de la vesícula se extienden hacia atrás, arriba, y a la izquierda. El extremo ancho (fondo)

68. Enciclopedia Microsoft Encarta 2001. Program Manager One Microsoft Way. CD.

se dirige hacia abajo y adelante, y se extiende en algunas ocasiones fuera del borde del hígado. La vesícula está formada por una cubierta peritoneal externa (túnica serosa), una capa media de tejido fibroso y músculo liso (muscular), y una membrana mucosa interna (mucosa).

La función de la vesícula es almacenar la bilis segregada por el hígado y que alcanza la vesícula a través de los conductos hepático y cístico, hasta ser requerida por el proceso de la digestión. Cuando funciona con normalidad, la vesícula vacía su contenido a través del conducto biliar (colédoco) en el duodeno para facilitar la digestión, favorece los movimientos intestinales y la absorción, evita la putrefacción, y emulsiona las grasas.⁶⁹

La **Bilis** es un líquido amarillo verdoso, de sabor amargo y reacción alcalina, la vesícula biliar le añade una secreción mucosa para formar una sustancia compleja más densa y más viscosa, constituida por sales y sales biliares, proteínas, colesterol, hormonas y enzimas. La vesícula biliar devuelve el agua que contiene sales y otros materiales a la circulación, y concentra el complejo aún más mediante la reducción de las sales biliares a una décima parte. Estas sales biliares son sintetizadas por el hígado a partir de colesterol. Promueven la digestión, estimulan los movimientos peristálticos, la absorción, eliminan el exceso de colesterol y los productos de degradación procedentes de los glóbulos rojos que son demasiado viejos.⁷⁰

SÍNDROME ICTÉRICO OBSTRUCTIVO

Podemos definir el Síndrome Ictérico, como un aumento de la bilirrubina en la sangre por sobre los niveles normales, lo que determina una pigmentación amarilla del plasma, que se traduce en una coloración amarillenta de los tejidos más profundos, lo que clásicamente puede ser evidenciado en la piel y las escleróticas.

EPIDEMIOLOGÍA Y DISTRIBUCIÓN.

En general alrededor del 10% de los clientes que tienen cálculos en la vesícula pueden tener además cálculos en el colédoco. Un número pequeño de estos tienen síntomas dados por la obstrucción mecánica del cálculo en el colédoco, están formados por sales

69. Enciclopedia Microsoft Encarta op cit. CD.

70. Ibidem. CD.

biliares y son más frecuentes en diabéticos, en personas de raza negra, así como en mujeres, sobre todo obesas y aquellas que hayan tenido múltiples gestaciones. Su incidencia aumenta con la edad.

Ciertas condiciones producen incapacidad para excretar la bilis, y esta situación puede dar lugar a alteraciones serias, tales como la ictericia. En personas obesas e inmobilizadas, en mujeres gestantes, y en los casos en que se obstruye el flujo de bilis, pueden formarse piedras en la vesícula como consecuencia de la precipitación de la bilirrubina junto con calcio y colesterol.

ETIOLOGÍA.

La causa más frecuente del Síndrome Ictérico Obstructivo es la obstrucción por cálculo. Otras causas relativamente frecuentes son las obstrucciones malignas por cáncer vesicular avanzado y cáncer de cabeza de páncreas. Los tumores de la vía biliar y de la papila de Vater son menos frecuentes. La presencia de cálculos en la vía biliar se acompaña en alrededor del 80% de los casos de contaminación.

Con frecuencia, esta estasis o retención de bilis coexiste con la inflamación y la infección de la vesícula biliar; este hecho puede alterar la concentración de los componentes de la bilis y conducir a la producción de detritos, en torno a los cuales puede precipitar la bilis y sus componentes, lo cual puede bloquear el conducto común de la bilis y reducir o interrumpir el flujo de bilis.

Algunas enfermedades malignas también esta involucradas como:

Ca. Vesicular avanzado (2-3 meses de sobrevida), Ca. de Cabeza de Páncreas (30% es candidato a cirugía curativa y de estos 10% vive a 5 años), Ca de Papila de Vater, Ca de vía biliar (Colangiocarcinoma), Ca. de Hígado, Metástasis a ganglios linfáticos portales o Hígado (Ca. Gástrico, Colon, Mama, Pulmón), Pancreatitis, Estrechez de la vía biliar, Secundaria a cirugía (0.1-0.2% de colecistectomía abierta), Colangitis

PATOGENIA.

La ictericia obstructiva aparece tras la obstrucción mecánica de los conductos que transportan pigmento desde el hígado al intestino. El bloqueo puede ser debido a cálculos, a un tumor o a un proceso inflamatorio. El trastorno más frecuente de la vesícula biliar es la

presencia de cálculos, cuya forma y tamaño varia desde un guisante o chicharo hasta una pera. Menos frecuente es la aparición de tumores malignos asociados con los cálculos. Estos suponen alrededor del 3% de todos los tipos de cáncer en el ser humano. Un número pequeño de estos tienen síntomas dados por la obstrucción mecánica del colédoco.

CUADRO CLÍNICO

En este padecimiento es frecuente la coloración amarilla de la piel, conjuntivas y membranas mucosas, causada por un exceso de pigmentos biliares en la sangre. Estos pigmentos, que en condiciones normales están presentes en la sangre como resultado de la destrucción de la hemoglobina de los hematies, se filtran en el hígado y se excretan en las heces.

Las obstrucciones neoplásicas se manifiestan como una ictericia sin dolor (silenciosa), progresiva, rara vez intermitente. Aún cuando los enfermos con coledocolitiasis de larga evolución pueden presentar baja de peso y compromiso del estado general, esto se ve habitualmente en las obstrucciones malignas.

Los síntomas por cálculos incluyen dolor, que se localiza en general en el epigastrio y tiene una irradiación hacia el dorso, como una clavada; Cólico; Coluria, transitoria y pueden ser oscilante como la ictericia. Cuando hay obstrucción esto puede desencadenar una infección de la vía biliar, la colangitis aguda, comprometiendo el funcionamiento hepático.⁷¹

EXÁMENES DE LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio certificarán la magnitud de la hiperbilirrubinemia y mostrarán alza de las fosfatasas alcalinas. En las obstrucciones agudas de la vía biliar se pueden elevar en forma transitoria las transaminasas y la gamaglutamil-Transferasa las que en general regresan precozmente.

Clinicamente es detectable si la bilirrubinemia es superior a 2-3 mg. /dL (34-51 $\mu\text{mol/L}$ Comúnmente la Ictericia aparece con niveles de bilirrubina sérica >2.5 mg. %, siendo lo normal <1.2 mg. %. Algunos casos particulares se pueden acompañar de Coluria (orina oscura) secundaria a excreción de bilirrubina directa o conjugada (glucuronato de

71. Ferreras Rozman, "Tratado de Medicina Interna."Ediciones: Harcourt S.A. 2002 14ª. Edición. CD.

bilirrubina), la que se presenta con niveles de bilirrubina directa >0.8 mg. %, siendo lo normal <0.25 mg. %. Fosfatasas alcalinas aumentadas 2 a 4 veces por sobre su valor normal, y aminotransferasas séricas menores de 300 U /L. Es necesario aclarar que niveles de aminotransferasas de 800 U /L o más, si bien no son la regla, pueden acompañar a una colestasia extrahepática aguda como la colédocolitiasis (en estos casos los niveles disminuyen en menos de 72 hrs.), y no la descartan. Además se observa un aumento de la Gamma Glutamil Transpeptidasa G. G. T.

EXÁMENES DE GABINETE.

Toda vez que se sospecha una obstrucción de la Vía Biliar Extrahepática, resulta necesario utilizar métodos de imagen que permitan visualizar el árbol biliar. Se analizará la utilidad de los medios que han demostrado mayor utilidad y que se encuentran actualmente vigentes :

Radiografía simple de abdomen:

En general es de poca utilidad como medio diagnóstico en esta patología, sin embargo, permite excluir otras causas de dolor abdominal como viscera perforada u obstrucción intestinal. En la mayoría de los casos resultará normal. Es interesante destacar algunas complicaciones de la patología litiásica, que pueden ser sospechadas y diagnosticadas a través de este examen, como es la *neumobilia* (aire en el árbol biliar), que sugiere la presencia de una fistula colecisto-entérica secundaria a colecistitis crónica. Si a esto se asocia la imagen propia de íleo mecánico por obstrucción a nivel de la válvula ileo-cecal, el cuadro es altamente sugerente de Íleo-biliar.

Ultrasonografía :

Este es un examen seguro, indoloro y económico, sin embargo como todos sabemos posee un gran defecto, que es su dependencia del operador, y a esto se agrega la disminución notoria de su sensibilidad en personas obesas y/o meteorizadas. Una característica importante es que permite observar la anatomía hepática junto con la de la vía biliar lo que puede resultar de gran utilidad. Su sensibilidad y especificidad son relativamente bajas cuando se trata de obstrucción de la vía biliar, especialmente colédoco distal. En contraposición la visualización de la vesícula y la vía biliar intrahepática y extrahepática hasta el extremo distal del conducto hepático común, puede lograrse en un 100% de los intentos en manos experimentadas.

Si la vía biliar extrahepática se observa de un diámetro mayor o igual a 10 mm, hay un 95% de probabilidades de que haya una obstrucción. Por el contrario si el diámetro es fino, esto es menor o igual a 5 mm, se hace muy poco probable la colédocolitiasis, aunque no la descarta.

Colangiografía: (visualización directa de la vía biliar). Consta de dos métodos principales :

- a. **Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica CPRE:** Es un método más utilizado, ya que no sólo tiene un gran poder diagnóstico (sobre el 90%) sino también terapéutico. Este examen se asocia aproximadamente a un 3% de complicaciones serias como pancreatitis y colangitis, con una mortalidad menor al 1%.
- b. **Colangiografía transparietohepática CTPH:** Posee un poder diagnóstico tan alto como el de la CPRE, e incluso mayor en el caso de obstrucciones intrahepáticas o de la vía biliar más proximal, sin embargo no cuenta con la ventaja terapéutica de la CPRE. La complicación grave más frecuente es la sepsis, con shock séptico y FMO, con un altísimo riesgo vital. Es por esto que la CTPH debe ser precedida por el uso preventivo de Antibióticos, y es conveniente realizarla el mismo día que la cirugía destinada a resolver la presunta obstrucción.
- c. **Colangiografía intraoperatoria:** En un 20% de los clientes la colelitiasis coexiste con colédocolitiasis. Como esta última puede ser asintomático en algunos clientes, en aquellos que estén siendo operados de una colecistectomía y tengan una probabilidad alta de tener colédocolitiasis, o en aquellos en que se sospeche lesión de la vía biliar, se recomienda realizar colangiografía transcística.
- d. **Colangiografía postoperatoria:** Es obligatoria antes de retirar una sonda T, para confirmar la permeabilidad de la vía biliar.
- e. **Tomografía axial computarizada TAC:** Su uso está principalmente restringido al cliente que no tiene vesícula biliar, con alta sospecha de neoplasia como causa de la obstrucción de la vía biliar.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

En la historia de un cuadro icterico por obstrucción de la via biliar extra hepática, la presencia de ictericia puede haber pasado inadvertida para el cliente, especialmente en los casos más arrastrados y oligo-sintomáticos, sin embargo en otras ocasiones es el único signo que relata el cliente o un tercero. A esto como se puede agregar coluria, acolia y

prurito, principalmente en las de mayor duración. En raras ocasiones se observan cuadros de mala absorción y déficit relativo de vitamina K, con las complicaciones hemorrágicas secundarias, baja de peso, compromiso del estado general, inicio reciente de diabetes y dolor en el dorso.

