



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de enfermería



**Proceso de enfermería con referente teórico de Dorothea
Elizabeth Orem aplicado a una persona post operada de
colecistectomía.**

**Que para obtener el grado de
Licenciado en Enfermería**

Presenta:

PLE. Juan Daniel Amezcua Arreguín

Asesor

MAH. Alma Rosa Picazo Carranza

Morelia, Michoacán. Junio, 2021

Tabla de contenido

Resumen.....	1
Abstract.....	3
1. Introducción.....	5
2. Justificación.....	9
3. Objetivos.....	11
3.1. General.....	11
3.2. Específicos.....	11
4. Metodología.....	12
5. Caso clínico.....	13
6. Marco teórico.....	14
6.1 Proceso Enfermero.....	14
6. 1. 1. Fase de valoración.....	15
6. 1. 2. Fase de diagnóstico.....	18
6. 1. 3. Fase de planificación.....	19
6. 1. 4. Fase de ejecución.....	21
6. 1. 5. Fase de evaluación.....	22
6.2. Teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.....	25
6.3. Colecistitis.....	30
6.4. Historia Natural de la Enfermedad, Colecistitis.....	33
7. Desarrollo del proceso de enfermería.....	36
7.1. Valoración basada en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem.....	36
7.1.1. Factores condicionantes básicos.....	37
7.1.2 Requisitos de autocuidado universales.....	37
7.1.3 Requisitos de autocuidado de desarrollo.....	38
7.1.4 Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud.....	39
7. 2. Diagnósticos de enfermería, plan de intervención, ejecución y evaluación.....	40
7.2.1 Diagnóstico 1.....	40
7.2.2 Diagnóstico 2.....	43
7.2.3 Diagnóstico 3.....	46
7.2.4 Diagnóstico 4.....	49
7.2.5 Diagnóstico 5.....	52
8. Conclusiones.....	57
9. Glosario.....	58
10. Bibliografía.....	61
11. Anexos.....	64
11.1 Anexo 1.....	64
11.2 Anexo 2.....	70

RESUMEN.

La aplicación la valoración de la persona se realizó según la guía de valoración del modelo teórico general del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, se utilizó taxonomía NANDA (asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería), NOC (clasificación de resultados de enfermería), NIC (clasificación de intervenciones de enfermería), para la realización del plan de cuidados.

Paciente, quien acude a consulta por presentar dolor en hipocondrio derecho desde hace una semana, intensidad 7/10, se solicita ultrasonido hepatobiliar, donde se observan litos y vesícula de características normales. Motivo por el cual se realiza una cirugía de colecistectomía, Peso: 78 kilogramos, Talla: 1.67 metros.

Proceso de atención de enfermería; es el sistema de la práctica de enfermería, que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del usuario a los problemas reales o potenciales de la salud. El proceso de atención de enfermería se divide en: fase de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Teoría del autocuidado: Explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.

Teoría del déficit de autocuidado: Es una expresión que expone la relación entre la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de autocuidado.

Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos.

Dentro de los diagnósticos que se manejaron para este proceso enfermero fueron:

- 1.** Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos, manifestado por expresión facial (mirada abatida, movimientos fijos, muecas); criterio de resultado: nivel del dolor; plan de intervención: manejo del dolor.
- 2.** Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor, manifestado por limitación de la amplitud de movimientos; criterio de resultado: movilidad; plan de intervención: terapia de ejercicios, ambulación.
- 3.** Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivo; criterio de resultado: severidad de la infección; plan de intervención: control de infecciones.
- 4.** Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos respiratorios manifestado por alteración de los músculos torácicos, disnea; criterio de resultado: estado respiratorio, ventilación; plan de intervención: oxigenoterapia.
- 5.** Disconfort, relacionado con síntomas relacionados con la enfermedad manifestado por Inquietud, temor; criterio de resultado: nivel de malestar; plan de intervención: manejo ambiental, confort.

Palabras clave: Proceso de enfermería, teoría, autocuidado, diagnostico.

ABSTRACT.

The application the assessment of the person was carried out according to the assessment guide of the general theoretical model of the self-care deficit of Dorothea Elizabeth Orem, the taxonomy was used NANDA (North American association of nursing diagnoses), NOC (classification of nursing results), NIC (classification of nursing interventions), to carry out the care plan.

Patient, who comes to the consultation for presenting pain in the right upper quadrant for a week, intensity 7/10, a hepatobiliary ultrasound is requested, where stones and gallbladder of normal characteristics are observed. Reason why cholecystectomy surgery is performed, Weight: 78 kilograms, Height: 1.67 meters.

Nursing care process; is the nursing practice system, which provides the mechanism by which the nursing professional uses their opinions, knowledge and skills to diagnose and treat the user's response to real or potential health problems. The nursing care process is divided into: assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation phase.

Self-care theory: It explains the concept of self-care as a constant contribution of the individual to their own existence: Self-care is an activity learned by individuals, oriented towards a goal. Self-care deficit theory: It is an expression that exposes the relationship between a person's capacity for action and their self-care needs. Nursing systems theory: In which the ways in which nurses can care for individuals are explained.

Among the diagnoses that were handled for this nursing process were:

1. Acute pain related to physical injurious agents, manifested by facial expression (downcast gaze, fixed movements, grimaces); outcome criterion: pain level; intervention plan: pain management.
2. Impairment of physical mobility related to pain, manifested by limited range of motion; outcome criterion: mobility; intervention plan: exercise therapy, ambulation.
3. Risk of infection related to invasive procedure; outcome criterion: severity of infection; intervention plan: infection control.
4. Ineffective breathing pattern related to respiratory muscle fatigue manifested by altered thoracic muscles, dyspnea; outcome criterion: respiratory status, ventilation; intervention plan: oxygen therapy.
5. Discomfort, related to symptoms related to the disease manifested by Restlessness, fear; outcome criterion: level of discomfort; intervention plan: environmental management, comfort.

Keywords: Process, nursing, theory, self-care, diagnosis.

1. Introducción.

El presente Proceso atención de enfermería con el referente teórico de Dorothea E. Orem se encuentra estructurado de la siguiente manera en la justificación se aborda a los casos de colecistitis que se presentan en la población mexicana y un dato estadístico a nivel mundial, se estima que anualmente del 5 al 25% de la población en el mundo ha pasado por una cirugía de colecistectomía, en México datos de la secretaria de salud en 2019 se presentaron 36723 casos quirúrgicos de colecistectomía, en Michoacán 1691 casos quirúrgicos, en el municipio de Apatzingán Michoacán 78 casos.

Dentro de los objetivos de la investigación que se lograron alcanzar en este trabajo se dividieron en dos; objetivo general, en este objetivo como propósito global fue la aplicación del proceso de atención de enfermería con base en la teoría de Dorothea E. Orem a una persona pos operada de colecistectomía, dentro de los objetivos específicos se abordó aspectos de la investigación como; solicitar mediante consentimiento informado la participación de la persona intervenida de colecistectomía para la aplicación del Pae (proceso de atención de enfermería), aplicación de la guía de valoración Dorothea Elizabeth Orem aplicado a la persona intervenida de colecistectomía, elaborar los diagnósticos de salud, reales y de riesgo a la persona intervenida de colecistectomía.

La metodología se realizó a una persona femenina, atendida en el servicio de cirugía del hospital general de Apatzingán Michoacán, operada de colecistectomía, la información fue obtenida de la historia clínica y a través de la entrevista personal con la usuaria, la valoración de la persona se realizó según la guía de valoración del modelo teórico general del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

El caso clínico se refiere a una femenina de 27 años, casada, originaria de la Huacana, actualmente radica en Antúnez municipio de Parácuaro Michoacán, quien acude a consulta por presentar dolor en hipocondrio derecho desde hace una semana, intensidad 7/10, se solicita ultrasonido hepatobiliar, donde se observan litios y vesícula de características normales, motivo por el cual se realiza una cirugía de colecistectomía.

En el marco teórico se aborda todo lo que concierne al proceso de atención de enfermería, sus fases, la teoría general del déficit de autocuidado de Orem, la colecistitis, así como la historia natural de la enfermedad de la colecistitis. Se aborda toda la teoría del proceso enfermero, su definición, sus fases como son; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación.

Se hace mención la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, su importancia en la persona, la teoría de los sistemas de enfermería, se hace una breve síntesis sobre el concepto de colecistitis, su localización, función, fisiopatología, síntomas del padecimiento, diagnóstico, tratamiento, su historia natural de la enfermedad (período pre patogénico, período patogénico, prevención primaria, secundaria y terciaria).

El desarrollo del proceso de enfermería; valoración de la persona vista desde el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem, los factores condicionantes básicos, los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo, en caso de desviación de la salud.

Diagnósticos de enfermería basados en la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), aplicados a la persona post operada de colecistectomía, criterios de resultados en base al NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería), plan de intervenciones en base al NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) y evaluación final del diagnóstico aplicado a la persona.

Dentro de los diagnósticos que se manejaron para este proceso enfermero fueron:

1. Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos, manifestado por expresión facial (mirada abatida, movimientos fijos, muecas); criterio de resultado: nivel del dolor; plan de intervención: manejo del dolor.
2. Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor, manifestado por limitación de la amplitud de movimientos; criterio de resultado: movilidad; plan de intervención: terapia de ejercicios, ambulación.
3. Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivo; criterio de resultado: severidad de la infección; plan de intervención: control de infecciones.
4. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos respiratorios manifestado por alteración de los músculos torácicos, disnea; criterio de resultado: estado respiratorio, ventilación; plan de intervención: oxigenoterapia.
5. Discomfort, relacionado con síntomas relacionados con la enfermedad manifestado por Inquietud, temor; criterio de resultado: nivel de malestar; plan de intervención: manejo ambiental, confort.

Como una breve conclusión podemos decir que el proceso enfermero es de suma importancia para la atención de los pacientes ya que permite al personal de enfermería utilizar el pensamiento crítico para efectuar diagnósticos de problemas de salud reales o potenciales.

Se aporta un glosario de 29 conceptos que durante el trabajo se abordan, con la finalidad de identificar y conceptualizar los términos que se presume puedan ser causa de confusión o desconocimiento, para brindar una amplitud de conocimiento y comprensión a la lectura.

Para la realización de este trabajo de investigación se consultaron varias bibliografías 35, dentro de los que podemos destacar, el libro de los diagnósticos enfermeros de la Nanda internacional, la clasificación de resultados de enfermería, la clasificación de intervenciones de enfermería, se consultó a la secretaria de salud en Michoacán, Oficina de OPS/OMS (organización panamericana de la salud/organización mundial de la salud) en México.

Se agregan dos anexos a este proceso enfermero uno es la guía de valoración con el referente de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem realizada a la persona post operada de colecistectomía, la cual consiste en una entrevista y se le pregunta sobre datos personales, patrón de vida, estado de salud, condiciones de higiene, alimentación, actividad física, salud sexual.

Otro anexo que se agrega es el consentimiento y aprobación de la usuaria, mediante un escrito realizado, en la cual se le explica la guía de valoración que se le realizara así como el trabajo que se está realizando y si está de acuerdo en que se aplique en ella, también se cuenta con la colaboración de un personal de enfermería la cual funge como testigo.

2. Justificación.

La realización del pae es parte fundamental y guía importante en el cuidado que brinda el profesional de enfermería a toda persona operada de una colecistectomía y permite la aplicación del conocimiento y elaboración de planes de cuidados que favorecen la recuperación del usuario.

(Oficina de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud en México [OPS/OMS], Secretaría de Salud en Michoacán [SSM], 2019). Los casos de colecistitis son muy comunes que se presentan en la población mexicana. Se estima que anualmente del 5 al 25% de la población en el mundo ha pasado por una cirugía de colecistectomía, en México datos de la secretaría de salud en 2019 se presentaron, 36723 casos quirúrgicos de colecistectomía, en Michoacán 1691 casos quirúrgicos, en el municipio de Apatzingán Michoacán 78 casos.

Marriner y Raile (2017). La importancia de aplicar la teoría de Dorothea Orem radica en que el objetivo de la enfermería radica en: "ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además Oficina de OPS/OMS (2019) en México afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. (p.265).

