

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
DEL
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM CLAVE 3049-12

4º PISO DE HOSPITALIZACIÓN DEL INCMNSZ

PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON
RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA

QUE PARA OBTENER TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

CALZADILLA GARCÍA NALLELI

Nº DE CUENTA 411500382

ASESORA:

LIC. ENF. MARÍA DE LOS ÁNGELES CANO GARCÍA

MÉXICO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Página
1. Introducción	1
2. Justificación	4
3. Objetivos	5
3.1 General	5
3.2 Especifico	5
4. Metodología	6
5. Marco Teórico	7
5. 1 Antecedentes del cuidado	7
5. 2 Proceso de Enfermería	10
5.2.1 Valoración	10
5.2.2 Diagnóstico de enfermería	10
5.2.3 Planificación	10
5.2.4 Ejecución	10
5.2.5 Evaluación	11
5.3 Teoría de Virginia Henderson	11
6. Desarrollo del proceso de enfermería	12
6.1 Valoración de las necesidades	15
7. Nivel de dependencia	22
8. Diagnósticos de enfermería	23
9. Plan de alta	33
10. Conclusión	34

11.	Anexos	36
	A. Valoración por aparatos y sistemas	37
	B. Glosario	40
	C. Patología	44
	C.1 Sepsis Abdominal	44
	C.2 Absceso Hepático	46
	D. Generalidades de la anatomía y fisiología hepáticas	48
	D. 1 Anatomía del hígado	48
	D.1.1 Circulación hepática	51
	D.1.2 Ictericia	52
	D. 1.3 Hipertensión portal	53
	D. 2 Fisiología del hígado	54
	E. Tratamiento farmacológico	56
	E. 1 Ondasetrón (ZOFRÁN, AMAL)	56
	E. 2 Ertapenem (INVAZ)	57
	E. 3 Moxifloxacino (AVELOX)	59
	E. 4 Metoclopramida (PRIMPERAM)	60
	E. 5 Heparina 5000U	61
	E. 6 Bicarbonato de sodio (BICARNAT)	62
	E. 7 Paracetamol (TEMPRA)	63
	E. 8 Dexametasona (DECADRÓN, ALIN)	64
	E.9 Alverina-Simeticona (METEOSPAMYL)	66
	E.10 Quetiapina (SEROQUEL)	67
12.	Referencias Bibliográficas	68

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Leticia y José Antonio quienes me enseñaron el valor de la responsabilidad, la constancia y la importancia del saber, les doy las gracias por todo su apoyo emocional, intelectual y económico sin ustedes no hubiera hecho posible la realización de este objetivo importante para mi vida.

A mis hermanos Edgar y Andrea quienes cada día me dieron su amor y apoyo incondicional en este camino.

A mis maestras Ma. De los Ángeles Cano y Úrsula M. Esquivel, por su guía, comprensión, paciencia, entrega y valiosos consejos a lo largo de la realización de este trabajo.

A mis profesores de la Escuela de Enfermería quienes me compartieron todos sus conocimientos y todas aquellas herramientas que me han fortalecido como profesional y como persona.

A mi familia en especial a mi abuelita Sara, a mis tíos Enrique y Mary, a mis primos Luis y Víctor gracias por ser los motores necesarios para continuar este y cualquier proyecto de mi vida.

A mis amigos Omar y Eloina quienes desde los primeros días de la escuela me han dado su confianza y amistad, se que juntos logramos que esta etapa fuera maravillosa, a Gustavo quien emprendió conmigo esta aventura y a quien le agradezco todo el apoyo dado, a Ricardo quien me ha acompañado en esta última etapa de aprendizaje, gracias por ser quien me alienta e inspira para seguir creciendo en todos los proyectos profesionales y personales.

A Dios por darme la fortaleza de terminar una etapa mas en mi vida.

1. INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica el sistema de resolución de problemas a la práctica de la enfermera, también es una forma sistematizada de brindar cuidados enfermeros.

En el aprenderemos a utilizar como profesionales de enfermería los conocimientos y habilidades antes vistos, así como prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El proceso se elaboró de forma descriptiva donde se arrojan datos significativos sobre el padecimiento actual de la paciente en valoración.

En este trabajo se plantearon conceptos acerca de las lesiones en la vesícula biliar la cual se define como aquella lesión ocasionada en alguna parte de la vía biliar extrahepática durante procedimientos invasivos; comprenden cerca del 95% de las estenosis benignas de la vía biliar. La mayoría de las lesiones se originan durante la colecistectomía, derivación biliodigestiva o quimioembolización debido a un proceso inflamatorio agudo o subagudo, sangrado. Su severidad varía desde una fuga de conductos secundarios, hasta la sección completa del árbol biliar extrahepático, misma que puede acompañarse de lesión vascular.

En la literatura médica mundial, la incidencia reportada es del 0.3% a 0.6%. En México, se han reportado resultados similares (0.4% a 0.56%).¹

Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar se consideran complicaciones serias y potencialmente mortales, siendo la mayor parte de estas lesiones secundarias a una mala identificación de la anatomía biliar normal. Para su abordaje se han descrito varios sistemas de clasificación, siendo uno de los más populares el descrito por Bismuth, esta clasificación desarrollada de manera previa a las técnicas laparoscópicas, comprende aquellas lesiones con sección o estenosis total de la vía biliar principal y se basa, principalmente, en el nivel proximal sano disponible para realizar una anastomosis durante la

¹ Oscar Chapa Azueta, Vanessa Ortiz Higareda, Agustín Etchegaray, Rodrigo Cruz y Benjamín I. Hernández "Tratamiento quirúrgico de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar" Revista Médica del Hospital de México Vol. 76 Núm. 01 Enero 2013. Consultado. <http://www.elsevier.es/revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-tratamiento-quirurgico-las-lesiones-iatrogenas>. Consultado: Septiembre 2015

reparación. En el caso de lesiones parciales o fuga biliar, el tratamiento puede ser endoscópico o percutáneo, sin embargo, en aquellos pacientes con sección o estenosis completa de la vía biliar principal, la reparación debe ser quirúrgica, para lo cual se han descrito numerosas técnicas, siendo la hepaticoyeyunoanatomosis en Y de Roux, la que ha demostrado proporcionar los mejores resultados.²

Otra complicación importante es el absceso hepático (AH) que sigue siendo actualmente letal. Los avances en las últimas décadas en nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos han tenido impacto en las características epidemiológicas y en el tratamiento de los pacientes.

Recientemente, la introducción de técnicas de drenaje percutáneo ha modificado el tratamiento de los pacientes con AH. Muchos investigadores sostienen que una proporción significativa de pacientes pueden ser tratados con una combinación de tratamientos médicos antimicrobianos y drenaje percutáneos guiado por imágenes, con excelentes resultados.³

Por lo tanto una alteración hepática se expresa como un problema de gran relevancia en la sociedad, tanto en el ámbito individual, como de la familia teniendo consecuencias tales como: déficit de autocuidados, mayor dependencia en las actividades de la vida diaria mostrándose estas como predictoras de mayor necesidad de cuidados.

Teniendo en cuenta el marco conceptual de Virginia Henderson, modelo de cuidados más utilizado en la actualidad en nuestro entorno, la acción de la enfermera se centra en reforzar, aumentar, completar, el conocimiento y/o la voluntad de la persona y su familia, con el objetivo de que alcance lo antes posible la máxima independencia. Donde la enfermera centrará sus intervenciones en disponer agentes de autonomía asistida que suplan la cobertura de necesidades y en la prevención de las consecuencias y respuestas humanas asociadas.

² Consejo de salubridad general de México "Guía de práctica clínica y tratamiento de Cáncer de Vías Biliares". Consultado: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/> Septiembre 2015

³ María F. Gajardo y Dr. Humberto Flisfisch. "Absceso hepático" Revista Medicina y Humanidades. Vol. II, N°2-3(Mayo-Diciembre2010). Consultado: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n2_32010/abscesos_hepaticos.pdf

El presente Proceso incluye una descripción de las necesidades, así como, también la valoración necesaria para desarrollar el plan de alta de acuerdo a las necesidades fisiológicas presentes en la paciente.

2. JUSTIFICACIÓN

La enfermería es de suma importancia para la detección de factores de riesgo en pacientes con hepatopatía, ya que la gran mayoría de ellas aparentemente son causadas por el consumo de fármacos, infecciones víricas y algunas veces por iatrogenias.

Las enfermedades hepáticas constituyen las patologías más frecuentes, en su gran mayoría son mortales lo que conlleva a grandes problemas a los pacientes y a su familia tanto en los aspectos social, económico, laboral y emocional.

Con el conocimiento de las principales causas y factores asociados de las hepatopatías se incentivará al profesional de enfermería a la preparación adecuada en la atención, el tratamiento o la probable rehabilitación a cada uno de estos pacientes, haciendo hincapié en el establecimiento de las necesidades individuales del paciente para su pronta recuperación, basadas en las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson para que se garantice la calidad de vida del individuo. Para ello se debe trabajar en conjunto con el equipo multidisciplinario, lo que permite la transformación de la práctica profesional y así prestar los cuidados de una forma sistemática, lógica, sin olvidar los componentes humanísticos.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERALES:

Proporcionar cuidados de enfermería al individuo con alteración en la función hepática, con un sentido ético y profesional, para favorecer las necesidades que ha este le competan, así como también detectar los factores de riesgo potenciales que se puedan presentar por el deterioro físico del paciente.

3.2 ESPECÍFICOS:

3.2.1 Determinar la asociación entre las hepatopatías y los factores asociados: enfermedades inmunológicas, infecciosas, fármacos y tóxicos, enfermedades sistémicas, metabólicas, vasculares y tumores.

3.2.2 Identificar las características de la paciente con hepatopatía de acuerdo a la edad.

3.2.3 Planificar las acciones de enfermería que ayuden a solucionar o disminuir los problemas de salud en el paciente, así como también, favorecer su estadía hospitalaria.

4. METODOLOGÍA

- Se realizó la valoración de enfermería en la paciente seleccionada en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán por parte del servicio de Hospitalización donde se ubicó en el 4º piso en la cama 405.
- La paciente fue elegida a conveniencia de las necesidades del investigador, utilizando como instrumento la entrevista estructurada con preguntas de tipo cerradas, las cuales arrojaron datos importantes que permitieron el análisis de la valoración.
- Dentro de la entrevista se mencionan datos patológicos, así como también antecedentes heredo familiares representativos para el estilo de vida del paciente en estudio, realizando una exploración física de tipo céfalo caudal.
- Se obtuvieron datos deseados dentro de dicha exploración y de esta manera se logró obtener el diagnóstico a las necesidades del paciente de acuerdo a los problemas de salud identificados.
- Se planificaron las acciones de enfermería que ayudan a solucionar o disminuir los problemas de salud en la paciente.
- Por ultimo dentro de la evaluación de cada una de las intervenciones realizadas se favoreció la estadía hospitalaria de la paciente y de esta forma se evitaron factores de riesgo a su salud.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 ANTECEDENTES DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Los cuidados existen desde el comienzo de la vida, ya que es necesario “ocuparse” de la vida para que ésta pueda persistir.

La historia de los cuidados se perfila de dos grandes ejes, de las que una garantizará su predominio hasta el punto de aislar a la otra, de que se da en la historia de todos los seres vivos en el inicio de la especie, teniendo en cuenta lo indispensable para realizar sus funciones vitales asegurando el mantenimiento de forma cotidiana.

Cuidar es, por lo tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero diversas en su manifestación, representa un conjunto de actos de la vida que tiene como finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados.

Las precarias condiciones de vida hacen a la muerte omnipresente y siempre terrorífica. En donde nace el concepto de lo malo haciéndose preguntas sobre lo bueno o lo malo, esta nueva orientación que intenta constatar el origen de bien o mal, interpreta y designa las fuerzas benéficas y por tanto las malignas que puedan causar la enfermedad y la muerte.

Al paso del tiempo se ratificaron las practicas del cuidado habitual encargadas por el chaman y luego al sacerdote los cuales garantizaban ritos para mantener la vida, al mismo tiempo que se encargaban de ser los mediadores entre las fuerzas benéficas y malélicas, ellos intercedían por medio de hechizos, ofrendas y sacrificios. Con el paso del tiempo los sacerdotes y clérigos aparecen como mediador de los signos y síntomas indicadores de un mal determinado, sin embargo, hasta finales del siglo XIX los métodos de investigación seguían siendo precarios y limitados.

Los cuidados siguen una orientación que constituye todo aquello que da la vida, todas las prácticas, rituales desde la concepción hasta el nacimiento que lleve a cabo la mujer, quienes con el descubrimiento de las propiedades de las plantas han desarrollado la base del cuidado.

“En las civilizaciones tradicionales, la mujer, al estar más cerca de la naturaleza y más enterada de sus secretos ha estado siempre acreditada no sólo del poder de profetizar, sino también del curar o perjudicar por medio de recetas misteriosas”⁴

En los países católicos la representante de las practicas curativas es Fabiola ya que el cristianismo le enseña un gran respeto por la debilidad, el amor de los humildes, en compañía de grandes damas Romanas como Marcela, Paula convirtieron sus templos en asilos para los desamparados, en

⁴ Colliere F. “Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería” McGrawHill. España 1993 P 5-7

hospitales para enfermos. Los primeros cuidados datan épocas lejanas como el cotejo de Hidelgarde, de Santa Juana de Chantal, al que más tarde se unirá en la Dama de la Lámpara, Florence Nightingale.

Las mujeres siempre han sido curanderas, entre ellas están las comadronas quienes iban de casa en casa, ellas no tenían ningún tipo de enseñanza pero sus conocimientos eran de vecina o de madre a hija. Las actividades curativas proporcionadas por las mujeres van desde el nacimiento hasta la muerte; el cuerpo, lugar donde se expresa la vida individual y colectiva, templo del alma, y todo lo que contribuya a hacerlo resurgir y restaurarlo. La mujer ha desarrollado sus sentidos para percibir acontecimientos. El hombre se dedica a la caza o la pesca mientras que las mujeres se dedican a la recolección de vegetales, del cuidado y de la educación de los niños, esto le permitió conocer propiedades curativas de algunas plantas las cuales sirvieron como infusiones, elixires, vinos, a estos descubrimientos se les conoce como empíricos y son el resultado de la observación, constituyéndose en la base de la curación. Todas estas prácticas se transmiten de manera oral. Las grandes prácticas curativas forman parte del saber.

“Paracelso, al quemar todos los libros cultos de la antigua medicina, griegos, judíos y árabes, declaran haber aprendido solo de la medicina popular de las viejas, de los pastores y de los verdugos”.⁴

El reconocimiento del valor social de los cuidadores proporcionados por mujeres se basa en la fama de su experiencia, experiencia interiorizada y vivida en su propio cuerpo, de ahí el nombre “matrona”. Donde ni las solteras ni las mujeres estériles pueden tener este cargo. Por lo tanto los cuidados en lo social se dice que: Cuidar es consolidar las fuerzas que generan vida donde el cuerpo es el lugar de encuentro y de expresión.

Los cuidados son intercambios donde el servicio prestado conlleva a otro servicio prestado (ventajas recíprocas).

La mujer condenada.- Desde el inicio del cristianismo el pensamiento Paulino marcado por la influencia Platón ha integrado el alma al cuerpo, siendo el cuerpo la prisión del alma, el obstáculo en su caminar hacia lo divino. En esta época la iglesia se apropiaba del poder de discernir lo que es bueno y malo del alma y para el cuerpo, decide los conocimientos que se pueden utilizar para el cuidado. En este tiempo las mujeres eran declaradas como brujas y debían morir al ejercer la práctica. La elección de la virginidad entre los primeros cristianos, concernía tanto a las mujeres como a los hombres, con esto se decía que las mujeres vírgenes junto con las viudas van a dedicar su tiempo a los pobres y a los desamparados lo que con el tiempo se convertirían en la función social, la del diaconato ejercida en el medio urbano. La virginidad consagrada marca un giro decisivo en la orientación eclesiástica. Siendo muy importante para el cuidado del individuo. Con el tiempo fueron desapareciendo progresivamente las diaconizas no tuvieron sucesoras, por otra parte al seguir siendo la población esencial rural y al haber conservado sus propias prácticas curativas, las mujeres consagradas podían ejercer actividades curativas, las agustinas del Hospital de París, fundadas en el siglo XIII, fueron el modelo de

las congregaciones hospitalarias; sus reglas completamente inspiradas que influían en la concepción de su práctica curativa.