Cuando es incipiente se detecta mejor en el paladar o la esclerótica. Debe distinguirse de la coloración cutánea amarillenta que se produce por la ingesta abundante de carotenos (naranjas, zanahorias o tomates). En la uremia, en clientes tratados con atebrina, acriflavina o quinacrina o por la exposición a dinitrofenol o ácido pírico, en ninguna de estas situaciones se encuentra pigmentación amarillenta escleral.

Las masas abdominales pueden corresponder a una vesícula distendida no sensible secundaria a una obstrucción del colédoco distal (Signo de *Courvoisier terrier*) que se asocia a obstrucción maligna, especialmente si las heces contienen sangre oculta y el cuadro es indoloro.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la ictericia obstructiva dependerá fundamentalmente de la causa que la ocasiona.

En las obstrucciones malignas de la vía biliar es importante determinar el grado de avance de la enfermedad para determinar la conducta a seguir. La cirugía curativa es el tratamiento ideal para el Ca. de cabeza de páncreas, ampolla de Vater o colédoco distal. Los enfermos con tumores muy avanzados localmente o con metástasis que tengan en general una expectativa de vida <4-6 meses, se beneficiarán de prótesis percutánea o endoscópica. Sin embargo como se verá en el siguiente capítulo, estas prótesis no son todo lo eficientes que se desearía, por lo que en clientes con enfermedad intermedia que están en buenas condiciones generales, pueden ser candidatos no a cirugía resectiva curativa sino a cirugía paliativa con derivaciones internas.

En la urgencia (COLANGITIS AGUDA) el recurso terapéutico más importante es la rehidratación, el inicio del tratamiento antibiótico, el que en general controla el cuadro séptico con la hipotensión. Un recurso terapéutico muy útil en estas circunstancias es el DRENAJE ENDOSCÓPICO de la vía biliar cuyo objetivo es precisamente ese, no tanto la extracción definitiva de los cálculos. Para ello se hace una COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA, una PAPILOTOMÍA y se instala una SONDA NASOBILIAR que

permite un drenaje eficiente de la vía biliar evitando el enclavamiento del cálculo en caso de que la extracción inmediata no sea posible por gravedad del enfermo o por el tamaño de los mismos. Los cálculos se pueden extraer en una segunda oportunidad con el enfermo en condiciones más estables.

En enfermos COLECISTECTOMIZADOS la coledocolitiasis residual o de neoformación se trata en forma electiva idealmente también en forma endoscópica, evitándose así una nueva intervención sobre la vía biliar. Aquellos enfermos con una colelitiasis asociada pueden ser tratados en forma combinada retrógrada y laparoscópica o en forma quirúrgica convencional. Ambas técnicas tienen una baja morbilidad y son seguras. En las obstrucciones malignas de la vía biliar interesa fundamentalmente conocer el grado de avance de la enfermedad para ajustar el tratamiento de acuerdo a ello. Ictericias obstructivas secundarias a cánceres de la cabeza del páncreas o de la ampolla de Vater o del colédoco distal deben ser tratados idealmente en forma quirúrgica si se puede ofrecer cirugía curativa. Por otro lado aquellos enfermos con tumores muy avanzados localmente o con metástasis hepáticas se benefician fundamentalmente de las prótesis endoscópicas o percutáneas. Hay un grupo de enfermos en condiciones intermedias de avance de la enfermedad, a los cuales no se les puede ofrecer una cirugía resectiva curativa, pero sus condiciones generales son aún satisfactorias. Estos enfermos sin duda se benefician de tratamientos paliativos quirúrgicos que incluyen derivaciones internas. Así los tratamientos endoscópicos y percutáneos quedan reservados solamente para enfermos con enfermedad muy avanzada y con una expectativa de vida en general inferior a los 4 ó 6 meses.⁷²

72. Pimentel Medina Fernando. "Ictericia obstructiva." www.clubdepancreas.cl.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

SÍNDROME ICTÉRICO OBSTRUCTIVO.

AGENTE

FÍSICOS: Cirugías abdominales, traumatismos abdominales, inmovilización, obstrucción por calculo, cancer, metástasis de órganos vecinos o ganglios linfáticos, estreches de la vía biliar secundaria a cirugía (0.100.2% de colesistectomía abierta)

BIOLÓGICOS: trastornos metabólicos, trastornos congénitos, estrés, diabéticos, pancreatitis, colangitis, procesos inflamatorios, tumores, cálculos.

QUÍMICOS: alimentación desbalanceada, medicamentos.

HUÉSPED: mayor frecuencia en mujeres que en hombres, sobre todo en obesas, aumenta el riesgo con la edad, mujeres gestantes o multigestas

MEDIO AMBIENTE: personas de raza negra, razas con costumbre de dietas hipercalóricas o hiperlipídicas.

HORIZONTE CLÍNICO.

DAÑOS TISULARES:

La ictericia obstructiva aparece tras la obstrucción mecánica de los conductos que transportan pigmento desde el hígado al intestino, con frecuencia, esta estasis coexiste con la inflamación y la infección de la vesícula biliar, este hecho puede alterar la concentración de los componentes de la bilis y conducir a la producción de detritos, en torno a los cuales puede precipitar la bilis y sus componentes, lo cual puede bloquear el conducto común de la bilis y reducir o interrumpir el flujo de bilis.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

En general dolor en el epigastrio y tiene una irradiación hacia el dorso, como una clavada, puede ser cólico. Se agrega ictericia, coluria, cuando es incipiente se detecta mejor en el paladar o la esclerótica. Las obstrucciones neoplásicas se manifiestan como una ictericia sin dolor (silenciosa), progresiva, rara vez intermitente.

COMPLICACIONES:

Cuando hay obstrucción esto puede desencadenar una infección de la vía biliar, la colangitis aguda.

Esta infección puede ser rápidamente progresiva y ser muy grave, incluso comprometer el hígado con microabscesos hepáticos.

Los enfermos con coledocolitiasis de larga evolución y obstrucciones malignas pueden presentar baja de peso y compromiso del estado general.

En raras ocasiones se observan cuadros de mala absorción y déficit relativo de vitamina K, con las complicaciones hemorrágicas secundarias.

Compromiso del estado general, inicio reciente de diabetes. Trastornos de la coagulación.

SECUELAS:

- Trastornos de la función hepática.
- Trastornos de la habla por la sonda naso-gástrica.
- Trastornos de la apariencia física: por heridas quirúrgicas recientes.
- Trastornos epidérmicos.
- Choque séptico.
- Hemorragias.
- Desnutrición.

MUERTE.

NIVELES DE PREVENCIÓN.

PREVENCIÓN PRIMARIA

PROMOCIONA LA SALUD.

- Ingerir una dieta equilibrada.
- Fomentar hábitos higiénicos adecuados.
- Fomentar adecuadas relaciones interpersonales.
- Realizar chequeos médicos generales cada 6 meses.
- Realizar actividad física regular y controlada.
- Promover el uso de lugares de esparcimiento dentro de la comunidad.

PROTECCIÓN ESPECIFICA.

- Controlar las dietas hiperlipídicas.
- Disminuir los alimentos chatarra.
- Controlar la relación peso / talla.
- Controlar a pacientes sometidos a cirugía abdominal.
- Realizar chequeos médicos en pacientes con disfunciones hepáticas, hipotensión arterial, isquemia e hipoxia y en relación con infecciones víricas o hepatotoxicidad farmacológica, pancreatitis postoperatoria, compresión por masa, nutrición parenteral, sepsis, tirotoxicosis y fallo multiorgánico.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Dx. TEMPRANO.

- Historia clínica.
- Exploración física.
- Realizar exámenes de laboratorios medición de bilirrubinas, fosfatasas, transaminasas, y Gamma Glutamil Transpeptidasa.
- Realizar exámenes de gabinete: Radiografía simple de abdomen, Ultrasonografía, Colangiografía.

TRATAMIENTO OPORTUNO.

- Es importante determinar la etiología para determinar el Tratamiento.
- La cirugía curativa para el Ca. de cabeza de páncreas, ampolla de Vater o colédoco distal.
- Los tumores avanzados o con metástasis se beneficiarán de endoscopia, sin embargo pueden ser candidatos no a cirugía resectiva curativa sino a cirugía paliativa con derivaciones internas.
- En la urgencia el recurso terapéutico más importante es la reanimación del enfermo, es decir la rehidratación, el inicio del tratamiento antibiótico, el que en general controla el cuadro séptico con la hipotensión.
- Un recurso muy útil en estas circunstancias es el drenaje endoscópico de la vía biliar.
- Se instala una sonda nasobiliar para drenaje de la vía biliar.
- Aquellos con colelitiasis pueden ser tratados en forma combinada retrógrada y laparoscópica o en forma quirúrgica convencional.

PREVENCIÓN TERCIARIA.

REHABILITACIÓN.

- Se controlaran los niveles de bilirrubina en sangre.
- Se planea una dieta sin colesistoquinéticos.
- Instruir al cliente y a la familia sobre los cuidados a seguir.
- Dar apoyo psicológico sobre la cirugía realizada.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS.

La enfermedad es el resultado de un proceso dinámico en el que los agentes etiológicos y factores de riesgo interaccionan con el huésped. Entre el inicio de la exposición a los agentes y factores y el comienzo de la enfermedad existe un período de inducción/incubación, que suele ser corto para las patologías agudas (infecciosas) y accidentes y largo para las crónicas.

En la historia natural de las enfermedades suelen distinguirse tres periodos, prepatogénico, patogénico, y de resultados. El primero comienza con la exposición a los factores etiológicos o de riesgo y en él desempeñan un papel importante los elementos que favorecen la susceptibilidad del huésped para padecer la enfermedad. Los factores de riesgo, definidos como cualquier exposición, condición o característica que está asociada a una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad, puede ser no modificables (edad, sexo), o por el contrario, susceptibles de cambios producidos por actuaciones de prevención primaria, que pueden llegar a eliminarlos o, al menos, conseguir un descenso significativo de la exposición del sujeto a ello.

