



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

**ESCUELA DE LICENCIATURA DE
ENFERMERÍA**

PROCESO DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UN CASO CLÍNICO SOBRE COLECISTITIS CRÓNICA
LITIÁSICA BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON**

PRESENTA

P. L. E. ROCÍO MORALES RETANA

ASESORA

L. E. A. MA ELVIA PÉREZ CORONEL

REVISOR

L. E. P. RAMIRO MARCIAL MÉNDEZ

DIRECTIVOS

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

L.E.O MA MARTHA MARÍN LAREDO
SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

JURADO

L.E.A MA ELVIA PÉREZ CORONEL
PRESIDENTA

L.E.P RAMIRO MARCIAL MÉNDEZ
PRIMERA VOCAL

MC. DOLORES FLORES SOLÍS
SEGUNDA VOCAL

MTRO. JULIO CESAR LEYVA RUÍZ
SUPLENTE

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A DIOS por darme licencia de terminar mis estudios, que me dio la capacidad, paciencia para realizar mi trabajo que hoy culmino. Gracias Dios por dejarme realizar un sueño más en mi vida.

A MIS PADRES

Por el apoyo, comprensión, paciencia que me tuvieron durante toda mi carrera y la realización de mi tesis; que es la mejor herencia que me pudieron dar, gracias.

A TODOS MIS FAMILIARES

Gracias por el apoyo que me brindaron en los tiempos que más los necesitaba especialmente a mi tío JUVE, por compartir conmigo su seguridad, confianza, el juicio de la sabiduría que me impulsan para realizar buenas acciones.

A MI ASESORA DE TESIS

Agradezco a la maestra MA ELVIA PÉREZ CORONEL por su apoyo, paciencia y tiempo que me dedico y los conocimientos que obtuve, gracias por alentarme durante este proyecto.

A MIS HERMANOS

Les agradezco por que me toleraron, comprendieron, los momentos de estrés y que me alentaron para continuar con mi trabajo; para así ayudarlos más adelante en lo que me sea posible.

A MIS AMIGAS

MAGALI, KARINA, MIRIAM, ROCÍO. Que estuvieron en los momentos que las necesite, apoyándome, alentándome, con ánimos a continuar en mi superación, gracias.

CONTENIDO

	PAG
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVOS	4
• GENERAL	4
• ESPECÍFICOS	4
METODOLOGÍA	5
MARCO TEÓRICO	6
VESÍCULA BILIAR	7
• ANATOMÍA DE LA VESÍCULA BILIAR	7
• VASOS Y NERVIOS	8
• FISIOLOGÍA DE LA VESÍCULA BILIAR	9
• BILIS	9
• COMPOSICIÓN DE LA BILIS	11
ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA COLECISTITIS	12
COLECISTITIS CRÓNICA LITIASICA	13
• EPIDEMIOLOGÍA	14
• ETIOLOGÍA	14
• FACTORES DE RIESGO	15
• OTROS FACTORES DE RIESGO SON	15
• FISOPATOLOGÍA	16
• MANIFESTACIONES CLÍNICAS	18
• DIAGNÓSTICO	19
• ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS	20
• DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	21
• TRATAMIENTO	21
• COMPLICACIONES	22
• PRONÓSTICO	23
• COLECISTECTOMÍA	24

• PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
PROCESO DE ENFERMERÍA	28
• HISTORIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	28
ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	33
• VALORACIÓN	33
• DIAGNÓSTICO	41
• PLANEACIÓN	55
• EJECUCIÓN	67
• EVALUACIÓN	72
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	77
CASO CLÍNICO	84
APLICACIÓN DEL PROCESO	86
• VALORACIÓN POR NECESIDADES	86
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	90
• DIAGNÓSTICO 1	91
• DIAGNÓSTICO 2	93
• DIAGNÓSTICO 3	95
• DIAGNÓSTICO 4	97
• DIAGNÓSTICO 5	99
• DIAGNÓSTICO 6	102
CONCLUSIONES	104
SUGERENCIAS	105
GLOSARIO	106
BIBLIOGRAFÍA	110
ANEXO	112
• HOJA DE VALORACIÓN	113

INTRODUCCIÓN

La inflamación crónica de la pared vesicular se asocia casi siempre con la presencia de cálculos y se considera debido a casos repetidos de colecistitis aguda, o a la irritación mecánica persistente de la pared vesicular lo que implica la imposibilidad de que la persona que la padece pueda seguir con sus actividades rutinarias.

Para el manejo de personas con colecistitis crónica litiásica es necesario que el personal de enfermería, posea conocimientos sobre la patología; así como también las posibles complicaciones que se pueden presentar en un paciente que no es atendido oportunamente y adecuadamente, es decir conocer todo acerca de la colecistitis crónica litiásica.

El presente trabajo está conformado por la descripción completa de la Colecistitis Crónica Litiásica, el caso clínico, la valoración se encuentra desarrollada en base a la teoría de Virginia Henderson, utilizando los diagnósticos de enfermería, estructurados de acuerdo a la NANDA, además contempla un plan de cuidados, llevados a cabo en la ejecución; y finalmente se incluye la evaluación para determinar el éxito del plan de cuidados.

Al final del documento se integran conclusiones, sugerencias, bibliografía y como anexo el instrumento que se utilizó para la valoración de las 14 necesidades de acuerdo a la Teoría de Virginia Henderson.

JUSTIFICACIÓN

La colecistitis crónica litiásica es una de las patologías más frecuentes en todo el mundo, aproximadamente el 10% de la población adulta presenta cálculos biliares. En la actualidad no es posible evitar la formación de estos, es el trastorno con mayor incidencia del tracto biliar. La población con mayor riesgo son los conformados por personas obesas y aquellas que padecen algunos trastornos metabólicos y hemolíticos, es más frecuente en las mujeres que en los hombres en una proporción de 3:1 regularmente entre los factores de riesgo se encuentran; mujeres mayores de 40 años, múltipara mujeres con exceso de peso, así mismo quienes reciben tratamiento con estrógenos entre los que se encuentran los posmenopausicos y mujeres que ingieren la píldora anticonceptiva.

Entre el 10 y 20% de los varones y del 20 al 40% de las mujeres en E.U. desarrollan cálculos biliares en algún momento de su vida, esto genera cerca de 10,000 muertes cada año y en este tiempo se extraen más de medio millón de vesículas biliares por cálculos con un costo mayor de seis mil millones de dólares, por tanto se hospitalizan cada año alrededor de medio millón de personas por enfermedad de la vesícula biliar, y dos tercios son tratados con cirugía. Se calcula que hay de 16 a 20 millones de personas con litiasis biliar en los E. U. y que aparecen un millón de casos nuevos al año, aproximadamente.

Estudios epidemiológicos en materias de autopsia y en la población activa demuestra que Chile tiene la frecuencia más alta de cálculos vesiculares en el mundo.

En México se considera que entre el 6 y el 10 % de la población general padece afecciones de la vesícula biliar y tiene variaciones que pudieren estar condicionadas por factores hereditarios y por la dieta rica en grasas o en dietas rigurosas para adelgazar que movilizan anormalmente los lípidos.

Por tanto debido a que la colecistitis y colelitiasis son en la actualidad las patologías que se presentan con mayor incidencia en el tracto biliar y que son causa de hospitalización y de cirugía, para ello es importante la aplicación del Proceso de Enfermería, en usuarios con colecistitis

crónica litiásica, con la finalidad de identificar las necesidades que impliquen dependencia o independencia y así formular diagnósticos de enfermería y de acuerdo con las intervenciones para un desempeño de manera independiente.

Por lo anterior descrito y de acuerdo a mi experiencia durante el Servicio Social en la población de Maravatío Michoacán, observe la presencia de este padecimiento en personas a partir de los 25 años y mas y por la gran cantidad de personas que la padecen me surgió la inquietud de conocer cuales son esos factores predisponentes para el padecimiento y así mismo aplicar el Proceso de Enfermería a un usuario con esta afección con la finalidad de identificar sus necesidades, establecer los diagnósticos de enfermería para diseñar un plan de intervención que le permita la superación de la enfermedad, prevención de complicaciones, así como favorecer la integración al ámbito en el cual se desempeñe de manera independiente.

OBJETIVOS

GENERAL

- Aplicar el Proceso de Enfermería en una persona con Colecistitis Crónica Litiásica utilizando la teoría de Virginia Henderson, que se fundamenta en las 14 necesidades básicas.

ESPECÍFICOS

- Colaborar con el proceso de enseñanza de la usuaria respecto a su padecimiento para facilitar el autocuidado.
- Aumentar la habilidad en el manejo del Proceso de Enfermería para brindar una atención holística a los usuarios de los servicios de salud.
- Obtener el título de Licenciado en Enfermería.