Acevedo et al. (2017). Importancia de los cuidados a las personas post operadas tienen como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta el paciente, anticiparse y prevenir complicaciones post-operatorias, como son; vigilancia de signos vitales, mantener el estado hemodinámico del paciente, vigilar el estado de conciencia, conservar la seguridad del paciente, vigilancia de herida quirúrgica, vigilancia sobre signos de dolor, propiciar la deambulación temprana, Proporcionar la ingestión de líquidos para favorecer la hidratación, además de cubrir sus necesidades y/o problemas hasta lograr su recuperación por completo.

Marriner y Raile (2017). Por lo anterior es importante que la capacitación del personal de enfermería aumente a través del conocimiento teórico y práctico para la aplicación de la teoría del autocuidado que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría del déficit de autocuidado, sobre cómo el personal de enfermería puede ayudar al usuario, y la teoría de los sistemas de enfermería, que detalla la serie de acciones que realiza el personal de enfermería para satisfacer las necesidades de autocuidado. Es importante también destacar que el personal de enfermería es parte del equipo multidisciplinario y la responsable de atender y satisfacer el déficit de autocuidado con el objetivo de lograr la autosuficiencia para mantener una vida digna, activa, integrada, con garantía de derechos y lograr una completa recuperación; o bien al final de la vida para favorecer una muerte digna.

3. Objetivos.

3.1. General.

Aplicar el proceso atención de enfermería con el referente teórico de Dorothea E. Orem a una persona post operada de colecistectomía

3.2. Específicos.

Identificar a la persona que fue intervenida de colecistectomía.

Solicitar mediante consentimiento informado la participación de la persona intervenida de colecistectomía para la aplicación del pae.

Aplicar la guía de valoración Dorothea E. Orem aplicado a la persona intervenida de colecistectomía.

Identificar el déficit de autocuidado de la persona intervenida de colecistectomía.

Elaborar los diagnósticos de salud, reales y de riesgo a la persona intervenida de colecistectomía.

Plantear objetivos de salud alcanzables a la persona intervenida de colecistectomía.

Elaborar el plan de cuidados de enfermería con base en la teoría de Dorothea E. Orem.

Evaluar el estado de salud inicial y al final de la persona intervenida de colecistectomía.

4. Metodología.

La realización de este trabajo fue mediante el estudio de una persona joven, 27 años, sexo femenino se atendió en el servicio de cirugía del Hospital General de Apatzingán, Michoacán, en el mes de Febrero del 2020.

La persona fue intervenida quirúrgicamente de colecistectomía, la información fue obtenida de la historia clínica y a través de la entrevista personal, previo a esto, se realizó un consentimiento informado, que incluyo la firma de un testigo, donde se le explico a la usuaria la finalidad de la entrevista, el objetivo del cuidado, se le solicito que lo firmará en el caso de estar de acuerdo.

La aplicación del proceso enfermero incluye la valoración de la persona, que se realizó, según la guía de valoración de Dorothea Elizabeth Orem, se abordó a la persona sin interferir con la atención que estaba recibiendo, sin perturbar su descanso y se cuidó de no molestar a la paciente, posteriormente, se utilizó la taxonomía NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería), NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería), para la realización de los principales diagnósticos de acuerdo con el estado de salud de la paciente, los resultados esperados, la planeación de los cuidados y finalmente la evaluación.

5. Caso clínico.

Se trató de una femenina de 27 años de edad, refirió que su estado civil era casada, originaria del municipio de la Huacana del estado de Michoacán, que al momento de la entrevista radicaba desde hacía aproximadamente 15 años en la localidad de Antúnez perteneciente al municipio de Parácuaro, Michoacán, manifiesto profesar la religión cristiana, su preferencia sexual dijo ser heterosexual, comento tener una escolaridad de tercero de primaria, dedicarse al hogar, dijo no tener seguridad social IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), ISSSTE (instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), ni por parte de ella, ni de su esposo, lo único pero que cuenta para la atención de su salud con los servicios del INSABI (Instituto de Salud para el Bienestar).

Señalo que vivía en familia con su esposo, dijo tener cuatro hijos, que la casa que habitan es propia, que cuenta con luz y agua potable, no cuenta con drenaje y alcantarillado, pero si con letrina, ni pavimentación, ella percibe un apoyo económico del gobierno federal Prospera, su marido se dedica al campo, empleado de corte de limón, es el único que solventa los gastos de la familia, tienen una estabilidad económica de clase media baja.

Los motivos por los que solicito el servicio médico en dicho hospital fueron por presentar dolor en hipocondrio derecho desde hacía una semana, con intensidad 7/10, según escala EVA, le solicitaron ultrasonido hepato biliar, donde se observaron litios y vesícula de características anormales, por lo que le realizaron una cirugía de colecistectomía.

Su peso era: 78 kilogramos, Talla: 1.67 metros, IMC (índice de masa corporal): 27.96.

Su estado de orientación: Usuaria consciente, orientada, hidratada, leve palidez de tegumentos, áfebril, presencia de dolor a la palpación en abdomen, extremidades integrales, sin edema, sin lesiones, uresis y evacuaciones presentes, sin compromiso cardiorrespiratorio, buenas condiciones higiénicas.

6. Marco teórico.

En este apartado se abordan los conceptos sobre el Proceso Atención de Enfermería, sus fases, la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, la enfermedad llamada colecistitis, así como la historia natural de esta.

6.1 Proceso Atención de Enfermería.

Según Alfaro (2017) el PAE se define como; el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del usuario a los problemas reales o potenciales de la salud, es por esto que el proceso de enfermero se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica, se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran.

Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por personal de enfermería para guiar las intervenciones de cuidado de enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas. (p. 4).

Por consiguiente, Alfaro también señala que el Proceso enfermero se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de enfermería para un mismo sujeto. Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado.

El PAE está integrado por las siguientes etapas:

6.1.1. Fase de valoración.

La valoración consiste en recolectar y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. El profesional debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de enfermería o en la escala de Glasgow. En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales (de riesgo) (Alfaro, 2017).

Modelos para la recolección de datos.

Los siguientes modelos de enfermería son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente para brindar efectivamente calidad en el cuidado de enfermería.

- Patrones funcionales de salud de Gordon
- Modelo de adaptación de Roy
- Modelos de sistemas corporales
- Jerarquía de necesidades de Maslow (p. 30).

Tipos de datos significativos.

“Los datos significativos pueden ser objetivos o subjetivos, históricos o actuales”.
(Alfaro, 2017).

Fuentes de datos.

- “Fuentes primarias: observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.
- Fuentes secundarias: expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)”.

Anamnesis o entrevista: La anamnesis es una conversación o entrevista planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria. Por otra parte, es un proceso diseñado para permitir que tanto el enfermero como el paciente den y reciban información; además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas.

Objetivos de la entrevista.

- Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico.
- Facilita la relación enfermero/paciente creando una oportunidad para el diálogo.
- Permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecer los objetivos.
- Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración según Alfaro (2017).

Fases de la entrevista

A) “Introducción (orientación): fase en que el enfermero desarrolla una relación terapéutica; su actitud profesional es el factor más significativo; su enfoque debe transmitir respeto por el paciente” (Alfaro, 2017).

B) Alfaro (2017). Cuerpo (trabajo): Fase diseñada para reunir información relacionada con el estado de salud del paciente; esto deberá conducirse de forma metódica y lenta; aquí se investiga la enfermería actual y la historia sanitaria de forma sistemática; consta de 7 componentes básicos:

- Información bibliográfica.
- Razones para solicitar.
- Enfermedad actual.
- Historia sanitaria pasada.
- Historia familiar.
- Historia medioambiental.
- Historia psicosocial y cultural.

C) “Cierre (finalización): dar al paciente un indicio de que la entrevista está finalizando; este enfoque ofrece al paciente la oportunidad de formular algunas preguntas”. (Alfaro, 2017).

Tipos de valoraciones

- “Global: se utiliza una cédula de valoración. Por ejemplo; los 11 patrones funcionales de salud (Marjory Gordon), los 9 patrones de respuesta humana (Callista Roy), etc.
- Focalizada: centrada en puntos o cuestiones concretas (dolor, sueño, estado respiratorio)”. (Alfaro, 2017).

6.1.2. Fase de diagnóstico.

Para Mora (2016), el diagnóstico enfermero es la segunda etapa del pae, y contiene la conclusión del estado del paciente basado en los problemas de salud detectados en la valoración, fundamentado en el análisis, razonamiento, e interpretación de los datos recogidos. Por consiguiente, es el paso previo y necesario para la planificación de los cuidados. Define por tanto la dimensión independiente, en otras palabras; el rol exclusivo del profesional de enfermería en el proceso. (p. 280).

Tipos de diagnósticos.

1.- Diagnóstico real: Describe respuestas humanas a problemas vitales, estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Esta apoyado por características definitorias, el problema, el factor etiológico, síntomas y signos están presentes al realizar la valoración de enfermería, según Mora (2016).

2.- Diagnóstico potencial o de alto riesgo: Esta apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad. En este tipo de diagnóstico, el profesional de enfermería detecta la existencia de uno o más factores de riesgo, pero aún no hay signos y síntomas que indiquen que el problema está presente.

3.- Diagnóstico posible: de acuerdo con Mora (2016) en este se escriben respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar. Esta disposición se sustenta en características definitorias. Como en todos los diagnósticos, se identifican resultados sensibles a la intervención enfermera e intervenciones enfermeras que proporcionen una alta probabilidad de alcanzarlos.

6.1.3. Fase de planificación.

Ledesma (2017), define que el plan de cuidados de enfermería es el instrumento que dirige en forma ordenada y continua las actividades de la profesión hacia el logro de objetivos establecidos específicamente para cada persona, requiere de una coordinación de los integrantes del equipo de salud para que todo el equipo conozca qué se va hacer, permite un acercamiento más útil hacia el paciente, hace ver y tratar al enfermo como persona, hace pensar en la asistencia que se debe dar al individuo en relación con la promoción, prevención y restauración de la salud.

La fase de planificación consta de cuatro etapas.

1. Establecimiento de prioridades. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados(Ledesma, 2017).

2. Elaboración de objetivos. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados. Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles.

3. Desarrollo de intervenciones de enfermería. Esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo (Alfaro, 2017).

4. Documentación del plan. Al hacer referencia el proceso de cuidados enfermeros se habla de la necesidad de registrar las acciones que se llevan a cabo durante el proceso del cuidado de enfermería. Esta necesidad responde a dos objetivos: la comunicación interdisciplinaria y la responsabilidad que los profesionales tienen en el desarrollo del conocimiento enfermero. Por lo tanto, el registro de plan de cuidado de enfermería consiste en la redacción de un documento en el que se especifican por escrito las acciones de enfermería (intervenciones) que se deberán efectuar.

“La redacción de las intervenciones tiene ciertas características;

- Deberán ser claras, concisas y específicas.
- Deben prescribir el momento de su realización.
- Deben estar por escrito.
- En su redacción se debe utilizar abreviaciones correctas y frecuentemente utilizadas” (Ledesma, 2017).

Además, que el registro de intervenciones debe indicar la fecha y la firma: la primera señala el momento en la que se hizo la prescripción de la intervención y la segunda permite identificar al profesional que ha formulado dicha intervención y que asume la responsabilidad de la misma.

6.1.4. Fase de ejecución.

“Se puede definir a esta etapa como el momento en el que la enfermera/o lleva a cabo las actividades programadas en la etapa de planificación, es la acción de enfermería que permite llegar al resultado deseado de los objetivos de la persona” (Muñoz, 2016)

Se distinguen 3 etapas.

1. Etapa de preparación.

La fase de preparación incluye un repaso a todas las etapas anteriores, esta etapa de preparación incluye actividades como: validación del plan o revisión de las intervenciones programadas en la planificación; análisis de los conocimientos y las técnicas necesarias para llevar a cabo las acciones; identificar las posibles complicaciones; determinar las necesidades de tiempo, de personal y de equipo; y finalmente crear un ambiente terapéutico según Alfaro (2017).