En el período patogénico se distinguen habitualmente signos y síntomas, en éste período se ha iniciado ya los cambios anatomopatológicos inducidos por el agente causal y, éstas alteraciones orgánicas ya son lo suficientemente importantes como para dar lugar a manifestaciones en el paciente.

La historia natural de las enfermedades acaba en un periodo de resultados, consecuencia del avance, o retroceso de las alteraciones orgánicas inducidas por los agentes causales (muerte, incapacidad, situación de enfermedad crónica o curación)

Los distintos niveles de actuación preventiva están en íntima relación con estas fases de la historia natural de las enfermedades:

Las actividades de prevención primaria son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Su objetivo es disminuir su incidencia. Este grupo de actividades se desarrolla en el período prepatogénico, antes del inicio de los estímulos inducidos por los factores etiológicos que provocarán la enfermedad. Dentro de las actividades de prevención primaria se incluyen generalmente las de promoción de la salud y protección específica.

Las actividades de prevención secundaria pretenden detener la evolución de la enfermedad, cuando aún los síntomas y signos no son aparentes, pero existen, y por ello permiten detectar precozmente el proceso patológico y poner en práctica las medidas necesarias para impedir su progresión. La prevención secundaria pretende reducir la prevalencia de la enfermedad. El núcleo fundamental de las actividades de prevención secundaria lo forman los programas de detección. Dentro de las actividades de prevención secundaria se incluyen el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.⁷³

Las actividades de prevención terciaria se definen como aquellas que están dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una persona con una enfermedad previamente establecida, entendiéndose su progresión y con ello la aparición o agravamiento de complicaciones e invalidez e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes.⁷⁴

Es una función esencial del equipo multidisciplinario de salud, ofrecer información adecuada en cuanto se refiere a los hábitos dietéticos, los efectos del tabaco, alcohol y otras drogas, recomendar el ejercicio físico adecuado a cada edad y detectar, a partir de la relación establecida con el paciente, los conflictos que pueden iniciarse por inadaptación personal o social.

Es necesario priorizar las necesidades según el sexo y la edad de las personas a las que nos dirigimos: así, mientras debe preocuparnos ofrecer servicios de planificación familiar, adecuados a la mujeres en edad fértil, entre otras cosas.

Es necesario que todos los miembros del equipo de salud se sientan protagonistas en el desarrollo de estas actividades ya que de esta forma estamos asegurando una prevención de enfermedades diversas y también estamos brindando las herramientas fundamentales para lograr una calidad de vida en el presente y en el futuro.⁷⁵

73. Martín Zurro A, et al. "Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica". 4ª edición. Harcourt. 1999. p. 423.

74. Ibidem p. 424.

75. Ibidem, p. 428.

V. CAPITULO II.

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.

HISTORIA CLÍNICA*

VALORACIÓN

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA.

NOMBRE: R. G. M. I.

Domicilio: 25 de Septiembre #873, Colonia Leyes de Reforma. Delegación: Iztapalapa.

Edad: 30 años. Nacimiento: 29/12/71. Lugar de N: Distrito federal.

Estado Civil: Soltera. Ocupación: Desempleada. Tel.: 56 37 40 26.

Habitación: Vive con el Hermano. Ingreso: 21/10/02.

PESO: 40,200 Kg T/A: 110/70.

Diagnostico de Ingreso: SÍNDROME ICTÉRICO OBSTRUCTIVO.

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE:

¿Respira usted bien? Si

¿Tose? Rara vez

¿Tiene secreciones? Ocasionalmente

¿Expulsa sangre al toser? No

¿Siente dolor al respirar? Cuando respiro profundo, por la sonda

¿Desde cuando sufre este problema? Desde que me la pusieron

1 semana 2 semanas. 1 mes 3 meses. 6 meses. 1 año + 1 año

¿Qué medios utiliza para facilitar su respiración?

Postura Humidificador Ejercicios respiratorios Respiración profunda Tose.

¿Fuma? No

1-3 4-6 7-10 11-15 16-20 21- +

¿Existen fumadores en su entorno? No

¿Ingiere drogas? No ¿De que tipo?

¿Sufrir alergias respiratorias? Hasta ahora no.

¿Tiene animales en casa? No

Perros. Gatos. Aves. Peces. Otros _____

¿Dónde trabaja el aire esta contaminado? No, trabajo de limpieza en casas particulares

¿Ha sufrido alguna enfermedad pulmonar?

T. B. Gripe Tos Asma. Bronquitis Neumonía

¿Tiene problemas de salud que repercutan en su forma de respirar? Si

Dolor. Fracturas. Inmovilidad parcial. Inmovilidad total. Otros: Por la sonda

¿En su domicilio cuentan con todos los servicios? Describa cuales: Los servicios de luz, agua, drenaje y recolección de basura.

¿Realiza algún deporte? No

Observaciones de enfermería: Solo se detecta dificultad respiratoria debido a las molestias ocasionadas por la colocación de la Sonda Nasogástrica, se mantiene con indicación de reposo absoluto por Cirugía reciente.

*Tomada de la Historia Clínica realizada durante el módulo de Enfermería Médico-Quirúrgica de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA:

¿Cuántos vasos de agua toma al día? Regularmente 2 o 2 y medio litros

¿Qué líquidos de agradan? No importa, de la que halla Desagrada: _____

¿A que temperatura le gusta tomar los líquidos?

Helados. Frios Calientes. Muy calientes.

¿Se le seca frecuentemente la boca? No

¿Suda mucho en su actividad diaria? No mucho

¿Presenta edema en la manos o pies? Regularmente no

¿Le da sed? Mucha. Regular Poca.

Observaciones de enfermería: La cliente en el momento actual se encuentra con edema de extremidades, también se observa ligera deshidratación de mucosas orales.

3. MANTENIMIENTO DE UN PORTE SUFICIENTE DE ALIMENTO:

¿Cómo considera que es su alimentación? Regular, aunque no siempre tiene para comer de todo

¿Tiene usted buen apetito? Regular

¿Sigue usted alguna dieta? No

¿Por momentos presenta usted?

Mareos Debilidad de piernas Dolor de cabeza. Dolores articulares.

Manchas en la piel Caída de dientes. Caída del pelo.

¿Tiene preferencia por algunos alimentos? no ¿Cuales? Lo que tengamos

¿Acostumbra ingerir alcohol? No

¿Con que frecuencia consume los siguientes alimentos? 2 o 3 veces por semana

Lácteos Pastas Frutas Verduras Carnes Cereales

Embutidos Enlatados Refrescos Huevo Dulces Frituras

¿Tiene dificultad para masticar? No

¿Tiene dificultad para deglutir? No

¿Utiliza prótesis dentales? No

¿Es alérgico a algún alimento? No

¿Tiene problemas digestivos? Si

Gases. Dolores Nauseas Ardor. Diarrea Salpullido

Pesadez. Vómito Mareos

¿Tiene problemas para evacuar? Si, en ocasiones cambia el color a blanquicco

¿Cuántas veces evacua al día? 1 vez al día

¿Últimamente ha subido de peso? no ¿Cuanto? _____

¿Últimamente ha bajado de peso? No ¿Cuanto? _____

¿Practica algún deporte? No ¿Cual? _____

Observaciones de enfermería: En el momento actual, hay alteración del patrón de eliminación, debido a la suspensión de la vía oral, por la cirugía hepática y colocación de la sonda nasogástrica.

4. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS, INCLUIDOS LOS EXCREMENTOS:

| | EVACUACIÓN | MICCIÓN. | | |
|--|-------------------|------------------|-----------------|--------------|
| ¿Frecuencia? | 1 veces al día. | 3 al día. | | |
| ¿Color? | Café o blanquizco | Amarillo oscuro. | | |
| ¿Consistencia? | Normal. | Normal. | | |
| ¿Queda con la sensación de ? | No. | No. | | |
| ¿Lleva bolsa para recolectar? | No. | No | | |
| ¿Experimenta retención? | No. | No. | | |
| ¿Presenta Dolor? | No. | No. | | |
| ¿Tiene sangrado? | No. | No. | | |
| ¿Incontinencia? | No. | No. | | |
| ¿Tiene deseos frecuentes y no puede? No. | No. | No. | | |
| ¿Influye su nerviosismo para? | No. | No. | | |
| ¿Le molesta la falta de intimidad para? Si. | | Si. | | |
| -¿Tiene alguna enfermedad como? <u>No ninguna.</u> | | | | |
| Hemorroides. | Estreñimiento. | Cistocele. | Rectocele. | Infecciones. |
| Otros _____ | | | | |
| -¿Su transpiración es? | Abundante. | Escasa. | <u>Regular.</u> | |
| -¿Presenta secreciones vaginales? <u>No</u> _____ | | | | |
| ¿Olor? <u>No</u> _____ | | | | |
| ¿Color? _____ | | | | |
| ¿Presenta? Dolor. | Ardor. | Comezón. | Otras _____ | |
| Observaciones de enfermería: <u>Actualmente se detecta falta de evacuación debido a que su alimentación es solo a través de la Nutrición Parenteral Total. Se mantiene con sonda de Foley a derivación con orina de color amarilla, concentrada.</u> | | | | |

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO:

| | | | | | |
|--|-----------------|------------------|--------------|-----------|--|
| ¿Tiene problemas para conciliar el sueño? <u>Regularmente no</u> _____ | | | | | |
| ¿Causa? | | | | | |
| <u>Enfermedad</u> Dolor. | <u>Comezón.</u> | Ardor. | Ruido. | Problemas | |
| gástricos. | | | | | |
| <u>Problemas Económicos.</u> | Familiares. | <u>Ansiedad.</u> | Otros: _____ | | |
| ¿Hace algo para mejorarlo? <u>No</u> _____ | | | | | |
| ¿Duerme durante el día? <u>No</u> _____ | | | | | |
| ¿Hace ejercicio durante el día? <u>No</u> _____ | | | | | |
| ¿Tiene alguna limitación física? <u>No</u> _____ | | | | | |
| ¿Usa algún instrumento para desplazarse? <u>No</u> _____ | | | | | |
| ¿Ha sufrido alguna lesión que dificulte su movilidad? <u>Solo las cirugías, pero no me duelen.</u> | | | | | |
| ¿Se traslada solo o con ayuda? <u>Sola</u> _____ | | | | | |
| ¿Tiene algún miembro artificial? <u>No</u> _____ | | | | | |
| ¿Transporta cosas pesadas en su trabajo u hogar? <u>Regularmente no</u> _____ | | | | | |
| ¿Adopta posturas incómodas? <u>No</u> _____ | | | | | |