Por lo tanto las hermanas del caridad introducen medicina y las farmacias, es entonces cuando las prácticas curativas conocidas por las curanderas entran en el mundo de silencio, e incluso de clandestinidad hasta finales del siglo XX, mientras que las mujeres consagradas al amor de Dios se convierten en un modelo de referencia.

Los cuidados se basan en los valores morales y sociales, se creían que a cuidar a los enfermos, primero por caridad, pero también porque cuidado su cuerpo se puede ayudar a salvar su alma, y si la situación empeoraba, preparan al enfermo para una buena muerte.

Ahí es donde Florence Nightingale durante su visita a los hospitales de París tienen prácticas de higiene en el más amplio sentido, es decir, de todo aquello que es indispensable para el desarrollo de la vida y del cuerpo. Con la llegada de nuevas tecnologías el instrumento reemplaza la función de la palabra hasta sustituirla: "No hay tiempo de hablar con los enfermos".

Por lo tanto se puede decir: "Dichoso el que lleva en sí un Dios, un ideal de belleza y que le obedece: ideal del arte, ideal de la creencia, ideal de abnegación, ideal de virtudes, del evangelio. Estas son las fuentes vivas de las acciones, todas se iluminan por reflejos del infinito".

La enfermería nace a partir de los instintos y de las leyes que rigen las condiciones humanas. Los médicos no pueden prescindir de las enfermeras, no es menos cierto que los cuidados a los enfermeros han dependido siempre de un auxiliar indispensable para el médico. La enfermera se forjó a finales de siglo XIX, su servicio se basa en los valores morales y religiosos, tiene vocación de servir, pero este concepto se ha modificado al compás de los avances en la medicina.

La misión de la enfermera está basada en aliviar el sufrimiento ya sea físico o moral. El sufrimiento solicita cuidados, es su canal. Realiza una misión tan exigente necesita una vocación "nuestra profesión tiene un carácter de ser una vocación". Una buena enfermera debe cumplir con: sentido de la observación tacto, educación, un corazón sensible, dulzura y entereza, debe tener iniciativa, sincera disciplinados por las enfermeras empezarán a tener precio al hacerse más médicos y al dividirse en tareas. Inspirando a la práctica liberal de la medicina.

"El rol está ligado del personaje. Como se suele describir, lo que se espera del rol tiene particular importancia para la imagen de la mujer en la sociedad".⁴

5.2 PROCESO DE ENFERMERÍA (PAE)

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo con el fin de plantear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Este proceso exige al profesional habilidades, destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, evaluar e interactuar con otros profesionales de salud. El proceso tiene como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, además se basa en cinco fases:

5.2.1 Primera etapa: Valoración

Fase que ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas reflejados en el estado de salud del individuo. Para su elaboración se considera:

- 1) Recolectar la información de fuentes variadas, para ello se requiere de interacción personal, observación y la medición.
- 2) Realizar y registrar la valoración
- 3) Analizar los datos obtenidos

Tipos de datos: Datos subjetivos (no se pueden medir), datos objetivos (se miden con cualquier escala), datos históricos (hechos que ocurren anteriormente), datos actuales (son datos sobre el problema de salud actual).

5.2.2 Segunda etapa: Diagnostico de enfermería

Es el juicio sobre las respuestas del individuo, la familia o comunidad a problemas de salud, procesos vitales. Tipos de diagnósticos:

- ❖ Diagnósticos de bienestar.- Potencial para favorecer la paternidad.
- ❖ Diagnóstico de alto riesgo.- Alteraciones de mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema.
- ❖ Diagnostico real.- Alteración, incapacidad para el autocuidado.

5.2.3 Tercera etapa: Planeación

Contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico, Incluye las siguientes etapas.

- 1) Establecimiento de prioridades entre diagnósticos.
- 2) Determinación de objetivos o metas esperadas
- 3) Planeación de las intervenciones de enfermería.

Para realizarlo se considera: Adaptar o diseñar un plan de cuidado, por cada diagnostico establecer un objetivo, prescribir y priorizar las intervenciones dirigidas a conseguir los objetivos pactados o establecidos.

5.2.4 Cuarta etapa: Ejecución

Se lleva a cabo las intervenciones de enfermería, las fases son:

- ❖ Validar.- Es necesario para que las intervenciones estén orientadas a la solución del problema del paciente.
- ❖ Documentar el plan de atención: deberá estar por escrito y al alcance.

- ❖ Continuar con la recolección de datos: A lo largo de la ejecución de enfermería continua la recolección de información.

5.2.5 Quinta etapa: Evaluación

Última fase en enfermería evalúa y sistematiza las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de objetivos marcados.

La evaluación de logro de objetivos. Es un juicio clínico sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento específico en el objetivo y revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnóstico de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.

5.3 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897. En 1918 inicia sus estudios en la escuela de enfermería del ejercicio en Washington D.C. y se graduó en 1921. El modelo de Virginia Henderson se ubica en las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo de acción de enfermería. Su teoría se basa en lo humanísticos como arte y ciencia.

Su teoría dice: La única función de la enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que constituyen a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realiza sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Necesidades básicas de Virginia Henderson

- ❖ Respirar con normalidad
- ❖ Comer y beber adecuadamente
- ❖ Eliminar los desechos del organismo
- ❖ Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
- ❖ Descansar y dormir
- ❖ Seleccionar vestimenta adecuada
- ❖ Mantener la temperatura corporal
- ❖ Mantener la higiene corporal
- ❖ Evitar los problemas del entorno
- ❖ Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades
- ❖ Ejercer el culto a Dios, acorde con la religión
- ❖ Trabajar de forma que permita sentirse realizado
- ❖ Participa en todas las formas de recreación y ocio
- ❖ Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

6. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Ficha de identificación

Nombre: M.D.C.R.U	Registro: 277047	Cama: 405
Servicio: 4º Piso Hospitalización	Fecha de ingreso: 10 de Enero de 2015	
Edad: 64 años	Fecha Nacimiento: 18 de Septiembre de 1950	Sexo: Femenino
Estado Civil: Casada	Nacionalidad: Mexicana	Domicilio: México DF
Religión: Católica (Virgen de Guadalupe)	Escolaridad: Licenciatura	Ocupación: Contadora Pública

Antecedentes Heredo- Familiar

Madre: Finada a los 78 años por EVC, padecía HAS

Padre: Finado a los 78 años causa desconocida

Hermanos: Dos hermanas, una gemela viva con artritis reumatoide, hipotiroidismo, la otra aparentemente sana

Hijos: Una mujer de 36 años sana y un hombre 33 con HAS.

Antecedentes Ginecológicos

Menarca a los 13 años.

G: 3 C: 2 A: 1

FUM. 50 años

Inicio de Vida sexual activa no recuerda

Se realizó papanicolau y mastografía sin alteraciones en el 2014

Antecedentes Personales No Patológicos

Se le realiza aseo diario total, cambio de ropa diario, aseo dental diario tres veces al día, alimentación de tres comidas (desayuno, comida y cena), actividad física sedentaria.

Grupo sanguíneo O+.

Refiere contar con esquema de vacunación de la infancia completo y ninguna actual.

Habita en casa propia, cuenta con agua potable, luz eléctrica, gas drenaje, cuenta con tres habitaciones, solo vive con una persona. Refiere las calles de su comunidad son pavimentadas para evitar problemas de salud. Su medio de transporte es particular.

Antecedentes Personales Patológicos

El paciente refiere enfermedades de la infancia como varicela, rubéola y sarampión, actualmente no ha recibido algún refuerzo de vacunación.

Niega alergias.

Consumo de tabaco durante 37 años a razón de 10- 12 cigarrillos al día, consumo de alcohol de 2- 3 copas al día.

Transfusiones negadas

Fracturas y traumatismos negados

Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía a los 13 años, cesáreas, cirugía bilateral de catarata, laparoscopia (2008), hepatectomía parcial (lóbulo izquierdo), quimioembolización (Sep. 2014), colecistectomía (Oct. 2014), drenaje de absceso hepático por laparoscopia (Nov. 2014), drenaje percutáneo de colección hepática (Dic. 2014)

Hospitalizaciones previas en Diciembre 2014.

Padecimiento actual

Paciente senil orientada en tiempo y espacio, ingresa al área hospitalaria por presentar anorexia, adinamia, náuseas, dolor abdominal en cuadrante superior y flanco derecho, distensión abdominal. Con abundante gasto de drenaje (Sonda Dawson Muller). Motivo por el cual se ingresa al área hospitalaria.

El familiar refiere que la sintomatología fue en aumento un de par de semanas antes del ingreso, la paciente es atendida en un hospital privado antes de su ingreso.

Tratamiento farmacológico actual

- Ondasetrón (ZOFRÁN, AMAL) 8mgr C/24hrs. (IV)
- Ertapenem (INVAZ) 1gr. C/12hrs. (IV)
- Moxifloxacino (AVELOX) 300mg C/8hrs (VO)
- Metoclopramida (PRIMPERAM) 10mg PRN (IV)
- Bicarbonato de sodio (BICARNAT)1gr C/8hrs (VO)
- Heparina 5000u C/12hrs (SC)
- Paracetamol (TEMPRA)1gr PRN (IV)
- Alverina-simeticona (METEOSPASYL) 300mg C/24hrs (VO)
- Quetiapina (SEROQUEL) C/24hrs (VO)
- Dexametasona (ALIN, DECADRÓN) 8mg C/12 (IV)

Diagnósticos

- Sepsis abdominal:
 - I. Abseso hepático
 - II. Abseso pericolangítico
- Antecedentes de probable tumor neuroendocrino
 - I. Antecedentes de quimioembolización
- Anemia normocítica normocrómica

6.1 VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
<p>1) Respirar con normalidad</p>	<p>F/C: 110 latidos por min. F/R: 18 respiraciones por min. T/A: 140/90 mmHg. Saturación de O₂: 90% con puntas de Oxígeno a 3 Litros por min. Tórax: Movimientos de amplexión y amplexación restringidos por presencia de dolor en hipocondrio derecho. Se presenta un patrón respiratorio eficaz con apoyo ventilatorio puntas de oxígeno.</p>	<p>No hay presencia de datos sugestivos a alteraciones respiratorias.</p>
<p>2) Nutrición e hidratación</p>	<p>Talla de 160cm Peso habitual 60Kg Peso actual 51.800Kg. IMC 20.23 Perímetro abdominal de 92cm Presenta coloración icterica generalizada, semi- hidratada. Dieta normal tolera en un 90% la vía oral, ingesta de líquidos claros. Labios simétricos. Boca mal hidratada con piezas dentales incompletas (molares e incisivos con amalgamas). El suelo de la boca se observa con mucositis leve, paladar blando.</p>	<p>Realiza sus tres comidas, la familiar de la paciente refiere que la pérdida de peso tiene un par de meses atrás y aumento con la intervención quimioembolización. Se observa que a pesar de estar consumiendo alimentos necesarios para su nutrición continua el desequilibrio alimenticio por presencia de náusea ocasional durante la ingesta de alimentos.</p>

<p>3) Eliminación</p>	<p>Genitales y vello púbico adecuados para su edad, con ligera irritación y presencia de moco cervical color blanquecino. Micción espontánea.</p> <p>Recto y ano: Con presencia de hemorroides externa inflamada con salida de ligera secreción hemática y dolor a la palpación, calor y enrojecimiento localizado.</p> <p>Evacuación mínima por turno.</p>	<p>Refiere tener dolor en recto y ano a la palpación.</p>
<p>4) Movimientos y postura</p>	<p>Cabeza: Se observa de forma redonda, de tamaño normal. Cuero cabelludo se encuentra hidratado y con puntas secas. Su cara con expresión angustiada.</p> <p>Ojos simétricos, escleras ictéricas con movimientos oculares normales.</p> <p>Tabique nasal simétrico, sin presencia de lesiones. Narinas permeables.</p> <p>Faringe ligeramente hiperémica, úvula central con presencia de reflejo nauseoso.</p> <p>Cuello: Simétrico, arcos de movimientos completos, tráquea en línea media, móvil, pulsos carotídeos simétricos, no se observa presencia de adenomegalias.</p>	<p>El paciente refiere querer menor movilidad fuera de cama por causa de su padecimiento actual.</p> <p>En ocasiones deambula pero presenta mareo, y siente debilidad o pérdida de fuerza en miembros inferiores.</p>

	<p>Tórax: Movimientos de amplexión y amplexación restringidos por presencia de dolor en hipocondrio derecho. No se palpan adenomegalias en axilas.</p> <p>Ruidos cardiacos rítmicos en intensidad y frecuencia aumentada, sincrónicos con el pulso.</p> <p>Mamas simétricas sin cambios en la piel, sin presencia de secreción por el pezón.</p> <p>Miembros superiores: integras, hipotrofias, sin edema, articulaciones sin deformidad ni rigidez. Pulsos periféricos simétricos con frecuencia e intensidad adecuada, llenado capilar de 3 segundos.</p> <p>Abdomen ascítico con presencia de cicatriz quirúrgica en hipocondrio derecho y sitio de salida de dos drenajes (Sonda Dawson Muller), uno a nivel de costado derecho y otro por debajo a nivel de flanco ambos con abundante gasto de material purulento fétido de 20 y 15ml respectivamente.</p> <p>Ruidos peristálticos presentes con adecuada intensidad y frecuencia.</p> <p>Dolor a la palpación profunda en epigastrio, y en ambas fosas ilíacas.</p>	
--	--	--

	<p>Miembros inferiores simétricos: con movilidad debilitada, sin lesiones ni deformidades. Pulsos distales adecuados. Llenado capilar de 3 segundos. Fuerza muscular debilitada, sin presencia de dolor al movimiento.</p> <p>Sistema neurológico: Paciente somnolienta, con lenguaje comprensible y coherente, sin disimetría, temblor o movimientos anormales.</p>	
5) Reposo y Sueño	Duerme 4 a 5 horas por noche	<p>Refiere dificultad para conciliar el sueño, se observa cansancio, dice tener sueño durante todo el día.</p> <p>Su familiar (Hija) comenta que en casa habitualmente dormía aproximadamente 7 horas.</p>
6) Termorregulación	<p>36.4°C de temperatura.</p> <p>Se presenta eventos de hipertermia</p>	<p>La paciente comenta que durante el día ha presentado sensación de frío a pesar de que la temperatura en su habitación es alta.</p>
	Coloración de la piel icterica generalizada, semi-hidratada, se observa buena higiene (uñas	

<p>7) Higiene y protección de la piel</p>	<p>limpias y quebradizas en miembros superiores e inferiores), se observan lesión en sacro (UPP grado 1), y enrojecimiento y ligera humedad en prominencias óseas por escasa movilidad, miembros inferiores con edema de ++.</p>	
<p>8) Evitar peligros</p>	<p>En el área hospitalaria se llevan a cabo las medidas de prevención de caídas, manejo adecuado con técnica estéril al manejo de acceso vascular (catéter largo doble lumen en miembro superior derecho). Se valora en forma constante con medidas de toma de signos vitales, se realiza cambios posturales para la reducción de riesgo de Úlceras por presión ya que hay una localizada en región sacra grado I con tratamiento de apósito de hidrocoloide extra delgado, presenta ligera humedad en área por la falta de movilidad.</p>	<p>Habita en casa propia. El lugar cuenta drenaje adecuado (agua potable), luz eléctrica, gas drenaje, cuenta con tres habitaciones. Solo vive con una persona (su esposo). Refiere las calles de su comunidad son pavimentadas para evitar problemas de salud. Su medio de transporte es particular. No refiere alergias. Refiere contar con esquema de vacunación de la infancia completo y ninguna actual. Dentro del área hospitalaria los familiares ayuda realizar cambios posturales pero por la debilidad de la paciente prefieren dejarla descansar lo cual</p>

		dificulta estos cambios y de esta manera favorecen a la aparición de las UPP.
9) Comunicación y sexualidad	<p>Oídos simétricos sin deformación, pabellones auriculares bien implantados, sin dolor a la palpación, agudeza auditiva disminuida con presencia de prótesis bilaterales.</p> <p>No hay alteraciones en el lenguaje</p>	<p>Usa prótesis auditivos pero se encuentran disfuncionales lo cual no permite que se tenga una adecuada comunicación con la paciente.</p> <p>La relación con sus familiares es buena, el cuidador primario es su esposo e hija, los cuales se observan con rasgos de cansancio y fatiga ya que permanece varias horas dentro del hospital. En el área de la sexualidad no hay datos específicos.</p>
10) Valores y creencias	Presencia de imágenes religiosas.	Católica (Virgen de Guadalupe)
11) Trabajo y realizarse		Estudio Licenciatura, su ocupación es de contadora pública y en conjunto se dedica al hogar donde dice que sus actividades son muy

		satisfactorias y por ello lleva una relación familiar buena.
12) Recreación		Le gusta realizar bordado y tejer. También escucha música la cual le ayuda a relajarse.
13) Aprendizaje		Estudio la licenciatura en contaduría pública.
14) Selección de vestimenta	Porta ropa hospitalaria de forma adecuada.	En casa tiene autonomía al decidir las prendas deseadas. Refiere dificultad para realizar sus actividades normales.