2. Etapa de intervención.

En esta etapa en donde se efectuarán las acciones programadas, la atención de la persona está bajo la responsabilidad del equipo de enfermería, por ello se deberá tener en cuenta un plan de cuidados dirigido a la persona de referencia, deberá quedar garantizado que en ningún caso se duplicará la tarea, los resultados deberán ser registrados para que puedan en cualquier momento ser conocidos por el resto del equipo .

3. Etapa de documentación o registro.

El registro de todo lo que ha sucedido a lo largo de la etapa de ejecución del proceso de atención de enfermería es fundamental tanto para garantizar la calidad de dicho proceso, como por el valor que tiene para el desarrollo de la investigación en la enfermería, la información deberá quedar plasmada, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones; escribir con letra clara, firmar el registro siempre, registrar lo que se ha visto, oído, apercibido u observado, ser concisos y específicos, utilizar las palabras del paciente (Muñoz, 2016).

6.1.5. Fase de evaluación.

Caro y Guerra, (2016) mencionan que en la fase de evaluación se comparan los resultados obtenidos con los objetivos planteados para verificar, si se ha realizado un buen plan de cuidados para con el paciente. El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se deba establecer metas mensurables el fallo al establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.

“El proceso entero es registrado o documentado en un formato acordado en el plan de cuidados de enfermería para así permitir a todos los miembros del equipo de enfermería llevar a cabo el cuidado acordado y realizar adiciones o cambios” (Caro y Guerra, 2016).

Etapas de la evaluación.

1. Valoración de la situación actual del paciente

Los datos para la evaluación formal se reúnen aplicando las técnicas explicadas en la fase de valoración: entrevista, observación, valoración física y revisión de la historia clínica para completar la información con los datos aportados por otros profesionales (Alfaro, 2017).

2. Comparación de la situación actual con los objetivos marcados y emisión de un juicio o conclusión

Tras reunir los datos actuales, éstos se comparan con los resultados identificados como deseables en los objetivos, comparación que puede llevar a uno de estos tres resultados:

- Los objetivos se han conseguido totalmente.
- Se han conseguido parcialmente.
- No se han conseguido en absoluto.

También Caro y Guerra, (2016) describen que en el primer caso, esto es, cuando los objetivos se han logrado plenamente, se avanzará al siguiente paso. Cuando, por el contrario, los objetivos se han logrado parcialmente o no se han logrado en absoluto, se sugiere que la enfermera se formule las siguientes preguntas:

- ¿Los objetivos y las intervenciones eran realistas y apropiados para esta persona?
- ¿Se realizaron las actividades de forma coherente, tal como estaban planificadas?
- Los problemas nuevos o las reacciones adversas ¿se detectaron prontamente y se hicieron los cambios adecuados?
- ¿Cuál es la opinión del paciente respecto al logro de los objetivos marcados en el plan de cuidados?
- ¿Cuáles fueron los factores que dificultaron el progreso?.
- ¿Cuáles fueron los factores que facilitaron el progreso?.
- ¿Se buscaron en la bibliografía estudios de investigación artículos prácticos, aplicables en este caso?

Si la respuesta a las tres primeras preguntas es afirmativa, es preciso seguir indagando en esa misma línea, por lo que sugerimos añadir las siguientes preguntas:

- ¿Los diagnósticos identificados reflejaban una situación del paciente que la enfermera pudiera estar?
- Los datos a partir de los cuales se formuló el diagnóstico, ¿son suficientes y exactos?.

Es evidente que hallar las respuestas no siempre es fácil porque implica replantearse con espíritu crítico el trabajo realizado desde el principio y estar dispuestas (os) a aceptar que cometemos errores; sin embargo, esta reflexión resulta fundamental no sólo para brindar mejores cuidados al paciente, centro y eje de nuestra actuación, sino también para aumentar los conocimientos de la enfermera, y detectar y corregir los posibles puntos débiles en la valoración, diagnóstico, planificación o puesta en práctica del plan (Mora, 2016).

2. Mantenimiento, modificación o finalización del plan

Finalmente, debe tomarse una decisión sobre la actuación que se debe seguir en adelante.

Mantenimiento del plan. Se optará por mantener el plan inicial cuando los objetivos se hayan alcanzado parcialmente y, al analizar todo el proceso, se compruebe que el diagnóstico y las intervenciones siguen siendo adecuados para la situación del paciente, aunque el logro de los objetivos marcados inicialmente requiera un plazo más largo.

Modificación del plan. Se procederá a modificar el plan inicial cuando los objetivos se hayan logrado parcialmente o no se hayan logrado en absoluto, y al revisar todo el proceso se llega a la conclusión de que:

- El plan inicial no era el más adecuado.
- Ha habido cambios en la situación del paciente que no se han reflejado en el plan.
- Han aparecido factores externos que influyen en el logro de los objetivos propuestos que no se han reflejado en la planificación.

También cabe la posibilidad de modificar el plan cuando se hayan conseguido totalmente los objetivos marcados, pero persistan los factores de riesgo que hacen presumir que el problema puede reaparecer si no se establece un plan para mantener los logros actuales.

Finalización del plan. Estará indicada la finalización del plan cuando los objetivos se hayan conseguido totalmente, las causas que lo provocaban hayan desaparecido o se hayan controlado, y el paciente demuestre la capacidad necesaria para mantener estable su situación actual de salud.

Figura 1. *Etapas del Proceso de Enfermería.*



(Alfaro, 2017)

6.2 Teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

Para Marriner y Raile, (2017), la teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

El cuidar de uno mismo: El proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan (Alfaro, 2017).

Limitaciones del cuidado: Son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros (Mora, 2016).

El aprendizaje del autocuidado: El aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras según Marriner y Raile, (2017).

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

1. Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
2. Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
3. Acciones expresivas interpersonales.
4. Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

1. Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
2. Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo.

Según Marriner y Raile (2017), la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

1. Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.
2. Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.
3. Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas.

La teoría de los sistemas de Enfermería.

“Describe y explica las relaciones que es necesario establecer para que se dé la enfermería, es algo que se contribuye con las actividades de las enfermeras y con las relaciones entre estas y los pacientes” (Alés y Silva, 2018).

Dorothea E. Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

1. **Sistema totalmente compensador:** Trata de compensar una incapacidad total del paciente para su autocuidado. Las actividades manipulativas y de deambulación las realiza en su totalidad la enfermera (Alfaro, 2017).

2. Sistema parcialmente compensador: En este caso la enfermera realiza algunas de las actividades de autocuidado del paciente, tratando de compensar sus limitaciones. Por su parte, el paciente también realiza algunas de las acciones de su autocuidado, dependiendo de sus destrezas y capacidades físicas y psíquicas.

3. Sistema de apoyo educativo: Dirigido a pacientes que son capaces o deben aprender a realizar acciones propias de su autocuidado y que, en principio, no pueden hacerlo, sin la correspondiente ayuda. La enfermera orienta a la persona para llevar a cabo las acciones de autocuidado necesarias según Ania (2016).

La teoría del autocuidado

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

"Requisitos de autocuidado; Se trata de un consejo formulado y expreso sobre las acciones que deben llevar a cabo puesto que, se consideran necesarias para regular los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, de forma continua o en condiciones específicas" (Ania, 2016.)

"Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universales.
- Requisitos de autocuidado de desarrollo.
- Requisitos de autocuidado ante las desviaciones de salud".

Grande y Ochoa, (2017).Factores condicionantes básicos: Estos factores son diez y dentro de ellos podemos citar, la edad, el sexo, el estado de desarrollo o etapa del ciclo vital en que uno se encuentre. Junto con ellos, están el ambiente, la familia, factores sociales y culturales, la propia orientación sociocultural y religiosa, los recursos financieros, el sistema de salud y el estado de salud, no solo si se está enfermo o sano sino la propia percepción de salud. De tal modo que las personas pueden variar su estado utilizando sus conocimientos y capacidades de adaptación para modificar su propio estado de salud. El principal cambio que podemos hacer o que queramos hacer, requiere no sólo de conocimiento sino también de motivación.

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Salud: “Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona, el hombre trata de conseguir la salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo” (Grande y Ochoa, 2017).

Enfermería: Es la encargada de darle a la persona la seguridad para que afronte su enfermedad y que la persona la vea como parte de su recuperación, acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo de otras personas o grupos que muestran necesidades con el fin de mejorar su situación, actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Dorothea. E. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente.

6.3 Colecistitis.

Para Arias y Guirao, (2016), la colecistitis es una inflamación de la pared de la vesícula biliar. El proceso inflamatorio una vez iniciado genera cambios notorios a nivel microscópico y macroscópico que evolucionan desde una simple congestión, pasan por una fase de supuración, otra de gangrenación y otra de perforación. Resulta todo una consecuencia de la respuesta inflamatoria que se genera. Y esta comienza con el infiltrado celular, la extravasación de líquido y la consecuencia fisiológica que puede ser curación espontánea o formación de absceso y aparición de complicaciones como sepsis, perforación, formación de un plastrón (raro) y fístula. La colecistitis se debe en la gran mayoría de los casos a la presencia de cálculos en el interior del órgano, que terminan ocluyendo el conducto cístico, que desemboca en el colédoco.

Latarjet y Ruiz, (2018), señalan que la **Localización**. La vesícula biliar es un reservorio o bolsa que se localiza en el lado derecho de la región hepática. Se constituye por 4 regiones conocidas como cuerpo, fondo, cabeza y cuello. Tiene un tamaño aproximado de $10 \times 5 \times 4$ cm. Desemboca en el conducto cístico (que al unirse con el conducto hepático da lugar al colédoco), que mide entre 2-5 cm, con un diámetro aproximado de 5 mm. La vesícula biliar, con forma de pera, puede contener hasta 50 ml de bilis. El peritoneo rodea completamente el fondo de la vesícula biliar y une su cuerpo y su cuello al hígado. La cara hepática de la vesícula biliar se une al hígado mediante tejido conectivo de la cápsula fibrosa del hígado.

Función. La vesícula es un órgano con forma de pera ubicado bajo el hígado que interviene en la asimilación de alimentos en el organismo. Su función primordial es almacenar bilis, un líquido producido por el hígado para digerir las grasas. Cuando el estómago y el intestino digieren los alimentos, la vesícula biliar libera bilis a través de un tubo denominado conducto biliar común que conecta a la vesícula biliar y el hígado con el intestino delgado. Se trata de un órgano no vital que almacena y concentra sales biliares que ayudan a la absorción de grasas y sus nutrientes para el funcionamiento del organismo.

Kelley, (2017), menciona que la **Fisiopatología**, la obstrucción del bacinete vesicular ocasionada por un cálculo biliar es el desencadenante principal, llevando en primer lugar, a una contracción intensa y distensión vesicular, lo cual explica el dolor cólico abdominal característico de este cuadro. Esta obstrucción genera: edema de la pared vesicular, retención de las secreciones biliares y alteraciones vasculares. El edema de pared gatilla la liberación de la fosfolipasa, al alterarse las células epiteliales que lo contienen. La fosfolipasa convierte la lecitina (componente normal de la mucosa) en lisolecitina, que es citotóxica, y produce ácido araquidónico a partir de los fosfolípidos, lo cual favorece la producción de prostaglandinas (específicamente las prostaglandinas I₂ y E₂), desencadenándose el proceso inflamatorio. Las secreciones biliares y los mismos cálculos también son irritantes, por lo que su acumulación favorece este proceso.

Síntomas. El síntoma principal en un paciente inmunocompetente es el dolor abdominal, que suele ser de tipo continuo con exacerbaciones cólicas, ubicado típicamente en el cuadrante superior derecho del abdomen o el epigastrio, a veces irradiándose a la parte superior derecha del dorso o la zona interescapular. A diferencia del cólico biliar simple, el dolor solamente cede de forma temporal y parcial con analgésicos. A medida que progresa el cuadro se agregarán náuseas, vómito, anorexia, fiebre y compromiso del estado general. En pacientes con colecistitis aguda litiasica, el cuadro se acompaña de ictericia en 20 a 25% de los casos aproximadamente, usualmente por una coledocolitiasis concomitante.

Diagnóstico. Junto a la historia clínica y la exploración física, el diagnóstico suele confirmarse mediante la ecografía abdominal.