METODOLOGÍA

Se aplicó el proceso de enfermería a un caso clínico sobre Colecistitis Crónica Litiásica, utilizando la teoría de Virginia Henderson, la cual se fundamenta en las 14 necesidades básicas y en la valoración de los niveles de dependencia e independencia del paciente. Para lo cual se consideran las 5 etapas del proceso de Enfermería que son las siguientes:

- I. Valoración
- II. Diagnóstico
- III. Planeación
- IV. Ejecución
- V. Evaluación

La valoración se realizó mediante la técnica de la entrevista, la observación y la exploración física. Se utilizó un cuestionario como instrumento para la recolección de datos, el cual incluyó los elementos que deben ser valorados dentro de las 14 necesidades básicas de acuerdo a la teoría de Virginia Henderson. Los diagnósticos se elaboraron a partir de los propuestos por la NANDA. Etiqueta diagnóstica + factores relacionados + signos y síntomas.

En la planeación y en la ejecución se establecieron las intervenciones que incluyen: el diagnóstico de enfermería por orden de importancia, objetivos e intervenciones de enfermería.

En la evaluación se realiza un análisis que permite considerar si lo que se planeó se logró y cuales fueron los elementos que permitieron o no el logro de los resultados, en esta etapa donde se vuelve a iniciar nuevamente con la valoración para hacer un replanteamiento de los objetivos y /o continuar modificar las acciones que se planearon.

MARCO TEÓRICO

VESÍCULA BILIAR

ANATOMÍA DE LA VESÍCULA BILIAR.

La vesícula biliar es una bolsa en forma de pera que mide de 7 a 10 cm. de largo y de 3 a 4 cm. de ancho¹. La vesícula biliar esta unida al hígado por tejido areolar laxo rico en vasos sanguíneos pequeños y linfáticos. Se encuentra adherida a la parte media de la superficie inferior del hígado en la unión de los lóbulos derecho y cuadrado. La vesícula biliar se encuentra muy próxima a duodeno, píloro, ángulo hepático del colon y riñón derecho².

Estructura: La pared de la vesícula biliar esta formada por túnica serosa, muscular y mucosa. La superficie serosa, corresponde al recubrimiento peritoneal de la cara inferior del órgano. La capa media o fibromuscular esta constituida por una red de tejido fibroso y dos capas musculares; cuando la vesícula esta vacía, en ella se encuentran numerosas glándulas. La mucosa puede secretar moco, pero suele pensarse que tiene una función de absorción³.

La mucosa de la vesícula biliar consiste en un epitelio cilíndrico simple dispuesto en un aspecto rugoso, carece de submucosa. La capa media, que es la capa muscular de la pared esta formada por fibras que tras la estimulación hormonal permite que se liberé el contenido de la vesícula biliar hacia el conducto cístico. La capa externa es el peritoneo visceral⁴.

Se distinguen en la vesícula biliar 3 partes importantes:

- Fondo: Es la parte superficial de la vesícula. Emerge adelante y abajo del borde cortante del hígado y se apoya sobre el colon transversal. Tiene contacto, adelante con la pared abdominal anterior

¹ CATERINE, Parker Anthony. Anatomía y Fisiología. Edit. Interamericana. 10ª Edición, México, D.F. 1990. pág. 490.

² PAUL, F. Nora. Cirugía Técnicas y Procedimientos. Edit. Interamericana. México, D.F. 1993. pág. 1322.

³ Op.Cit. CATERINE, Parker Anthony. Pág. 491.

⁴ J. Tortora Gerard. Principios de Anatomía y Fisiología. Edit. Harla. 6ª. Edición, México, D.F. 1993. Pág. 941

- Infundíbulo: también conocido como bolsa de Hartman es un divertículo ampollar pequeño que se encuentra en la superficie inferior de la vesícula biliar. Es clínicamente importante por su proximidad con el duodeno y es posible que en él se impacten cálculos y se obstruya el conducto cístico, que es la estructura tubular que une la vesícula biliar con el colédoco.
- Cuello: está más separado del hígado y se aproxima al pedículo hepático, responde al conducto hepático y a la arteria hepática derecha, un nodo linfático se encuentra a menudo en contacto con el cuello.

VASOS Y NERVIOS

ARTERIAS: Proviene de la arteria cística, rama de la arteria hepática derecha. Desde su origen se dirigen transversalmente a la derecha pasando delante, atrás del conducto hepático.

VENAS: Superficial, con venas satélites de las arterias, que terminan en la vena porta derecha; profundas, por medio de 15 a 20 venulas, se drenan en venas porta intra-hepáticas. Constituye venas porta accesorias.

LINFÁTICOS: Originados en las redes submucosas, se dirigen al nodo linfático del cuello de la vesícula biliar y a los nodos del pedículo hepático.

NERVIOS: La pared de la vesícula biliar tiene una innervación abundante por fibras simpáticas y parasimpáticas. El estímulo motor para la contracción de la vesícula biliar se lleva a través del nervio vago y al ganglio celiaco. Proceden de los plexos hepáticos anterior y posterior. La disposición de los nervios y sus relaciones centrales explican mal los dolores vesiculares, su localización media hasta la derecha y, sobre todo, su irrigación hacia el hombro derecho⁵.

⁵ M. Latarjet. Anatomía Humana. Edit. Panamericana. 3ª. Edición, Vol. II, Madrid, España 1999. Pág. 1531.

FISIOLOGÍA DE LA VESÍCULA BILIAR

Las funciones de la vesícula biliar son:

- Almacenar y concentrar la bilis (más de 10 veces) hasta que se requiera en el intestino.
- En el proceso de concentración, el agua y muchos iones se absorben por parte de la mucosa en la vesícula biliar.
- La bilis del hígado entra al intestino delgado a través del conducto biliar común. Cuando se vacía el intestino delgado, una válvula que se encuentra alrededor de la ámpula hepatopancreática (ámpula de Vater) se cierra y regresa el flujo biliar hacia el conducto cístico hasta la vesícula biliar para almacenar⁶

BILIS

La bilis es segregada por las células hepáticas hacia los canalículos biliares, que constituyen la división más pequeña del sistema de conductos intrahepáticos. Es una secreción amarga de color amarillo-verdoso producida en el hígado y almacenada en la vesícula biliar; debe su color a la presencia de pigmentos biliares como la bilirrubina⁷.

FISIOLOGÍA BILIAR: la bilis tiene 2 importantes funciones:

- Desempeña un papel muy importante en la digestión y absorción de las grasas, no por que contenga enzimas que ayuden a la digestión de las grasas, sino por que los ácidos biliares presentes en ella tienen 2 efectos:

⁶ Op. Cit. J. Tortora Gerard. Pág. 941.

⁷ L. Moore Keith. Anatomía con orientación clínica. Edit. Panamericana. 3ª. Edición, Madrid, España 1997. Pág. 211.

- Constituyen a la emulsión de las grandes partículas grasas de los alimentos para convertirlas en partículas diminutas que pueden ser atacadas por las lipasas secretadas en el jugo pancreático.
 - Ayudan en el transporte y absorción de los productos finales de la digestión de las grasas a través de la membrana de la mucosa intestinal.
- La bilis es un medio que sirve para la excreción de diferentes productos de desecho importantes de la sangre; entre ellos, sobre todo, la bilirrubina, que es un producto final de la destrucción de la hemoglobina, y el exceso de colesterol sintetizado por células hepáticas.

ANATOMÍA FISIOLÓGICA DE LA SECRECIÓN BILIAR: La bilis se secreta en el hígado en 2 etapas:

- La bilis es secretada por los hepatocitos, esta secreción inicial contiene grandes cantidades de ácidos biliares, colesterol y otros constituyentes orgánicos, que se secretan hacia los diminutos cánulos biliares que se encuentran entre los hepatocitos en la lamina hepáticas.
- A continuación la bilis fluye periféricamente hacia los tabiques interlobulillares, donde los cánulos vacían en conductos biliares terminales, a continuación, en conductos biliares mayores, y finalmente alcanza el conducto hepático y el colédoco, dónde se vierte directamente en el duodeno, o bien se dirige a través del conducto cístico hacia la vesícula biliar.

ALMACENAMIENTO DE LA BILIS EN LA VESÍCULA BILIAR: La vesícula biliar secretada continuamente por las células hepáticas, se almacena normalmente en la vesícula biliar hasta que es requerida por el duodeno. El máximo volumen de la vesícula biliar es de 20 a 60 mililitros. Sin embargo, puede almacenarse en ella toda la bilis secretada durante 12 horas (aproximadamente

450 ml.). La bilis se concentra normalmente unas 5 veces, pero esta concentración puede llegar a ser de 12 a 20 veces.

COMPOSICIÓN DE LA BILIS:

- Agua
- Lecitina
- Sales biliares
- Sodio
- Bilirrubina
- Potasio
- Colesterol
- Calcio
- Ácidos grasos
- Cloro

VACIAMIENTO DE LA VESÍCULA BILIAR: Cuando los alimentos comienzan hacer digeridos en la parte superior del aparato gastrointestinal, la vesícula biliar también comienza a vaciarse, sobre todo cuando las comidas grasas penetran en el duodeno, las causas básicas de este vaciamiento son las contracciones rítmicas de la pared de la vesícula biliar, pero, para que el vaciamiento sea efectivo, también es precisa la relajación simultánea del esfínter de Oddi que cierre la desembocadura del colédoco en el duodeno. El estímulo más potente de las contracciones de la vesícula biliar es la hormona “colecistocinina”⁸.