7. NIVEL DE DEPENDENCIA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA		
	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
1.- Riesgo de deterioro de la función hepática		**	
2.-Dolor agudo		**	
3.- Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades		**	
4.-Deterioro de la integridad cutánea	*		
5.- Retraso en la recuperación quirúrgica		**	
6.- Trastorno de la percepción sensorial (auditiva)	*		
7.- Gestión ineficaz de la propia salud	*		
8.- Riesgo de caídas		**	
9.-Deterioro de la deambulación		**	
10.-Disconfort		**	

8. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
P: Riesgo de deterioro de función hepática E: R/C Infecciones víricas, medicamentos hepatotóxicos,	1 Detección del riesgo	1 Reconocer los signos y síntomas que indican riesgo 2 Identifica los posibles riesgos para la salud 3 Utilizar información actualizada sobre cambios en recomendaciones sanitarias	RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 12 </u>
	2 Control del riesgo	1 Supervisar los factores de riesgo de la conducta personal 2 Utilizar sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo 3 Reconocer los cambios en el estado de salud	RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 12 </u>
	3 Conocimiento de la medicación	1 Efectos terapéuticos de la medicación 2 Administración correcta de la medicación 3 Cuidado efectivo de los dispositivos de la administración	CM 2 ----- CS 4 CM 2 ----- CS 4 CM 2 ----- CS 4	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 12 </u>
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Vigilancia		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Identificación de riesgos		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Control de la medicación
ACTIVIDADES Determinar los riesgos de salud del paciente. Seleccionar los índices adecuados del paciente para la vigilancia en función de la condición de salud del paciente. Vigilar esquemas de comportamiento. Colaborar con el médico para instaurar la monitorización hemodinámica del paciente.		ACTIVIDADES Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos. Planificar las actividades de disminución de riesgos, en colaboración de grupos. Determinar los recursos institucionales para ayudar a disminuir los factores de riesgo. Utilizar los medios para el establecimiento de metas mutuas.		ACTIVIDADES Documentar el nombre, dosis, frecuencia y vía de administración en la lista de medicamentos. Controlar la medicación con los cambios en el estado de salud del paciente. Utilizar una herramienta estandarizada para obtener la información de la medicación, incluidos los suplementos dietéticos y plantas medicinales.
FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA		FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA		FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
En cuanto a la enfermedad hepática, es necesario determinar el tiempo de evolución de la enfermedad (aguda o crónica), su origen colestásico o hepatocelular y si la función sintética se encuentra comprometida (presencia de cirrosis) y así determinar un riesgo específico. ⁵		Realizar una historia clínica adecuada, con un interrogatorio que busque factores de riesgo para enfermedad hepática (alcoholismo, transfusiones, virus, medicamentos, etc.) y una exploración física que identifique datos que sugieran hepatopatía (hepatomegalia, atrofia testicular, sangrados, etc.) es la mejor herramienta para identificar al paciente con hepatopatía o en riesgo de desarrollarla. No es así, cuando se establece la determinación rutinaria de un perfil de función hepática a un grupo poblacional quirúrgico de forma indiscriminada con el fin de detectar tempranamente pacientes en riesgo o con enfermedad.		Dado que el hígado es el principal órgano implicado en el metabolismo de nutrientes, fármacos y otros xenobióticos potencialmente tóxicos que deben atravesarlo antes de alcanzar el torrente sanguíneo y otros tejidos, lo hace particularmente susceptible a los fenómenos de toxicidad química. La hepatotoxicidad representa un problema sanitario de primer orden en aumento en las últimas décadas, dado que es una de las principales causas de muerte secundaria a medicamentos y supone la principal causa de retirada, suspensión de comercialización y restricción de las indicaciones de productos farmacológicos del mercado farmacéutico. ⁶

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
P: Dolor agudo E: R/C Agentes lesivos (herida quirúrgica) S: M/P Conducta expresiva (irritabilidad)	1 Nivel de dolor	1 Dolor referido 2 Facies de dolor a la palpación 3 Inquietud	S 2 ----- L 4 S 2 ----- L 4 S 2 ----- L 4	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 12 </u>
	2 Control del dolor	1 Reconoce el comienzo del dolor 2 Refiere dolor controlado 3 Utiliza analgésicos de forma adecuada	RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 12 </u>
	3 Conocimiento: manejo del dolor	1 Causas y factores que contribuyen al dolor 2 Estrategias para controlar el dolor 3 Efectos terapéuticos de la medicación	CE 2 ----- CS 4 CE 2 ----- CS 4 CE 2 ----- CS 4	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 12 </u>
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Manejo ambiental: confort		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Manejo de la medicación	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Manejo del dolor	
ACTIVIDADES Vigilancia de los signos de irritación. Ofrecer educación sobre el manejo de la lesiones al paciente y a la familia. Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.	ACTIVIDADES Enseñar al paciente cuando debe recibir atención médica. Comprobar el régimen del cumplimiento de la medicación. Observar signos y síntomas de toxicidad de la medicación.	ACTIVIDADES Explorar al paciente sobre las características del dolor. Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor. Utilizar un enfoque multidisciplinario para manejo del dolor.		
FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA Los métodos más útiles usan la información proporcionada por el enfermo como forma de expresión de la intensidad o calidad del dolor. Habitualmente sólo se utiliza la primera en su evaluación. La variaciones individuales en el umbral del dolor dificultan su evaluación. Por ejemplo, en el postoperatorio existe un grupo de pacientes que no requiere analgesia (10-20%), otro que tiende a referir dolor en forma permanente (<10%), mientras que en el grupo restante la dosis media recomendada es más o menos efectiva. Diversos factores pueden variar el umbral doloroso -raciales, la edad (mayor dolor en adultos jóvenes que en viejos), el sexo, el estado psicológico (mayor en pacientes intranquilos o no pre medicados), por lo que cualquier evaluación o ensayo clínico obliga a estudiar un número significativo de pacientes (idealmente más de 30 por grupo en estudio) y a estandarizar al máximo las variables señaladas. Otro factor importante es el efecto placebo, la capacidad de aliviar el dolor que tiene una droga a la que no se le conoce efecto analgésico alguno, habitualmente con menor intensidad y duración que el provocado por un analgésico de potencia conocida, pero que pudiera ser igual al del analgésico que se ensaya.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA El tratamiento adecuado del dolor obliga hoy a su medición; esto es válido tanto para los ensayos clínicos de nuevas drogas o técnicas analgésicas, como para la práctica clínica. La intensidad del dolor y el alivio que producen las diferentes drogas empleadas son las variables que más se han utilizado para el ajuste de dosis, por lo que llegar a algún grado de estandarización en su medición ha sido de extraordinaria utilidad.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA Psicológicamente, puede haber ansiedad y miedo, de privación de sueño y sensación de indefensión. Estos cambios se potencian entre sí y a su vez aumentan el dolor. Además, al prolongarse, pueden llevar a respuestas de ira y resentimiento, alteraciones emocionales que pueden ser prolongadas, especialmente en niños. Fisiológicamente, hay una respuesta sistémica y una local, con cambios inflamatorios, autonómicos, endocrinos e inmunológicos. El papel exacto del dolor en esta respuesta no está bien delimitado, al no poder separarse los efectos del dolor por se de aquellos producidos por la destrucción tisular. La interpretación de las investigaciones destinadas a estudiar este problema también es difícil, pues los estímulos nociceptivos son sólo uno de los activadores de la respuesta sistémica al estrés (RSE) y casi siempre otro de estos activadores acompañan al dolor . ⁷		

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
P: Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades E: R/C Incapacidad para absorber los nutrientes. S: M/P Pérdida de peso (8.200Kg) con un aporte nutricional adecuado.	1 Estado nutricional	1 Ingesta de nutrientes 2 Ingestión de alimentos 3 Relación peso/ talla 4 Hidratación	DSRN 2 ----- DMRN 3 DSRN 2 ----- DLRN 4 DIRN 3 ----- SDRN 5 DSRN 2 ----- DLRN 4	MANTENER <u> 9 </u> AUMENTAR <u> 16 </u>
	2 Conducta de mantenimiento	1 Controlar el peso 2 Mantiene la ingesta calórica necesaria 3 Relación entre dieta y peso	RD 2 ----- SD 5 RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 13 </u>
	3 Conducta de cumplimiento: dieta prescrita	1 Seguir recomendaciones dietéticas 2 Utilizar un diario para controlar la ingesta de alimentos y líquidos 3 Selección de raciones compatibles para la dieta	RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 12 </u>
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Asesoramiento nutricional		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Manejo de peso		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Manejo de la nutrición
ACTIVIDADES Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio de estado nutricional. Valorar el progreso de las metas de modificación dietéticas e intervalos regulares.		ACTIVIDADES Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético. Discutir los riesgos asociados con la pérdida de peso. Tratar con el paciente la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio y la pérdida de peso.		ACTIVIDADES Determinar en colaboración con el dietista el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios. Realizar una selección adecuada de comidas Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA		FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA		FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Los nutriólogos proporcionan los conceptos fundamentales con respecto a sus funciones, digestión, absorción, biodisponibilidad, metabolismo, alimentos fuente y necesidades diarias, destacando su importancia en la nutrición humana. El diseño de planes de alimentación debe ser adecuado a las diferentes etapas de la vida, para permitir el crecimiento y desarrollo normal del paciente.		Un dietista certificado es un recurso excelente para el manejo individualizado del peso porque suministra información sobre clases y programas existentes. Dentro de los cuales se debe consumir una dieta bien balanceada y saludable, realizar actividad física con dieta para mantener el peso deseado. Ajustar gradualmente los hábitos alimentarios para fomentar un cambio permanente en el estilo de vida. Es posible que se necesite asesoría y modificación del comportamiento para cambiar la dieta.		El objetivo es reintegrar al paciente a cumplir con los objetivos nutricionales establecidos, sosteniendo la continuidad del tratamiento en forma ambulatoria. También permite evitar o prevenir las complicaciones asociadas a la internación como son las infecciones intrahospitalarias. Su utilización como parte del tratamiento es cada vez más habitual, pero requiere optimizar su funcionamiento. Asimismo, se debe brindar una efectiva vía de alimentación, así como también un esquema de monitoreo para la prevención y/o tratamiento de las complicaciones asociadas.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
P: Deterioro de la integridad cutánea E: R/C Humedad, inmovilización física y deterioro de la sensibilidad S: M/ P Alteraciones en la superficie de la piel (UPP GI en sacro, enrojecimiento y ligera humedad en prominencias óseas).	1 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológica	1 Hipotensión ortostática 2 Fuerza muscular 3 UPP	SC 2 ----- LC 4 SC 2 ----- LC 4 S 2 ----- N 5	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 13 </u>
	2 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	1 Cumple el régimen terapéutico recomendado 2 Realiza cuidados personales compatibles con su habilidad 3 Obtiene asesoramiento de personal cuando es necesario	RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- SD 5	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 13 </u>
	3 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	1 Hidratación 2 Integridad de la piel 3 Lesiones cutáneas	SC 2 ----- NC 5 SC 2 ----- LC 4 SC 2 ----- LC 4	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 13 </u>
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Prevención de úlceras por presión		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Vigilancia: seguridad	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Vigilancia de la piel	
ACTIVIDADES Documentar el peso y los cambios de presentados Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos. Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambio de posición al menos una vez al día. Vigilar las fuentes de presión y fricción. Humedecer la piel seca (lubricación).	ACTIVIDADES Observar si hay alteraciones de la función física del paciente que pueden concluir en una conducta inseguridad. Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para la seguridad. Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del peligro presente. Vigilar al paciente con riesgo de exposición a los peligros específicos del ambiente de cuidado.	ACTIVIDADES Observar si hay enrojecimiento, color extremo, edema en la piel. Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. Observar si hay zonas de presión y fricción. Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel.		
FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA Las úlceras son un factor primordial en la génesis de las úlceras es la fuerza de compresión. Ya sea fuerzas de alta intensidad por corto período o de baja intensidad por largos períodos pueden producir ulceraciones cutáneas. Son más sensibles los tejidos subcutáneos y el músculo, bastando presiones de 60-70 mmHg por 1-2 horas. para sufrir cambios irreversibles. Se debe tomar en cuenta que la presión ejercida sobre el sacro y trocánteres en las camas hospitalarias pueden alcanzar hasta los 100-150 mmHg. Valores que determinan presiones transcutáneas de 0. ⁸	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA Los ejercicios son necesarios para mejorar la circulación y fortalecer los músculos. La movilización activa aumenta la masa, el tono y la fuerza de los músculos y mejora las funciones cardíacas y respiratorias. La movilización pasiva mejora la actividad articular y circulación. La actividad, la movilidad y la flexibilidad son parte integrante del estilo de vida de la persona. Fomentando la sensación de control y autodeterminación del paciente se puede mejorar el cumplimiento de los programas de ejecución. Las ayudas para la marcha deben utilizarse de manera correcta y segura, para prevenir lesiones y garantizar su eficacia.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA De acuerdo lo descrito por Marín, J Lim ⁹ las características importantes a valorar son: Revisar diariamente el estado de la piel del paciente considerado de riesgo, teniendo especial cuidado con las prominencias óseas (sacro, tobillos, codos,) y con el deterioro del estado general de la piel (sequedad, excoriaciones, eritema). Dedicar una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad. Realizar la higiene corporal diaria con agua tibia y jabón con pH neutro y proceder al secado por contacto (sin fricción), secando muy bien los pliegues cutáneos.		