- Clínica; el principal síntoma es el dolor abdominal.
- Exámenes de laboratorio; análisis de sangre para ver si usted tiene una infección en la vesícula biliar. Generalmente, el conteo de glóbulos blancos en su sangre podría estar elevado indicando la presencia de una infección.
- Ultrasonido abdominal; Se utiliza para identificar señales de inflamación que involucran la vesícula biliar y es muy bueno para mostrar la presencia de cálculos biliares.
- Tomografía computarizada abdominal; Utiliza rayos X para producir imágenes detalladas del abdomen, del hígado, de la vesícula biliar, de los conductos biliares y del intestino, para ayudar a identificar la presencia de inflamación en la vesícula biliar o un bloqueo en el flujo biliar.
- Resonancia magnética; produce imágenes detalladas del hígado, de la vesícula biliar, de los conductos biliares, del páncreas y del conducto pancreático. Es muy buena para mostrar la presencia de cálculos biliares, de inflamación de la vesícula biliar o del conducto biliar, y de bloqueo del flujo biliar.

Arias y Guirao, (2016), señalan que el **Tratamiento**, definitivo de la colecistitis es una intervención quirúrgica, llamada colecistectomía; existen dos tipos, la abierta y laparoscópica.

- Cirugía laparoscópica; El cirujano utiliza el ombligo y varios cortes pequeños para insertar un laparoscópica o para ver adentro del abdomen y extirpar la vesícula biliar, el paciente permanece anestesiado durante la cirugía.
- Cirugía abierta; El cirujano hace cortes en el abdomen y extirpa la vesícula biliar, el paciente permanece anestesiado durante la cirugía.

6.4 Historia Natural de la Enfermedad, Colecistitis.

Acevedo et al., (2017), consideran que el Período Pre patogénico se describe de la siguiente manera e incluye:

Agente: La inflamación de las paredes de la vesícula biliar sigue por lo general a la obstrucción del conducto cístico por un cálculo. Inflamación bacteriana, los microorganismos aislados con mayor frecuencia en el cultivo de la bilis de los pacientes incluye *Escherichia coli*, especies de *Klebsiella*, *Streptococo* del grupo D *Staphilococcus* y de *Clostridium*.

Huésped: Se presenta en mayor grado en mujeres que en hombres, mayores de 40 años de edad y en personas obesas. Malos hábitos alimenticios por no llevar una dieta equilibrada y consumo exagerado de alimentos altos en colesterol y grasas.

Ambiente: Cualquier nivel socioeconómico, siendo frecuente en el nivel bajo, debido a la falta de recursos económicos ya que por lo regular consumen los cortes grasos que son más económicos en el mercado.

Período Patogénico.

Cambios Tisulares y Fisiológicos. Se produce una obstrucción de cístico o la sobreinfección de la bilis estancada con bacterias moderadas de pus un empiema e hidropesía. Formación de un cálculo solitario, en este caso la luz de la vesícula obstruida se distiende progresivamente por un tiempo por moco con trasudado claro, según Acevedo et al., (2017).

Signos y Síntomas.

- Dolor en cuadrante superior derecho del abdomen puede irritarse al área interescapular, el omoplato derecho o al hombro.
- Paciente anoréxico y frecuentemente presenta náuseas.
- Vómito, relativamente común y puede producir síntomas y signos de depleción de volumen.
- Característicamente existe fiebre moderada, pero no es frecuente la existencia de temblores o escalofríos.

Complicaciones. Empiema e hidropesía, gangrena de vesícula, vasculitis, diabetes mellitus, fístulas e íleo por cálculos, carcinoma de vesícula, pancreatitis, úlcera péptica y colangitis.

Cronicidad. Debido a la inflamación del cóstico aumenta el dolor llegando hasta el cerebro que a su vez lo recibe de carácter agónico, manifestándose en la piel que se toma con aumento a la sensibilidad al tacto. Hay inflamación del peritoneo, que se asocia con rigidez de los músculos que cubren el peritoneo.

Muerte. Cualquiera de las complicaciones puede causar muerte, además puede ocurrir el deceso por complicaciones post operatorias como: septicemia, trombosis pulmonar, hemorragias internas.

Prevención Primaria.

- El ejercicio físico, una alimentación sana, y el control de la obesidad previenen la aparición de Colecistitis y Colelitiasis
- El uso de alternativas de tratamiento hormonal en mujeres en el periodo del climaterio, previenen la aparición de Colecistitis y Colelitiasis.
- Promover la educación nutricional y la práctica de actividad física en la población general de riesgo para Colecistitis y Colelitiasis
- Promover un adecuado control del uso de hormonas en mujeres con vida sexual activa y en aquellas que están en el climaterio con tratamiento sustitutivo (Herrera, 2016).

Prevención Secundaria.

Diagnostico Precoz: Se identificará lo más pronto posible la sintomatología, valiéndose de los diferentes medios diagnósticos, se realiza en base a 3 estudios; clínico, gabinete, laboratorio.

En el diagnóstico clínico, el médico se basa en la exploración y sintomatología.

En los estudios de gabinete la ultrasonografía ocupa un lugar preponderante ya que es un método no invasivo.

Dentro de los exámenes de laboratorio están la biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina.

Tratamiento Oportuno: Se trata de detener y curar el proceso de la enfermedad, evitando así lesiones orgánicas más graves que produzcan mayor incapacidad.

- **Tratamiento Médico:** Dieta sin grasas e irritantes y analgésicos, si aparecen vómitos, dolor, el paciente puede requerir hospitalización para su mejor control, el tratamiento consiste; ayuno administración de líquidos parenterales, sonda nasogástrica, antiespasmódicos, analgésicos y en algunos casos antibióticos.
- **Tratamiento Quirúrgico:** La operación está indicada para pacientes cuya vesícula padezca una serie de enfermedades, como cálculos biliares (también llamados colelitiasis), inflamación por infección (también llamada colecistitis), dolor abdominal intenso debido a un cólico de vesícula, o asociada a otros procedimientos. Las operaciones que se pueden efectuar según las condiciones del problema son la colecistectomía y coledocostomía.

Colecistectomía: La intervención quirúrgica consistente en la extracción de la vesícula biliar se denomina colecistectomía y es el método más común para tratar distintas patologías de este órgano, actualmente, en la mayor parte de las cirugías de la vesícula biliar se utilizan técnicas laparoscópicas, por lo general, se opta por la colecistectomía laparoscópica cuando se prevé una cirugía sencilla según Marriner y Raile, (2017).

Prevención Terciaria.

- Limitación del daño; se logra mediante la realización de colecistectomía, la proporciona un alivio total de la enfermedad.
- Rehabilitación; está encaminada a evitar complicaciones postoperatorias y reintegrar al individuo lo más pronto posible a la familia y comunidad, se orienta al paciente sobre la importancia de llevar una dieta sin grasa e irritantes, cuidados de la herida quirúrgica, deambulación evitando esfuerzos físicos, control por consulta externa y acudir al médico ante cualquier anomalía.

7. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERIA

7.1. Valoración basada en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem.

Lluch y Roldán, (2017), mencionan que el instrumento de valoración de autocuidado mide el grado de cumplimiento de los cuidados de salud y la capacidad del individuo de llevar una vida autónoma mediante el abordaje de 5 requisitos:

- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- Promoción de funcionamiento y desarrollo humano dentro los grupos sociales.

Es importante considerar que la valoración sea eficaz y eficiente por cada individuo a nuestro cargo, por lo que se recomienda para la aplicación de esta guía de valoración, que el personal de enfermería utilice como técnicas la entrevista directa, estructurada en un orden lógico, se debe emplear la observación, la auscultación, la palpación y percusión para que sea una valoración holística, es de vital importancia que no limitemos las acciones realizadas, abriendo nuestros horizontes a realizar trabajo interdisciplinario, enfocando un mayor esfuerzo al cuidado de las personas, por lo que estos instrumentos facilitan la implementación del proceso de enfermería, que incluyen todos los conceptos que describió Orem (Alfaro 2017).

7.1.1. Factores condicionantes básicos.

Son factores internos o externos que afectan a los individuos en sus capacidades para ocuparse de su autocuidado a afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos.

Los factores son los siguientes:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Orientación sociocultural.
- Factores del sistema de cuidados de salud; por ejemplo diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.
- Factores del sistema familiar.
- Patrón de vida, incluyendo las actividades en que se ocupa regularmente.
- Factores ambientales.
- Disponibilidad y adecuación de los recursos

De tal modo que las personas pueden variar su estado utilizando sus conocimientos y capacidades de adaptación para modificar su propio estado de salud. El principal cambio que podemos hacer o que queramos hacer, requiere no sólo de conocimiento sino también de motivación según Lluch y Roldán, (2017)..

7.1.2 Requisitos de autocuidado universales.

Son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital, de acuerdo a su edad, estado de desarrollo y factores ambientales entre otros.

Están asociados a los procesos vitales, al mantenimiento de la estructura y funcionamiento humanos, y al bienestar general.

Orem en su teoría sugiere 8 requisitos de autocuidados universales:

- El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
- El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
- El mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes.
- La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
- La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

7.1.3 Requisitos de autocuidado de desarrollo.

Están asociados solo con procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital y también ciertos eventos que pueden afectar adversamente al desarrollo.

Se describen dos tipos:

1. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo durante las etapas del ciclo vital.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

- Vida intrauterina y nacimiento.
- Vida neonatal.
- Lactancia.
- Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
- Etapas de desarrollo de la edad adulta.
- Embarazo, en la adolescencia o en la edad adulta.

Lluch y Roldán, (2017). 2. Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano para prevenir efectos negativos en tales condiciones y para promover cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones.

Las consideraciones relevantes incluyen:

- Deprivación educacional.
- Problemas de adaptación social.
- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
- Pérdida de posesiones o del trabajo.
- Cambio súbito en las condiciones de vida.
- Cambio de posición, ya sea social o económica.
- Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
- Enfermedad terminal o muerte esperada.
- Peligros ambientales Marriner y Raile, (2017).

7.1.4 Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud.

Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos.

El individuo tiene demandas adicionales de cuidados de la salud. La principal premisa es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud Lluch y Roldán, (2017).

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo. La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como prevención primaria. La prevención secundaria consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o de la incapacidad prolongada. La prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad.

FACULTAD DE ENFERMERÍA

7.2.1 Diagnóstico 1

Déficit de autocuidado		Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos, manifestado por expresión facial (mirada abatida, movimientos fijos, muecas).				
		DOMINIO	12 Confort.	CLASE	1 Confort físico.	PÁGINA
Requisito de Autocuidado Universal	El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Sistema de enfermería				
Requisito de Desarrollo	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente al desarrollo humano. - peligros ambientales.	Intervención	- Manejo del dolor. - Administración de medicación. - Administración de analgésicos.		Sistema de enfermería	Parcialmente compensatorio.
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	Evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o de la incapacidad prolongada.					
		Fundamentación teórica				
Agencia de enfermería		Benito et al., (2016). Un tratamiento eficaz del dolor, además de disminuir los costes, mejora la calidad asistencial, disminuye las complicaciones secundarias y proporciona mayor confort, algo que cada día demanda más el paciente y la sociedad en general, el personal de enfermería tienen un papel fundamental en el manejo del dolor a través del conocimiento actual sobre las medidas para mitigar el dolor y adoptando unas buenas prácticas en la valoración y manejo del dolor. (p. 150).				
Déficit de autocuidado, la usuaria ocupa ayuda por parte del personal de enfermería para superar las molestias post quirúrgicas mediante aplicación de medicamento, controlar los factores ambientales (luz, ruido, visitas), fomentar el						