¿Permanece mucho tiempo de pie? Caminando
 ¿Permanece mucho tiempo sentado? No
 ¿Tiene problemas para adoptar alguna postura? No
 ¿Puede hacer cambios de posición solo? Si
 ¿Cuántas almohadas utiliza para dormir? Solo una
 ¿Puede acostarse y levantarse solo de la cama? Si
 ¿En alguno de sus miembros experimenta?
 Dolor. Temblor. Debilidad. Rigidez. Calambres. Entumecimientos.
 Varices. Férulas. Otros
 ¿Sufre problemas cardiacos? No
 ¿El médico le ha indicado que disminuya su actividad? No
 Observaciones de enfermería: Se encuentra actualmente en reposo absoluto por la cirugía abdominal, presente insomnio nocturno ocasional y somnolienta durante el día

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL:

¿Cuenta usted con compañía?
 Esposo. Hijos. Padres. Hermanos. Todos los anteriores.
 ¿Su comunicación con su pareja es?
 Buena. Regular. mala.
 ¿Presenta algún límite social para comunicarse con los demás? Pues no.
 ¿Escucha bien? Si
 ¿Deficiencias visuales? No
 ¿Alteraciones en el habla? No
 ¿Idioma distinto? No
 ¿Pertenece a algún grupo social? No
 Intelectual. Recreativo. De beneficencia. Religioso. Otro _____
 ¿Considera que es una persona?
 Alegre. Sociable. Triste. Deprimida. Solitaria. Inquieta.
 Enojona. Pesimista. Optimista.
 ¿Cómo es su relación con sus vecinos? Regular, no salgo mucho por mi trabajo
 Observaciones de enfermería: Se detecta aislamiento, ella manifiesta que es por la dificultad que presenta para hablar con la sonda, no tiene marido y vive con su hija y padre, con quien se lleva bien

7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO:

¿Su vista es lo suficientemente buena como para permitirle evitar cualquier peligro.? Si
 ¿Su audición es adecuada para advertirle del peligro de su entorno.? Si
 ¿Se siente a veces mareado.? No
 ¿Se siente a veces desorientado? No
 ¿Cuando viaja en coche se pone el cinturón de seguridad? No
 ¿En su casa y trabajo esta atento a cualquier peligro que pueda sufrir? Si
 ¿Su trabajo supone un alto nivel de riesgo.? No

- ¿Existe ruido intenso en su trabajo? No
- ¿Utiliza medidas de protección como casco, gafas, guantes, o protección auditiva en su trabajo? No
- ¿Practica deporte con la protección necesaria.? No
- ¿Es alérgico a sustancia o medicamentos.? No. ¿Cuáles? _____
- ¿Consumes? Café. Cigarros. Alcohol. Drogas. Narcóticos.
- Observaciones de enfermería: Se mantiene en reposo absoluto, presenta debilidad muscular por el reposo y la herida quirúrgica se mantiene sin datos de alteración.

8. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES:

- ¿Cuáles son tus diversiones favoritas.? Ver la televisión y escuchar el radio
- ¿Tienes preferencia en relación con?:
 Los objetos Los animales. Las personas.
- ¿Tienes programas favoritos de televisión.? Si las novelas
- ¿Ha habido recientemente cambios importantes en su familia.? Solo por mi enfermedad, se sienten incapaces de hacer lo necesario para que me recupere, pero confían que dentro del hospital me recupere pronto.
- ¿Tiene actualmente inquietudes o problemas que le abrumen.? Mi enfermedad, porque no se que es lo que pasara y si me recuperaré o no
- ¿Cómo se siente con su familia desde que comenzó el padecimiento actual.? Inseguros de lo que pasará conmigo, principalmente mi papá.
- ¿Convive usted con sus vecinos.? Muy poco, solo lo necesario
- ¿Forma usted parte de asociaciones culturales, profesionales, deportivas.? No
- ¿Cómo considera que es su relación afectiva con los demás.? Solo es buena con mi familia.
- ¿Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaria.? Si, porque no se si me hace daño andar para allá y para acá.
- ¿Qué siente en relación con la forma de ocupar su tiempo.? Pues nada, no me llaman la atención muchas cosas
- En medio de todas sus actividades, ¿le queda a usted tiempo para pensar en si mismo y en su evaluación personal? Pues que tal vez podría hacer otras cosas, pero se necesita dinero para hacer las cosas.
- Observaciones de Enfermería: No se ve muy animada con su desarrollo personal, el principal motivo es su estado de salud y la falta de dinero.

EXPLORACIÓN FÍSICA

CABEZA: Normocéfala, cabello bien implantado, ligeramente opaco, cejas y pestañas bien implantadas, pupilas isocóricas, escleróticas con tinte icterico, narina izquierda con obstrucción debida a sonda nasogástrica drenando liquido biliar, mucosas orales semihidratadas, piezas dentales sin alteraciones aparentes, ictericia generalizada en piel facial.

CUELLO: centrado, simétrico, sin presencia de ganglios crecidos, traquea céntrica, con presencia de ligero malestar al movimiento, se observa ictericia en piel y ligera resequedad, con descamación escasa.

TÓRAX: sin presencia de alteraciones en la piel, con adecuados movimientos ventilatorios y expansión pulmonar, mamas simétricas sin alteración, ruidos cardiacos regulares y sin alteraciones, se observa ictericia generalizada con descamación escasa.

EXTREMIDADES SUPERIORES: simétricas, con adecuado rango de movimiento, con presencia de múltiples punciones y catéter largo en miembro torácico izquierdo, ictericia generalizada, con presencia mayor en área palmar, y con descamación escasa.

ABDOMEN: blando, depresible, doloroso, con cicatriz quirúrgica anterior central diagonal entre cuadrantes derecho e izquierdo, la actual se encuentra en cuadrante superior derecho en posición diagonal, afrontada y sin presencia de infección, con presencia de movimientos peristáltico de intensidad 3-4 por minuto, se detecta ictericia en piel sin descamación.

GENITALES EXTERNOS: de acuerdo a edad y sexo, con presencia de sonda de Foley a derivación, drenando orina oscura, concentrada, escasa, no se detectan alteraciones en introito y área perineal.

EXTREMIDADES INFERIORES: simétricas con presencia de reflejos tendinosos normales, con ligera resistencia a la movilidad, se observa edema retromaleolar y tibial de (+), se detecta ictericia general, más marcada en área plantar y con presencia de descamación.

INDICACIONES MÉDICAS.

21/10/02

1. Dieta blanda sin colecistoquinéticos, alta en líquidos.
2. S. V. T. y C. G. E, curva térmica.
3. Reposo absoluto.
4. Tomar PFH completo BH, EGO, tomar U. S. G. de hígado y vías biliares.
5. Sucralfato 1 gr V.O c/6 hrs.
6. Colestiramina tab. C/8 hrs.

10/11/02

INDICACIONES.

1. AYUNO.
2. C G E Y S V T.
3. SOLUCIÓN Mixta De 1000 cc al 10% para 12 horas.
4. N. P. T: 1000 cc al 10% para 12 h

Frasco 1: S. G. 10%: 500 cc.
Aminoácidos cristalinos 8.5%: 500 cc.
Gluconato de calcio: 1 gr.
Vitamina C: 1 gr.
K C L : 20 mEq.
Insulina de acción rápida: 10 UI
Heparina: 500 UI
Oligoelementos: 5 cc.
M V I: 1 frasco.

Frasco 2: S. G. 10%: 500 cc.
Aminoácidos cristalinos 8.5%: 500 cc.
Gluconato de calcio: 1 gr.
Vitamina C: 1 gr.
K C L : 20 mEq.
Insulina de acción rápida: 10 UI
Heparina: 500 UI

5. MEDICAMENTOS;

- Ketorolaco 30 mg. I V c/8 hrs.
Ceftriaxona 1 gr. I V c/12 hrs.
Ranitidina 50 mg. I V c/8 hrs.
Metoclopramida 10 mg. I V c/8 hrs.
6. Reponer perdidas de Sonda Naso-gástrica con Hartmann 1-1.
 7. Rutina de Sala.
 8. Reposo absoluto.
 9. Recabar Laboratorios.
 10. Cuidados de herida Quirúrgica.

12/11/02

INDICACIONES:

1. AHNO.
2. SVT, CGE, 2 por turno.
3. solución mixta de 1000 p/12 hrs.
4. NPT solución al 10% 1000 cc p/24 hrs.
 - S. G. 10%: 500 cc.
 - Aminoácidos cristalinos 8.5%: 500 cc.
 - Oligoelementos: 5 cc.
 - M V I: 1 frasco.
 - Gluconato de calcio: 1 gr.
 - K C L : 40 mEq.
 - Insulina de acción rápida: 10 UI
 - Heparina: 500 UI
 - Vitamina C: 1 gr.
5. Reponer pérdidas de SNG con solución Hartmann.
6. Verificar permeabilidad de la SNG por turno (por gravedad).
7. Cuidados de sonda Foley, catéter central, SNG y Penrose.
8. Medicamentos.
 - Ketorolaco 30 mg. IV c/8 hrs. PRN.
 - Ranitidina 50 mg. IV c/8 hrs.
 - Metoclopramida 10 mg. IV c/8 hrs.
 - Ceftriaxona 1 gr. IV c/12 hrs
 - Furosemida 40 mg. iv cada 8/ horas..
9. Azul de Metileno 2 cc + 8 cc de solución X SNG, dosis única.
10. USG hepático, vías biliares, páncreas y riñón.
11. Deambulación y baño.

15/11/02

1. Dieta de 1200 cal. c/35 gramos de proteína fija.
2. Sonda nasogástrica a derivación.
3. Sonda foley a derivación.
4. Cuidados de herida quirúrgica.
5. Drenaje de penrose en flanco derecho, drenaje escaso.
6. Catéter central en M T I.
7. Venoclisis en M T I permeable.
8. Vendaje abdominal.
9. Control de líquidos.
10. Solución Glucosada 10% 1000 p/24 hrs.
11. MEDICAMENTOS:
 - Ketorolaco P R N.
 - Ceftriaxona 1 gr. I V c/12 hrs.
 - Ranitidina 50 mg. I V c/8 hrs.
 - Metoclopramida 10 mg.. I V c/8 hrs.
12. Retirar catéter largo.
13. Suspender N P T.
14. De ambulación y baño.