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
P: Retraso en la recuperación quirúrgica E: R/C Procedimiento quirúrgico importante, cambios en el estado de salud. S: M/P Evidencia de interrupción de la curación de la herida quirúrgica, informes de malestar y dolor.	1 Nivel de malestar	1 Dolor 2 Inquietud 3 Tensión facial	S 2 ----- L 4 S 2 ----- L 4 S 2 ----- L 4	MANTENER ___ 6 ___ AUMENTAR ___ 12 ___
	2 Nivel de dolor	1 Dolor referido 2 Muecas de dolor 3 Duración de los episodios de dolor	S 2 ----- L 4 S 2 ----- L 4 S 2 ----- L 4	MANTENER ___ 6 ___ AUMENTAR ___ 12 ___
	3 Severidad de la infección	1 Fiebre 2 Sensibilidad 3 Malestar general	L 4 ----- N 5 S 2 ----- L 4 M 3 ----- L 4	MANTENER ___ 9 ___ AUMENTAR ___ 13 ___
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Cuidados de la herida		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Monitorización de los signos vitales	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Manejo del dolor	
ACTIVIDADES Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenajes, color y olor. Cuidar el sitio de incisión según sea necesario. Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.		ACTIVIDADES Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio. Observar periódicamente el color, la temperatura de la piel. Observar si hay llenado capilar normal. Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.	ACTIVIDADES Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, intensidad y factores desencadenantes.	
FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA		FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	
En todos los pacientes se toman medidas universales con el objeto de prevenir infecciones, pero el riesgo de aparición de infecciones del sitio quirúrgico es mayor en ciertos casos, de modo que es importante valorar en forma apropiada este riesgo y extremar los cuidados cuando sea necesario.		La monitorización de las constantes vitales es un factor clave en el seguimiento estricto del estado clínico del paciente. Las constantes vitales son aquellos parámetros que nos indican el estado hemodinámico del paciente, y la monitorización básica no invasiva es la medida de estas constantes sin invasión de los tejidos. Por ello se debe reunir el conocimiento y experiencia precisa para saber identificar, evaluar y responder con eficacia ante cualquier evento clínico que suponga un riesgo vital para el paciente.	Para un correcto tratamiento del dolor, se deben identificar y evaluar los síndromes dolorosos más comunes en pacientes, por ello es de suma importancia el trabajo interdisciplinario (cirujanos, médicos y enfermeras) para evaluar la mejor opción de bienestar para el paciente para que así se encuentren concentrados en el mantenimiento seguro de las funciones vitales del cuerpo y en controlar el dolor.	

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
P: Trastorno de la percepción sensorial (auditiva)	1 Función sensitiva: auditiva	1 Agudeza auditiva (izquierda) 2 Agudeza auditiva (derecha) 3 Muestra interes por los estímulos auditivos	DMRN 3 ----- DLRN 4 DMRN 3 ----- DLRN 4 DMRN 3 ----- DLRN 4	MANTENER ___ 9 ___ AUMENTAR ___ 12 ___
E: R/C Alteración de la recepción sensorial.	2 Conducta de compensación auditiva	1 Supervisar los síntomas de deterioro auditivo 2 Utiliza lenguaje de lectura de labios 3 Utiliza dispositivos de ayuda auditiva	RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4	MANTENER ___ 6 ___ AUMENTAR ___ 12 ___
S: M/P Cambios en la agudeza sensorial (presencia de prótesis bilaterales)	3 Control de riesgo: deterioro auditivo	1 Supervisar los síntomas de deterioro auditivo 2 Reduce la exposición al ruido 3 Evita colocar objetos en el canal auditivo	RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4 AD 3 ----- FD 4	MANTENER ___ 7 ___ AUMENTAR ___ 12 ___
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Mejorar la comunicación auditiva		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Escucha activa	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Potenciación de la socialización	
ACTIVIDADES Facilitar el uso de dispositivos que mejoren la audición. Escucha atentamente Abstenerse de gritar al paciente Aumentar el volumen de voz No cubrirse la boca		ACTIVIDADES Mostrar interes en el paciente. Evitar barreras a la escucha activa. Estar atento al tono, tiempo, volumen entonación de la voz. Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.	ACTIVIDADES Facilitar el uso de ayuda para deficits sensoriales auditivos Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y demanda de actividades	
FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA		FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	
El personal de salud debe saber como mediar con pacientes con trastornos auditivos. Gritar NO ayuda y puede reducir la habilidad de la persona sorda para entender lo que se le dice. Sin embargo, sí resulta útil aumentar levemente el volumen de la voz. Otras técnicas de comunicación con el paciente son: captar la atención y la mirada de la persona, sentarse frente a frente y modular bien la voz. Es importante también reducir el ruido ambiental al mínimo. En casos de hipoacusia más grave puede ser necesario enseñar lectura labial si el anciano está en condiciones de aprenderlo.		El déficit auditivo es una de las condiciones crónicas más comunes en los adultos mayores, su prevalencia se estima en 90% en personas de 80 o más años. La pérdida auditiva en la población geriátrica está estrechamente asociada a factores de riesgo modificables, por lo tanto, se recomienda buscar intencionadamente dichos factores y tratarlos con el fin de prevenir el déficit auditivo.	Los síndromes geriátricos son una forma de presentación de enfermedad común en los adultos mayores, se presentan como un conjunto de cuadros clínicos habitualmente originados por la interacción de enfermedades con alta prevalencia en esta edad y que con frecuencia originan incapacidad funcional o social en la población. Son la manifestación inicial (síntoma) de muchas enfermedades, pero a la vez, también son el principio de muchos otros problemas que se deben de tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos.	

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
P: Gestión ineficaz de la propia salud E: R/C Conflicto de decisiones, demandas excesivas (individuales), percepción de barreras y percepción de la gravedad S: M/C Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria, fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, en su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud.	1 Toma de decisiones	1 Identifica información relevante 2 Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa 3 Compara alternativas	SC 2 ----- LC 4 SC 2 ----- LC 4 SC 2 ----- L C 4	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 12 </u>
	2 Conocimiento: actividad prescrita	1 Factores que disminuyen la tolerancia a la actividad 2 Obstáculos para la aplicación del tratamiento 3 Restricciones de la actividad	CE 2 ----- CS 4 CE 2 ----- CS 4 CE 2 ----- CS 4	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 12 </u>
	3 Conducta de cumplimiento	1 Solicita pauta prescrita 2 Busca información acreditada sobre el tratamiento 3 Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria	RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4	MANTENER <u> 8 </u> AUMENTAR <u> 16 </u>
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Acuerdos con el paciente		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Vigilancia: Seguridad	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Colaboración con el médico	
ACTIVIDADES Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas de su cuidado Ayudar al paciente a desarrollar un plan de cumplimiento de las acciones Identificar con el paciente las consecuencias por el incumplimiento del acuerdo Disposición de un ambiente abierto para la realización de las acciones		ACTIVIDADES Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad. Proporcionar un nivel adecuado de supervisión y vigilancia del paciente Colocar al paciente en un ambiente menos restrictivo que permita el necesario nivel de observación	ACTIVIDADES Participar en la orientación con el personal médico para el paciente Alentar una comunicación abierta y efectiva con el familiar Informar sobre los cambios en el estado de salud Participar en comisiones multidisciplinarias para tratar cuestiones clínicas.	
FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA				
<p>La Organización Mundial de la Salud¹⁰ ha definido de forma general a la adherencia al tratamiento, como el grado en que el comportamiento de una persona para tomar su medicación, seguir un régimen alimentario, realizar cambios del modo de vida, que corresponde con las recomendaciones de un prestador de asistencia sanitaria.</p> <p>La falta de adherencia al tratamiento o incumplimiento terapéutico es un problema relevante, con mayor importancia en el tratamiento de las enfermedades crónicas, esto aumentará la efectividad de las intervenciones sobre cumplimiento terapéutico, puede tener una repercusión mucho más grande sobre la salud de la población, que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos, la adherencia terapéutica incrementa la seguridad del paciente y la efectividad del sistema sanitario ya que el cumplimiento terapéutico requiere un enfoque multidisciplinario, en el que los profesionales de la enfermería pueden desempeñar una función importante en las intervenciones orientadas a los pacientes al educarlos y facilitar la adherencia al tratamiento.</p>				

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
P: Riesgo de caídas E: R/C Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, dificultad de la marcha, deterioro de movilidad física (edema en miembros inferiores).	1 Conocimiento prevención de caídas	1 Uso correcto de mecanismos de seguridad 2 Como deambular con seguridad. 3 Uso de procedimientos seguros de traslados.	CE 2 ----- CS 4 CE 2 ----- CS 4 CE 2 ----- CS 4	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 12 </u>
	2 Control del riesgo	1 Supervisa los cambios en el estado de salud 2 Reconoce factores de riesgo. 3 Evita exponerse a las amenazas de la salud	RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- SD 5	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 13 </u>
	3 Detección del riesgo	1 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo 2 Identifica los posibles riesgos para la salud. 3 Se mantiene informado sobre cambios en la salud.	RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- SD 5 RD 2 ----- AD 3	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 12 </u>
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Prevención de caídas		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Identificación de riesgos	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Vigilancia	
ACTIVIDADES Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas. Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse. Utilizar barandales laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.		ACTIVIDADES Identificar al paciente que precisa cuidados continuos. Mantener registros y estadísticas precisas. Determinar los sistemas de apoyo continuo. Determinar el cumplimiento de los procedimientos médicos.	ACTIVIDADES Determinar los riesgo de salud del paciente. Preguntar al paciente por la percepción de su salud. Vigilar esquemas de comportamiento. Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejorías y deterioros en la condición del paciente	
FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA		FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	
Las estrategias de prevención de las caídas deben ser integrales y polifacéticas; dar prioridad a la investigación y a las iniciativas de salud pública para definir mejor la carga, explorar los factores de riesgo y utilizar estrategias preventivas eficaces; apoyar políticas que creen entornos más seguros y reduzcan los factores de riesgo; fomentar medidas técnicas que eliminen los factores que posibilitan las caídas; impulsar la formación de los profesionales sanitarios en materia de estrategias preventivas basadas en datos científicos, y promover la educación individual y comunitaria para aumentar la concientización.		El profesional de enfermería tiene el compromiso de garantizar y disminuir los riesgos detectados del paciente y familia a través de fomentar una cultura integradora de seguridad y confianza con las mejores prácticas, con la finalidad de disminuir la presencia de eventos adversos e impulsar la estandarización del cuidado y la prevención de estos.	La seguridad del paciente hospitalizado es una prioridad en los centros sanitarios así como la identificación correcta de los pacientes de riesgo y también la protección del paciente vulnerable frente a estos sucesos. El análisis de las circunstancias en las que se producen estos eventos adversos es fundamental. Es aquí, en este punto, donde los profesionales de Enfermería se enmarcan como el principal protagonista de este proyecto de mejora de la Seguridad de nuestros pacientes. Todos los pacientes ingresados tienen, en alguna medida riesgo de caerse durante su estancia.	

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
P: Deterioro de la deambulación	1 Movilidad	1 Movimiento muscular 2 Mantenimiento de la posición corporal 3 Marcha	SC 2 ----- MC 3 SC 2 ----- LC 4 SC 2 ----- LC 4	MANTENER __ 6 __ AUMENTAR __ 11 __
E: R/C Deterioro del estado físico, fuerza muscular insuficiente.	2 Conocimiento: mecanismos corporales	1 Actividades personales de riesgo 2 Posibles causas posicionales de dolor muscular o articular 3 Ejercicios para fortalecer los músculos	CE 2 ----- CS 4 CE 2 ----- CM 3 CE 2 ----- CS 4	MANTENER __ 6 __ AUMENTAR __ 11 __
S: M/P Deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.	3 Función esquelética	1 Integridad ósea 2 Alineación esquelética 3 Estabilidad articular	SC 2 ----- LC 4 SC 2 ----- MC 3 SC 2 ----- LC 4	MANTENER __ 6 __ AUMENTAR __ 11 __
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Cambio postural		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Terapia de ejercicios: control muscular	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Fomentar los mecanismos corporales	
ACTIVIDADES Animar al paciente a participar en los cambios posición Colocar en posición de alineación correcta Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos con un margen de movimientos Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida		ACTIVIDADES Evaluar las funciones sensoriales Poner en marcha medidas de control del dolor Reorientar al paciente sobre las funciones de movimiento del cuerpo	ACTIVIDADES Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas Ayudar a evitar sentarse en la misma posición durante periodos de tiempo prolongados. Ayudar al paciente / familia a identificar ejercicios posturales adecuados	
FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA		FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	
Como norma general una buena superficie de apoyo se considera eficaz cuando reduce o alivia la presión tisular, aumenta el campo de apoyo y disminuye la fuerza de cizallamiento. Debe favorecer la evaporación de la humedad y no causar calor al paciente. Cuanto más fácil sea el mantenimiento y manejo, mejor será para los profesionales sanitarios y para los enfermos usuarios de estos dispositivos		Las técnicas de ACTIVACIÓN MUSCULAR descritas por Greg Roskopf ¹¹ se basan en la identificación y corrección de desequilibrios musculares para poder disminuir el dolor y mejorar la función muscular. Las formas convencionales de terapia se centran en la tensión muscular como factor principal relacionado con el dolor crónico o enfermedad. Mediante la activación de la musculatura se busca el proceso de reajuste neuromuscular que haga que el músculo active sus entradas propioceptivas y envíe señales sensoriales aferentes correctas al SNC, mejorando la respuesta inhibitoria. El objetivo de las técnicas de activación muscular es identificar posiciones de debilidad y la musculatura inhibida, y entonces activar dicha musculatura.	Aumentar o restablecer la capacidad corporal de un individuo o de cualquier parte de su cuerpo para realizar actividades funcionales, mejorar su aspecto físico, evitar o disminuir desequilibrios fisiopsicosociales y favorecer su independencia hasta donde sea posible, precisa de un trabajo en equipo para coordinar y dirigir no sólo la alineación corporal, sino también para lograr una estimulación neuromusculoesquelética mediante masaje; ejercicios con fines deportivos, de diagnóstico o terapéuticos; movilización para lograr descanso y efectos biológicos o psicológicos progresivos; transferencia o desplazamiento de un lugar a otro; y uso de elementos o dispositivos de apoyo y seguridad	

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS NOC	INDICADORES NOC	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
P: Disconfort E: R/C S: M/P Temor, Síntomas relacionados con la enfermedad, Incapacidad para relajarse, irritabilidad, hospitalización	1 Control del riesgo	1 Reconocer factores de riesgo 2 Supervisa los cambios en el estado de salud 3 Reconoce los cambios en el estado de salud	RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4 RD 2 ----- FD 4	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 12 </u>
	2 Estado de comodidad: física	1 Bienestar físico 2 Control de síntomas 3 Posición cómoda	SC 2 ----- LC 4 SC 2 ----- LC 4 SC 2 ----- NC 5	MANTENER <u> 6 </u> AUMENTAR <u> 13 </u>
	3 Estado de comodidad: entorno	1 Satisfacción con el entorno físico 2 Entorno tranquilo 3 Privacidad	SC 2 ----- LC 4 MC 3 ----- LC 4 SC 2 ----- LC 4	MANTENER <u> 7 </u> AUMENTAR <u> 12 </u>
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Manejo ambiental		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Manejo ambiental: confort	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Terapia con el entorno	
ACTIVIDADES Crear un ambiente seguro para el paciente Retirar del ambiente objetos que sean peligrosos Disponer medidas de seguridad mediante barandales laterales Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes y exceso de calefacción		ACTIVIDADES Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno Crear un ambiente tranquilo y de apoyo Vigilar continuamente las necesidades del paciente	ACTIVIDADES Identificar factores ambientales que contribuyan a la conducta del paciente Disponer recursos necesarios para el autocuidado Potenciar la normalidad del ambiente mediante el uso de relojes, calendarios, barandales Asegurar la presencia y supervisión del paciente	
FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA				
<p>El confort es un conjunto de medidas que deben estar presentes durante la realización de los cuidados y/o procedimientos de enfermería, para conseguir una enfermera de cuidados críticos más humana y menos tecnicista.</p> <p>La calidad de la atención en los servicios de salud, es responsabilidad de los diferentes grupos que trabajan en un hospital, sin embargo el papel de la enfermera es de particular importancia, ya que es quien brinda atención directa y esta en contacto por más tiempo con el paciente, por lo que una atención interpersonal de buena calidad es necesaria para lograr la satisfacción de los pacientes ya que, como menciona Donabedian¹², son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención como un todo, incluyendo los méritos técnicos.</p>				

9.- PLAN DE ALTA

NOMBRE: M.D.C.R.U FECHA: Marzo/2015			
NECESIDAD ALTERADA	PROBLEMA	INTERVENCIÓN	OBSERVACIONES
PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD	Gestión ineficaz de la propia salud	Vigilancia en la toma de decisiones para la mejora de la salud	Identificación de factores de riesgo en el paciente
NUTRICIÓN Y METABÓLICO	Desequilibrio nutricional	Toma de alimentos fraccionada en quintos para evitar la aparición de reflejo nauseoso.	Mantener el peso con relación a la ingesta de alimentos
	Función hepática	Identificación de la medicación	Verificar el consumo de fármacos
MOVIMIENTO Y POSTURA	Deterioro de la integridad cutánea	Cambios posturales, utilización de dispositivos de liberación de presión	Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial en la paciente (identificación de áreas de presión). Movilización a reposet durante la tarde.
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	Cuidados de la piel	Baño diario, secar correctamente áreas interdigitales y pliegues, hidratación de la piel.	Verificar que no existan áreas húmedas ni lesiones en la piel.
EVITAR PELIGROS	Retraso en la recuperación quirúrgica	Curación de herida quirúrgica	Identificación de datos de infección en sitio quirúrgico.
		Lavado de manos con jabón y agua	Antes y después de ir al baño, al tener contacto con el sitio quirúrgico.
	Dolor	Identificación de presencia de dolor	Verificar los mecanismos de respuesta ante el dolor mediante cambios posturales, fascias de dolor.