⁸ C. Guyton Arthur. Tratado de Fisiología Medica. Edit. Interamericana. 8ª. Edición. México, D.F. 1992. Pág. 754.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE COLECISTITIS

Casi todo el progreso en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las vías biliares se alcanzó en el siglo pasado. La colecistitis aguda y sus secuelas, que causan la mayor parte de los problemas clínicos, no son un mal exclusivo de los tiempos modernos.

El cálculo biliar más antiguo que se conoce data de la XXI dinastía egipcia (1085 a 954 a.C.) y fue descubierto en la momia de una sacerdotisa de Amón. Irónicamente, esta pieza fue destruida durante un bombardeo a Inglaterra durante la Segunda Guerra Mundial. Durante la época del Imperio Romano, Pilinio descubrió la rara anomalía de la vesícula doble, y el bien conocido médico Sorano de Efeso explicó la ictericia y los signos que acompañan a la obstrucción extrahepática. La colecistitis fue descrita primeramente por un médico griego, Alejandro Tralliano quien escribió acerca de los cálculos dentro de las vías biliares. La importancia quirúrgica de las enfermedades de las vías biliares fue puesta en evidencia por el médico árabe Iban Sina, quien afirmó que el drenaje de un absceso de la pared puede ser seguido por la formación de una fístula cutánea biliar.

Carl Langerbuch, de Berlín, efectuó la primera colecistectomía en junio de 1882 con respuesta favorable para el paciente⁹.

⁹ SABISTON, C. David. Tratado de Patología Quirúrgica. Edit. Interamericana. 14^a. Edición, Vol. I. México D.F. 1995. Pág. 1165.

COLECISTITIS CRÓNICA LITIÁSICA

CONCEPTO: Es una inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar debida a la formación o presencia de cálculos en la vesícula biliar¹⁰.

Es la inflamación aguda de la pared de la vesícula biliar que se manifiesta con dolor, fiebre y en general semiología evidente en el hipocondrio derecho¹¹.

La colecistitis crónica es la inflamación crónica de la pared vesicular se asocia casi siempre a la presencia de cálculos en la vesícula y se considera una consecuencia de episodios repetidos de colecistitis aguda o subaguda, o de la irritación mecánica persistente de la pared vesicular. Se detectan bacterias en la bilis en más de la cuarta parte de los pacientes con colecistitis crónica. Aunque la existencia de una bilis infectada en un paciente con colecistitis crónica es sometido a colecistectomía programada¹², los cálculos biliares son pequeñas concreciones que se forman en el árbol biliar, generalmente en la vesícula, se produce cuando determinados solutos biliares (colesterol, calcio) se precipitan en forma de cristales sólidos que posteriormente crecen y se reúnen dentro de la capa mucina que reviste a la vesícula¹³.

La respuesta inflamatoria de la vesícula biliar puede desencadenarse por 3 factores:

- **INFLAMACIÓN MECÁNICA:** Producida por el aumento de la presión intraluminal y la distensión con la subsiguiente isquemia de la mucosa y de la pared vesicular.
- **INFLAMACIÓN QUÍMICA:** Originada por la liberación de lisolecitina y por otros factores tisulares locales.

¹⁰ BEARE – Myers. Enfermería Medico- Quirúrgica. Edit. Harcourt Brace. 3ª. Edición, Vol. II. Madrid, España, 1999. Pág. 1596.

¹¹ GORDON, N. Hill. Tratado de Medicina Interna. Edit. Interamericana. México, DF. 1997. Pág. 379.

¹² REEVES, Roux, lockhart. MEDICO QUIRURGICA. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana. 2001. pág. 138-139.

¹³ BARNER – Plum. Tratado de Medicina Interna. Edit. Interamericana, Vol. I. México 1997. Pág. 931.

- INFLAMACIÓN BACTERIANA: Que puede intervenir en un 50% a 80% de los pacientes (Escherichia Coli, Cepas de Klebsiella, Streptococcus d. Staphylococcus)¹⁴.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de la colecistitis calculosa es más alta en el sexo femenino, en una proporción de 3:1 respecto a los varones¹⁵. La incidencia es de 3 o 4 veces más habitual en las mujeres hasta la menopausia. La incidencia es mayor entre los indios americanos y los blancos que entre los negros. Es más habitual en obesos, embarazadas, diabéticos, multíparas y mujeres que toman anticonceptivos¹⁶.

La incidencia de la colecistitis es difícil de determinar con exactitud, pero alrededor del 20% de los pacientes que ingresan al hospital por enfermedad de las vías biliares sufren de colecistitis aguda.

El porcentaje de colecistectomía por colecistitis ha aumentado, en especial en ancianos. Se piensa que las hormonas sexuales femeninas pueden favorecer la formación de cálculos biliares¹⁷.

ETIOLOGÍA

No se conoce la etiología exacta de los cálculos biliares, aunque se cree que se deben a una alteración del metabolismo de los lípidos. Otros factores etiológicos son las bacterias (Estaphylococcus, Escherichia Coli, Estreptococos o salmonella), irritantes químicos, torsión del cuello de la vesícula biliar, obstrucción mucosa, ayuno y traumatismos¹⁸.

¹⁴ HARRISON. Principios de Medicina Interna. Edit. Interamericana. 14ª. Edición, Vol. II. México, D.F. 1998. Pág. 1966.

¹⁵ Op. Cit. SABISTON, C. David. Pág. 1173.

¹⁶ Op. Cit. BEARE – Myers. Pág. 1596.

¹⁷ Op. Cit. SABISTON, C. David. Pág. 1773.

¹⁸ OP. Cit. BEARE – Myers. Pág. 1596.

Parece ser que la colecistitis litiásica es ocasionada por obstrucción del conducto cístico o de la unión de la vesícula con el conducto cístico mediante una piedra, o por edema formado como resultado de la erosión local de la mucosa y la inflamación causada por el cálculo.

La obstrucción causa distensión de la vesícula seguida por edema de la subserosa. Obstrucción linfática y venosa¹⁹. El mecanismo exacto de inflamación no se comprende bien; es probable que sea la edad multifactorial con contribuciones por infección, irritación química, mecánica y obstrucción del conducto cístico²⁰.

FACTORES DE RIESGO

La mayor prevalencia de los cálculos biliares en las mujeres premenopáusicas ha sido atribuida al hecho de que los estrógenos estimulan la formación de la bilis litogénica por parte del hígado. Los estrógenos incrementan la secreción hepática de colesterol y pueden reducir la secreción de ácidos biliares. Estos efectos aumentan durante el embarazo ya que la vesícula biliar se vacía con mayor lentitud durante el último trimestre, esto causa éstasis biliar y aumenta la posibilidad de que precipiten cristales de colesterol.

OTROS FACTORES DE RIESGO SON:

- Edad avanzada
- Dieta hipercalórica y con un contenido elevado de colesterol
- Predisposición familiar
- Ciertos trastornos metabólicos (diabetes)
- Cirrosis biliar primaria²¹

¹⁹ Op. Cit. SABISTON. C. David. Pág. 1774.

²⁰ KUMAR, Vinay. Patología Humana. Edit. Interamericana, 5ª. Edición, México, D.F. 1995. Pág. 586, 587.

²¹ RUBIN, Emanuel. Patología. Edit. Interamericana. México, D.F. 1990. PAG. 726.

- Obesidad
- Medicamentos
- Anticonceptivos orales
- Multiparidad
- Resección de íleon Terminal
- Ayuno
- Raza negra²²

FISIOPATOLOGÍA

Hay dos tipos de cálculos biliares, los cálculos de colesterol y los de pigmentos. Los de colesterol están formados totalmente o en su mayor parte por colesterol, su color es claro (amarillento) y son radio transparente. Los cálculos de pigmentos están formados por bilirrubina polimerizada o bilirrubina cálcica, y son negros o marrones y radioopacos.

Los cálculos de colesterol se forman cuando la bilis de la vesícula biliar o del conducto biliar común esta sobresaturada de colesterol. Se produce la enucleación y precipitación de cristales de colesterol monohidratado. Los cristales comienzan a unirse, aumentan de tamaño y forman cálculos macroscópicos.

La patógenia de los cálculos de pigmentos es mucho menos conocida. Los pacientes tienden a presentar concentraciones elevadas de bilirrubina conjugada. Casi todos los casos de colecistitis se inician con la formación de cálculos. El cálculo encajando bloquea el drenaje de bilis de la vesícula biliar, que se inflama, se edematiza y se distiende. El aumento de tamaño produce congestión venosa y altera la circulación normal de la vesícula biliar, la bilis atrapada en la vesícula actúa como irritante, provocando a los 3 o 4 días un infiltrado celular en la pared de la

²² LONG, C. Bárbara. Enfermería Medico-Quirúrgica. Editorial. Interamericana. México, 1994. Pág. 110

vesícula. La oclusión vascular, junto con el éstasis biliar, hacen que el revestimiento mucoso de la vesícula se necrose²³.