descanso así como la comodidad para la usuaria, vigilar signos vitales.																															
Resultado esperado NOC			Eliminar molestia de dolor y brindar un mejor confort a la usuaria.			Acción o método de ayuda (Intervención)							Conclusiones																		
													La usuaria, comenzaba a quejarse de dolor, por lo que realice cuidados que disminuyeron su malestar y se logro mejorar el confort																		
A. Nivel del dolor (2102) pág. 436.						NIC: Manejo del dolor. Actividades: 1. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. 2. Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo. 3. Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. 4. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos). 5. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos). 6. Animar al propio paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. 7. Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno. 8. Utilizar medidas de control del dolor antes de que éste sea muy intenso. 9. Fomentar periodos de descanso/ sueños adecuados que faciliten el alivio del dolor. 10. Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas de dolor del paciente. NIC: Administración de medicación. Actividades: 1. Mantener y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos. 2. Evitar las interrupciones al preparar, verificar o administrar los medicamentos. 3. Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación. 4. Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos si es adecuado. 5. Notificar al paciente del tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones esperadas y los efectos adversos antes de administrarla, según sea apropiado. 6. Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco. 7. Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. 8. Vigilar los signos vitales y los valores del laboratorio antes							Escala Diana 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.																		
Escala Diana		1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.																													
Código		Indicadores		1	2															3	4	5	Código		Indicadores		1	2	3	4	5
(210201)		1. Dolor referido																		+			(210201)		1. Dolor referido					+	
(2100221)		2. Frotarse el Área Afectada I																		+			(2100221)		2. Frotarse el Área Afectada I						+
(210206)		3. Expresiones Faciales de Dolor I																		+			(210206)		3. Expresiones Faciales de Dolor I						+
(210208)		4. Inquietud I			+																		(210208)		4. Inquietud I					+	
(210223)		5. Irritabilidad I																		+			(210223)		5. Irritabilidad I						+
Total: 14 puntos						Total: 23 puntos																									
(+ Puntuación Diana PREVIA)						(+ Puntuación Diana POSTERIOR)																									

	de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso. 9. Ayudar al paciente a tomar la medicación. 10. Observar los efectos terapéuticos de la medicación. NIC: Administración de analgésicos. Actividades: 1. Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. 2. Comprobar el historial de alergias a medicamentos. 3. Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo. 4. Elegir la vía intravenosa en vez de intramuscular para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor cuando sea posible. 5. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos, narcóticos con la primera dosis o si se observan signos inusuales. 6. Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. 7. Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso. 8. Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente. 9. Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. 10. Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (irritación gástrica).	
Referencias bibliográficas - Benito G., Fernández A. J., Hernández S.J., Nadador V., Riquelme I. y Ruíz C.M., (2016), <i>Intervenciones del Psicólogo en las Clínicas del Dolor: Una propuesta desde la experiencia de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares</i>, Editorial Rev. Soc. Esp. Dolor. - T. Heather Herdman PhD, RN, FNI y Shigemi K., PhD, RN, FNI, (2015 – 2017), <i>DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, definiciones y clasificación</i>, Nanda Internacional., Editorial Elsevier. - Sue Moorhead, PhD, RN Marion J., PhD, RN Meridean L. M., PhD, RN, FAAN Elizabeth S., PhD, RN., (2017), <i>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</i>, medición de resultados en salud, Editorial Elsevier. - Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN. Howard K. B., PhD, RN, Joanne M. Dochterman, PhD, Cheryl M. W., PhD, MBA/MSN, RN., (2017), <i>CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</i>, Editorial Elsevier.		
Elaboró: Juan Daniel Amezcua Arreguín.		



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO PARA INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE D.E. OREM



7.2.2 Diagnóstico 2

Déficit de autocuidado		Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor, manifestado por limitación de la amplitud de movimientos.				
		DOMINIO	4 Actividad / reposo.	CLASE	2 Actividad / ejercicio.	PÁGINA
Requisito de Autocuidado Universal	El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Sistema de enfermería				
Requisito de Desarrollo	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente al desarrollo humano. - Peligros ambientales.	Intervención	- Terapia de ejercicios: ambulación. - Cambio de posición. - Manejo del dolor.		Sistema de enfermería	Parcialmente compensador.
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	Evitar los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o de la incapacidad prolongada.					
		Fundamentación teórica				
Agencia de enfermería						
Déficit de autocuidado, la paciente ocupa apoyo para realizar movimientos, para esto se le da orientación como colocarse en posición correcta, elevar la cabecera de la cama, orientarla en la deambulaci3n, aplicaci3n de medicamento, orientarla sobre el umbral que puede durar el dolor, fomentar el descanso.		Aebersold et al., (2017). Durante las primeras horas tras la intervenci3n se recomienda reposo, despu3s de este tiempo, caminar resulta beneficioso. Tras la intervenci3n, puede comenzar a realizar una actividad f3sica moderada, e ir aument3ndola poco a poco hasta llegar a la intensidad que ten3a antes de la intervenci3n. Cambie de posici3n al menos cada 2 horas, si est3 acostado boca arriba acu3stese de lado. Alterne el lado cada vez que cambie de posici3n. Los ejercicios de respiraci3n profunda, pruebe colocando las manos en el est3mago, luego en las costillas y respire profundamente, sintiendo el movimiento de la pared del est3mago y de la caja tor3cica. (p. 26).				

Resultado esperado		Acción o método de ayuda (Intervención)						Conclusiones					
NOC								Se logro mejorar la movilidad sin poner en riesgo a la usuaria, se disminuyo el dolor y se mejoro el confort					
A. Movilidad (0208) pág. 409.								Escala Diana 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.					
Escala Diana		1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.											
Código	Indicadores	1	2	3	4	5	Código	Indicadores	1	2	3	4	5
(020801)	1. Mantenimiento del equilibrio.			+			(020801)	1. Mantenimiento del equilibrio.					+
(020804)	2. Movimiento articular.			+			(020804)	2. Movimiento articular.				+	
(020802)	3. Mantenimiento de la posición corporal.			+			(020802)	3. Mantenimiento de la posición corporal.				+	
(020806)	4. Ambulación.			+			(020806)	4. Ambulación.					+
(020814)	5. Se mueve con facilidad.			+			(020814)	5. Se mueve con facilidad.					+
Total: 15 puntos							Total: 23 puntos						
(+ Puntuación Diana PREVIA)							(+ Puntuación Diana POSTERIOR)						

NIC: Manejo del dolor.**Actividades:**

1. Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.
2. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
3. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
4. Proporcionar información acerca del dolor, como las causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
5. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
6. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía o falta de conocimientos).
7. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
8. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
9. Instaurar y modificar las medidas del control del dolor en función de la respuesta del paciente.
10. Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.

Referencias bibliográficas

- Aebersold M., Duell D.J., González L., Martin B.C. y Smith S.F., (2017), *Habilidades de enfermería clínica*, Editorial Pearson.
- T. Heather Herdman PhD, RN, FNI y Shigemi K., PhD, RN, FNI, (2015 – 2017), *DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, definiciones y clasificación, Nanda Internacional.*, Editorial Elsevier.
- Sue Moorhead, PhD, RN Marion J., PhD, RN Meridean L. M., PhD, RN, FAAN Elizabeth S., PhD, RN., (2017), *CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)*, medición de resultados en salud, Editorial Elsevier.
- Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN. Howard K. B., PhD, RN, Joanne M. Dochterman, PhD, Cheryl M. W., PhD, MBA/MSN, RN., (2017), *CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)*, Editorial Elsevier.

Elaboró: Juan Daniel Amezcua Arreguín.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO PARA INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE D.E. OREM



7.2.3 Diagnóstico 3

Déficit de autocuidado		Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivo.				
		DOMINIO	11 Seguridad / protección.	CLASE	1 Infección.	PÁGINA
Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	Sistema de enfermería				
Requisito de Desarrollo	Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que puedan afectar de manera negativa al desarrollo humano.	Intervención	- Control de infecciones. - Protección contra las infecciones. - Cuidado del sitio de incisión.		Sistema de enfermería	Parcialmente compensador.
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal, prevención ante algún dato de infección.					
		Fundamentación teórica				
Agencia de enfermería		Lozier et al., (2016). Las infecciones de herida quirúrgica son causa importante de morbilidad, manifestándose éstas como dehiscencia, drenaje purulento y fiebre. Dentro de las estrategias para la prevención de herida quirúrgica debemos considerar en primer lugar la reducción del inóculo bacteriano en el lecho quirúrgico. En segundo lugar prevenir la posible contaminación de la herida mediante limpieza y uso de antibióticos en el momento adecuado. (p. 170).				
Déficit de autocuidado, la usuaria requiere de cuidados preventivos para evitar una infección en la herida quirúrgica, para esto hay que llevar a cabo acciones de higiene con la usuaria, como; lavado de manos, aplicar antibióticos indicados, vigilar herida quirúrgica así como su curación.						

Resultado esperado		Acción o método de ayuda (Intervención)						Conclusiones							
NOC								Para disminuir el riesgo de infección en la herida quirúrgica, se realizaron actividades de higiene de manos del personal, la usuaria y sus familiares							
A. Severidad de la Infección (0703) pág. 531.															
Escala Diana	1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.							Escala Diana	1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.						
Código	Indicadores	1	2	3	4	5		Código	Indicadores	1	2	3	4	5	
(070307)	1. Fiebre.					+		(070307)	1. Fiebre.					+	
(070333)	2. Dolor.		+					(070333)	2. Dolor.				+		
(070326)	3. Aumento de leucocitos.					+		(070326)	3. Aumento de leucocitos.					+	
(070310)	4. Linfadenopatías.					+		(070310)	4. Linfadenopatías.					+	
(070334)	5. Hipersensibilidad.		+					(070334)	5. Hipersensibilidad.				+		
Total: 19 puntos								Total: 23 puntos							
(+ Puntuación Diana PREVIA)								(+ Puntuación Diana POSTERIOR)							
NIC: Control de infecciones. Actividades: 1. Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado. 2. Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos. 3. Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado. 4. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. 5. Usar guantes estériles según corresponda. 6. Limpiar la piel del paciente con un agente antimicrobiano apropiado. 7. Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado. 8. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuadas. 9. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando se deben notificar al cuidador. 10. Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.															
NIC: Protección contra las infecciones. Actividades: 1. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. 2. Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. 3. Limitar el número de visitas según corresponda. 4. Mantener la asepsia para el paciente de riesgo. 5. Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo o exudado en la piel y las mucosas. 6. Inspeccionar el estado de cualquier incisión/ herida quirúrgica. 7. Fomentar una ingesta nutricional suficiente. 8. Fomentar la ingesta adecuada de líquidos. 9. Fomentar el descanso. 10. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al profesional sanitario.															
NIC: Cuidado del sitio de incisión. Actividades: 1. Explicar cualquier procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial. 2. Inspeccionar el sitio de incisión, por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. 3. Observar las características de cualquier drenaje.															

- | | | |
|--|--|--|
| | 4. Vigilar el proceso de curación en el sitio de incisión.
5. Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
6. Limpiar la zona que rodee cualquier sitio de drenaje.
7. Cambiar el vendaje en los intervalos adecuados.
8. Facilitar que el paciente vea la incisión.
9. Instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
10. Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección. | |
|--|--|--|

Referencias bibliográficas

- Lozier et al., (2016), *Neurocirugía clínica*, Editorial Linppincott Williams.
- T. Heather Herdman PhD, RN, FNI y Shigemi K., PhD, RN, FNI, (2015 – 2017), *DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, definiciones y clasificación, Nanda Internacional.*, Editorial Elsevier.
- Sue Moorhead, PhD, RN Marion J., PhD, RN Meridean L. M., PhD, RN, FAAN Elizabeth S., PhD, RN., (2017), *CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)*, medición de resultados en salud, Editorial Elsevier.
- Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN. Howard K. B., PhD, RN, Joanne M. Dochterman, PhD, Cheryl M. W., PhD, MBA/MSN, RN., (2017), *CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)*, Editorial Elsevier.