10. CONCLUSIÓN

Las lesiones biliares y los abscesos hepáticos son alteraciones que pueden presentarse dentro del proceso de enfermedad en pacientes con deterioro de la función hepática, dichas lesiones pueden afectar el bienestar del paciente y por ende su autonomía, llegando, en ocasiones, a ser letales si no son tratadas adecuadamente.

En este contexto se manifiestan afectaciones paralelas a las determinadas por el proceso de salud, es decir, los familiares y personas allegadas a los pacientes afectados sufren procesos de deterioro psicológico y económico.

El deterioro hepático es una entidad grave asociada a un mal pronóstico, su etiología es variada, pero se caracteriza por una intensa respuesta inflamatoria sistémica y difusión multiorgánica. Por ello su manejo debe ser integral lo cual es fundamental para la buena evolución de los enfermos.

Para el desarrollo de este trabajo se estableció como herramienta básica la valoración del paciente mediante la exploración céfalo – caudal, donde se obtuvieron datos necesarios para la realización de diagnósticos de enfermería los cuales nos dan a conocer las necesidades específicas del paciente y de esta manera satisfacerlo, aunque, en algunas ocasiones no se observaron resultados evidentes.

Mediante la utilización de un lenguaje estandarizado se facilita la recolección sistemática de la información necesaria para la toma de decisiones y la comunicación de información sobre la efectividad del cuidado. El registro de diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería posibilitan la gestión por procesos, así pues, se encontró de gran utilidad el uso de planes de cuidados individualizados y elaborados para la mejora continua de la atención requerida por la paciente.

Por último es importante destacar que las recomendaciones descritas en este proceso de enfermería son solo una herramienta, la cual se estableció para mantener un mejor nivel de bienestar para el paciente en el área hospitalaria, ya que se basan en los cuidados específicos que este requiere para su estancia, sin

embargo es importante destacar que para llegar a esto se debe establecer una comunicación asertiva con todo el equipo multidisciplinario de salud para favorecer un sentido humanista, ético y de confort para la paciente.

11.ANEXOS

11. ANEXO

A.- VALORACIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

ASPECTO A VALORAR	HALLAZGOS
DESCRIPCIÓN GENERAL	Paciente de 64 años, femenina de religión católica con signos vitales de: FR: 18 respiraciones por min. FC: 90 latidos por min. T/A 100/60 mmHg. Temp. 36.4°C Sat.O ₂ : 90% con puntas de Oxígeno a 3Lx' intermitentes. Talla de 162cm Peso actual 51.800Kg peso habitual de 60Kg. IMC 20.23 Perímetro abdominal de 92cm.
ESTADO MENTAL	Glasgow de 12pts., somnolienta, ubicada en tiempo y espacio, su lenguaje es comprensible y coherente, se observan datos de depresión.
PIEL	Coloración de la piel ictericia generalizada, semi-hidratada, se observa buena higiene (uñas limpias y quebradizas en miembros superiores e inferiores), se observan lesión en sacro (UPP grado 1), y enrojecimiento y ligera humedad en prominencias óseas por escasa movilidad, miembros inferiores con edema de ++.
CABEZA	Se observa de forma redonda, de tamaño normal. Cuero cabelludo se encuentra hidratado y con puntas secas. Su cara con expresión angustiada. Ojos simétricos, escleras ictericias con movimientos oculares normales.
OÍDOS	Oídos simétricos sin deformación, Pabellones auriculares bien implantados, sin dolor a la palpación, agudeza auditiva disminuida con presencia de prótesis bilaterales.
NARIZ	Narinas permeables, sin datos de alteración. Tabique nasal simétrico sin presencia de lesiones.

<p style="text-align: center;">BOCA Y GARGANTA</p>	<p>Labios simétricos. Boca con mucosa oral icterica, mal hidratada, piezas dentales incompletas (molares e incisivos con amalgamas). El suelo de la boca se observa con mucositis leve, paladar blando. Faringe ligeramente hiperémica, úvula central con presencia de reflejo nauseoso.</p>
<p style="text-align: center;">CUELLO</p>	<p>Simétrico, arcos de movimientos completos, tráquea en línea media, móvil, pulsos carotideos simétricos, no se observa presencia de adenomegalias.</p>
<p style="text-align: center;">TÓRAX</p>	<p>Movimientos de amplexión y amplexación restringidos por presencia de dolor en hipocondrio derecho. No se palpan adenomegalias en axilas.</p>
<p style="text-align: center;">PULMONES</p>	<p>Campos pulmonares en auscultación murmullo vesicular disminuido en base izquierda, sin estertores ni sibilancias. Con utilización de puntas de Oxigeno por las noches.</p>
<p style="text-align: center;">MAMAS</p>	<p>Mamas simétricas sin cambios en la piel, sin presencia de secreción por el pezón.</p>
<p style="text-align: center;">CORAZÓN</p>	<p>Ruidos cardiacos rítmicos en intensidad y frecuencia aumentada, sincrónicos con el pulso.</p>
<p style="text-align: center;">VASOS SANGUÍNEOS</p>	<p>La piel se observa icterica, semihidratada, con llenado capilar de 3 segundos, con presencia de edema en miembros inferiores de ++, dolor a la palpación en abdomen y miembros inferiores. Se llevan medidas de seguridad en catéter largo doble lumen en miembro superior derecho.</p>
	<p>Abdomen ascítico con presencia de cicatriz quirúrgica en hipocondrio derecho y sitio de salida de dos drenajes (Sonda Dawson Muller), uno a nivel de costado derecho y otro por</p>

<p>ABDOMEN</p>	<p>debajo a nivel de flanco ambos con abundante gasto de material purulento fétido de 20 y 15ml respectivamente.</p> <p>Ruidos peristálticos presentes con adecuada intensidad y frecuencia.</p> <p>Dolor a la palpación profunda en epigastrio, y en ambas fosas ilíacas.</p>
<p>GENITALES FEMENINOS</p>	<p>Genitales y vello púbico adecuados para su edad, con ligera irritación y presencia de moco cervical color blanquecino.</p>
<p>ANO Y RECTO</p>	<p>Presencia de hemorroides externa inflamada con salida de ligera secreción hemática y dolor a la palpación, calor y enrojecimiento localizado.</p>
<p>SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO</p>	<p>Extremidades superiores integras, hipotrofias, sin edema, articulaciones sin deformidad ni rigidez. Pulsos periféricos simétricos con frecuencia e intensidad adecuada, llenado capilar de 3 segundos.</p> <p>Extremidades inferiores simétricas con movilidad debilitada, sin lesiones ni deformidades. Pulsos distales adecuados. Llenado capilar de 3 segundos.</p> <p>Fuerza muscular debilitada, sin presencia de dolor al movimiento.</p>
<p>SISTEMA NEUROLÓGICO</p>	<p>Paciente somnolienta, con lenguaje comprensible y coherente, sin disimetría, temblor o movimientos anormales.</p>

B. GLOSARIO

ABSCESO:

Cavidad que contiene pus y está rodeada de tejido inflamatorio formado como consecuencia de la supuración en una infección localizada.

ADINAMIA:

Falta de energía física y emocional por debilidad psicodinámica.

ANATOMÍA:

Estudio, clasificación y descripción de las estructuras y órganos del cuerpo.

ANEMIA:

Trastorno que se caracteriza por la disminución de la hemoglobina sanguínea hasta concentraciones inferiores a los límites normales.

APÉNDICE:

Estructura accesoria ligada a otro órgano.

APENDICECTOMÍA:

Extirpación quirúrgica del apéndice cecal a través de una incisión practicada en el cuadrante inferior derecho del abdomen.

ARTRITIS:

Trastorno inflamatorio de la articulación caracterizada principalmente por dolor o hinchazón.

CAÍDA:

Pérdida del equilibrio o de la estabilidad de una persona o cosa por la acción del propio peso.

DETOXIFICAR:

Eliminar los tóxicos del cuerpo es un paso fundamental en la recuperación de la salud. / Desbloqueo de las funciones y órganos alterados, que impiden el normal funcionamiento del organismo.

DOLOR:

Sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales.

FISIOLOGÍA:

Estudio de los procesos y funciones del organismo.

FORÚNCULO O FURÚNCULO:

Inflamación de la piel causada por la infección de un folículo piloso y el tejido subcutáneo circundante, normalmente por la bacteria *Staphylococcus aureus*.

HEPATECTOMÍA:

Extirpación total o parcial de hígado realizado para trasplante o para curar enfermedades, sobre todo tumores.

HEPATOTÓXICO:

Que es potencialmente destructivo de las células hepáticas.

HÍGADO:

La mayor glándula del organismo y uno de los órganos más complejos del mismo, sus funciones son varias.

HIPEREMIA:

Aumento de la cantidad de sangre presente en una parte del cuerpo que puede deberse al aumento del flujo sanguíneo, como ocurre en la inflamación o la obstrucción del drenaje del área.

HIPERTENSIÓN ORTOSTÁTICA:

Se produce al cambiar súbitamente de posición, especialmente al ponerse de pie, levantarse de la cama etc. Suele durar unos segundos, en los que se experimenta un fuerte mareo y sensación de perder la cabeza.

ICTERICIA:

Coloración amarillenta de la piel, mucosas o conjuntivas causadas por cifras de bilirrubina en sangre superiores a las normales.

MENARCA:

Primera menstruación que marca el comienzo de la función menstrual cíclica.

MUCOSITIS:

Inflamación de una membrana de la mucosa como la de la boca o garganta.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Medida del actuar profesional de enfermería para la atención del individuo, familia y comunidad, de acuerdo a ejes teóricos.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Método dinámico, sistemático y organizado, basado en el método científico que permite realizar acciones y cuidados de enfermería al individuo, familia y comunidad, en la presencia o ausencia de enfermedad o para favorecer una muerte digna, representa el actuar científico y profesional propio de la profesión de enfermería.

QUIMIOEMBOLIZACIÓN:

Procedimiento por el que se inyectan fármacos quimioterapéuticos directamente en el sistema circulatorio que alimenta el hígado.

SEPSIS:

Género de enfermedades infecciosas, de carácter grave, producidas por pasar sangre y multiplicarse en ella diversos gérmenes patógenos procedentes de las supuraciones, con síntomas de extrema intoxicación.

TEMOR:

Miedo que se siente al considerar que algo perjudicial o negativo ocurra o haya ocurrido.

ULCERA POR PRESIÓN:

Lesión en forma de cráter, circunscrita, que afecta a la piel o mucosas.

VESÍCULA BILIAR:

Saco excretor en forma de pera, situado en una fosa sobre la superficie visceral del lóbulo derecho del hígado. Sirve como reservorio de la bilis.

C. PATOLOGÍA

C.1 SEPSIS ABDOMINAL

DEFINICIÓN:

Es un proceso inflamatorio del peritoneo causado por un microorganismo patógeno, así como de sus productos.

El proceso inflamatorio puede ser localizado o difuso de acuerdo con su naturaleza.

ETIOLOGÍA:

La fisiopatología de la sepsis implica una interacción compleja de los mediadores antiinflamatorios y pro inflamatorio en respuesta a la invasión de patógenos. Los mecanismos provocan daño en el endotelio, permeabilidad vascular, disfunción micro vascular, activación de la cascada de la coagulación y deterioro de la oxigenación tisular, lo que da lugar a la cascada de la sepsis.

Los sistemas que se complican con mayor frecuencia es el respiratorio, genitourinario y el gastrointestinal, también la piel y los tejidos blandos.

La enfermedad que más comúnmente lleva a la sepsis es la neumonía.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Entre los más importantes destacan los signos vitales (fiebre, hipoxia, hipotensión), la piel (forúnculos, úlceras, celulitis, sitios intravenosos, equimosis o petequias), el aparato pulmonar (taquipnea, hiperventilación, tos, hemoptisis), el aparato gastrointestinal (dolor abdominal, disminución de los ruidos intestinales), el aparato genitourinario (dolor suprapúbico, dolor costovertebral), el aparato cardiovascular (taquicardia) y, el sistema nervioso (alteración del estado mental).

La manifestación más común de la sepsis es la fiebre.

DIAGNÓSTICO

Papel de la clínica: La respuesta sistémica ante la infección tiende a progresar con el tiempo, pasando desde el fenómeno local hasta el síndrome de sepsis/choque séptico.

Hemocultivo: Sospecha de infección sistémica o bacteriemia.

Estudios diagnósticos:

- Ultrasonografía: Es de uso rutinario para detectar abscesos intra-peritoneales, especialmente pélvicos, retroperitoneales y del cuadrante superior derecho.
- Tomografía computarizada (TAC): Tiene una sensibilidad de 85% a 100% y una especificidad superior a 98%. Es inferior a la ultrasonografía en la detección de abscesos pélvicos y en la etapa temprana de una peritonitis generalizada o localizada.
- Resonancia magnética: Es un método costoso.

TRATAMIENTO

Terapia precoz: Dentro de las 6 primeras horas, adapta la función cardiaca frente a la infección (sepsis), intenta ajustar o adaptar la función cardiaca al nuevo estado de agresión.

Tratamiento de la infección: El manejo de los pacientes con sepsis requiere un adecuado tratamiento antibiótico, el cual incluye dosis necesaria, correcto tiempo de perfusión y buena penetración en el órgano blanco. El manejo antibiótico es uno de los determinantes más importantes en la evolución de los pacientes.

PRONÓSTICO

El pronóstico de sepsis abdominal dependerá de la respuesta que desarrolla el hospedero frente a la infección, generalmente las manifestaciones llegan a provocar una disfunción orgánica múltiple y la muerte.

C.2 ABSCESO HEPÁTICO

DEFINICIÓN:

Es una colección de pus rodeado de cápsula fibrosa que resulta de cualquier proceso infeccioso con destrucción del parénquima y estroma hepático, según su etiología, se pueden dividir en: BACTERIANO (piógeno), MICÓTICOS (Candida Albicans), que muestra una incidencia creciente paralela al SIDA y a la del trasplante de la Médula ósea, la quimioterapia y la radioterapia. AMEBIANO (Entamoeba Histolítica), como complicación rara de la amebiasis intestinal.

ETIOLOGÍA:

La edad de presentación oscila entre los 40 y 60 años, con mayor predilección por el sexo femenino. Las vías de diseminación son:

- BILIAR: (40%) por sobreinfección, secundaria a un obstáculo en el drenaje de la bilis que favorece la difusión bacteriana intraparenquimatosas con formación de múltiples abscesos, afectando a ambos lóbulos en el 90% de los casos.
- PORTAL:(25%) secundarios a un foco séptico intraabdominal o deficientemente tratado (sigmoiditis, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, cánceres sobreinfectados, pancreatitis).
- IDIOPÁTICOS: (20%) en pacientes diabéticos pueden aparecer abscesos criptogénicos de origen no identificable.
- POR CONTIGUEDAD: (25%) post-traumáticos o postquirúrgicos.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Malestar general, hepatomegalia, picos febriles, pérdida de peso, dolor en cuadrante superior derecho con postración y shock.