18/11/02

INDICACIONES:

1. Dieta de 1200 calorías, fija en 35 gr. de proteínas en 24 horas.
2. SVT y CGE 2 veces por turno.
3. Solución Glucosada al 10% 1000 cc p/24 horas.
4. Medicamentos.
Ketorolaco 30 mg. IV PRN.
Vitamina K 25 mg. IV c/24 hrs.
Ranitidina 50 mg. IV c/8 hrs.
Metoclopramida 10 mg. IV c/8 hrs.
5. Deambulación y baño.
6. SOLICITAR PASE A OTRA INSTITUCIÓN.

RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

26/10/02

| | |
|-----------------------------|---------------------------|
| Urea total: 88 mg./dl | Albúmina: 2.5 g/dl |
| Urea nitrogenada: 41 mg./dl | A/G: Glucosa: 0.53 ratio. |
| Creatinina: 1.9 mg./dl | Glucosa: 77 mg./dl |
| AST: 184 IU/L | Ca: 6.9 mg./dl |
| Proteínas Totales: 7.3 g/dl | |

29/10/2002

| | | | |
|---------------|----------|------------|----------------|
| LABORATORIOS: | 29/10/02 | | |
| Hb: 8.2 | TP: 12 | Creat: 1.9 | Prot, tot: 7.3 |
| Hto: 25% | TTP: 33 | Ast: 184. | Alb: 2.5. |
| Pla: 350 mil. | Gluc: 77 | BUN: 41 | Calcio: 6.9 |
| | | Urea: 88 | |

05/11/02

| | |
|-------------------|------------------|
| WBC: 8.0 k/ u L. | RBC: 3.75m/dl. |
| LYM: 1.3 R2 15.8% | HGB: 10.1g/dl. |
| MID: 0.6 7.3%M | HCT: 31.5% |
| GRAN: 6.2 76.9% G | PLT: 268 K/ u L. |

Urea nitrogenada: 36 mg./dl
Creatinina: 2.1 mg./dl
Bilirrubina directa: 7.5 mg..
Bilirrubina total: 11.0 mg./dl
AST: 167 IU /L
Proteínas Totales: 7.6 g/dl
Albúmina: 2.4 g/dl
A/G: Glucosa: 0.47 ratio.
Glucosa: 116 mg./dl

30/10/02

Bilirrubina total: 12.31 mg./dl
B. D.: 10.37 mg./dl

B. I: 1.94 mg./dl
TGP: 190 U/L
TGO: 188 U/L
ALP: 3118 U/L

E. G. O.

| | | | |
|----------------|-----------------------------|----------------|----------------|
| Densidad: 1030 | pH: 6 | Alb: huellas. | Glucosa: neg. |
| Acetona: + | Hb: - | Sed. Leuc: 0-1 | Eritrocitos: - |
| Cilindros: - | Cristales: Urato de amonio. | | |

| | | |
|------------------|--------------------|-----------|
| Hb: 8.2 mg./dl | Linfocitos: 25 | T.P: 12'' |
| Hcto: 2.5 mg./dl | Segmentados: 75 | TPT: 34'' |
| C. M. H. G: 32. | Plaquetas: 350,000 | |

Leucocitos: 7.700

ELECTROLITOS SÉRICOS:

| | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|
| Cl: 111.0 mEq/L | Sodio: 141.0 mEq/L. | Potasio: 4.4 mEq/L. |
|-----------------|---------------------|---------------------|

11/11/02

PRUEBAS DE COAGULACIÓN.

| | |
|----------|-----------|
| Tp: 15'' | TPT: 42'' |
|----------|-----------|

WBC: 7.3 k/uL.

LYM: 1.3 R2 15.8%

MID: 0.5 7.3%M

GRAN: 5.6 76.9% G

20-05-2000. RESULTADOS DE ULTRASONIDO ABDOMINAL.

Hígado de forma y situación normales, bordes regulares, definidos. Parénquima hepático homogéneo, sin evidencia de lesiones focales o difusas, ni colecciones o calcificaciones, vascularidad hepática y vías biliares intra y extra hepáticas conservadas dentro de límites de la normalidad.

Vena porta: 12 mm. Colédoco: 6 mm. No se visualiza vesícula biliar.

CONCLUSIÓN:

Hígado normal, Vías Biliares no se visualizaron.

17/11/02. RESULTADOS DE USG: HEPÁTICO, RENAL, VÍAS BILIARES, PÁNCREAS, BAZO.

Se observa hígado de forma y situación normal, con parénquima homogéneo, sin alteraciones. La vascularidad hepática es de características normales. Vía biliar intra hepática ligeramente dilatada. Colédoco de 6 mm.

Vesícula biliar no se visualizo por antecedentes quirúrgicos de la cliente. Páncreas de características normales, con dimensiones de 17, 13 y 18 mm, en cabeza, cuello y cuerpo respectivamente. Bazo de forma y situación normal, de aspecto homogéneo, sin evidencia de lesiones focales y con dimensiones de 154 X 62 mm.

Ambos riñones de forma y situación normal, bordes regulares y definidos, no hay evidencia de lesión focal ni dilatación calicial, dimensiones de riñón Derecho: 91X26X21 mm riñón Izquierdo 91X28X22 mm.

CONCLUSIÓN:

- Dilatación moderada de vía biliar.
- Esplenomegalia.

PLAN DE ATENCIÓN.

ANÁLISIS CLÍNICO ENFERMERO.

Como resultado de la valoración aplicada a la usuaria con diagnóstico de Síndrome Ictérico Obstructivo, se detectó lo siguiente: Cliente son 30 años de edad, nacida en el Distrito Federal, soltera, desempleada, con un peso de 40.2 Kg y con una T/A 100/70, con los siguientes datos relevantes:

Tose rara vez, tiene secreciones ocasionalmente, siente dolor al respirar por la sonda, desde que se instaló, evitándolo con la postura, su problema que repercute en su forma de respirar es el dolor, por la sonda; la cliente actualmente presenta retención de líquidos y edema de extremidades, también deshidratación de las mucosas orales; Considera su alimentación regular, aunque no siempre tiene para comer de todo, por el momento presenta mareos, debilidad de piernas y manchas en la piel, tiene dificultad para masticar y deglutir por la sonda, ahora se encuentra alteración del patrón de eliminación, debido a la suspensión de la vía oral, por la cirugía hepática y colocación de la sonda nasogástrica; Evacua 1 vez al día, Café o blanquizco, de consistencia normal, con molestia por la falta de intimidad, la MICCIÓN es escasa, Color Amarillo oscuro, se detecta falta de evacuación debido a la supresión de la alimentación oral, se mantiene con sonda de Foley a derivación con orina de color amarilla, concentrada; Tiene problemas para conciliar el sueño, a Causa de su Enfermedad, por la comezón, y problemas económicos, manifiesta ansiedad, se encuentra actualmente en reposo absoluto por la cirugía abdominal, presente insomnio ocasional y somnolienta durante el día; Se detecta aislamiento, ella manifiesta que es por la dificultad que presenta para hablar con la sonda; Se mantiene en reposo absoluto, presenta debilidad muscular por el reposo y la herida quirúrgica se mantiene sin datos de alteración; Los cambios importantes en su familia han sido por su enfermedad, se sienten incapaces de hacer lo necesario para que se recupere, pero confían en el hospital, no sabe que es lo que pasará y si se recuperará o no.

En la Exploración Física se detecto: Cabello ligeramente opaco, escleróticas con tinte icterico, narina izquierda con obstrucción debida a sonda nasogástrica drenando liquido biliar, mucosas orales semi-hidratadas, ictericia generalizada en piel facial; En el cuello traquea con ligero malestar al movimiento, se observa ictericia en piel y ligera resequedad, con descamación escasa; En el Tórax: se observa ictericia generalizada con descamación escasa; En las Extremidades Superiores se detecto presencia de múltiples punciones y catéter largo en miembro torácico izquierdo, ictericia generalizada, con presencia mayor en área palmar, y con descamación escasa; El Abdomen doloroso, con cicatriz quirúrgica anterior central entre cuadrantes superiores derecho e izquierdo, la actual se encuentra en cuadrante superior derecho en posición diagonal, se detecta ictericia en piel sin descamación; Genitales Exteriores con presencia de sonda de Foley a derivación, drenando orina concentrada, escasa; Extremidades Inferiores con ligera resistencia a la movilidad, se observa edema retro-maleolar y tibial de (+), se detecta ictericia general, más marcada en área plantar y con presencia de descamación.

Al comenzar la aplicación del Plan de Cuidados de Enfermería se encontraron las siguientes indicaciones relevantes: dieta blanda sin colecistoquinéticos, alta en líquidos, curva térmica, Sucralfato, Colestiramina, solución Mixta al 10%, N. P. T: 1000 cc al 10%, Ketorolaco, Ceftriaxona, Ranitidina, Metoclopramida, Reposición de perdidas de Sonda Naso-gástrica, Cuidados de sonda Foley y catéter central, Deambulacion y baño.

Las indicaciones que permanecieron hasta antes de su traslado fueron: Dieta de 1200 cal. c/35 gramos de proteína fija, Sonda nasogástrica a derivación, Sonda foley a derivación, Cuidados de herida quirúrgica y del drenaje de Penrose en flanco derecho, de Catéter Central, Vendaje abdominal, Control de líquidos, Solución Glucosada 10% 1000 p/24 hrs, Ketorolaco, Ceftriaxona, Ranitidina,

Metoclopramida, deambulación y baño, finalmente le fué retirado el catéter largo y se suspendió la Nutrición Parenteral Total.

En estos se detectaron altos los niveles de Urea total alta, Urea nitrogenada, AST, Creatinina, Bilirrubina directa, Bilirrubina total, y se encontraron bajos los niveles de Calcio, Hemoglobina y Hematocrito.

De acuerdo con estos hallazgos, siguiendo las 8 necesidades del modelo de atención de Enfermería de Orem, y dando prioridad a estas según ponen en peligro la vida de la usuaria, se elaboran los Diagnósticos de Enfermería.