Elaboró: Juan Daniel Amezcua Arreguín.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO PARA INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE D.E. OREM



7.2.4 Diagnóstico 4

Déficit de autocuidado		Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos respiratorios manifestado por alteración de los músculos torácicos, disnea.				
		DOMINIO	4 Actividad / reposo.	CLASE	4 respuestas.	PÁGINA
Requisito de Autocuidado Universal	Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Sistema de enfermería				
Requisito de Desarrollo	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano para prevenir efectos negativos; peligros ambientales.	Intervención	- Oxigenoterapia. - Manejo de las vías aéreas. - Monitorización respiratoria.		Sistema de enfermería	Parcialmente compensador.
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	La usuaria tiene demandas adicionales de cuidados de la salud, consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones del padecimiento.					
		Fundamentación teórica				
Agencia de enfermería						
Déficit de autocuidado, la persona ocupa cuidados que le proporcionen una mejor ventilación para que pueda tener una mejor respiración, como; eliminar secreciones bucales, nasales, mantener permeabilidad de la vía aérea, administrar oxígeno suplementario, colocar al paciente el posición adecuada que le permita una mejor ventilación, colocarle sensores de oxígeno para monitorizar la		Brunner y Suddarth, (2017). El objetivo de la terapia respiratoria es mejorar el estado respiratorio y acelerar la recuperación mediante la remoción de las secreciones de las vías respiratorias en los padecimientos pulmonares asociados a la resistencia de la vía aérea reducida, esto mejora el intercambio gaseoso y reduce el trabajo respiratorio. (pág. 560).				

saturación de oxígeno, vigilar signos vitales de manera continua.																		
Resultado esperado		Eliminar disnea y mejorar frecuencia respiratoria.					Acción o método de ayuda (Intervención)					Conclusiones						
NOC												Al recibir a la paciente en el servicio de cirugía post operada de colecistectomía y estar en su unidad se observó quejumbrosa con una moderada dificultad para respirar, se aplico oxigeno, después de un tiempo se notó mejoría en la usuaria observandose tranquila y con una mejora en su respiración.						
A. Estado Res- piratorio: Ventilación (0403) pag. 374.							NIC: Oxigenoterapia. Actividades: 1. Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda. 2. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. 3. Preparar el equipo de oxígeno y administrar atraves de un sistema calefactado y humificado. 4. Administrar oxígeno suplementario según órdenes. 5. Vigilar el flujo de litros de oxígeno. 6. Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. 7. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro), según corresponda. 8. Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiera con los intentos de respirar del paciente. 9. Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno. 10. Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la oxigenoterapia.											
Escala Diana		1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal.															Escala Diana	
Código	Indicadores	1	2	3	4	5	Código		Indicadores	1	2	3	4	5				
(040301)	1. Frecuencia respiratoria			+			(040301)	1. Frecuencia respiratoria					+					
(040303)	2. Profundidad de la respiración			+			(040303)	2. Profundidad de la respiración						+				
(040309)	3. Utilización de los músculos accesorios			+			(040309)	3. Utilización de los músculos accesorios						+				
(040315)	4. Ortopnea			+			(040315)	4. Ortopnea						+				
(040330)	5. Vocalización alterada				+		(040330)	5. Vocalización alterada						+				
Total: 16 puntos							Total: 24 puntos											
(+ Puntuación Diana PREVIA)							(+ Puntuación Diana POSTERIOR)											

	NIC: Monitorización respiratoria. Actividades: 1. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. 2. Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. 3. Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos. 4. Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos, con sistema de alarma apropiados en pacientes de riesgo, siguiendo las normas del centro y según este indicado. 5. Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual. 6. Observar la ubicación de la tráquea. 7. Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico). 8. Auscultar los sonidos respiratorios observando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. 9. Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea. 10. Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.	
Referencias bibliográficas - Brunner y Suddarth, (2017), <i>Modalidades de cuidados respiratorios, Enfermería Medico Quirúrgica</i>, Editorial McGraw-Hill. - T. Heather Herdman PhD, RN, FNI y Shigemi K., PhD, RN, FNI, (2015 – 2017), <i>DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, definiciones y clasificación, Nanda Internacional.</i>, Editorial Elsevier. - Sue Moorhead, PhD, RN Marion J., PhD, RN Meridean L. M., PhD, RN, FAAN Elizabeth S., PhD, RN., (2017), <i>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</i>, medición de resultados en salud, Editorial Elsevier. - Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN. Howard K. B., PhD, RN, Joanne M. Dochterman, PhD, Cheryl M. W., PhD, MBA/MSN, RN., (2017), <i>CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</i>, Editorial Elsevier.		
Elaboró: Juan Daniel Amezcua Arreguín.		



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO PARA INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE D.E. OREM



7.2.5 Diagnóstico 5

Déficit de autocuidado		Disconfort relacionado con síntomas relacionados con la enfermedad manifestado por Inquietud, temor.				
		DOMINIO	12 Confort.	CLASE	1 Confort físico.	PÁGINA
Requisito de Autocuidado Universal	La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.	Sistema de enfermería				
Requisito de Desarrollo	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano para prevenir efectos negativos en tales condiciones y para promover cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes.	Intervención	- Manejo ambiental: confort. - Disminución de la ansiedad. - Apoyo espiritual.		Sistema de enfermería	Sistema de apoyo educativo.
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para la paciente.					
		Fundamentación teórica				
Agencia de enfermería		Marriner y Raile, (2017). La comodidad de la paciente es importante para su recuperación física, emocional y espiritual, los cuidados de enfermería brindados con calidad, seguridad y humanizados favorecen el bienestar de los pacientes críticos, mejoran la repuesta a los tratamientos y su calidad de vida. (p. 706).				
Déficit de autocuidado, la usuaria ocupa orientación y apoyo que se le proporcione para que tenga un mejor confort y se le disminuya el temor que padece, proporcionándole un						

ambiente tranquilo, limpio y seguro, temperatura ambiental adecuada, verificar iluminación, permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo, estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo, expresar simpatía con los sentimientos del individuo, brindarle confianza.												
Resultado esperado		Eliminar cualquier inquietud o temor de la usuaria, brindando confianza.					Acción o método de ayuda (Intervención)			Conclusiones		
NOC												
A. Nivel de Malestar (2109) pág. 431- 432.							NIC: Manejo ambiental: confort. Actividades: 1. Atender inmediatamente las llamadas del timbre, que siempre debe estar al alcance del paciente. 2. Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. 3. Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. 4. Proporcionar un ambiente limpio y seguro. 5. Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes. 6. Ajustar la temperatura ambiental, que sea más cómoda para la persona, si fuera posible. 7. Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos. 8. Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar las cejas; aplicar cremas dérmicas, o limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal). 9. Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo de almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento). 10. Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a los pacientes y sus familias según corresponda.					
Escala Diana		1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.										
Código	Indicadores	1	2	3	4	5						
(210901)	1. Dolor		+									
(210902)	2. Ansiedad			+								
(210903)	3. Inquietud			+								
(210924)	4. Disnea			+								
(210928)	5. Náuseas			+								
Total: 14 puntos												
(+ Puntuación Diana PREVIA)												
							NIC: Disminución de la ansiedad. Actividades: 1. Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. 2. Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. 3. Explicar todos los procedimientos incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. 4. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. 5. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. 6. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.					

Cuando la usuaria se recibió en su unidad post operada de colecistectomía presentaba dolor, dificultad respiratoria, e inquieta, para ello lleve actividades de enfermería como: Evitar interrupciones innecesarias, oxigenación y permitir periodos de reposo; determinar fuentes de incomodidad y factores ambientales irritantes, controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos y proporcionar la comodidad en cuanto a temperatura, y así se logró un mejor confort							
Escala Diana		1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.					
Código	Indicadores	1	2	3	4	5	
(210901)	1. Dolor				+		
(210902)	2. Ansiedad					+	
(210903)	3. Inquietud				+		
(210924)	4. Disnea				+		
(210928)	5. Náuseas					+	
Total: 22 puntos							
(+ Puntuación Diana POSTERIOR)							

	7. Proporcionar objetos que simbolizen seguridad. 8. Escuchar con atención. 9. Crear un ambiente que facilite la confianza. 10. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. NIC: Apoyo espiritual. Actividades: 1. Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática. 2. Tratar al individuo con dignidad y respeto. 3. Favorecer la revisión vital a través de la reminiscencia. 4. Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales. 5. Compartir la propia perspectiva espiritual, según corresponda. 6. Estar abierto a expresiones de preocupación del individuo. 7. Estar abierto a las expresiones del individuo de soledad e impotencia. 8. Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo. 9. Expresar simpatía con los sentimientos del individuo. 10. Ayudar al individuo a expresar y liberar la ira de forma adecuada.	
Referencias bibliográficas - Marriner Tomey. A. y Raile A. M. (2017), <i>Modelos y teorías en enfermería</i>, Editorial Mosby. - T. Heather Herdman PhD, RN, FNI y Shigemi K., PhD, RN, FNI, (2015 – 2017), <i>DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, definiciones y clasificación</i>, Nanda Internacional., Editorial Elsevier. - Sue Moorhead, PhD, RN Marion J., PhD, RN Meridean L. M., PhD, RN, FAAN Elizabeth S., PhD, RN., (2017), <i>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</i>, medición de resultados en salud, Editorial Elsevier. - Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN. Howard K. B., PhD, RN, Joanne M. Dochterman, PhD, Cheryl M. W., PhD, MBA/MSN, RN., (2017), <i>CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</i>, Editorial Elsevier.		
Elaboró: Juan Daniel Amezcua Arreguín.		

Razonamiento diagnóstico

Datos significativos (evidencia).	Análisis deductivo (dominio, clase, requisito de autocuidado involucrados).	Problema (etiqueta diagnóstica NANDA II). P	Factor relacionado (etiología). E	Características definitorias (Signos y síntomas). S	Evaluación general.
Despierta. Desesperada. Intranquila. Nerviosa.	Dominio: 12 Confort. Clase: 1 Confort físico.	Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos, manifestado por expresión facial (mirada abatida, movimientos fijos, muecas).	Agentes lesivos físicos.	Expresión facial (mirada abatida, movimientos fijos, muecas).	La usuaria, comenzaba a quejarse de dolor, por lo que realice cuidados que disminuyeron su malestar y se logró mejorar el confort
Sensata. Informada. Acata indicaciones Inquieta.	Dominio: 4 Actividad / reposo. Clase: 2 Actividad / ejercicio.	Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor, manifestado por limitación de la amplitud de movimientos.	Dolor.	Limitación de la amplitud de movimientos.	. Se logró mejorar la movilidad sin poner en riesgo a la usuaria, se disminuyó el dolor y se mejoró el confort
Prudente. Responsable. Hidratada. Cuidadosa.	Dominio: 11 Seguridad / protección. Clase: 1 Infección.	Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivo.	Procedimiento Invasivo.	Herida Quirúrgica, Drenaje de Penrose.	Para disminuir el riesgo de infección en la herida quirúrgica, se realizaron actividades de higiene de manos del personal, la usuaria y sus familiares
Datos significativos (evidencia).	Análisis deductivo (dominio, clase, requisito de autocuidado involucrados).	Problema (etiqueta diagnóstica NANDA II). P	Factor relacionado (etiología). E	Características definitorias (signos y síntomas). S	Evaluación general.
Consciente. Orientada.	Dominio: 4 Actividad reposo	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de	Fatiga de los músculos	Alteración de los músculos	Al recibir a la paciente en el servicio de cirugía post operada de colecistectomía y estar en su unidad se observó quejumbrosa

Preocupada. Agitada.	Clase: 4 Respuestas Cardiovasculares/pulmona res.	los músculos respiratorios manifestado por alteración de los músculos torácicos, disnea.	respiratorios.	torácicos, disnea.	con una moderada dificultad para respirar, se aplicó oxígeno, después de un tiempo se notó mejoría en la usuaria observándose tranquila y con una mejora en su respiración.
Seria. Situada. Inquieta.	Dominio: 12 Confort. Clase: 1 Confort Físico.	Disconfort relacionado con síntomas relacionados con la enfermedad manifestado por Inquietud, temor.	Síntomas relacionados con la enfermedad.	Inquietud, Temor.	Cuando se recibió a la usuaria en su unidad post operada de colecistectomía presentaba dolor, dificultad respiratoria, e inquieta, se realizaron actividades del plan de cuidados de enfermería como: evitar interrupciones innecesarias oxigenación y permitir periodos de reposo; determinar fuentes de incomodidad y factores ambientales irritantes, controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos y proporcionar la comodidad en cuanto a temperatura con estas intervenciones, se logró mejorar el confort

8. Conclusiones.

El proceso enfermero es de suma importancia para la atención de los pacientes, ya que permite al personal de enfermería, utilizar el pensamiento crítico para efectuar diagnósticos de enfermería de problemas de salud reales o potenciales, además de que permite brindar cuidados de enfermería más eficaces orientadas no solo al bienestar del paciente, sino también de su familia y la sociedad en general, en donde el paciente participa en su propio cuidado.