DIAGNÓSTICO:

- RX DE ABDOMEN: Hepatomegalia, con joroba diafragmática derecha y derrame pleural.
- ECOGRAFÍA: La ecoestructura depende del estadio evolutivo del absceso. La lesión puede simular también una masa sólida homogénea o heterogénea.
- EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Con estas imágenes, debe incluir, hematoma, metástasis, tumor necrótico, hemangioma, quistes hemorrágicos y quiste hidatídico complicado.
- TOMOGRAFÍA COMPUTADA: Es la exploración que aporta más información, realizándose sin y con contraste y siendo su detección mayor al 90%.

TRATAMIENTO:

El tratamiento del absceso hepático amebiano no complicado incluye medicamentos amebicidas y, en casos seleccionados, aspiración percutánea o drenaje abierto del absceso. El medicamento de elección es el metronidazol, que resuelve el 90% de los abscesos hepáticos amebianos no complicados. No se debe administrar a mujeres en el primer trimestre de embarazo.

PRONÓSTICO:

El diagnóstico con tratamiento antibiótico apropiado y drenaje ha reducido la mortalidad.

Anteriormente la mortalidad por absceso piógeno era de 24- 79% y en abscesos que no eran drenados hasta de 100%. Las últimas series muestran tasas de supervivencia de 88-100%, debido a la combinación de drenaje percutáneo, antibióticos y a la capacidad de realizar diagnóstico más temprano gracias a las ayudas radiológicas.

D. GENERALIDADES DE LA ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA HEPÁTICA

D. 1 ANATOMÍA DEL HÍGADO

Es la glándula más voluminosa de cuerpo, pesa alrededor de 1.4Kg en el adulto promedio.

Localizado bajo el diafragma y las costillas, se extiende a través del lado izquierdo del cuerpo por encima del borde superior del estómago. La verdosa vesícula biliar y sus vías están exactamente debajo del lado derecho del hígado.

El hígado está cubierto por el peritoneo visceral y revestido en su totalidad por una capa del tejido conectivo denso irregular que yace en la profundidad del peritoneo.

El suministro de sangre del hígado es exclusivo, proviene tanto del corazón como del tracto digestivo en forma directa a través de un gran vaso sanguíneo llamado la vena porta.

El hígado se divide en dos lóbulos principales derecho (grande) y lóbulo izquierdo (pequeño).

Cada uno de los dos lóbulos principales contiene unidades más pequeñas llamadas lobulillos (un lobulillo tiene una estructura hexagonal). La mayoría de los hígados tienen de 50.000 a 100.000 lobulillos que constan de una vena rodeada por minúsculas células hepáticas llamadas hepatocitos.

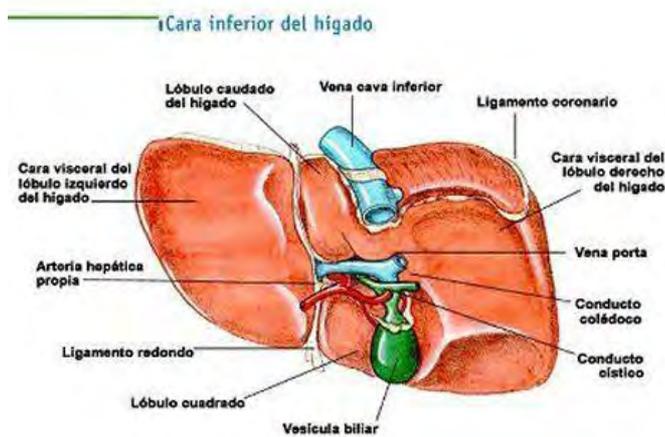
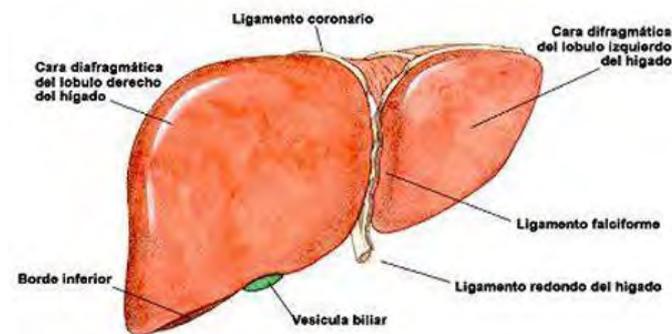
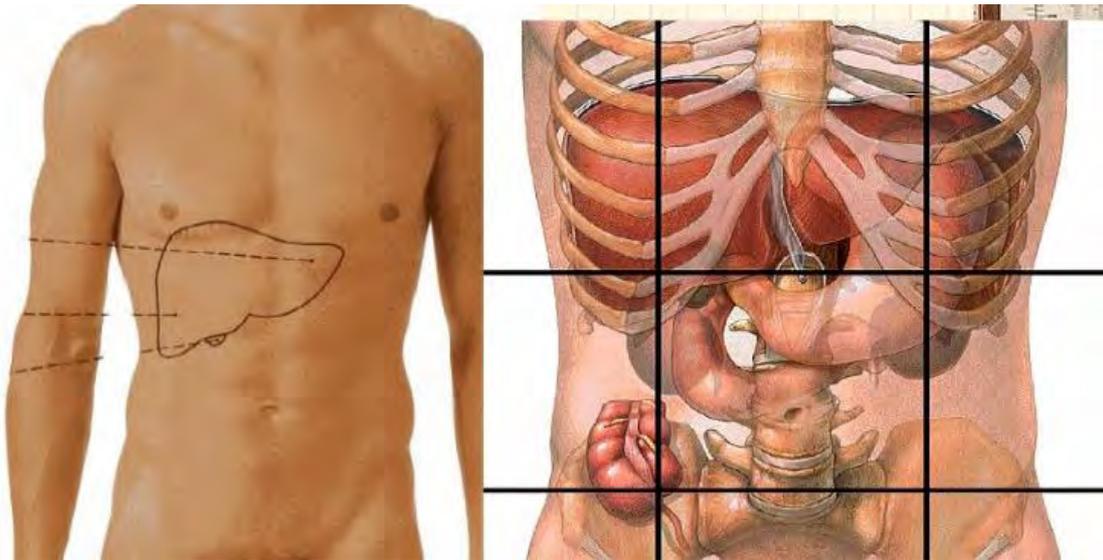
Estas células purifican la sangre, eliminan los desechos y toxinas y almacenan nutrientes saludables para que el cuerpo los utilice cuando sea necesario.

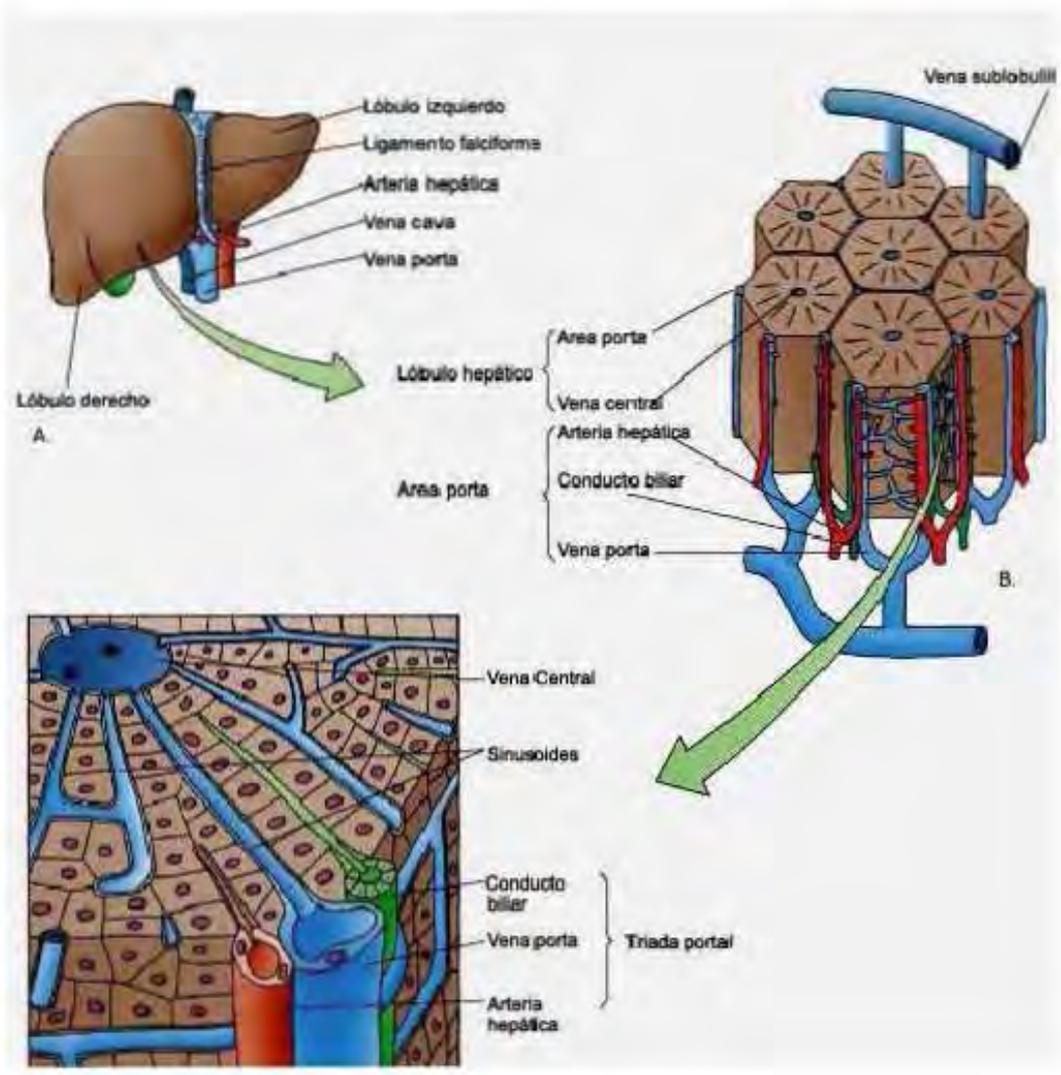
Las tareas del hígado son numerosas: Convierte el azúcar glucosa en glicógeno y la almacena hasta que el organismo la necesita. También almacena vitaminas, hierro y minerales, hasta que el cuerpo los necesite.

Las células hepáticas producen proteínas y lípidos o sustancias grasas que son los triglicéridos, el colesterol y las lipoproteínas.

El hígado produce ácidos biliares que descomponen la grasa de los alimentos. Estos ácidos biliares se necesitan para que el organismo absorba las vitaminas A, D y E, todas las cuales se encuentran en la grasa.

Elimina químicos, alcohol, toxinas y medicamentos del torrente sanguíneo y los envía a los riñones como urea para ser excretados como orina o a los intestinos para ser eliminados como defecación.



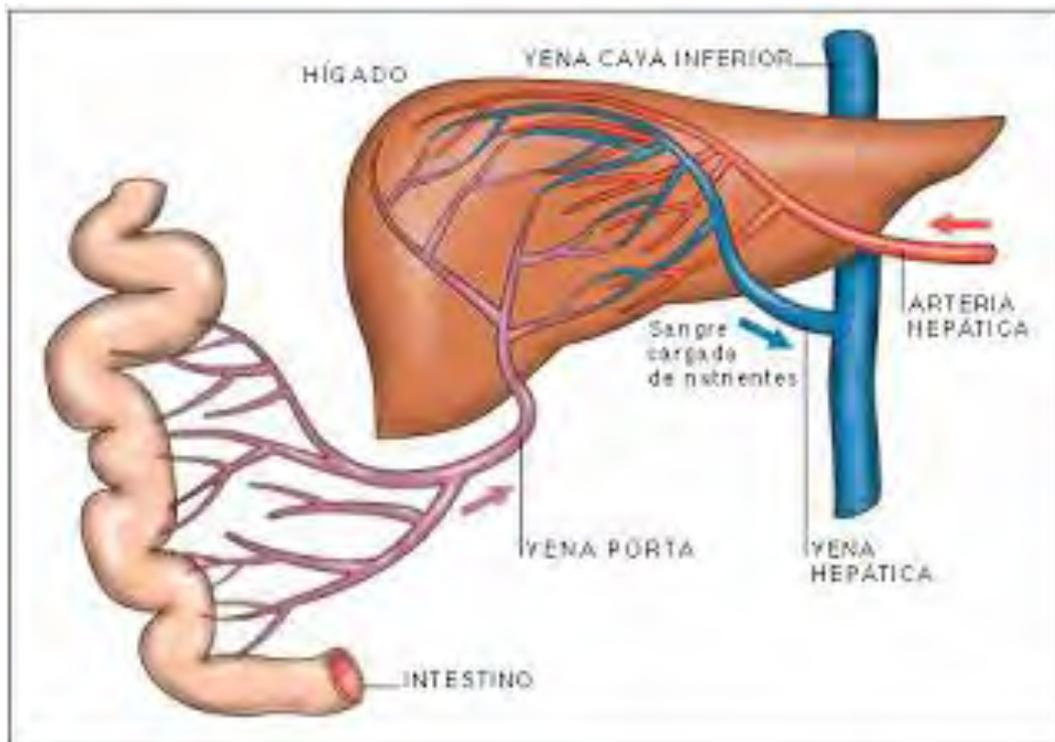


D.1.1 CIRCULACIÓN HEPÁTICA

El hígado recibe sangre de dos fuentes. De la arteria hepática obtiene sangre oxigenada, y por la vena porta recibe sangre desoxigenada que contiene nutrientes recién absorbidos, fármacos y posiblemente microorganismos y toxinas del tubo digestivo. Ramas de la arteria hepática y de la vena porta transporta sangre hacia los sinusoides hepáticos, donde el oxígeno, la mayoría de los nutrientes y algunas sustancias tóxicas son captados por los hepatocitos.

Los productos elaborados por los hepatocitos y los nutrientes requeridos por otras células se liberan de nuevo hacia la sangre, que drena hacia la vena central y luego fluye hacia la vena hepática.

Como la sangre proviene del tubo digestivo pasa a través del hígado como parte de la circulación portal, este órgano suele ser lugar de metástasis de cánceres primarios del tubo digestivo. Las ramas de la vena porta, de la arteria hepática del conducto biliar se acompañan uno a otro en su distribución por el hígado. En conjunto, estas estructuras se llaman triada portal. Las triadas portales se localizan en los ángulos de los lobulillos hepáticos.



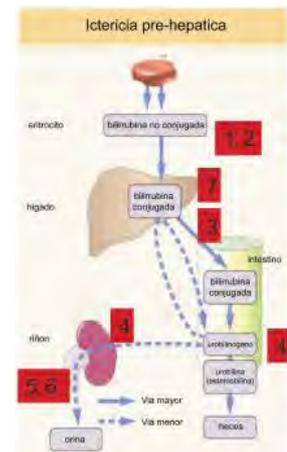
D.1.2 ICTERICIA

Es la coloración amarillenta de la esclerótica, la piel, y las mucosas por el aumento de bilirrubina. Después de que la bilirrubina se forma a partir de la degradación del pigmento hemo de los glóbulos rojos viejos, se transporta al hígado, que la procesa y la excreta con la bilis.

Las tres formas principales de la ictericia son:

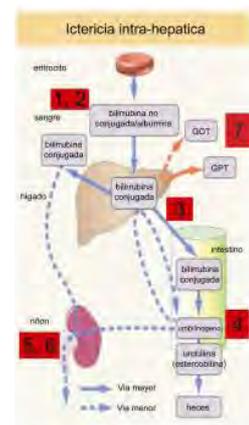
1) Ictericia pre hepática: comprenden aquellas en que no existe una lesión anatómica demostrable a nivel del hígado. Ellas se derivan:

1. Hemolíticas: Por exceso de destrucción sanguínea, hay una cantidad anormalmente grande de bilirrubina circulante, que el hígado no puede excretar o metabolizar
2. No hemolíticas: El umbral de excreción de la bilirrubina se encuentra ascendido y existe una acumulación de pigmento en el torrente circulatorio.



2) Ictericia hepática: Son aquellas que se derivan de una agresión del órgano mismo.

1. Hépatocelulares: Las que tienen como substrato anatómico fundamental, una alteración que radica en las células parenquimatosas
2. Hépatocanalicular: Obedecen a una lesión que respeta esas células y que asienta en los canalículos biliares.