La fisiopatología de la formación de los cálculos biliares abarca varios factores:

- La bilis debe sobresaturarse de colesterol o calcio.
- El soluto debe saturarse de la solución y precipitarse en forma de cristales sólidos.
- Los cristales deben fusionarse para formar los cálculos.

Los cálculos de colesterol son de color amarillento pardusco y su tamaño varía de unos cuantos milímetros a 2 o 3 cm, más del 50% de su peso seco consiste de monohidrato cristalino de colesterol.

Las causas de sobresaturación biliar de colesterol pueden dividirse en 2:

- Aquellas vinculadas aun aumento en la secreción biliar de colesterol.
- Aquellas vinculadas a la deficiencia de sales biliares

Los cálculos pigmentados se dividen en 2 subtipos:

- **LOS CÁLCULOS DE PIGMENTOS NEGROS.**- son duros, densos y frágiles y están formados por bilirrubinato de calcio. La bilirrubina en estos cálculos se oxida y polimeriza, produciendo una mezcla de pigmentos alterados que absorben la luz en todo el espectro visible.

²³ Op. Cit. BEARE – Myers. Pág. 1596.

- LOS CÁLCULOS DE PIGMENTOS MARRÓN.- tienen una consistencia blanda, además de bilirrubinato de calcio, contienen abundantes jabones de calcio de ácidos grasos. La mayor parte de los cálculos que se forman en los conductos biliares es de ese tipo²⁴.

La vesícula biliar inflamada aumenta de volumen, y la superficie de la serosa está congestionada y puede tener zonas de gangrena o necrosis. La pared está edematosa y engrosada. El cálculo obstructor este habitualmente impactado en el infundíbulo o en el conducto cístico. Se puede encontrar bilis sanguinolenta o pus en la luz²⁵.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Dolor en hipocondrio derecho
- Distensión
- Edema
- Obstrucción linfática y venosa
- Isquemia
- Irradiación del dolor hacia región escapular
- Náuseas
- Vómito²⁶
- Indigestión
- Hipersensibilidad en región subcostal derecha
- Anorexia
- Flatulencia
- Taquicardia
- Taquipnea
- Diaforesis

²⁴ Op. Cit. BENNETT y Plum. Pág. 931, 932.

²⁵ Op. Cit. SABISTON. C. David. Pág. 1774.

²⁶ Op. Cit. SABISTON, C. David. Pág. 1774.

- Signo de Murphy (se palpa la vesícula biliar, aumenta el dolor, haciendo que el paciente detenga transitoriamente la inspiración)
- Fiebre moderada (38 °C)
- Leucocitos ligeramente elevados (10,000- 15,000 células/mm³)
- Ictericia leve
- Esteatorrea
- Orina color ámbar oscuro (por la presencia de urobilinógeno)²⁷
- Calofrío
- Postración²⁸

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de Colecistitis se basa en la anamnesis característica y en la exploración física. La triada de dolor en hipocondrio derecho de comienzo brusco, fiebre y leucocitosis es muy sugerente²⁹.

EXPLORACIÓN FÍSICA: El dato más común y confiable a la exploración física es la sensibilidad en el cuadrante superior derecho, el epigastrio o en ambos sitios. Aproximadamente el 50% de los pacientes presentan rigidez muscular en el cuadrante superior derecho, y alrededor del 25% tienen hipersensibilidad de rebote. Se palpa una masa en la región de la vesícula biliar en alrededor del 40% de los casos. La ictericia es leve, ocurre en alrededor del 10% de los pacientes. Quizás la ictericia se deba a la entrada de pigmentos biliares en la circulación, a través de la mucosa de la vesícula biliar dañada, o a la obstrucción fisiológica de la bilis por espasmo del esfínter del colédoco provocado por el proceso inflamatorio adyacente.

DATOS DE LABORATORIO: La reacción inflamatoria se refleja en un aumento leucocitario en el 85% de los pacientes, en un 50% de los pacientes se observa aumento de la bilirrubina sérica, e incremento de la amilasa sérica en un 33%³⁰.

²⁷ Op. Cit. SABISTON, C. David. Pág. 1774

²⁸ Op. Cit. KUMAR Vinay. Pág. 586.

²⁹ Op. Cit. HARRISON. Pág. 1966.

³⁰ Op. Cit. SABISTON, C. David. Pág. 1174, 1175.

ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS:

- **RADIOGRAFÍA SIMPLE:** Muestran cálculos que contienen calcio, que generalmente son radioopacos. En ocasiones también se observan focos de calcificación en el centro o en el borde, sobre todo cuando se trata de cálculos de colesterol.
- **ULTRASONOGRAFÍA:** Estudio sensible, específico, no cruento y económico para diagnosticar cálculos biliares. El cálculo típico en el ultrasonido aparece como foco ecogénico que difunde una “sombra” sonora. El sedimento biliar también es ecogénico y se localiza en la porción colgante de la vesícula pero carece de sombras acústicas. Revela edema de la pared vesicular y líquido pericolecístico.
- **COLECISTOGRAFÍA:** Es un método de diagnóstico en el que se administra al paciente un medio de contraste radioopaco: ácido iopanoico, esta sustancia se absorbe en el intestino, es captada por el hígado y se secreta hacia la bilis. Una vez que se concentra en la vesícula durante la noche, el medio de contraste delimita la mayor parte de la vesícula³¹.
- **COLECISTOGRAFÍA:** Con un derivado del ácido iminodiacético marcado con 99mTC (gammagrafía con 99m TC- IDA). Normalmente, la gammagrafía delinea el hígado y las vías biliares extrahepáticas, incluso la vesícula. Esta técnica diagnóstica tiene una sensibilidad de casi el 100% y especificidad del 95%.
- **COLECISTOGRAFÍA ORAL:** Evalúa la presencia de cálculos y la función (diagnóstico en el 75-95%)
- **ECOGRAFÍA ABDOMINAL:** Excelente para ver cálculo vesicular, grosor de la pared, dilatación de la VB, estado del páncreas (sensibilidad >95%, especificidad 90%)³².

³¹ PEREZ, Tamayo Ana María. Tratado de medicina Interna. Edit. Interamericana. 20^a. Editorial, México, D.F. 1997. Pág. 933

³² www-mamut.com/usachcirugia.

La obstrucción completa del colédoco o del conducto hepático común se descubre en la gammagrafía con 99TC-IDA³³.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La colecistitis debe diferenciarse de otras enfermedades abdominales agudas, incluyendo apendicitis aguda, úlcera duodenal penetrante o perforada, úlcera gástrica aguda o perforada, pancreatitis aguda, hepatitis aguda, neumonitis, pielonefritis y cardiopatía aguda³⁴.

El diagnóstico diferencial también incluyendo enfermedades que causan dolor debido al rápido aumento de volumen del hígado o a la inflamación hepática, como hepatitis alcohólica aguda, insuficiencia cardíaca y perihepatitis gonocócica. Otras enfermedades abdominales agudas, como obstrucción del intestino delgado y enteritis regional aguda, se diferencian con facilidad mediante un interrogatorio cuidadoso y una exploración física concienzuda³⁵.

TRATAMIENTO

Los pacientes con sospecha de tener colecistitis deben ingresar pronto en el hospital. El tratamiento inicial comprende la administración de un antibiótico eficaz contra los microorganismos que se encuentran en la bilis del 80% de los pacientes con cálculos y colecistitis aguda.

Debe lograrse la cobertura mas amplia con la combinación de ampicilina y un aminoglucósido, pero la toxicidad de este ultimo es importante. Así, es preferible la administración de una cefalosporina de la segunda generación.

³³ Op. Cit. SABISTON C. David. Pág. 1176

³⁴ WYNGAARDEN, B. James. TRATADO DE Medicina Interna. Edit. Interamericana. 18ª. Edición, Vol. 1. México, D.F. 1991. Pág. 961.

³⁵ Op. Cit. SABISTON, David. Pag. 1176.

La incidencia de las complicaciones sépticas postoperatorias se reduce notablemente con la administración de un antibiótico. El tratamiento con antibióticos debe iniciarse tan pronto como se establece el diagnóstico.

La antibioterapia debe continuar durante 24 horas después de la operación. Se administran analgésicos y antiespasmódicos para disminuir el dolor del paciente. El fármaco de elección es el hidrocloreto de meperidina. Si se produce empiema o perforación, se administran gentamicina, tobramicina y clindamicina³⁶.

El tratamiento definitivo de la colecistitis es la “colecistectomía”³⁷.