Mediante la realización y aplicación de este PAE se lograron plasmar los cuidados que se le brindaron a la persona post operada de colecistectomía, que al principio se encontraba inquieta, a disgusto y hasta cierto punto preocupada muchas veces producto de los síntomas post operatorios, y es aquí donde entran los conocimientos y experiencia como personal de enfermería que se le puedan brindar a la usuaria desde palabras de aliento, orientación, aplicación de oxígeno, medicamento, apoyo en movimientos, medidas de higiene y de seguridad, tratar de proporcionar un ambiente agradable a la usuaria en cama, todo esto con el fin restablecer su salud, que al final se logró.

El PAE en su realización permite impulsar al personal de enfermería a la investigación, constituyendo un sistema de avances en la excelencia profesional de nuevos y mejores cuidados de asistencia, nos guía a dar cuidado de calidad, fomentando y previniendo posibles complicaciones en la evolución de las enfermedades, favoreciendo la interacción entre la enfermera, el individuo, familia y comunidad.

9. Glosario.

Agente: “Son un conjunto de factores que se denominan factores etiológicos o factores causales, que están presentes en el medio ambiente y que pueden provocar enfermedades al huésped”. (Domingo et al, 2018, p.103).

Agencia de enfermería: “Persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica”. (Marriner y Raile, 2017, p. 266).

Agente de autocuidado: “Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado”. (Marriner y Raile, 2017, p. 266).

Ambiente: “Es el conjunto de factores llamados factores extrínsecos, que influyen sobre la existencia, la exposición y la susceptibilidad del agente en provocar una enfermedad al huésped”. (Arenzana, 2017, p. 148).

Colecistectomía: “Es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar”. (Arias y Guirao, 2016, p. 199).

Colecistitis: “Inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar”. (Musacchio, 2018, p. 230).

Colangitis: “Es una infección los conductos biliares”. (López et al., 2018, p. 178).

Déficit: “Es aquella situación que se genera cuando hay escasez de algo necesario”. (García, 2017, p. 245).

Disnea: “Dificultad en la respiración”. (Arenzana, 2017, p. 1148).

Empiema: “Es una acumulación de pus en el espacio que se encuentra entre el pulmón y la superficie interna de la pared torácica”. (Arenzana, 2017, p. 1244).

Hipocondrio derecho: “Se refiere a los cuadrantes superiores del abdomen que están bajo las parrillas costales que lo cubren parcialmente”. (Latarjet y Ruiz, 2018).

Huésped: “Aquel organismo que alberga a otro en su interior o que lo porta sobre sí” (Campillo, 2018).

IMC: “Iniciales para nombrar índice de masa corporal” (Mora, 2018).

IMSS: “Iniciales para nombrar al instituto mexicano del seguro social” (Levy, 2017).

INSABI: “Iniciales para nombrar al instituto de salud para el bienestar” (Chiapa y Velazquez, 2018).

ISSSTE: “Iniciales para nombrar al instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado”. (Levy, 2017).

Litios: “Cálculo en alguna vía excretora”. (Domingo et al., 2018)

Nanda: “Iniciales para nombrar a la asociación internacional de diagnósticos de enfermería”. (Heather y Kamitsuru, 2017).

NIC: “Iniciales para nombrar la clasificación de intervenciones de enfermería”. (Bulechek et al., 2017).

NOC: “Iniciales para nombrar la clasificación de resultados de enfermería”. (Moorhead et al, 2017).

OMS: “Iniciales para nombrar a la Organización Mundial de la Salud”. (Musacchio, 2018).

OPS: “Iniciales para nombrar a la organización panamericana de la salud”. (Musacchio, 2018).

Ortopnea: “Incomodidad al respirar mientras se está acostado en posición plana”. (Campillo, 2018).

Posología: “Dosis en que deben administrarse los medicamento”. (Arenzana, 2017).

Post: “Prefijo posterior”. (García, 2017).

Semifowler: “Posición o elevación de la cama a 30 grados”. (Reyes y Rosales, 2016).

Sistemas de enfermería: “Describe y explica las relaciones que es necesario establecer para que se dé la enfermería, es algo que se contribuye con las actividades del personal de enfermería y las relaciones con los pacientes”. (Alés y Silva, 2018).

Taxonomía: “Clasificación u ordenación en grupos de cosas que tienen unas características comunes”. (Domingo et al., 2018).

Vesícula: “Es un órgano con forma de pera ubicado bajo el hígado que interviene en la asimilación de alimentos en el organismo. Su función primordial es almacenar bilis, un líquido producido por el hígado para digerir las grasas”. (Latarjet y Ruiz, 2018).

10. Bibliografía.

- Acevedo, M. J. J., Domínguez, M. A. y Gutiérrez V. I. R., (2017), *Medicina de urgencias*, Editorial Panamericana.
- Aebersold, M., Duell D.J., González L., Martin B.C. y Smith S.F., (2017), *Habilidades de enfermería clínica*, Editorial Pearson.
- Alés, R. M. y Silva G. L., (2018), *Auxiliares de clínica*, Editorial Mad.
- Alfaro-LevFevre R., (2017), *Aplicación del proceso enfermero*, Editorial Masson.
- Ania, P.J. M., (2016), *Atención especializada del instituto catalán de la salud*, Editorial Mad.
- Arenzana, R., (2017), *Gran diccionario enciclopédico ilustrado*, Editorial readers digest México.
- Arias, D. J. y Guirao G. X., (2016), *Infecciones quirúrgicas*, Editorial arán.
- Benito, G., Fernández A. J., Hernández S.J., Nadador V., Riquelme I. y Ruíz C.M., (2016), *Intervenciones del Psicólogo en las Clínicas del Dolor: Una propuesta desde la experiencia de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares*, Editorial Rev. Soc. Esp. Dolor.
- Brunner y Suddarth, (2017), *Modalidades de cuidados respiratorios, Enfermería Medico Quirúrgica*, Editorial McGraw-Hill.
- Bulechek, M., Gloria, PhD, RN, FAAN. Howard K. B., PhD, RN, Joanne M. Dochterman, PhD, Cheryl M. W., PhD, MBA/MSN, RN., (2017), *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*, Editorial Elsevier.
- Campillo, C. H. (2018), *Diccionario academia enciclopédico*, Editorial Fernández.
- Caro, R. S. E., y Guerra G. C. E., (2016), *El proceso de atención de enfermería*, Editorial Universidad del Norte.
- Chiapa, C. y Velazquez C., (2018), *Evaluación del ramo 33*, Editorial El colegio de México.
- Chong, L. W. T., y Mercado C. A., (2019), *Secretaria de salud de Michoacán, Centro histórico de Morelia*.
- Dante, S., (2019), *Oficina de OPS/OMS en México*, Miguel Hidalgo, 11000 Ciudad de México.

- Domingo, F., Escondin G. y Gasso D., (2018), *Gran diccionario enciclopédico universal*, Editorial cultura.
- García, P. R. (2017), *Diccionario enciclopédico ilustrado*, Ediciones Larousse.
- Grande, G. J. L., y Ochoa G. O. C., (2017), *Fundaciones públicas sanitarias de Galicia*, Editorial Mad.
- Herrera, F. F., (2016), *Historia natural de 78 enfermedades manual gráfico*, Editorial Manual moderno.
- Latarjet, M., y Ruíz L., (2018), *Anatomía humana*, Editorial panamericana.
- Ledesma, Pérez M. C., (2017), *Fundamentos de enfermería*, Editorial noriega.
- Levy, S. (2017), *Seguridad social universal: un camino para México*, Editorial Nexos.
- Lluch, C. M. T., y Roldán M. J.F., (2017), *Diseños de proyectos de investigación en enfermería de salud*, Editorial San Juan de Dios.
- López, C., Tola, J. y Torres, D., (2018), *Diccionario ilustrado de las ciencias y la tecnología*, Editorial océano.
- Lozier, et al., (2016), *Neurocirugía clínica*, Editorial Linppincott Williams.
- Marriner, T. A., y Raile A. M., (2017), *Modelos y teorías en enfermería*, Editorial Mosby.
- Mora, J. F., (2018), *Soporte nutricional especial*, Editorial Panamericana.
- Mora, M. J. R., (2016), *Guía metodológica para la gestión clínica por procesos*, Editorial Díaz de santos.
- Muñoz, Arteaga D., (2016), *Atención especializada de la comunidad autónoma de Aragón*, Editorial Mad.
- Musacchio, H., (2018), *Diccionario enciclopédico universal y de México*, Ediciones dimas.
- Rebollo, U., (2019), Etapas del proceso de enfermería, [Imagen], Recuperado de https://www.pngfind.com/mpng/hhwToRm_by-urriel-rebollo-etapas-del-proceso-de-enfermeria/
- Reyes, G. E. y Rosales B. S., (2016), *Fundamentos de enfermería*, Editorial Manual Moderno.

Sue, M., PhD, RN Marion J., PhD, RN Meridean L. M., PhD, RN, FAAN Elizabeth S., PhD, RN., (2017), *Clasificación de resultados de enfermería (NOC), medición de resultados en salud*, Editorial Elsevier.

Heather, H. PhD, RN, FNI y Shigemi K., PhD, RN, FNI, (2015 – 2017), *Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación, Nanda Internacional.*, Editorial Elsevier.

William, N. K., (2017), *Medicina interna*, Editorial Panamericana.

11. Anexos.

11.1 Anexo 1. Guía de valoración.



IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE TEÓRICO DE D. ELIZABETH OREM

VALORACIÓN



GUÍA DE VALORACIÓN CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

Elaborada por: MCE. Vanesa Jiménez Arroyo

Instrucciones: Por favor, marque con una x en los paréntesis que corresponda y llene los espacios de acuerdo a las respuestas que la persona le otorgue y/o lo que usted perciba y observe según sea el caso.

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

a. Descriptivos de la persona

Fecha: 07/02/2020 Nombre: Adilene García Ambriz Sexo: Masc. () Fem. (x) Edad: 27
 Religión: Cristiana Edo. Civil: Casada Escolaridad: Primaria 3ro Lugar de residencia: La Huacana Michoacán
 Domicilio actual (calle, número, colonia): Reyes de reforma # 240 Col. Benito Juárez.
 Características de la vivienda: Renta _____ Propia X Otros _____
 Material de Construcción: Adobe _____ Ladrillo _____ Otros: Madera
 Cuenta con los servicios básicos de vivienda: Agua potable X Luz eléctrica X Drenaje _____ Pavimentación _____
 Condiciones ambientales de la comunidad:
 Servicios básicos: Alumbramiento público (X) Recolección de basura (X) Drenaje y alcantarillado ()
 Rol que ocupa en la familia: Madre (X) Padre () Hijo () Esposa/o ()
 Número de hijos: 0 () 1 () 2 () 3 () Más de 3 (X)
 Relación con la familia: Buena (X) Regular () Mala ()
 Nivel de educación: Analfabeta () Primaria (X) Secundaria () Bachillerato () Licenciatura () Otros ()
 Ocupación: Hogar Horario _____ horas _____
 Antecedentes laborales: Corte de limón
 Ingreso Económico Familiar: Apoyo de gobierno Programa Prospera \$ 1600
 Menos de 1 Salario mínimo () 1-2 S m () Más de 3 S m ()
 Dependencia económica: Si (X) No ()
 De quien: Padres () Espos/a (X) Otros () _____

b. Patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales () Culturales () Deportivas () Religiosas (X)

Otras _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud? Caminar más o menos 15 minutos de lunes a viernes.

Estado de sistema de salud ¿Cómo percibe su estado de salud? Bueno (X) Regular () Deficiente ()

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente? IMSS () ISSSTE () Secretaría de Salud (X)

Particular ()

Otros _____

Diagnóstico médico _____

Estado de salud: Grave () Delicado () Estable (X)

Valoración de la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente _____

C. Estado de desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico? Si (X) No ()

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones? _____

¿Quién autoriza su tratamiento médico? _____

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a. Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria 22 Llenado capilar: 2 a 3 seg

Cianosis: Si () No (X) Especifique: _____

Tabaquismo: Si () No (X) Especifique: _____

Cocina con leña: Si (X) No () Especifique: Solo a veces en algunas ocasiones.