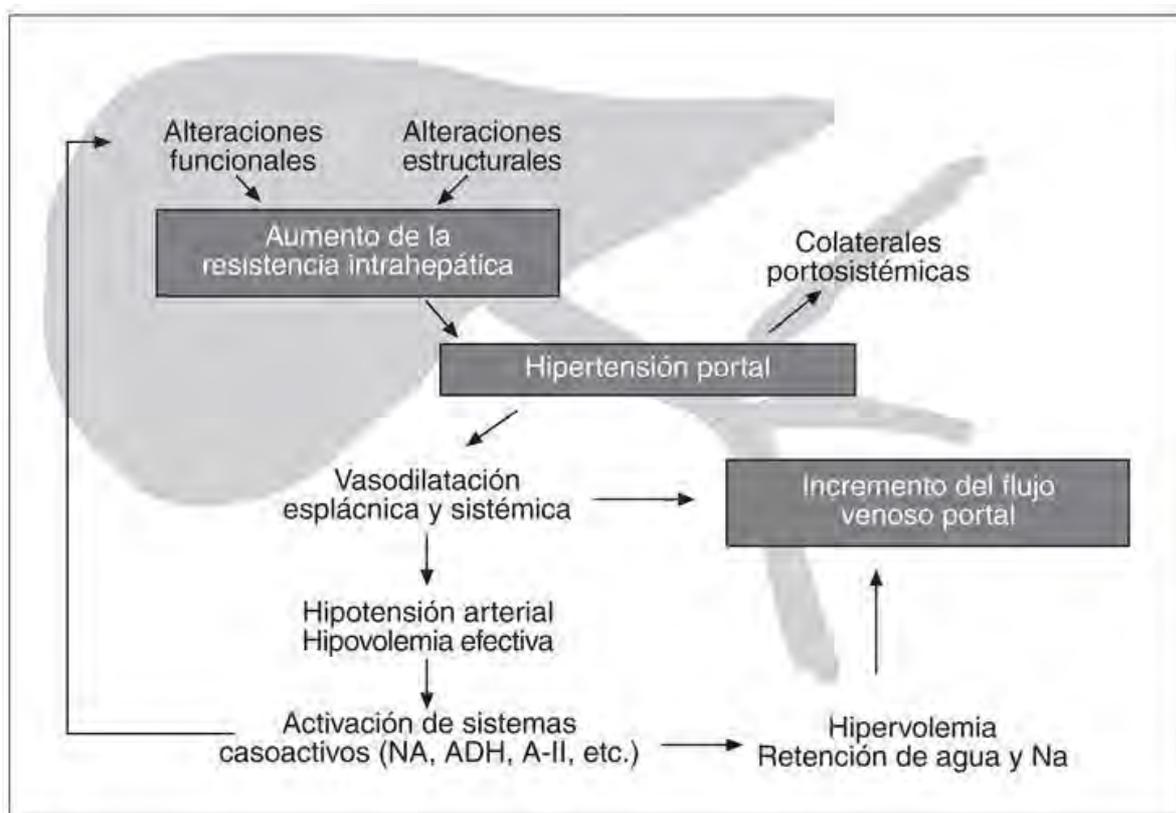
3) Ictericia extra hepática: Pueden deberse a una obstrucción completa o incompleta del gran árbol biliar. Se dividen en:

- 1) Obstrucciones completas son generalmente cancerosas
- 2) Incompletas, benignas (por colédocolitiasis u otras causas).

D.1.3 HIPERTENSIÓN PORTAL

Es el incremento de la presión del árbol portal por encima de 10 mmHg. La presión portal está establecida entre dos parámetros: el flujo venoso portal y la resistencia al flujo en el interior del hígado.

El flujo venoso portal está determinado y regulado por la sangre proveniente del área esplácnica y toda resistencia a ese flujo en un sector o en la totalidad del árbol portal se considera como hipertensión portal parcial o total respectivamente.



D.2 FISIOLÓGÍA DEL HÍGADO

Además de secretar bilis, necesaria para la absorción de los alimentos grasos. El hígado cumple otras funciones vitales.

- **Metabolismo de los hidratos de carbono:** El hígado es quien mantiene los niveles normales de glucosa en la sangre. Cuando la glucemia es baja, el hígado puede desdoblar el glucógeno en glucosa y liberarla en el torrente sanguíneo. El hígado puede convertir aminoácidos y ácido láctico en glucosa y puede convertir otros azúcares, como la fructosa y la galactosa en glucosa. Cuando la glucemia es elevada, el hígado convierte la glucosa en glucógeno y triglicéridos para almacenarlos.
- **Metabolismo de lípidos:** los hepatocitos almacenan algunos triglicéridos; degradan ácidos grasos para generar ATP; sintetizan lipoproteínas, que transportan ácidos grasos, triglicéridos y colesterol hacia la células del organismo y desde éstas; sintetizan colesterol, y usan el colesterol para formar sales biliares.
- **Metabolismo proteico:** Los hepatocitos desaminan (eliminan el grupo amino, NH_2) de los aminoácidos de manera que pueden utilizarse en la producción de ATP o convertidos de hidratos de carbono o grasas. El aminoácido (NH_3) tóxico resultante convierte luego un compuesto menos tóxico, la urea, que se excreta con la orina. Los hepatocitos también sintetizan la mayoría de las proteínas plasmáticas, como la alfa y beta globulinas. La albúmina, la protombina y el fibrinógeno.



- **Procesamiento de fármacos y hormonas:** El hígado puede detoxificar sustancias como el alcohol y excretar fármacos como la penicilina, eritromicina y sulfonamidas en la bilis. Puede también alterar químicamente o excretar hormonas tiroideas y hormonas esteroideas, como los estrógenos y la aldosterona.

- **Excreción de bilirrubina:** La bilirrubina se deriva del hemo de los eritrocitos viejos, se captan por el hígado desde la sangre y se secreta con la bilis. La mayor parte de la bilis se metaboliza en el intestino delgado por las bacterias y eliminada junto con las heces.

- **Síntesis de sales biliares:** Las sales biliares se usan en el intestino delgado para emulsionar y absorber los lípidos.

- **Almacenamiento:** Además del glucógenos, el hígado es el sitio primario de almacenamiento en algunas vitaminas (A, B₁₂, D, E y K) y minerales (hierro y cobre), que se liberan del hígado cuando se requieren en alguna parte del cuerpo.

- **Fagocitosis:** El hígado fagocita los glóbulos blancos y los glóbulos rojos envejecidos.

- **Activación de la vitamina D:** La piel, el hígado y los riñones participan en la síntesis de la forma activa de la vitamina D.

E. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

MEDICAMENTO:	E. 1 ONDASETRÓN (ZOFRÁN, AMAL) IV.
INDICACIONES	Está indicado para el tratamiento y la prevención de las náuseas y el vómito inducidos por la quimioterapia antineoplásica, la radioterapia y para la prevención y tratamiento de estos síntomas en el postoperatorio.
FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA	<p>Es un antagonista competitivo altamente selectivo de los receptores (5-HT₃) de la serotonina, los cuales se encuentran en las terminales del nervio vago y en la zona del gatillo del área postrema del cerebro. De esta forma ondansetrón tiene acción tanto a nivel periférico como central para prevenir la náusea y el vómito.</p> <p>Cerca de 30% de ondansetrón circulante se distribuye en los eritrocitos y cerca de 70% se une a las proteínas plasmáticas, enseguida pasa por una amplia biotransformación hepática iniciando con una hidroxilación, después pasa a conjugación de glucurónido o sulfato. La vida media de eliminación en el paciente adulto es cercana a las 4 horas. La eliminación se realiza principalmente por vía renal.</p>
CONTRAINDICACIÓN	Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.
REACCIONES ADVERSAS	<p>Las reacciones secundarias más frecuentes son constipación, diarrea, escalofríos, fiebre y cefalea.</p> <p>Con una frecuencia menor pueden presentarse calambres abdominales, mareos, sequedad de la boca, erupción cutánea, fatiga y debilidad generalizada.</p>
DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	<p>Quimioterapia: El primer día iniciar con 8 mg 1 a 2 horas antes de la administración de la quimioterapia seguidos de 8 mg vía oral cada 12 horas hasta por 5 días.</p> <p>Radioterapia: Una tableta de 8 mg administrada 2 horas antes de la sesión de radioterapia, continuando con una tableta de 8 mg cada 12 horas.</p> <p>Posoperatorio: Para prevenir las náuseas y el vómito la dosis recomendada es de 16 mg administrados una hora antes de la inducción de la anestesia, continuando con 8 mg cada 12 h.</p>

MEDICAMENTO:	
E.2 ERTAPENEM (INVAZ) IV.	
INDICACIONES	<p>Para el tratamiento de pacientes con infecciones moderadas a graves causadas por gérmenes sensibles a su acción, y para el tratamiento empírico inicial antes de identificar las bacterias patógenas en las siguientes infecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Infecciones intraabdominales complicadas. ➤ Infecciones complicadas de la piel y de sus anexos, incluyendo las infecciones de los miembros inferiores y pie diabético. ➤ Neumonía adquirida en la comunidad. ➤ Infecciones complicadas del aparato urinario, incluyendo la pielonefritis. ➤ Infecciones pélvicas agudas, incluyendo endometriometritis posparto, aborto séptico e infecciones ginecológicas posoperatorias. ➤ Septicemia bacteriana.
FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA	<p>El ertapenem, se une en un 92% a 95% a las proteínas plasmáticas. Esta unión es principalmente con la albúmina, pero probablemente también con otras proteínas.</p> <p>La farmacocinética del ertapenem es lineal en el intervalo de 0,5 a 2 g. Al final de una infusión de 1 g por vía intravenosa durante 30 minutos, la concentración media plasmática osciló entre ~145 y 175 mg/l, entre ~30 y 34 mg/l a las 6 horas, y entre ~9 y 11 mg/l a las 12 horas. La t_{1/2} media en plasma osciló de 3,8 a 4,4 horas.</p> <p>Un 80% del aclaramiento plasmático es por vía renal, la mitad del antibiótico sin alterar y la otra mitad en forma inactiva, y un 10% es eliminado por las heces. El ertapenem no se acumula tras múltiples dosis únicas diarias.</p>
CONTRAINDICACIONES	<p>En pacientes hipersensibles a cualquiera de sus componentes o a otros medicamentos de la misma clase, y en pacientes que han tenido reacciones anafilácticas a los beta-lactámicos.</p>

<p style="text-align: center;">REACCIONES ADVERSAS</p>	<p>Frecuentes: cefalea, flebitis, diarrea, náuseas, vómitos. Poco frecuentes: candidiasis oral, anorexia, hipoglucemia, mareos, somnolencia, insomnio, confusión, convulsiones, hipotensión, sofocos, hipertensión, petequias, estreñimiento, enterocolitis, eritema, erupción cutánea</p>
<p style="text-align: center;">DOSIS</p>	<p>La dosificación usual es de 1gr. una vez al día. Se puede administrar por vía intravenosa (IV) o por inyección intramuscular (IM). Por vía IV, se debe administrar en el transcurso de 30 minutos.</p>

MEDICAMENTO: E.3 MOXIFLOXACINO (AVELOX) VO.	
INDICACIONES	<p>Para el tratamiento de infecciones bacteriana causada por cepas sensibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Infecciones de las vías respiratorias ➤ Exacerbación aguda de bronquitis crónica ➤ Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) ➤ Infecciones no complicadas de la piel y sus estructuras ➤ Enfermedad inflamatoria pélvica no complicada ➤ Infecciones intraabdominales complicadas (abscesos)
FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA	<p>Es un antibiótico derivado de la 8-metoxi-fluoroquinolona con un amplio espectro y acción bacteriana. Tiene una actividad in Vitro frente a una amplia gama de microorganismos grampositivos y gramnegativos, anaerobios,.</p> <p>La acción bactericida se debe a la interferencia con las topoisomerasas II y IV. Las topoisomerasas son enzimas esenciales que controlan la topología del ADN y colaboran en la replicación, separación y transcripción del ADN.</p>
CONTRAINDICACIONES	<p>Hipersensibilidad conocida a moxifloxacino u otras quinolonas o a cualquiera de los excipientes. Embarazo y lactancia. Pacientes menores de 18 años.</p>
REACCIONES ADVERSAS	<p>Poco frecuentes: Taquiarritmias ventriculares, hipotensión, edema, colitis asociada a antibióticos, convulsiones de diversas manifestaciones clínicas, alucinaciones, insuficiencia renal y falla renal (debido a deshidratación, en especial en ancianos con trastornos renales preexistentes).</p>
DOSIS	<p>La dosis recomendada es de 400mg una vez al día para las infecciones antes mencionadas. La duración del tratamiento depende de la severidad del proceso y la respuesta clínica.</p>

MEDICAMENTO:	
E.4 METOCLOPRAMIDA (PRIMPERAM) IV.	
INDICACIONES	Coadyuvante en el tratamiento de reflujo gastroesofágico, esofagitis, hernia hiatal, gastritis, síndrome ulceroso, gastroparesia diabética y en prevención de las náuseas y el vómito inducidos por quimioterapia. Disminuye las molestias de la endoscopia y del examen radiológico del intestino delgado. Facilita la intubación.
FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA	Es un agente procinético relacionado estructuralmente con la procainamida. Aun cuando es un claro antagonista dopaminérgico, se cree que este agente promueve la liberación de acetilcolina desde las neuronas mientéricas, aunque también puede estar implicado un aumento de la respuesta a la acetilcolina. Tiene un efecto directo sobre el centro del vómito. La vida media en circulación es de 4 a 6 horas, pero puede prolongarse hasta 24 horas cuando hay alteración de la función renal.
CONTRAINDICACIONES	En pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a la metoclopramida o a cualquiera de los componentes del medicamento. Siempre que la estimulación de la motilidad gastrointestinal pudiera ser peligrosa, por ejemplo, en presencia de hemorragia gastrointestinal, obstrucción mecánica o perforación.
REACCIONES ADVERSAS	Somnolencia, disminución del nivel de conciencia, confusión y alucinaciones. En caso poco frecuente diarrea.
DOSIS	La dosis usual es de 1 ampolleta (10 mg) cada 6 horas. Vía de administración intravenosa (IV) o intramuscular (IM).

MEDICAMENTO:	
E.5 HEPARINA 5000U (SC)	
INDICACIONES	Es utilizada para la profilaxis y tratamiento de la trombosis venosa y su extensión. Profilaxis y tratamiento de embolismo pulmonar. Tratamiento de la fibrilación arterial con embolismo. Profilaxis y tratamiento de embolismo arterial periférico. Prevención de coágulos en cirugía vascular. Anticoagulante en transfusiones sanguíneas, en la circulación extracorpórea, diálisis y muestreos sanguíneos de laboratorio.
FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA	La heparina inhibe los procesos de coagulación y formación de coágulos de fibrina, pequeñas porciones de heparina combinada con antitrombina III pueden inhibir la trombosis por inactivación del factor X, suprimiendo la conversión de protrombina a trombina. Dosis mayores de heparina, en presencia de trombosis activa, pueden inhibir la progresión de la coagulación inactivando la trombina y evitando o previniendo la conversión de fibrinógeno en fibrina.
CONTRAINDICACIONES	Hipersensibilidad a la heparina y a los componentes de la fórmula. Pacientes con trombocitopenia severa o en aquellos en los que no se determinen en los intervalos adecuados el tiempo de coagulación y tiempo parcial de tromboplastina, etc. Pacientes con sangrado incontrolable.
REACCIONES ADVERSAS	Reacciones de hipersensibilidad al principio activo, náuseas, vómito, urticaria, malestar general, cefalea, lagrimeo, fiebre, asma, rinitis, reacciones anafilactoides, shock, irritación local, eritema, hematoma, ulceración y hemorragia.
DOSIS	Intravenosa o subcutánea profunda/arriba de la cresta ilíaca o en la zona grasa abdominal). Si la heparina se administra por venoclisis requiere la determinación de tiempo de coagulación cada 4 horas. Por inyección intravenosa intermitente el tiempo de coagulación se medirá antes de cada aplicación y a intervalos convenientes. La administración por vía subcutánea profunda requiere de determinación de T.C. cada 4-6 horas.