COMPLICACIONES

- **EMPIEMA:** El empiema de la vesícula suele ser consecuencia de la progresión de la colecistitis aguda con obstrucción persistente del conducto cístico hacia la sobre infección de la bilis estancada por una bacteria piógena. La sintomatología comprende fiebre elevada, dolor intenso en el hipocondrio derecho, marcada leucocitosis, y a menudo, postración. Debe efectuarse una intervención quirúrgica urgente con la adecuada cobertura antibiótica.
- **HIDROPESÍA O MUCOCELE VESICULAR:** Puede deberse a la obstrucción prolongada del conducto cístico, generalmente por un calculo único de gran tamaño.

En este caso, la luz de la vesícula obstruida se distingue gradualmente a lo largo del tiempo, ya sea por la acumulación de moco o de trasudado fluido producido por las células del epitelio de la mucosa, por lo general los pacientes se encuentran asintomáticos.

³⁶ Op. Cit. BEARE – Myers. Pag. 1597.

³⁷ Op. Cit. SABISTON, C. David. Pag. 1177.

- **GANGRENA:** La gangrena de la vesícula se debe a isquemia de su pared y a neurosis tisular completa o en focos. Suele aparecer como consecuencia de distensión acentuada de la vesícula, vasculitis, diabetes mellitus, empiema o torsión que origine oclusión arterial
- **PERFORACIONES:** Suelen estar limitados por el epiplón o por adherencias generadas por episodios recurrentes de inflamación de la vesícula. La sobre inflamación bacteriana del contenido extravasado de la vesícula induce la formación de abscesos.
- **FÍSTULAS:** La inflamación con formación de adherencias puede originar una fistulización o un órgano adyacente que se haya adherido a la vesícula. Las fistulas del duodeno son las más frecuentes, seguidas por las que afectan al ángulo hepático del colon, el estómago o el yeyuno, la pared abdominal y la pelvis renal. El tratamiento suele ser la colecistectomía con exploración del conducto colédoco y cierre del trayecto fistuloso.
- **ILEO BILIAR:** Es una obstrucción intestinal mecánica debido al paso de un gran cálculo biliar a la luz intestinal. La mayoría de los pacientes no refieren antecedentes de síntomas biliares.
- **ABSCESO EPICOLECÍSTICO:** Son el resultado de la perforación de una vesícula biliar que está rodeada por epiplón o adyacente a órganos como colon, estómago o duodeno. Es el más común de las complicaciones y constituye alrededor del 50% de los casos, pero es el menos virulento, con un índice de mortalidad aproximadamente del 15%³⁸.

PRONÓSTICO

La mortalidad por colecistitis aguda es de 5 a 10%, y casi confina por completo a sujetos de más de 60 años, con enfermedad grave acompañante. Por lo general el pronóstico es bueno, ya que si realiza un diagnóstico oportuno, se puede comenzar a manejar al paciente, preparándolo para la cirugía a realizar. Es muy importante que los pacientes acudan a su consulta al sentir la primera

³⁸ Op. Cit. HARRISON. PAG. 1967, 1968.

sintomatología, ya que esto nos puede ayudar de alguna manera a prevenir posibles complicaciones que pueden surgir si no se atiende a tiempo.

En muy pocos casos el paciente puede llegar a fallecer, y por lo general se asocia a un mal manejo o a un diagnóstico tardío. En los últimos años el índice de mortalidad por colecistitis a disminuido³⁹.

COLECISTECTOMÍA.

La colecistectomía es el tratamiento de elección en la mayoría de los enfermos con colecistitis⁴⁰. Cuando se realiza una colecistectomía abdominal, se extirpa la vesícula y se ligan el conducto, la vena y la arteria císticos. Se mantiene una sonda nasogástrica profiláctica para reducir la distensión abdominal y prevenir los vómitos, retirándosele por lo general a las 36-48 horas de la cirugía, cuando reaparezcan los ruidos intestinales y si el paciente no presenta náuseas ni vómito, se puede insertar un catéter de Jackson – Pratt o un catéter de Penrose, estos catéteres deben recoger menos de 50 ml. de líquido sanguinolento por turno, el catéter se retira cuando el drenaje es mínimo.

Si los cálculos están localizados en el conducto biliar común y existe edema, se inserta una sonda de drenaje biliar o un tubo de T para mantener abierto el conducto y poder drenar la bilis hasta que desaparezca la inflamación. El extremo corto del tubo se introduce en el conducto biliar común y el extremo largo se lleva a la superficie a través de una incisión. El extremo largo se conecta a un sistema cerrado de drenaje (bolsa de bilis). Al principio el líquido es sanguinolento. La herida suele drenar 500 ml. durante las primeras 24 horas, cantidad que disminuye al ir desapareciendo el edema del conducto biliar común. Hay que medir exactamente la cantidad. Si el llenado es excesivo, el paciente puede necesitar bilis.

³⁹ OP. Cit. SABISTON, C. David. Pag. 1177.

⁴⁰ OP. Cit. SABISTON, C, David. Pag. 1178.

Si así sucede, la bolsa de bilis se puede mantener con hielos. Se administra preferentemente a través de una sonda nasogástrica. Si el paciente no recibe su propia bilis, se le administran sales biliares por vía oral (florantirona o ácido deshidrocólico).

Alrededor de 7 días después de la intervención, el médico inyecta contraste en el conducto biliar común y comprueba que no haya obstrucciones, 24 horas después, se retira el tubo en T, siempre que el edema haya desaparecido y los conductos biliares parezcan normales⁴¹.

La colecistectomía abierta tiene un índice de morbilidad y mortalidad mínimos, la complicación más importante, la lesión del colédoco, ocurre en menos del 0.2% de los pacientes. La indicación más común para la colecistectomía es el cólico biliar recurrente; y la segunda indicación es que se trate de una colecistitis aguda o crónica⁴².

Para esta cirugía, se recomienda realizar una incisión subcostal derecha, puede emplearse un adhesivo cutáneo de plástico para disminuir la contaminación superficial de la piel. Primeramente se explora cavidad abdominal, con la mano derecha, se palpan los dos cuadrantes superiores y con la mano izquierda, la parte bajo del abdomen.

El cirujano introduce la mano con facilidad hacia el cuadrante superior derecho, primero sobre el lóbulo hepático y luego debajo del mismo. Después se inspeccionan y palpan las estructuras del cuadrante superior derecho, estómago, duodeno, páncreas, hígado, colon digital del pedículo hepático.

Se palpa el fondo y el cuello de la vesícula y se inserta el dedo índice en el hiato de Winslow. Esto permite palpar el colédoco y la arteria hepática. Se colocan compresas húmedas para retener las vísceras adyacentes. Se pliega una compresa y se coloca sobre la primera porción del duodeno para retraerla hacia abajo y a la izquierda y con un separador de Deaver amplio, se utiliza otra compresa para retraer el ángulo hepático del colon fuera del campo y se coloca sobre ella un separador de Richardson grande, se aplica una tercera compresa bajo un separador de Deaver

⁴¹ Op. Cit. BEARE – Myers. Pag. 1599.

⁴² I. Seymour Schwartz. Principios de Cirugía. Edit. Interamericana. 6ª. Edición, Vol. II. México, D.F. 1995. Pág. 1421.

estrecho para retraer una porción del hígado inmediatamente a la izquierda y adyacente a la vesícula biliar, debe tenerse mucho cuidado para no desgarrar el hígado con esta maniobra.

Posteriormente se aplica una pinza arterial curva al fondo de la vesícula y se tracciona hacia arriba, al mismo tiempo, se aplica una pinza curva fuerte a la bolsa de Hartmann, para exponer las estructuras en el triángulo de Calot.

Para extirpar la vesícula, se utilizan dos formas:

- Se identifican el cístico y la arteria cística con la disección inicial y se continúa hacia el fondo.
- Se inicia el corte en el fondo y se desplaza hacia el cístico.

Raras veces se emplean drenes en las operaciones vesiculares. Se ha demostrado que el drenaje sistemático del espacio subhepático aumenta la fiebre postoperatoria, la duración de la hospitalización y tal vez origine con mayor frecuencia la infección de la herida.

Se cierra la pared abdominal en dos planos; se utiliza catgut 2-0 para la capa posterior y vicryl 2-0 para la capa anterior. Finalmente se limpia la herida quirúrgica, se coloca un apósito, fijándose con micropore⁴³.

⁴³ F. Nora Paul. Cirugía, Técnicas y Procedimientos. Edit. Interamericana. 3ª. Edición. México D.F. 1993. Pág.786, 787, 788.

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Prevención primaria

Cálculos biliares.

En la actualidad no es posible evitar la presencia de cálculos biliares, el trastorno de mayor incidencia del tracto biliar. Las poblaciones en más alto riesgo son las conformadas por las personas obesas y aquellas que padecen algunos trastornos metabólicos y hemolíticos. Normalmente, los pacientes, que presentan tendencia a formar cálculos en los conductos reciben recomendaciones para que sean muy cuidadosos en la ingestión de grasas y beban cantidades generosas de líquidos, a menos que esté contraindicado por alguna razón⁴⁴.