Requisito Universal: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

| DIAGNOSTICO | OBJETIVO | INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|---|---|---|---|
| <p>Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con tratamiento médico (reposo absoluto y S. N. G.), manifestado por aleteo nasal.</p> <p>* Dx. NANDA. TAXONOMÍA II. p. 162</p> | <p>La cliente evitará en la medida de lo posible, la presencia de complicaciones derivadas del tratamiento mediante la intervención de enfermería durante su estancia en el servicio de Terapia Intermedia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◀ Valorar los campos pulmonares 2 veces por día y vigilar los signos vitales 2 veces por turno. ◀ Establecer cambios de posición cada 2 horas: decúbito dorsal, lateral izquierdo, derecho, semifowler o fowler. ◀ Animarle a que respire profundamente y que haga ejercicios respiratorios 1 vez por turno, según sus posibilidades. ◀ Proporcionar y enseñar a realizar ejercicios con un frasco con agua, soplando con un popote por turno. ◀ Programar sesiones de drenaje postural y palmopercusión para facilitar la movilización de las secreciones. - Verificar indicaciones médicas para verificar la suspensión de la Sonda Nasogástrica y deambulación. - Favorecer la movilización tan pronto como sea indicado. - Aumentar gradualmente la movilización para mejorar la función respiratoria y disminuir la disnea. | <ul style="list-style-type: none"> ◀ Los pulmones se dividen fisiológicamente en lóbulos, 2 izquierdos y 3 derechos. ◀ Al estar recostado sobre la espalda hace que los órganos abdominales compriman los pulmones, causando disnea. ◀ La expiración es la expulsión del aire pulmonar mediante relajación del tórax y abdomen. ◀ La oxigenación depende de la capacidad de los pulmones para introducir oxígeno en la sangre y la capacidad del corazón para bombearla al cuerpo. ◀ El movimiento corporal es un método fisiológico que produce movimiento de los fluidos corporales. - La movilización se realizará bajo indicación y valoración. - La actividad física aumenta el requerimiento de las células de oxígeno, por lo que la actividad será progresiva. | <p>Se detectó ligero estertor en ambos pulmones en área basal.</p> <p>Se realizó cambio de posición y ejercicios respiratorios, eliminando los estertores en 5 días.</p> <p>Solo se realizaron sesiones de palmopercusión, por indicación de reposo absoluto.</p> <p>Tras la indicación médica se inició la deambulación y se retiró la sonda nasogástrica, mejorando considerablemente la ventilación.</p> |

Requisito Universal: Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

| DIAGNOSTICO | OBJETIVO | INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|---|--|---|--|
| <p>Exceso de volumen de líquidos, relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores, manifestado por edema y oliguria.</p> <p>* Dx NANDA. TAXONOMÍA II. p. 212</p> | <p>La cliente deberá mantener un balance neutro entre la ingesta y eliminación de líquidos, durante su estancia en el servicio de Terapia Intermedia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◀ Se vigilará estrictamente el ingreso y egreso de líquidos en la cliente, vía oral y parenteral mediante hoja de control de líquidos diario. ◀ Se deberán elevar las extremidades edematosas periódicamente a un nivel más alto que el resto del cuerpo. ◀ Se cambiará la postura del cliente con intervalos establecidos de 2 horas. - Limitar la administración de cloruro de sodio, restringiéndolo únicamente al administrado por la solución parenteral. - Vigilar constantemente la solución parenteral administrada que pase en el tiempo correspondiente, 1000 cc para 24 horas. - Se administrará Furosemida 40 mg. iv cada 8/ horas. - Ayudar al cliente a realizar ejercicios pasivos, activos e isométricos de las extremidades para favorecer la circulación sanguínea e intersticial. | <ul style="list-style-type: none"> ◀ La ingesta de líquidos se regula mediante la sed, y la diuresis mediante la capacidad del riñón para filtrar y excretar orina. ◀ Las extremidades, por su posición corporal, son susceptibles de acumular líquidos. ◀ El agua se acumula en tres espacios, en los vasos sanguíneos, espacio intersticial y dentro de las células. - El sodio es un catión que facilita la retención de agua corporal, a nivel renal, proporcionando el 90 % del soluto extracelular. - Las soluciones parenterales entran directo a la circulación, por lo que su administración deberá ser controlada. - El Furosemida es un diurético que actúa en la rama ascendente del asa de Henle. - El edema inhibe el flujo sanguíneo hacia los tejidos, produciendo una pobre nutrición celular y riesgo de lesión. | <p>La cliente presentó una curva neutra y posteriormente negativa, tras el control de líquidos. Se realizó movilización pasiva y cambio de posición, disminuyendo el edema de extremidades. Tras la administración de Furosemida, se obtuvo mayor eliminación urinaria. Se eliminó la administración de Furosemida por orden médica tras el informe de enfermería de balance -, e inició la deambulación</p> |

Requisito Universal: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.

| DIAGNOSTICO | OBJETIVO | INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|---|--|--|---|
| <p>Desequilibrio nutricional por defecto, relacionado con incapacidad e indicación de digerir, manifestado por ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.</p> <p>* Dx. NANDA. TAXONOMÍA II. p.153</p> | <p>La cliente mantendrá un nivel nutricional dentro de parámetros normales mediante la administración y ministración de Nutrición Parenteral Total.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◀ Se valorará el peso y la estatura de la cliente para conocer sus necesidades calóricas según su condición actual. - Se valorara el estado general del cliente, para inicial la alimentación, según el protocolo a seguir posterior a la cirugía y colocación de la S.N.G. - Valorar las características del drenaje de la S. N. G., según la cual se iniciará alimentación. - Se iniciara la administración y preparación de la Nutrición Parenteral, según indicaciones médicas y con técnica aséptica. - Se administrará la Nutrición con estricto control aséptico, y en horario correcto auxiliado por bomba de infusión. - Se valorará constantemente el estado del cliente para iniciar la vía oral. - Al tolerar la vía oral se iniciará la administración progresiva de dieta sin colecistoquineticos y la valoración correspondiente. | <ul style="list-style-type: none"> ◀ El cuerpo necesita un nivel mínimo de nutrientes para mantener la salud, el desarrollo y la regeneración celular. - Las necesidades nutricionales aumentan en caso de infección, traumatismos o cirugía. - El contenido gástrico en ayunas es de color claro, ligeramente turbio y con pH ácido. - El hígado es el principal órgano metabólico de los alimentos, que auxiliado por la vesícula biliar descompone las grasas. - La N. P. T., es una fuente directa de nutrientes, que por su contenido calórico y de aminoácidos es una fuente de fácil contaminación. - La NPT, por sus componentes puede ser nefrotóxico. - La alimentación por vía oral es la optima para el organismo, pues ésta es la vía natural de alimentación. | <p>Se observó drenaje viliaren cantidad moderada. Se administra y ministra Nutrición Parenteral Total según orden médica.</p> <p>Tras la administración por 5 días de la N.P.T. se suspende por posible daño renal.</p> <p>10 días posteriores a la administración de la NPT, se inicia a dieta blanda, progresando hasta la normal sin colesistoquinéticos, tolerando adecuadamente.</p> |

Requisito Universal: Provisión de cuidados asociados con los procesos de Eliminación de desechos.

| DIAGNOSTICO | OBJETIVO | INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|--|--|--|--|
| <p>Riesgo de estreñimiento, relacionado con actividad física insuficiente y cambios ambientales recientes.</p> | <p>Que la cliente mantenga la función intestinal dentro de rangos aceptables, mediante las intervenciones de enfermería.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◀ Valorar la frecuencia y características de la eliminación intestinal. ◀ Registrar la frecuencia, color, olor, consistencia y molestias que se presentan en la evacuación. ◀ Valorar la motilidad intestinal para iniciar un tratamiento que favorezca la eliminación en caso de presentar alteración. ◀ Iniciar ejercicios de motilidad intestinal al iniciar la vía oral, como el masaje en sentido de las manecillas del reloj, tres veces por turno. ◀ Realizar cambios de posición de descanso, que faciliten la irrigación sanguínea ◀ Iniciar la movilización del cliente, con horarios de actividad física activa y pasiva. ◀ En caso de no obtener evacuación en 24 horas posteriores a la alimentación oral sólida, indicar al médico la necesidad de medicamentos auxiliares en el vaciamiento gástrico. | <ul style="list-style-type: none"> ◀ Las características normales de las heces son: color café marrón, olor característico, consistencia semi sólida, con pH (<u>alcalino</u>). ◀ El tipo de los alimentos cambian el color, olor, consistencia y cantidad de las evacuaciones. ◀ Los movimientos intestinales son de 6-12 por minuto normalmente, en caso de detectar menos de 6 se considera ileo paralítico. ◀ La actividad física y la cantidad y frecuencia de la alimentación produce variación en el tono muscular y el peristaltismo. ◀ El sedentarismo es un factor de riesgo para el estreñimiento, aunado al tipo de alimentación. ◀ La actividad física estimula la circulación, y el tono muscular, además facilita la eliminación. ◀ El Psyllium Plantago es polvo obtenido de una semilla con propiedades laxantes que aumentan el volumen y ablandan la masa fecal en el intestino. | <p>La cliente evacua el 4° día posterior a la cirugía, en cantidad escasa, color y olor normal.</p> <p>Al iniciar la vía oral, con alimento sólido, evacuo al 3er día, iniciándose ese día los ejercicios.</p> <p>Se le administró psyllum plantago por indicación médica el 2° día posterior al los ejercicios, por presentar evacuaciones sólidas y en cantidad escasa.</p> <p>Tras ejercicios y medicamento se regularizó la evacuación</p> |

* Dx. NANDA.
TAXONOMÍA
II. p. 96

Requisito Universal: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

| DIAGNOSTICO | OBJETIVO | INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|--|---|--|--|
| <p>Deterioro de la movilidad física, relacionado con prescripción de restricción de la movimientos, manifestado por enlentecimiento y dificultad para girarse en la cama e indicación de reposo absoluto.</p> <p>* Dx. NANDA. TAXONOMIA II. p 146</p> | <p>La cliente aumentará su actividad progresivamente, conforme a su tratamiento y requerimientos, para mantener su bienestar muscular.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◀ Tomar signos vitales para conocer el estado general y la capacidad para la actividad. ◀ Establecer periodos de sueño y descanso adecuados y vigilar si realmente duerme y descansa, para planear la intervenciones necesarias. ◀ Iniciar las actividades físicas progresivamente: movimientos pasivos, movimientos activos, movilización por secciones y finalmente movilización completa con auxilio de terceros ◀ Iniciar la deambulación tras orden médica. ◀ Evaluar el estado nutricional de la cliente y vigilar estrechamente la ingesta de alimentos en las horas establecidas, e insistir en la importancia de su consumo. ◀ Hacer énfasis en proporcionar una dieta nutritiva, equilibrada y servida con una presentación agradable al tolerar la vía oral. ◀ Estimular a la cliente a que realice actividades durante el día dentro de lo permitido como caminar con sus familiares dentro del servicio. | <ul style="list-style-type: none"> ◀ La alteración en el funcionamiento corporal se refleja en las constantes vitales. ◀ El sueño y el descanso son indicadores de relajación que regularmente están presentes en ausencia de estrés, ansiedad o de alguna patología. ◀ La ingesta calórica se ve influenciada por la edad, el sexo y la rutina diaria, las costumbres de cada individuo y la zona geográfica en que vive. ◀ el músculo en reposo produce atrofia. ◀ La dieta debe satisfacer los requerimientos energéticos para evitar enfermedades. ◀ El baño diario con agua caliente además de ser una medida de higiene, proporciona relajación y descanso. ◀ La actividad física, es un método de interacción social y es un medio que permite tener una actividad física constante y que ayuda a una mejoría gradual en el estado de ánimo y de salud | <p>En los signos vitales se detecto ligero aleteo nasal causado por la S. O. G., por lo que se inicio con movimientos controlados.</p> <p>La cliente comenzó a aumentar la ingesta de alimentos y la actividad progresiva hasta deambulación, aunque se fatigaba fácilmente.</p> <p>Tras 2 días de iniciada la deambulación, la tolerancia a la actividad aumento considerablemente.</p> |