MEDICAMENTO: E.6 BICARBONATO DE SODIO (BICARNAT) VO	
INDICACIONES	Indica en la acidosis metabólica, debida a alteraciones renales, en la insuficiencia circulatoria debida a shock o deshidratación severa, en el paro cardiaco, en la circulación sanguínea extracorpórea, en la acidosis láctica primaria severa, en reacciones hemolíticas que requieren alcalinización de la orina para disminuir la nefrotoxicidad de los pigmentos de la sangre.
FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA	El bicarbonato es un gran amortiguador del sistema ácido-base que se encuentra de manera fisiológica en el organismo. La regulación del pH sanguíneo se realiza mediante el dióxido de carbono por el sistema respiratorio y el bicarbonato por los riñones. Así, el bicarbonato de sodio administrado en forma suplementaria es aplicado con la finalidad de corregir la acidosis y llevar el pH a valores normales.
CONTRAINDICACIONES	Se contraindica su empleo en casos de alcalosis metabólica o respiratoria, pérdida de cloruro debido al vómito o succión gastrointestinal continua e hipocalcemia.
REACCIONES ADVERSAS	Nerviosismo, inquietud, alcalosis metabólica, debilidad y fatiga. La administración demasiado rápida puede producir alcalosis severa que puede acompañarse de hiperreflexia o tetania.
DOSIS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paro cardiaco: En forma inicial se aplica 1mEq, por kg de peso corporal; puede repetirse 0.5mEq por kg de peso corporal cada 10 minutos, mientras continúa el paro cardiaco. ➤ En acidosis metabólica menos intensa: De 2 a 5mEq por kg de peso corporal, en un periodo de 4 a 8 horas, dividido en solución de cloruro de sodio a 0.9% o en solución glucosada a 5%. ➤ Alcalinizante urinario: De 2 a 5mEq de peso corporal a lo largo de un periodo de 4 a 8 horas, diluido en solución de cloruro de sodio a 0.9% o en solución glucosada a 5%.

MEDICAMENTO:	
E.7 PARACETAMOL (TEMPRA) IV	
INDICACIONES	Analgésico-antipirético. Para el alivio de la fiebre y el dolor que está presente en infecciones gastrointestinales, respiratorias y de cualquier origen. Como analgésico después de tratamientos o extracciones odontológicas y en las molestias de la dentición. Para el dolor de cabeza, neuritis, dolor de espalda, dolores musculares y articulares, otalgias, cólicos menstruales y algunas molestias relacionadas con la gripe
FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA	Este ingrediente ha demostrado clínicamente una acción antipirética y analgésica rápida y eficaz. El efecto analgésico del paracetamol es tanto periférico al interferir con la activación y sensibilización de los nociceptores, mediante el bloqueo de la síntesis de prostaglandinas, como central, al inhibir la síntesis de prostaglandinas a nivel neuronal. Su actividad antitérmica se debe al bloqueo de prostaglandina E a nivel hipotalámico con vasodilatación y sudoración. El paracetamol tiene una absorción intestinal rápida y casi total. Su distribución es rápida en los medios líquidos y tejidos. Las concentraciones séricas máximas ocurren 40 a 60 minutos después de la dosis oral. La vida media de eliminación es de 2 a 4 horas. El paracetamol tiene una baja unión a proteínas plasmáticas.
CONTRAINDICACIONES	Hipersensibilidad al paracetamol. Enfermedades hepáticas y/o renales. Ingestión de anticoagulantes; trastornos de la circulación.
REACCIONES ADVERSAS	Las reacciones adversas son raras y usualmente leves. Con baja frecuencia se han reportado erupciones cutáneas u otras reacciones de hipersensibilidad, presencia de náuseas, vómito, dolor epigástrico, somnolencia, daño hepático o renal.
DOSIS	1gr. cada 4 a 6 horas según sea necesario sin exceder de 5 veces en 24 horas.

MEDICAMENTO: E.8 DEXAMETASONA (DECADRÓN, ALIN) IV.	
INDICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gastroenterología: Colitis ulcerosa y enteritis regional. ➤ Hematología: Anemias y trombocitopenias autoinmunes, leucemias y linfomas. ➤ Neumología: Broncoaspiración, sarcoidosis y síndrome de Loeffler. ➤ Neurología: Edema cerebral postraumático y edema causado por tumores cerebrales. ➤ Oftalmología: Conjuntivitis alérgica, neuritis óptica e iridociclitis.
FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA	<p>Es un glucocorticoide que posee grandes propiedades antiinflamatorias, la cual equivale a 25 o 30 veces la obtenida con cortisona. Su mecanismo de acción se basa principalmente en la inhibición de los depósitos de fibrina, dilatación capilar e inhibición de la migración de los leucocitos al área inflamada. También inhibe la actividad fagocítica, la proliferación de los fibroblastos y el depósito de colágeno. La dexametasona tiene, por lo tanto, efecto antiinflamatorio (esteroide), efecto inmunosupresor y además de actuar aumentando el catabolismo proteico, aumenta la disponibilidad de glucosa, la movilización de los órganos grasos y la lipólisis. Por vía intramuscular la absorción es más rápida que por vía intralesional.</p>
CONTRAINDICACIONES	<p>En pacientes con hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, tuberculosis activa, hipertensión arterial severa, procesos virales sistémicos severos, infecciones activas y en la diabetes mellitus.</p>
REACCIONES ADVERSAS	<p>Musculoesqueléticos: Debilidad muscular, miopatía por corticosteroides, reducción de la masa muscular, osteoporosis, fracturas vertebrales por compresión, necrosis asépticas de las cabezas femorales y humerales.</p>

	<p>Gastrointestinales: Úlcera péptica con posible perforación o hemorragia, perforación del intestino delgado o del colon, especialmente en pacientes con enteritis o colitis, pancreatitis, distensión abdominal y esofagitis ulcerosa.</p> <p>Oftálmicos: Cataratas subcapsulares posteriores, aumento de la presión intraocular, glaucoma, exoftalmos.</p>
<p>DOSIS</p>	<p>Uso sistémico: 0.2 a 32 mg cada 6 a 24 horas. Vía intramuscular o vía intravenosa.</p> <p>Uso local: 2 a 8 mg cada 3-21 días, vía intraarticular, intralesional, intradérmica.</p>

MEDICAMENTO: E.9 ALVERINA-SIMETICONA (METEOSPASMYL) VO	
INDICACIONES	Tratamiento sintomático del síndrome de intestino irritable y en trastornos dispépticos con manifestaciones de dolor y distensión abdominal, meteorismo, náuseas, eructos y flatulencia.
FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA	Basándose sobre valores hipotéticos de T _{máx.} = 24 horas y con un C _{máx.} = 19.80 ng/mL, la vida media de absorción se calcula alrededor de 17 horas, confirmándose la lenta absorción del citrato de alverina. La alverina se activa bloqueando la entrada de iones Ca ⁺⁺ en canales de membrana, tanto en células vasculares como en músculo liso de otros tejidos. A partir de los estudios in vitro se muestra que el citrato de alverina ejerce su efecto sobre la actividad de las fibras vagales aferentes, fibras tipo C, las cuales son particularmente sensibles a esta sustancia.
CONTRAINDICACIONES	Insuficiencia hepática, insuficiencia renal, pacientes geriátricos (edad avanzada), antecedentes de reacción alérgica o de intolerancia a la alverina o a sus excipientes. Debe emplearse con precaución en pacientes: Glaucomatosos y portadores de adenoma prostático
REACCIONES ADVERSAS	Puede ocurrir hipotensión, somnolencia, cansancio, cefalea y sequedad de mucosa oral. Debido a la presencia de la alverina, pueden presentarse raros casos de urticaria a veces con edema laríngeo, shock, raros casos de padecimiento hepático regresivo a la interrupción del tratamiento.
DOSIS	1 cápsula 3 veces al día, antes de los alimentos.

MEDICAMENTO:	
E.10 QUETIAPINA (SEROQUEL) VO	
INDICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Para el tratamiento de: Esquizofrenia, prevención de recaídas en pacientes esquizofrénicos estables. ➤ Trastorno bipolar incluyendo: Episodios de manía asociados con trastorno bipolar, episodios depresivos asociados con trastorno bipolar. ➤ Terapia de mantenimiento de trastorno bipolar I (episodios maníacos, depresivos o ambos) en combinación con estabilizadores del estado de ánimo (litio o valproato).
FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA	<p>Quetiapina se absorbe bien y tiene un amplio metabolismo después de la administración oral. La biodisponibilidad de quetiapina no se afecta considerablemente con la administración de alimentos. Quetiapina se une a proteínas plasmáticas aproximadamente en un 83%. Las concentraciones molares máximas en estado estable del metabolito activo norquetiapina son 35% de las observadas en quetiapina. La vida media de eliminación para quetiapina y norquetiapina es de aproximadamente 7 y 12 horas, respectivamente.</p>
CONTRAINDICACIONES	<p>En pacientes hipersensibles a cualquiera de los componentes de la fórmula, en el embarazo, la lactancia y en menores de 16 años.</p>
REACCIONES ADVERSAS	<p>Somnolencia, vértigo, boca seca, astenia leve, constipación, taquicardia, hipotensión ortostática y dispepsia.</p> <p>Al igual que otros antipsicóticos, puede conducir a un aumento de peso, síncope, síndrome neuroléptico maligno, leucopenia, neutropenia y edema periférico.</p>
DOSIS	<p>Debe administrarse una vez al día con o sin alimentos.</p>

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oscar Chapa Azueta, Vanessa Ortiz Higareda, Agustín Etchegaray, Rodrigo Cruz y Benjamín I. Hernández “Tratamiento quirúrgico de las lesiones iatrógenas de la vía biliar” Revista Médica del Hospital de México Vol. 76 Núm. 01 Enero 2013. Consultado. <http://www.elsevier.es/revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-tratamiento-quirurgico-las-lesiones-iatrogenas>. Consultado: Septiembre 2015.
2. Consejo de salubridad general de México “Guía de práctica clínica y tratamiento de Cáncer de Vías Biliares”. Consultado: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/> Septiembre 2015.
3. María F. Gajardo y Dr. Humberto Flisfisch. “Absceso hepático” Revista Medicina y Humanidades. Vol. II, N°2-3(Mayo-Diciembre2010). Consultado: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n2_32010/abscesos_hepaticos.pdf Septiembre 2015.
4. Colliere F. “Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería” McGrawHill. España 1993 P 5-7.
5. Dr. María V. Zea, Dra. María S. González y Dr. Ricardo Mondragón. “Riesgo quirúrgico en el paciente con hepatopatía” Revista Gastroenterológica Vol. 71, Núm. 2, Consultado. <http://www.medigraphic.com/pdfs/gastro/ge-2006/ge062k.pdf> Septiembre 2015.
6. Francisco Tejada Cifuentes “Hepatotoxicidad por Fármacos”. Consultado: <http://www.revclinmedfam.com/PDFs/006f52e9102a8d3be2fe5614f42ba989.pdf> Septiembre 2015.
7. Dr. Jorge Dagnino S. “Dolor”. Revista Boletín de la escuela de medicina Vol. 23 Núm. 3 Consultado: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/dolor/index.html> Septiembre 2015.

8. “Úlceras por presión”. Consultado:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/EscarasUlceras.pdf>
Septiembre 2015.
9. Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión “Úlceras y cuidados de la piel”. Consultado:
http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/50_pdf.pdf.
Septiembre 2015.
10. Organización Mundial de la Salud 2004. “Adherencia a los tratamientos a largo plazo”. Consultado:
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
Septiembre 2015.
11. “Técnicas de activación muscular”. Consultado:
<http://www.activacionmuscular.com/files/MAT.pdf> Septiembre 2015.
12. Donabedian Avedis “La calidad de la atención medica instituto nacional de salud pública (1990); Garantía y Monitoria”. Consultado:
http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf Septiembre-
Octubre 2015.
13. Consejo de salubridad general de México “Guía práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del síndrome de privación sensorial en el adulto mayor”
Catálogo maestro de guías de práctica clínica IMSS- 611-13 Consultado:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_611_13_SXDEPROVACIONSENSORIAL/611GRR.pdf. Septiembre 2015.
14. “Discapacidad sensorial: visión y oído” Consultado:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/DiscapacidadSensorial.pdf>
f Septiembre 2015.
15. Sabate E. “Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido)”. Ginebra: Organización Mundial de la

- Salud 2004. Consultado.
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
Septiembre 2015.
16. Francisco Cordon, Antonia Torres y Rosario Bailén “Manejo y movilización del paciente geriátrico. Técnicas de cambios posturales” Consultado: <http://www.logoss.net/uploads/cursos/temamuestra/tema261.pdf>. Octubre 2015.
17. Greg Roskopf. “Técnicas de activación muscular” Consultado <http://www.activacionmuscular.com/files/MAT.pdf> Octubre 2015.
18. Fundación mexicana para la planeación familiar, boletín de enfermería Núm. 7 “Mecánica corporal” Consultado <http://www.mexfam.org.mx/attachments/article/409/GSM-ENF002%20Bolet%C3%ADn%207%20Mec%C3%A1nica%20Corporal.pdf> Octubre 2015.
19. Ferney A. Rodríguez, Adriana Henao, Susana Osorio y Fabián Jaimes “Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la sepsis en el servicio de urgencias de adultos” Consultado <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v33n3/v33n3a8.pdf> Octubre 2015.
20. M.P. Rodrigo Casanova, J.M García, V. Rodríguez, M. Ortega y I. Aguilera “Sepsis grave y shock séptico” Revista Esp. Anestesiología y Reanimación. 2007. Vol. 54 Pág. 487-498 Consultado http://sedar.es/restringido/2007/n8_2007/6.pdf Octubre 2015.
21. Indira Briseño “Sepsis: Definiciones y aspectos fisiopatológicos” Revista de medicina interna y medicina crítica 2005 Consultado <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/jornadas/3bsepsis.pdf> Octubre 2015.
22. Dirección general de epidemiología “Hepatitis virales” Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las hepatitis virales Consultado en [http:// www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx) . www.dgepi.salud.gob.mx Octubre 2015.
23. Yesid A. Saavedra, Laura M. Ovadía, Octavio G. Muñoz y Gonzalo Correa. “Alteraciones de la coagulación en cirrosis, viejos y nuevos paradigmas” Consultado http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120 Septiembre- Octubre 2015.

24. Dr. Héctor Dncri "Clasificación de las ictericias" Revista médica Hodureña Consultado www.bvs.hn/RMH/pdf/1947/pdf/A17-3-1947-7.pdf Octubre 2015.
25. Joan Rodés "Ictericia y colestasis" Hospital y clínica de Barcelo Consultado http://www.aegastro.es/sites/default/files/.../10_Ictericia_y_colestasis.pdf Octubre 2015.
26. Moises Diago y Huguet Malavés "Infecciones bacterianas y sistémicas" Revista GH Valencia España, septiembre- octubre 2006 Vol. 5 Núm. 5 Pág. 201, 212, 221 Consultado Octubre 2015.
27. PLM Farmacológico Consultado <http://www.medicamentosplm.com> Octubre 2015.
28. Mosby-year book Inc. "Diccionario de medicina OCEANO-MOSBY" OCEANO, edición en español, Barcelona España 2006.
29. Tortora G. Derrickson B. "Principios de anatomía y fisiología" Médica panamericana 13ª edición, México 2013.
30. P.R VANDEMECUM Consultado <http://mx.prvademecum.com> Septiembre- Octubre 2015.
31. Bulechek. G. Butcher H. McCloskey J. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)". Elsevier Mosby. 5ª. Edición. Madrid, España. 2009.
32. Moorhead S. Johnson M., Mas M Swanson E. "Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC)". Elsevier Mosby. 4ª. Edición. Madrid, España. 2009.
33. NANDA INTERNATIONAL, "Diagnósticos Enfermeros" 2009-2011. Elsevier. España. 2009.