Prevención secundaria

La detección temprana de la enfermedad permite la aplicación de un tratamiento mucho más beneficioso. Existen múltiples trastornos del sistema biliar y el páncreas asociado con síntomas gastrointestinales vagos, persistentes e inespecíficos mucho antes de que se presenten síntomas específicos o severos. Las enfermeras pueden estimular a las personas que se quejan de síntomas vagos pero persistentes para que busquen atención médica y no utilicen remedios caseros o preparaciones farmacéuticas que pospongan la búsqueda de ayuda profesional.

⁴⁴ LONG- Phipps- cassmeyer. Enfermería Médico-Quirúrgica. Un enfoque del proceso de enfermería. Vol.2. 3ra Edición. Editorial Harcourt Brace.

PROCESO DE ENFERMERÍA

HISTORIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Antes de que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos y que se centraban en los procesos patológicos específicos más que en la persona que estaba siendo asistida. El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la institución y la experiencia más que por un método científico.

El término “Proceso de Enfermería” fue utilizado oficialmente por primera vez en 1955 por Lidia May, quien representa los primeros esfuerzos para diferenciar la práctica médica de enfermería y establecer su base científica.

Durante los finales de los 50’s y principios de los 60’s se consideran tres pasos para desarrollar dicho proceso.

En 1966 Virginia Henderson identificó las acciones de Enfermería básicas como funciones independientes y afirmó que el proceso de Enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico.

En 1969, Dolores Litle y Doris Carnevali utilizaron un proceso de cuatro pasos que combinaba la valoración de la salud y el diagnóstico en el primer paso.

En 1973, la ANA publicó los estándares en la práctica de enfermería, en las que se describe el modelo del proceso de enfermería en cinco pasos.

En 1977, la OMS declara el “Proceso de Enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambos. Implica pormenorizar el uso del método científico para la identificación de las necesidades de salud del paciente, cliente, familia o comunidad”.

En los años siguientes se afinaron aun más los pasos del proceso de enfermería y se desarrollan las habilidades necesarias para aplicarlo. Muchos estudios de la Unión Americana y varios países del mundo utilizan el proceso de enfermería.

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente, es indispensable establecer una serie de pautas que en su conjunto constituyen el proceso de enfermería.⁴⁵

DEFINICIÓN OMS: El proceso de Enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambos.

- “Es una serie de adaptación del método científico para aplicarlo específicamente a la atención de enfermería”.
- “Es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular”.
- “Es un método sistemático racional y deliberado de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería”.

FINALIDAD: “Es reconocer el estado de salud de un cliente y los problemas o necesidades reales o potenciales del mismo, organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas, y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades”.

El proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente, no solo desde una dimensión física o biológica, sino también las perspectivas psicológicas, sociológicas, culturales y espirituales.

Por la aplicación sistemática, el proceso de enfermería se convierte en una forma natural de pensar aplicable a todos los aspectos de la práctica de enfermería, a medida que la enfermera

⁴⁵ RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso Enfermero Aplicación Actual. II Edición, febrero del 2002. Pág. 25.

adquiere experiencia, también adquiere la profundidad y perspectiva de aplicación de dicho proceso⁴⁶.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

- Es un sistema abierto y flexible que satisface las necesidades particulares del cliente, la familia, los grupos o la comunidad.
- Es un proceso cíclico y dinámico. Como todas sus etapas están relacionadas entre sí, no existe ni un comienzo ni un final absolutos.
- Está centrado en el cliente; es un método individualizado para cubrir las necesidades de cada cliente.
- Mantiene una relación interpersonal y de cooperación. Exige que la enfermera mantenga una comunicación directa y consistente con los clientes para cubrir sus necesidades.
- Sus actividades están programadas
- Tiene una finalidad concreta.
- Favorece la capacidad creativa de la enfermera y del cliente para descubrir las maneras de resolver el problema de salud existente.
- Hace hincapié en la formación retroactiva, lo que permite volver a valorar el problema o revisar el plan de cuidados.

⁴⁶ Leslie de Atikison. Proceso de Atención de Enfermería. P.p. 12-107.

- Es universalmente aplicable. El proceso de enfermería se usa como estructura básica para prestar los cuidados en cualquier situación de salud, con los clientes de todos ellos grupos de edad.

VENTAJAS PARA EL CLIENTE DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

- El proceso de enfermería beneficia a los clientes mejorando la calidad de los cuidados que reciben.
- Un alto nivel de la participación del cliente, junto a una evaluación continua, asegura el nivel adecuado de calidad de los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades del cliente.
- Debido a que el proceso de enfermería proporciona unos métodos organizados y sistemáticos, las enfermeras pueden emplear el tiempo y los recursos con eficacia, en beneficio propio y de sus clientes.

VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA ENFERMERÍA.

- Las enfermeras tienen la ventaja de saber que están prestando cuidados que satisfacen las necesidades de sus consumidores de cuidados de salud y cumpliendo las normas de su profesión.
- El proceso de enfermería por tanto, es un método inestimable para las enfermeras. Mantiene a las enfermeras responsables y pendientes de la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación de los cuidados al cliente.
- Debido a que los miembros del equipo de salud deben trabajar juntos para poner en práctica el plan de cuidados, el proceso de enfermería refuerza la colaboración y esto a su vez, fomenta una atmósfera de trabajo más positiva.

- Por último, el proceso de enfermería puede ayudar a las enfermeras a definir su función ante otras personas ajenas a la profesión, demostrando claramente las aportaciones que hace la enfermería a la salud de los clientes.
- Proporciona a las enfermeras una estructura de organizar su ciencia.
- Proporciona a las enfermeras un sistema de clasificación para describir el estado de salud de un individuo, familia o comunidad y el riesgo de complicaciones.
- La enfermera necesita un sistema de clasificación, para describir y desarrollar un funcionamiento científico firme que cumpla uno de los criterios para adquirir un estatus profesional.
- Proporciona a las enfermeras un sistema para recuperar las historias de los clientes utilizando diagnósticos de enfermería, no médicos.
- Proporciona una oportunidad a las enfermeras para que desarrollen o sean incluidas en un sistema de información computarizado de cuidados sanitarios, que recogerá, analizará los datos de enfermería de cara a la práctica y a la investigación.
- Proporciona un mecanismo para el reembolso de las actividades de la enfermería en relación con los diagnósticos de enfermería, no con los diagnósticos médicos⁴⁷.

⁴⁷ Ibid. Pág. 35.

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

El proceso de enfermería es cíclico, sus integrantes siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir más de uno de ellos. Se compone de cinco etapas que son las siguientes: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

VALORACIÓN.

La valoración se considera el pilar de enfermería porque de ella depende la identificación de las fuentes de dificultad en la satisfacción de necesidades humanas, para lograrlo es necesaria una formación teórico- práctica en el campo disciplinar y requiere que la enfermera desarrolle capacidades de observación, análisis y de síntesis para la toma de decisiones en los cuidados de enfermería con un enfoque holístico.

La valoración es un proceso dinámico y continuo que consiste en recolectar, verificar, organizar y registrar los datos sobre el estado de salud de un cliente. Durante el desarrollo de esta etapa la enfermera dispone de métodos, medios y procedimientos específicos para la integración de la historia clínica de enfermería.

FINALIDAD:

Reunir la información necesaria para la identificación de los problemas que encuentra el paciente para satisfacción de sus necesidades.

Crear una base de datos sobre la respuesta de un cliente ante la salud o la enfermedad, con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el cliente. Las respuestas del cliente comprenden aspectos sobre la vida diaria, la salud, y sobre aspectos biofísicos, emocionales, socioeconómicos, culturales y espirituales.

A diferencia de otros profesionales de la salud enfermería se interesa por las necesidades humanas que afectan a la totalidad de la persona más que por un problema aislado o por satisfacer una parte de esas necesidades.

MÉTODOS DE LA VALORACIÓN O FUENTES DE INFORMACIÓN.

Los principales métodos empleados para la valoración del cliente son la observación, las entrevistas y la exploración.

LA OBSERVACIÓN:

Es un elemento primordial en los cuidados de enfermería. Puede definirse como la capacidad intelectual de captar a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior. Se trata de una atención especial que proyecta el pensamiento hacia el objeto de observación, manteniendo alerta la inteligencia y los sentidos, este proceso se basa esencialmente en la atención y en la concentración, se puede afirmar que, en los cuidados de enfermería, la observación consiste en considerar al cliente y a todo lo que se relaciona con él con una atención expresa y continúa que nos permite conocerlo mejor.

La observación tiene dos aspectos:

- Reconocer los estímulos y
- Seleccionar, organizar e interpretar los datos.

Es frecuente que las enfermeras, tengan que atender con prioridad a los estímulos específicos de una situación clínica, de otro modo puede quedar desconcertado ante una serie de estímulos muy numerosos. Observar, implica discriminar los estímulos, o sea distinguirlos de una forma significativa.

La observación pasa por el filtro de nuestros mecanismos sensoriales, perceptuales y emotivos. Se fundamenta, en la subjetividad del observador, de ahí su fragilidad. La percepción es un proceso esencialmente selectivo que nos impulsa a ver “lo que hemos aprendido a ver” y lo que “esperamos ver”.