Alergias: Si () No (X) Especifique _____

Tipo de Respiración:

Normal (X) Disnea () Bradipnea () Polipnea () Otros _____

Nariz: Desviación de tabique () Pólipos () Secreciones () Dolor () Edema ()

Otros Nada

Tórax: En Tonel () En quilla () En embudo () Otros Nada

Ruidos respiratorios: Estertores () Sibilancias () Murmullo vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar: Si () No (X)

Especifique _____

Cardiovascular: T/A 100/70 FC 72 Soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones:

Ninguna

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea: Si () No (X) Apoyo Ventilatorio: Si () No ()

Especifique _____

B. Mantenimiento de aporte de agua suficiente

Valore datos de deshidratación:

Mucosa oral: Seca () Hidratada (X) Piel: Seca () Escamosa () Normal ()

Turgencia: Normal (X) Escasa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día? 300-500 ml () 500-1000ml () 1500- 2000 ml () Más de 2000ml (X)

¿De dónde proviene el agua que consume? Llave pública (X) Pila () Entubada () Garrafón ()

Otros: _____

¿Utiliza algún método para purificar el agua? Si () No (X)

Especifique _____

¿Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día? Si (X) No ()

Especifique cantidad: En algunas ocasiones Jugo de sabor 300ml aproximadamente, agua fresca 300ml aproximadamente, refresco de cola o de sabor 300ml aproximadamente.

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique Ninguno

b. Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.Peso: 75 Kg Talla: 1.67 mts IMC 26.89 Cintura: 110 cmsHa observado variaciones en el peso: Si (☒) No (☐)Pérdida (☐) Ganancia (☐)1-3 kg (☐) 4-6 kg (☒) 7-9 kg (☐) más de 10 kg (☐)Dentadura: Completa (☐) Faltan piezas (☒) Prótesis fija (☐) Prótesis extraíble (☐)Especifique: Molar Maxilar inferior derecho.

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral: Si (☐) No (☒)

Especifique _____

Lengua en tónica (☐) Estomatitis (☐) Xerostomía (☐) Tumor oral (☐) Leucoplaquia (☐) Edema (☐) Lesión oral (☐)Drenaje purulento (☐) Gingivorragia (☐) Ulceraciones (☐) Otros: NingunoAlteraciones en cara y cuello: Ninguno

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia (☐) Disminuido (☐) Aumentado (☐) Normal (☒) Distensión abdominal (☐)

Otros _____

Presenta algún problema en la alimentación: Si (☐) No (☒)¿Cuál? Acidez (☐) Náuseas (☐) Vómito (☐) Hematemesis (☐) Disfagia (☐) Pirosis (☐) Regurgitación (☐)Polidipsia (☐) Polifagia (☐) Bulimia (☐) Anorexia (☐) Reflujo (☐) Sialorrea (☐) Saciedad (☐) Eructos (☐)

Otros _____

¿Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse? Si (☐) No (☒)

Especifique _____

Tipo de nutrición: Oral (☒) Sonda Nasogástrica (☐) Sonda Nasoyeyunal (☐) Gastroclisis (☐) Nutrición parenteral (☐)

¿Qué tan frecuente usted come?

1= cada día 2 = una vez a la semana 3 = una vez al mes 4 = nunca

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche	X			
Deriv.de la leche	X			
Carnes		X		
Cereales				X
Verduras		X		
Frutas		X		
Huevos		X		
Pescado			X	
Pastas y harinas	X			

¿Con qué guiso los alimentos? Aceite (☒) Manteca (☐) Otros _____¿Cómo es su dieta? Sin restricciones (☐) Para diabético (☐) Hiposódica (☐) Hipoprotéica (☐)Hiperprotéica (☐)Otros: Durante su problema de la Vesícula llevo una dieta baja en grasas y baja en lácteos.**c. Provisión de los cuidados asociados al proceso de eliminación y los excrementos.****Grupo de evacuación intestinal**Presencia de: Estoma intestinal (☐) Colostomía (☐) Ileostomía (☐) Hemorroides (☐) Pólipo rectal (☐) Rectorragias (☐)Otros: Ningún problemaApoyo para la eliminación intestinal: Si (☐) No (☒) Movilización (☐) Medicación (☐) Higiene (☐)

Otros _____

Evacuación intestinal. Espontánea (☐) Estreñimiento (☐) Diarrea (☐) Otros: Ningún problema.Características de las Heces fecales. Café (☐) Acolia (☐) Melena (☐) Otros: Normal.Consistencia de las Heces fecales. Pastosa (☐) Semipastosa (☐) Líquida (☐) Semilíquida (☐) Dura (☐)Otros: Normal.

Grupo de la eliminación vesical.

Presencia de: Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo () Disuria () Alteraciones uretero-vesicales ()

Otro: Ninguno

Alteración en la micción: Si () No (X) Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia ()

Otros _____

Grupo Transpiración.

Cambio en los patrones normales de sudoración: Disminuida () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia: Temperatura corporal 36.5 °C Dolor () Alteraciones emocionales () Temperatura ambiental ()

Otros: _____

Grupo menstruación.Menarca: 12 años Días del ciclo menstrual: 28 días Tipo, cantidad y características del flujo: Normal

Presenta algún problema durante su menstruación si () No (X) Ocasional ()

Especifique _____

d. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.**Reposo**

¿Cuántas horas duerme habitualmente? Menor de 6 horas () 6- 8 horas (X) Más de 10 horas ()

¿Cómo se encuentra al despertarse? Cansado () Descansado (X) Fatigado () Otros ()

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? Si () No (X)

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño? Si () No (X)

Desde cuándo: 1 semana () 15 días () 1 mes () Más de un mes ()

Presencia de: Bostezo () Insomnio () Hipersomnia () Pesadillas () Alucinaciones () Ojeras ()

Ronquido () Enuresis () Sonambulismo () Terrores nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño _____

¿Acostumbra a tomar siestas? Si () No (X)

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño? Si () No (X)

Especifique _____

Actividad**Sistema músculo esquelético.**

Presencia en articulaciones de: Dolor () Rigidez () Inflamación () Limitaciones () Contracturas ()

Especifique: Ninguno.

Tratamiento _____

¿Alguna actividad física le produce dolor? Si () No (X) Especifique _____

¿Realiza algún tipo de ejercicio? Si (X) No () Especifique: Caminar.Frecuencia/ duración: 15 minutos de lunes a viernes.**e. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.****Sistema auditivo**

¿Presenta problemas de audición? Si () No (X) Especifique _____

Utiliza apoyo para escuchar. Si () No (X) Especifique _____

Presencia de: Mareo () Vértigo () Acúfenos () Malformaciones () Tumoraciones () Lesiones ()

Sistema ocular

¿Presenta problemas visuales? Si () No (X) Especifique _____

¿Utiliza lentes? Si () No (X) Armazón () Contacto ()

Tiempo _____

Presencia de alteraciones oculares. Si () No (X)

Especifique _____

¿Con quienes convive diariamente? Familia (X) Amigos () Compañeros de trabajo ()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive? Buena (X) Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas? Familia (X) Amigos () Nadie ()

Otros _____

Observar: Seguridad () Timidez () Introversión () Apatía () Extraversión ()

Otros: Se puede sentir a la usuaria un poco seria pero a la vez segura de lo que dice.

Razones que le impiden socializar: Lejanía () Enfermedad () Rechazo () Miedo ()

Dificultad para la comunicación () Otros: Ninguna.

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

Sistema neurológico.

Estado de conciencia: Consciente (X) Inconsciente () Sopor () Estupor () Confusión () Coma ()

Glasgow: 15 puntos.

Problemas de: Concentración () Razonamiento () Especificar: Ningún problema.

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación? Bastón () Silla de ruedas () Andador ()

Otros: Ninguno.

Antecedentes heredo familiares / patológicos: Si () No (X)

Especifique _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia? Si () No (X)

Especifique _____

g. Promoción del funcionamiento humano y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

¿Se acepta en su aspecto físico? Si (X) No ()

Especifique _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad? Si (X) No ()

Especifique _____

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas? Si () No (X)

Especifique _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva? Si (X) No ()

Especifique _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales? Si () No (X)

Depresión () Ansiedad () Vergüenza () Temor () Desesperanza () Negatividad () Tristeza ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante? Negación () Inadaptación () Irritabilidad (X)

Culpa () Agresión () Cólera ()

III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo.

1. Etapa del ciclo vital.

¿Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de su vida?

Niñez Si () No (X) Especifique _____

Edad escolar Si () No (X) Especifique _____

Adolescente Si () No (X) Especifique _____

Adulto joven Si (X) No () Especifique: 2 Cesáreas anteriores y actualmente CCL.

Edad fértil Si () No () Especifique _____

Adulto maduro Si () No () Especifique _____

2. Salud sexual. Sistema reproductor

¿Ha recibido educación sexual? Si (☒) No (☐)

Especifique: Platicas educativas por parte del apoyo social.

¿Cuál es su orientación sexual? Heterosexual.

Inicio de Vida Sexual Activa: Si (☒) No (☐) Especifique: 16 años

Número de parejas sexuales?. Uno.

¿Está satisfecho con su vida sexual? Si (☒) No (☐)

Porque _____

¿Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales? Si (☐) No (☒)

Especifique _____

¿Utiliza algún método de planificación familiar? Si (☒) No (☐)

Especifique: Inyecciones.

Número de hijos: Cuatro.

¿Tiene problemas de infertilidad? Si (☐) No (☒)

Especifique _____

¿Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual? Si (☐) No (☒)

Especifique _____

Tratamiento _____

Cirugías realizadas en Aparato reproductor Si (☐) No (☒)

Especifique _____

Hombre:

¿Acude a examen de próstata/testicular? Si (☐) No (☐)

Especifique _____

¿Presenta problemas de erección? Si (☐) No (☐)

Especifique _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz? Si (☐) No (☐)

Especifique/Tratamiento _____

Mujer:

Menarca: 12 años Días del ciclo menstrual: 28 Días.

Tipo, cantidad y características del flujo: Normal.

Presenta algún problema durante su menstruación Si (☐) No (☒)

Especifique _____

Embarazos: 5 Partos: 2 Cesárea: 2 Abortos: 1 Óbitos: No Partos prematuros: No

Embarazos de alto riesgo: No Período intergenésico: 3 años Menopausia: No

Fecha de último Papanicolaou: Solo recuerda que se lo realizo hace 4 años.

Presencia de flujo/ hemorragia transvaginal: Si (☐) No (☒)

Especifique _____

¿Existe alteración del crecimiento físico? Si (☐) No (☒) Especifique _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

¿Con qué frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud? 4- 6 meses (☐) 6- 12 meses (☐)
más de 12 meses (☐) No se realiza (☒)

Especifique: Ella comenta que lo hace por decidia.

¿Sabe usted de su enfermedad?. De su actual cirugía de vesícula dice saber poco en cuanto a información.

Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, ¿usted acude? Si (☐) No (☒)

En caso de déficit o incapacidad física, ¿cuál es su sentimiento respecto a su situación?

Actualmente no padece déficit o incapacidad física.

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación? Si (☒) No (☐)

Especifique: Caminar 15 minutos de lunes a viernes, esta actividad la realiza todos los días para ir por sus hijos a la escuela.

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación? Ambientales (☐) Familiares (☐) Personales (☐)

Especifique: Actualmente No presenta ninguno.

11. 2 Anexo 2. Consentimiento informado.

APATZINGAN, MICH., A 07 DE Febrero 2020

ASUNTO: PERMISO PARA UNA GUIA DE
VALORACION A UN USUARIO.

HOSPITAL REGIONAL DE APATZINGAN
PRESENTE.

Por medio de la presente su servidor el Enfermero Juan Daniel Amezcua Arreguín quien laboro en esta institución le solicito de favor me permita realizarle una Guía de valoración con el referente de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem al usuaria(o) hospitalizado de esta institución con diagnóstico de colecistectomía, esto para la elaboración de un trabajo de investigación, Proceso Enfermero, con fines de titulación en la Licenciatura en Enfermería.

USUARIA(O): Adilene & Adilene Garcia Ambríz

ENFERMERO: Juan Daniel Amezcua Arreguín [Firma] Ced. 9728739

L.E.
TESTIGO: Luis o Mora Verdugo Ced. 5918153