Requisito Universal: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la Interacción social.

| DIAGNOSTICO | OBJETIVO | INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|--|--|--|---|--|
| <p>Deterioro de la adaptación, relacionado con actitudes negativas hacia la conducta de salud, manifestado por negación del cambio del estado de salud.</p> <p>* Dx. NANDA. TAXONOMIA II. p 16</p> | <p>Que la cliente conozca su enfermedad, así como su pronóstico, para disminuir su estado de ansiedad y mejorar su adaptación.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◀ Valorar el factor etiológico: cambio repentino del estilo de vida por enfermedad hepática. ◀ Pedir que narre su situación y lo sucesos que considere desafortunados con relación a su enfermedad. ◀ Valorar tono de voz, intensidad, expresión facial, contacto visual, posición del cuerpo. ◀ Instruir al cliente técnicas de relajación, recalando la importancia de destinar 15 o 20 minutos diarios: <ul style="list-style-type: none"> -Colocarse en posición cómoda. -Cerrar los ojos. -Disminuir los ruidos al mínimo. -Concentrarse en respirar lenta y profundamente. -Sentir el peso de todas la extremidades -Apretar y luego relajar todos los músculos de uno en uno de abajo hacia arriba. ◀ Orientar al cliente sobre su padecimiento en términos comprensibles y despejar todas sus dudas, así como el tratamiento. | <ul style="list-style-type: none"> ◀ La adaptación se refiere a actividades psicológicas y de comportamiento, realizadas para dominar, tolerar o minimizar las exigencias y conflictos externos o internos. ◀ Adaptarse eficazmente requiere obtener buenos resultados en: mantener auto-estimulación, mantener relaciones satisfactorias con los otros, mantener un equilibrio emocional, controlar el estrés. ◀ Demostrar a la cliente que se le cree y que se desea ayudarle, mediante: evitar desafiarle, minimizar sus sentimientos, razonar con ella. ◀ Al auxiliar al cliente se deberá ser de distintas maneras, pues no tenemos una manera única de adaptarse a todas las situaciones y cada individuo tiene una manera diferente de responder a las dificultades. | <p>La cliente se deprimió debido a que es la única a cargo de la manutención de su padre e hijo con quien vive.</p> <p>Se le dio apoyo emocional por parte de enfermería, psicología y trabajo social, logrando tranquilizarla y obteniendo el compromiso de superar su situación actual para continuar su vida de la manera más normal posible.</p> |

Requisito Universal: Previsión de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano.

| DIAGNOSTICO | OBJETIVO | INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|---|--|--|---|
| <p>Riesgo de lesión, relacionado con tipo de alimentación, déficit nutricional e indicación de reposo absoluto.</p> | <p>Que la cliente evite ser objeto de lesiones que altere su tratamiento y pronóstico</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◀ Se debe mantener la cama a un nivel bajo con relación al suelo. ◀ Se deberá mantener funcional y realizando la asepsia correspondiente en todo momento la sujeción de la sonda nasogástrica, catéter central, venoclisis, y sonda foley. ◀ Mantener funcional el vendaje del área quirúrgica u la S.O.G, así como aseada, con el fin de evitar infecciones. ◀ Ayudar al cliente a realizar ejercicios pasivos, activos e isométricos en periodos de 10 minutos y aumentarlos progresivamente, para evitar rigidez en extremidades. ◀ Dar cambio de posición cada 2 horas para evitar úlceras por presión, así como proteger las prominencias óseas ◀ Elevar las extremidades en caso de que se observe edema. ◀ Valorar la integridad de la piel en busca de lesiones no detectadas. ◀ Pedir al cliente que informe sobre malestares y deseos en cuanto a su movilidad y auxilio para ésta. | <ul style="list-style-type: none"> ◀ El mayor riesgo de lesión se presenta en personas con rigidez muscular, confusas o agitadas. ◀ Los objetos extraños unidos al cuerpo representan una fuente de riesgo permanente por ser un apéndice anatómico anormal. ◀ Los músculos son sujetos a presión de hasta 5 veces su presión normal al contraerse. ◀ La hipotonía muscular es la dificultad que presentan los músculos de un individuo para mantener las posturas o actividades necesarias para su supervivencia. ◀ Los puntos de presión en el cuerpo son los que presentan estancamiento de fluidos o déficit de circulación. ◀ El edema es producido por dificultad del drenaje de líquido intra y extracelular y acumulación excesiva de este en el espacio intersticial, sin redistribución. | <p>Debido a la asistencia para la movilización, no se presentaron caídas o golpes.</p> <p>No se presentaron alteraciones por la instalación de la S.O.G.</p> <p>Se realizó cambio de venoclisis cada 4 días.</p> <p>Se realizó curación de catéter y cambio de bolsa de foley cada 2 días y se evitó proliferación de microorganismos.</p> <p>No se presentaron úlceras por decúbito debido a la movilización programada.</p> |

* Dx. NANDA.
TAXONOMÍA
II. p.134

Requisito Universal: Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

| DIAGNOSTICO | OBJETIVO | INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN | EVALUACIÓN |
|---|--|--|--|--|
| <p>Aislamiento social, alteracionado con bienestar, manifestado por retraimiento y falta de personas significativas de soporte.</p> <p>* Dx NANDA. TAXONOMÍA II. p.28</p> | <p>Que la cliente mejore sus relaciones sociales en su circulo social actual, mediante actividades grupales.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◀ Animar a la cliente a que hable sobre sus sentimientos de soledad y las razones de que existan. ◀ Enseñar al cliente técnicas alternativas de comunicación: señas, escrita, gesticulación, movimiento de los labios; para evitar hablar y lesionarse con la sonda nasogástrica. ◀ Dedicar tiempo a la permanencia con la cliente para que se sienta atendida por el personal. ◀ Realizar actividades grupales como lecturas por otros individuos en que se considere a la cliente como oyente. ◀ Valorar el retiro de la sonda lo mas pronto posible, según el programa de tratamiento e iniciar ejercicios de fonación tan pronto como sea posible. ◀ Pedir a las otras clientes que compartan sus experiencias respecto a sus padecimientos con el objetivo de que la cliente no se sienta como la única con padecimientos graves y se adapte mejor a su situación. | <ul style="list-style-type: none"> ◀ No es necesario que una persona esté sola para sentirse aislada socialmente. ◀ El aislamiento puede dar sentimientos de soledad y sufrimiento. ◀ La enfermedad puede ser la única forma de que el individuo aislado pueda recibir atención. ◀ La hospitalización, que implica separación de los familiares y seguro, puede producir sentimientos de soledad. ◀ Las personas aisladas, por lo general no son capaces de iniciar ni coordinar actividades para remediar el aislamiento en su propio beneficio. ◀ Los roles familiares se alteran y producen estrés cuando los padres se hacen dependientes de los hijos, y estos comienzan a asumir las tareas o toma de decisiones pertenecientes tradicionalmente a los padres. | <p>La cliente se mantenía aislada y somnolienta del tiempo, por lo que se inicio un circulo social para motivarla a estar atenta a la charla de los demás.</p> <p>Al retirarse la sonda nasogástrica, se inicio la integración y platica de experiencias de la cliente, mejorando su relación con las personas de su entorno y adaptación a su situación actual.</p> |

EVALUACIÓN.

Mediante el presente Proceso de Atención de Enfermería se cumplió la intervención de enfermería que logró una recuperación considerable en el cliente con Síndrome Ictérico Obstructivo, integrando sus esferas biológica-psicológica y social, durante su estancia dentro del Hospital de la Mujer y, aunque no logradas al 100% debido a la necesidad del cliente por ser atendido en un hospital con especialidad Metabólica, se dio un paso importante en la iniciación de un tratamiento efectivo para clientes con éste tipo de patología.

Durante la estancia hospitalaria del cliente dentro de Unidad de Terapia Intermedia, se logró la tolerancia a la vía oral progresivamente hasta la dieta blanda, la disminución de la Ictericia generalizada, y aunado a esto, una disminución de la bilirrubina en sangre. El cliente manifestó mayor tranquilidad derivada del conocimiento de su enfermedad, y manifestó agrado por el tiempo y atención que se le brindó por parte de Enfermería. Se logró que el cliente compartiera su caso con las demás usuarias, mejorando a sí su convivencia y aceptación hacia las mismas, comprendiendo y manifestando finalmente la importancia que observó al tener personas en quien apoyarse aunque no sean parte de su familia.

Mediante la aplicación de los conocimientos aprendidos durante los módulos de Gineco - obstetricia y Enfermería Médico Quirúrgica del plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería, reafirmamos distintos temas particulares y procedimientos importantes dentro del desempeño de enfermería, comprendiendo la necesidad de mantenernos constantemente estudiando y aprendiendo para mejorar nuestro desempeño personal

PLAN DE ALTA.

Antes de egresar a la paciente se le proporcionó la siguiente información para promover su mejora y una recuperación de la salud progresiva, aunque será trasladada inmediatamente a otra institución Hospitalaria.

- Realizar esfuerzo muscular moderado mínimo: esto es muy importante, ya que su estado de salud no es muy favorable por la cirugía reciente y por la reciente iniciación de una dieta adecuada.
- Realizar elevación de miembros pélvicos, explicar que esto es solo en caso de que pueda tener hinchados los pies.
- Alimentación equilibrada: Indicar a su padre y a la paciente que la alimentación equilibrada no solo le ayudará al estado nutricional sino que beneficiará a su recuperación progresiva.
- Baño diario: Eso además de ser una medida higiénica, la ayudará a relajarse y a sentirse bien con ella misma.
- Lavado de manos antes y después de ir al baño: Es una medida higiénica que debe realizar ella y su padre e inculcar estos hábitos a su hijo, explicando que debe mantener un ambiente limpio en su hogar.
- Preparar la comida lo más higiénicamente posible: Esto favorecerá a la disminución de infecciones tanto a ella como a su familia.
- Pedir a su familia que le proporcione ayude para realizar el aseo de su vivienda Cuando la paciente llegue a su casa indicar que su padre sustituya de manera temporal el rol que ella desempeñaba en casa y que se dedique mas a ella y a su hijo.
- Hablar con su familia: Especialmente con su padre para que le manifieste todo su apoyo a su hija durante su recuperación, y durante su traslado al Hospital General de México ya que eso va a hacer que ella se sienta más segura y protegida, aún estando en un ámbito hospitalario.
- Entretenimiento: Indicar a su padre que debe mantener entretenida con algún pasatiempo, algo que a ella le guste y a la vez la haga sentir mejor, ya que esto va a contribuir a que mejore su estado de animo y su autoestima por que se sentirá útil realizando lo que le gusta.