APTITUDES PARA LA OBSERVACIÓN.

LA VISTA: Nos aporta información en relación con las características físicas de una persona, aspecto general, su mímica facial y corporal, su comportamiento nos informa sobre determinados signos y síntomas que traducen una necesidad insatisfecha o un problema de salud.

EL OLFATO: El olfato desempeña un papel importante en el trabajo que presta cuidados. Este sentido permite detectar olores que revelan el grado de limpieza del cliente, o determinados procesos patológicos, corporales o del aliento.

EL OÍDO: A través de este sentido nos llegan las palabras, las flexiones de voz, los quejidos o determinados ruidos que produce el cliente, ruidos respiratorios y tonos cardiacos, facilidad para comunicarse, lenguaje hablado, capacidad para iniciar una conversación, para responder al hablar con otros, orientación en el tiempo, el espacio o sobre si mismo, de los demás y del estado de salud.

EL TACTO: Desempeña un papel esencial en la exploración física o en la palpación de ciertas partes del cuerpo, que permiten conocer determinados detalles: temperatura y humedad de la piel, fuerza muscular, endurecimiento, grosor de una masa, frecuencia, ritmo y volumen del pulso.

LA ENTREVISTA: Es un forma especial de interacción verbal que se desarrolla entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud. El objetivo de este encuentro es recoger información que permita descubrir las necesidades que permanecen insatisfechas en el cliente y las distintas manifestaciones de dependencia que las determinan.

Este es el instrumento por excelencia de la personalización de los cuidados, existen dos tipos de entrevista que son:

1. Entrevista dirigida y
2. No dirigida.

1. ENTREVISTA DIRIGIDA SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

Es más estructurada y proporciona información específica, la enfermera establece la entrevista y dirige la misma, haciendo preguntas cerradas, que buscan un número específico de datos.

El cliente responde a las preguntas pero quizá no tengan la posibilidad de hacer preguntas o de comentar sus inquietudes, a menudo las enfermeras utilizan la entrevista dirigida para recoger y dar información en un periodo limitado de tiempo, por ejemplo en una situación de urgencia.

2. ENTREVISTA NO DIRIGIDA SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

Esta forma de entrevista es para “crear una relación de compenetración”, la enfermera permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de charla. La relación de la compenetración es el entendimiento entre dos o más personas.

Las enfermeras utilizan la entrevista no dirigida para resolver problemas, asesorar y evaluar el rendimiento. La enfermera incita a la conversación haciendo preguntas abiertas y dando respuestas afectivas.

Es conveniente emplear conjuntamente un método dirigido o no dirigido de una entrevista para reunir información, pues su finalidad es recoger datos y empezar a establecer una relación de compenetración.

CONDICIONES DE LA ENTREVISTA: La enfermera que mantiene una entrevista con un cliente debe tener en cuenta ciertos factores importantes.

- Escoger el momento oportuno, respetar la hora de las comidas del cliente, momentos de fatiga, de reposo e igual los periodos en que más sufre.
- La enfermera debe intentar crear todas las condiciones que favorezcan el intercambio, debe tener en cuenta la intimidad del cliente, su confort, el éxito de la entrevista depende de la habilidad que tenga para establecer una comunicación clara y eficaz, que le permita conseguir los objetivos que se ha fijado.
- La enfermera deberá manifestar actitudes de aceptación, escucha, respeto y de empatía, que han de reflejarse en su comportamiento, las demuestra por medio del contacto visual, la expresión facial abierta y sonriente (según el caso), y a través de una postura y un lenguaje que testimonien al cliente su deseo de manifestarse a la escucha y de facilitarle que siga su conversación. Su capacidad de empatía le va a permitir compartir las dificultades de la persona y expresarle su comprensión.

LA EXPLORACIÓN:

Es un método sistemático de recogida de datos que tiene la capacidad de observación mediante la vista, oído, olfato y tacto para descubrir los problemas de salud.

La exploración física se lleva a cabo en forma sistemática. Para llevar a cabo la exploración, auscultación, palpación y percusión y el desarrollo de las capacidades necesarias para la valoración física requiere de conocimientos, práctica y tiempo.

La enfermera puede llevar a cabo una exploración física utilizando el método CEFALOCAUDAL (de la cabeza a los pies) comienza el estudio por la cabeza continúa por cuello, tórax, abdomen y extremidades y termina en los dedos de los pies, o bien por el método de

aparatos y sistemas en el que estudia cada aparato por separado, el aparato respiratorio, aparato circulatorio, el sistema nervioso, etc.

MÉTODOS DE EXPLORACIÓN:

INSPECCIÓN VISUAL: La inspección visual del paciente permite obtener información sobre su constitución corporal, la existencia de deformidades congénitas o adquiridas, la coloración el estado de la piel y las mucosas, el estado de la conjuntiva, la presencia de temblores u otras anomalías funcionales y posibles alteraciones de la marcha.

LA AUSCULTACIÓN: Con un fonendoscopio permite escuchar los latidos del corazón, explorar la función respiratoria, los órganos abdominales con los movimientos de aire en su interior.

PALPACIÓN: La palpación manual posibilita apreciar la temperatura de la piel, la existencia de dolores localizados, etc.; también se calibra con ella la posición y consistencia de los órganos, palpando el abdomen se puede detectar la existencia de tumoraciones voluminosas o la presencia de irregularidades o anomalías en la superficie del hígado o los intestinos entre otros.

PERCUSIÓN: Consiste en golpear suave pero firmemente con los dedos sobre el cuerpo del paciente, lo que posibilita la obtención de datos como la presencia o ausencia de líquido en la cavidad abdominal o de un exceso de gases.

Al realizar la exploración física, el profesional de enfermería debe observar atentamente el comportamiento general del paciente, a fin de obtener información complementaria sobre sus rasgos psicológicos y su estado mental.

EL PROCESO DE VALORACIÓN. El proceso de valoración incluye cuatro actuaciones estrechamente relacionadas.

1. RECOLECCIÓN DE DATOS.

Consiste en reunir información sobre el estado de salud del cliente. Una base de datos es toda la información que se dispone de un cliente; comprende la historia y la exploración física de enfermería, la historia clínica y la exploración física realizadas por el médico, los resultados de laboratorio. Y las pruebas diagnósticas complementarias, así como los datos aportados por otros miembros del personal sanitario.

CLASE DE DATOS.

Datos subjetivos: también conocidos como síntomas o datos no visibles, son evidentes solo para la persona afectada y únicamente pueden describirlos o verificarlos esa persona el dolor y los sentimientos de preocupación, las sensaciones, los valores, creencias, actitudes y percepciones sobre el estado de salud y la situación de la vida del cliente.

La información suministrada para los miembros de la familia, los demás allegados u otros profesionales de la salud también se considera subjetiva si se basan en una opinión más que los hechos.

Datos objetivos: también llamados signos o datos manifiestos son detectables por un observador o pueden compararse con alguna norma aceptada, se pueden ver, oír, sentir u oler, y se obtienen mediante la observación a la exploración física. Durante la misma la enfermera obtiene los datos objetivos necesarios para reconocer el valor de los datos subjetivos y complementar la fase de valoración del proceso de enfermería.

Una base de datos objetivos y subjetivos que este complementa permite comparar las reacciones del cliente y las actuaciones médicas y de enfermería.

Datos históricos: son elementos de la historia como los antecedentes de una reacción alérgica a determinados medicamentos, las intervenciones quirúrgicas, los tratamientos de curandera y las enfermedades crónicas.

Datos actuales: se refiere a las circunstancias presentes, tales como dolor, náuseas, ritmo del sueño y las prácticas religiosas.

2. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.

Para la obtención sistemática de los datos, la enfermera utiliza un esquema de estudio organizado, conocido habitualmente como la valoración de enfermería. Hay muchos modelos o esquemas disponibles para la recolección y registro sistemático de datos.

3. VALIDACIÓN DE LOS DATOS.

Para que el proceso de enfermería sea un instrumento para cuidar al cliente, la información recogida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa.

La validación consiste en un doble examen o inspección de los datos que permite a la enfermera:

- Asegurarse de que la información recogida durante la valoración es completa.
- Asegurarse de que los datos objetivos y subjetivos relacionados son coherentes.
- Obtener información adicional que puede haber pasado desapercibida.
- Distinguir entre indicios y deducciones.
- Evitar conclusiones predeterminadas y tomar una dirección equivocada de identificar los problemas.

Por regla general, la enfermera comprueba la validez de los datos cuando hay discrepancias entre los que se han obtenido en la entrevista de enfermería (datos subjetivos) y los de exploración física (datos objetivos), o cuando las declaraciones del cliente difieren en distintos momentos.

4. REGISTRO DE LOS DATOS.

Para finalizar en la etapa de valoración, la enfermera registra los datos, la exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del cliente.

Los datos se recolectan de forma objetiva y la enfermera no los interpreta. Para que la exactitud sea mayor, lo mejor es que la enfermera registre los datos subjetivos utilizando las propias del cliente. Expresar con otras palabras lo que alguien dice aumenta la probabilidad de modificar el sentido original.