- Indicar a la paciente que debe regresar a consulta en la fecha indicada: Esto por que durante el traslado ella indicaba que no sabía si realmente quedarse en el Hospital General de México para seguir su tratamiento. Hacer énfasis en que esto es importante para darle un seguimiento a las posibles alteraciones que pueda presentar por este Síndrome Ictérico Obstructivo.

Indicar que debe tomar todos los medicamentos que se le indicaron en su receta: Esto es muy importante para que ella se recupere, es una de las partes fundamentales para que continúe con su tratamiento, si es que no decide continuar su tratamiento en el Hospital General de México, ya que de esto depende su mejoría, pues ella dejó pasar mucho tiempo para acudir al hospital, por lo que se complicó su estado de salud, pero hicimos mucho hincapié en que siguiera su tratamiento al trasladarse a otro hospital.

VI. CONCLUSIONES.

Mediante la realización de este Proceso de Atención de Enfermería, comprendí que las intervenciones de enfermería dentro de las alteraciones metabólicas son imprescindibles, aun más en este padecimiento, Síndrome Ictérico Obstructivo, debido a las complicaciones graves que pueden presentarse.

El logro de los objetivos de este proceso fueron alcanzados en un grado considerable, desafortunadamente no en su totalidad, esto fué por el caso particular de la cliente tratada y el tipo de hospital en que se realizó, ya que ameritó ser trasladada a una unidad de especialidad, aun así se lograron resultados satisfactorios en el mejoramiento del estado de salud, por lo que comprobamos que los diagnósticos fueron acertados, aunque se comprobarían mejor si se hubiera tenido la oportunidad de continuar las intervenciones hasta el final.

El síndrome Ictérico obstructivo es un padecimiento no muy frecuente dentro del Hospital de la Mujer, debido a su especialidad en gineco-obstetricia, pero como en este caso, no es descartable su presencia dentro del hospital, por lo que es importante contar con un Plan de Atención hacia estas clientes, siendo lo anterior causa de una gran satisfacción como persona y a nivel profesional.

Finalmente se espera que sea considerado en la atención posterior a clientes con alteraciones similares, para que se compruebe la eficacia del modelo planteado y que mediante un reajuste y especificación al cliente a tratar, sea una base sólida en la cual apoyarse, ya que ese es el objetivo para el cual fué realizado este trabajo.

VII. GLOSARIO

BILIRRUBINEMIA: Presencia de bilirrubina en la sangre.

COLANGIOCARCINOMA: Carcinoma presente en los conductos biliares y la vesícula.

COLANGIOGRAFÍA: Radiografía de las vías biliares tras la inyección intravenosa de un medio de contraste.

COLANGITIS: Inflamación de las vías biliares y la vesícula biliar.

COLELITIASIS: Formación o presencia de cálculos biliares.

COLECISTOQUININA: Hormona secretada por la mucosa intestinal que activa la movilidad de la vesícula biliar.

COLESTASIA: Supresión o detención de flujo biliar.

DINITROFENOL: Nombre de los seis compuestos isoméricos usados en la fabricación de colorantes.

ESCLERAL: Relativo a la esclerótica, membrana interior del ojo, blanca fibrosa con una abertura grande anterior, en la que se encaja la córnea, y otra posterior, pequeña, que da paso al nervio óptico; esclera.

FOSFATASAS: Enzima que hidroliza los ésteres monofosfóricos con liberación de ácido fosfórico. Se encuentra en todos los líquidos y células del organismo.

MICRO ABSCESOS: Colección limitada de pus, de pequeñas dimensiones y generalmente en número considerable.

MORBIMORTALIDAD: Relación entre el número proporcional de personas que enferman en una población y tiempo determinado y el número de fallecimientos en esa misma población y tiempo.

NORMALIDAD: El término *normalidad* se utiliza aquí para referirse a lo que es humano en esencia y se corresponde con las cualidades y las características genéticas y constitutivas del individuo.

ÓRGANO: Conjunto de unidades funcionales de un organismo multicelular, iguales o diferentes, que constituyen una unidad estructural y realizan una función localizada.

PAPILOTOMÍA: Ablación de una papila, especialmente las renales congestionadas en el tratamiento de la hematuria.

PERCUTÁNEO: Practicado por la piel o a través de esta; dicese principalmente de los métodos de aplicación de agentes terapéuticos: fricciones, baños, electroforesis, etc.

TRANSAMINASAS: Enzima que cataliza la transferencia de un grupo amino, de una molécula a otra.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

- * ALFARO ROSALINDA. "Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica". Ediciones Doyma. 1988.
- * ATKINSON LESLIE D. ELLEN MURRIA MARY. "Proceso de Atención de Enfermería" 5ª Edición. Mc Graw Hill Interamericana. 1996.
- * BAENA DIAZ GUILLERMINA. "Instrumentos de Investigación, Tesis profesionales y Trabajos Académicos". 13ª Edición. Editores Mexicanos Unidos. 1988.
- * BALSEIRO ALMARIO LASTY. "Investigación en Enfermería. Guía de elaboración de tesis, Proceso de Atención de Enfermería y trabajos académicos para titulación". Librería Acuario. 1991.
- * BENITEZ MARÍN LUCINA. "P.A.E. Colecistitis Crónica Litiásica" ENEO. UNAM México D. F. Junio 2001.
- * CABRERO GARCÍA JULIO. RICHART MARTÍNEZ MIGUEL. "Investigar en Enfermería. Concepto y estado actual de la Investigación en Enfermería". Publicaciones, Universidad de Alicante. 2001.
- * CARLSON H. JUDITH. CRAFT CAROL A. McGUIRE ANNE D. "Diagnóstico de Enfermería". Ediciones: Pirámide S. A. Madrid. 1982.
- * CAVANAGH STEPHEN J. "Modelo de Orem, Aplicación y Práctica", Ediciones Científicas y Técnicas Masson Salvat, 1993.
- * Diccionario Médico. Editorial: Masson. 1999.
- * Enciclopedia Microsoft Encarta 2001. Program Manager One Microsoft Way CD
- * FARRERAS ROZMAN. "Tratado de Medicina Interna" 14 Edición. Ediciones: Harcourt S. A. 2002.
- * GARZA MERCADO ARIO. "Manual de técnicas de Investigación para estudiantes de Ciencias Sociales". 4ª Edición. El Colegio de México Harla. 1988.
- * GORDON MARJORY. "Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación" 3ª Edición. Ediciones Mosby Doyma. 1996.
- * HARRISON'S "Principios de Medicina Interna" 14ª Edición.

- * HOLLOWAY NANCY M. “Planes de cuidado en Enfermería Médico Quirúrgica”. Ediciones Doyma. 1990..
- * JUAL CARPENITO LYNDA. “Diagnóstico de Enfermería, aplicación a la Práctica Clínica” Editorial: Interamericana Mc Graw – Hill 2000.
- * KÉROVAC SUZANNE. PEPIN JACINTHE. DUCHAME FRANCINE. “El Pensamiento Enfermero”. Editorial Masson. 1996.
- * KOZIER BÁRBARA. ERB GLENORA. “Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica”. 2ª Edición. Interamericana Mc Graw Hill. Tomo II. 1982.
- * LÓPEZ BARRIENTES MARTÍN. “P. A. E. Aplicado a un Paciente de sexo Femenino con cuatro semanas de Gestación que presenta Sangrado Transvaginal”. ENEO. UNAM. México D. F. 2001.
- * MARRINER TOMEY ANN. RAILE ALLIGOOD MARTHA. “Modelos y Teorías en Enfermería”. 4ª Edición. Editorial: Harcourt. 1999.
- * MÉNDEZ RAMÍREZ IGNACIO. “El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su Elaboración y Análisis.” 2ª Edición. Editorial: Trillas. 1991.
- * MONTES DE OCA CUENCA FELISA. “P. A. E. Dolor Relacionado con los Efectos de la Cirugía Apendicectomía, manifestado por inquietud, irritabilidad y llanto”. ENEO. UNAM. México. D. F. Noviembre de 2000.
- * MORÁN AGUILAR VICTORIA. MENDOZA ROBLES ALBA LILY. “Modelos de Enfermería”. 1ª Edición. Editorial Trillas. 1993.
- * NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. “Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001 – 2002” Editorial: Harcourt 2002
- * NOTTER LUCILLE E.. ROSE HOTT JACQUELINE. “Principios de la Investigación en Enfermería”. 4ª Edición. Ediciones Doyma. 1992.
- * OREM DOROTHEA ELIZABETH. “Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica”. Ediciones Científicas y Técnicas. 1993.
- * OSTIGUÍN MELÉNDEZ ROSA MARÍA. VELÁSQUEZ HERNÁNDEZ SILVIA. “Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada” Editorial: Manual Moderno. 2001.
- * PÉREZ CLAUDIO NORMA. “P. A. E. Aplicado a un paciente con Demencia tipo Alzheimer”. ENEO. UNAM. México, D. F. 2002.

- * PHANEUF MARGOT. "La Planificación de los Cuidados Enfermeros". Mc Graw Hill Interamericana. 1999.
- * POLIT DENISE F. HUNGLER BERNADETTE P. "Investigación científica en Ciencias de la Salud". 6ª Edición. Mc Graw Hill Interamericana. 2000.
- * POTTER PATRICIA A. "Valoración Física". Interamericana Mc Graw Hill. 1992. p. 15.
- * RIVERA VÁZQUEZ MARÍA DE LOURDES. "Paquete Didáctico de Curso de Introducción al Servicio Social." Secretaria de Salud. Hospital de la Mujer. Coordinación de Enseñanza y Educación Continua en Enfermería. Agosto de 2002.
- * LUIS RODRIGO MARÍA TERESA. "Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial". 3ª Edición. Editorial: Harcourt Brace 1998.
- * SALAZAR HERNÁNDEZ JUANA. SOBERANES SÁNCHEZ MA. DEL PILAR. VELASCO NOLASCO BEATRIZ. "Lineamientos para la Titulación en la Licenciatura en Enfermería". FES ZARAGOZA. UNAM. 2002.
- * PIMENTEL MEDINA FERNANDO "Ictericia obstructiva". Tomado: <http://www.clubdepancreas.cl>
- * ZURRO A. MARTÍN, et al. "Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica". 4ª Edición. Harcourt. 1999. p. 423.