DIAGNÓSTICO.

La segunda etapa del proceso de enfermería corresponde al análisis, interpretación de los datos recolectados en la etapa previa. En esta etapa las enfermeras utilizan habilidades de pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas del paciente.

FINALIDAD:

Consiste en determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan, se trata de elaborar el diagnóstico de enfermería, punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos.

Gracias a esta etapa del proceso en definitiva, puede sacarse conclusiones válidas acerca de los problemas que presenta el paciente y, consecuentemente, es posible diseñar un plan de atenciones adaptado a sus necesidades, el análisis e interpretación de los datos en el proceso de cuidados nos permite formular los diagnósticos de enfermería, es aquí donde adquiere “sentido” la formulación de objetivos, la planificación de las intervenciones adecuadas para su ejecución.

Dicho análisis requiere de conocer las variables que intervienen en el proceso de recolección de los datos, relativo a las catorce necesidades que permiten identificar las “fuentes” de la dificultad que obstaculizan la satisfacción de las necesidades.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL DIAGNÓSTICO.

En 1960 Faye Abdellah diseña un sistema de clasificación que contenía 21 problemas clínicos.

En 1973 se lleva a cabo la primera conferencia nacional sobre la clasificación de los Diagnósticos de Enfermería. St Louis University School of Nursing, en ese mismo año The American Nurse's Association aprobó el Diagnóstico de enfermería.

En la década de los setentas: Se incorpora el concepto en las leyes de la práctica de enfermería en diversos estados lo cual otorga el derecho legal y la obligación profesional de hacer diagnósticos de enfermería.

En la década de los ochentas: Se incrementa la investigación, el concepto del diagnóstico se incorpora al proceso de enfermería, los planes de estudio y el proceso de certificación de las licenciadas colegiadas.

DEFINICIONES DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

- Son diagnósticos clínicos hechos por profesionales de enfermería, describen problemas reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces y están autorizadas para tratar (Gordón 1976).
- Es la declaración del estado de un paciente (respuesta de salud o enfermedad), que las enfermeras son capaces y legalmente responsables de tratar. (Moritz 1982). The North American Nursing Diagnost.

- Association (NANDA) Establece que el diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo de la familia o comunidad ante problemas de salud reales o potenciales o procesos vitales. Los diagnósticos proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar resultados de los que la enfermera es responsable (1990)⁴⁸.

FORTALEZAS DEL DIAGNÓSTICO.

- Proporciona un lenguaje coherente (oral-escrito).
- Establece un sistema de automatización (como hacerlo).
- Proporciona un marco educacional y estimula a adquirir nuevos conocimientos.
- Permite una eficaz recuperación de información con fines científicos y garantiza calidad.
- Proporciona una estructura sólida para la presentación por escrito de los quehaceres de enfermería.
- Establece normas que son responsabilidad de enfermería.

DEBILIDADES DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- Utilizar los diagnósticos de enfermería sin ratificación.
- Poner nombre a los diagnósticos nuevos.
- Omitir situaciones problemáticas en el registro.

⁴⁸ Ann Marriner – Tomey. Modelos y Teorías de Enfermería. Pp. 102-104.

- Sistema de clasificación no conocido universalmente.

UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA ES:

- La declaración del problema de un cliente.
- Se refiere al estado de salud o un posible problema de salud.
- Una conclusión que deriva de la identificación de un patrón o serie de signos y síntomas.
- Se basa en datos subjetivos y objetivos.
- La declaración breve de un juicio de enfermería.
- Una declaración que consta de dos partes, y que incluye las respuestas humanas y los factores relacionados que se conocen bien.
- Se refiere a estados que las enfermeras están autorizadas a tratar.
- Deberá validarse con el cliente, siempre que sea posible.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Existen varios tipos de diagnósticos: reales, de riesgo, posible y de salud.

DIAGNÓSTICO REAL: “Es un juicio sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería, se basa en la presencia de los signos y síntomas asociados”.

DIAGNÓSTICO POTENCIAL O DE RIESGO SEGÚN LA NANDA; “Es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida”.

DIAGNÓSTICO DE SALUD: Un diagnóstico de bienestar es un juicio clínico sobre una persona, familia o comunidad en transición de un nivel determinado de bienestar a un superior”. Describe las respuestas del ser humano a los distintos niveles de bienestar de un individuo, una familia o una comunidad que posean al potencial de alcanzar un nivel superior.

DIAGNÓSTICO POSIBLE: Es aquel en el que las pruebas de que existe problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales, un diagnóstico posible requiere mas datos, ya sea para corroborarlo o para refutarlo, los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados que describen un problema sospechado cuya confirmación necesita nuevos datos. Por desgracia muchas enfermeras han sido educadas para no parecer inseguras, en el ámbito científico, las decisiones provisionales no son un signo de debilidad o indecisión, sino que forman una parte esencial del proceso. El diagnóstico definitivo se debe diferenciar hasta después de haber recogido y analizado toda la información necesaria para alcanzar una conclusión científica sólida. Las enfermeras deberían adoptar una postura provisional hasta haber completado la recolección y evaluación de los datos y ser capaces de confirmar o descartar algo.

La palabra POSIBLE en los diagnósticos se emplea para describir problemas que pueden existir pero que necesitan datos adicionales para ser confirmados o descartados. La NANDA no estudia los diagnósticos posibles porque no plantean un problema de clasificación, sino que más bien son una opción para la enfermera clínica. Es un diagnóstico de enfermería posible, le enfermera a obtenido algunos datos para apoyar un diagnóstico confirmado, pero estos son insuficientes. Los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados de dos partes y consisten en:

El diagnóstico de enfermería posible. Los datos “relacionados con” que conducen a la enfermera a sospechar el diagnóstico. Cuando una enfermera registra un diagnóstico posible, otras se ponen en situación de alerta para reunir más datos que corroboren o descarten el diagnóstico provisional. Después de la recolección de datos adicionales, la enfermera puede elegir entre estas tres opciones:

- Confirmar la presencia de signos y síntomas principales y establecer así un diagnóstico real.
- Confirmar la presencia de factores de riesgo potenciales, alcanzando así un diagnóstico de riesgo.
- Descartar la presencia de un diagnóstico (real o de riesgo) en ese momento.

Por ejemplo una viuda anciana que vive sola ingresa en el hospital, la enfermera observa que no recibe visitas y que le agrada que el personal de enfermería la atienda y conversa con ella, hasta que disponga de más datos, la enfermera puede redactar un diagnóstico de enfermería de POSIBLE AISLAMIENTO SOCIAL relacionado con etiología desconocida⁴⁹.

DIFERENCIA ENTRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y DIAGNÓSTICOS MÉDICOS.

Mientras que un diagnóstico enfermero es un enunciado del juicio de la enfermera y se refiere a un problema que el personal esta autorizado a tratar, un diagnóstico médico es emitido y se refiere a un problema que solo un médico puede tratar. Los diagnósticos médicos se refieren a enfermedades-respuestas fisiológicas específicas que son bastante uniformes de un paciente a otro. Por lo contrario los diagnósticos enfermeros describen respuestas físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales del paciente a una enfermedad o a un problema de salud.

Estas respuestas varían de unas personas a otras. Mientras que el diagnóstico médico de un paciente sigue siendo el mismo durante toda la evolución del proceso patológico, los diagnósticos de enfermería cambian a medida que lo hacen las respuestas del paciente⁵⁰.

⁴⁹ Ibid. Pág. 105.

⁵⁰ Ann Marrier, Martha Raile Alligood. Modelos y Teorías de Enfermería Pp. 35-49.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
Tienen en cuenta el estado del cliente que vive un problema de dependencia y su acción referente a su estado	Describen las enfermedades y las patologías, no tiene en cuenta otras respuestas humanas
Orientados al individuo	Orientados a la patología
Tiene en cuenta las fuentes de dificultad o factores etiológicos y los factores contribuyentes que causan el problema de salud o permiten su prolongación	Su formulación no implica generalmente los factores etiológicos
Orienta a la enfermera a intervenciones autónomas	Orienta al facultativo hacia el tratamiento médico y a la enfermera hacia intervenciones prescritas

FASES DEL PROCESO DIAGNÓSTICO.

1. Preparación de los datos.
2. Formulación del diagnóstico.

1. PREPARACIÓN DE LOS DATOS.

CLASIFICACIÓN: Durante la validación se reúne gran cantidad de datos, el proceso de clasificación establece categorías de información más manejable, elimina datos superfluos y ayuda a identificar datos faltantes.

La clasificación implica distribuir la información en categorías especiales (sistemas).

- Sistemas corporales.
- Patrones de salud funcional.
- Datos históricos

- Sintomatología significativa.
- Necesidad humana.

Para orientarse en la búsqueda del problema de dependencia del cliente, la enfermera debe previamente examinar los datos recolectados y separa los comportamientos que favorecen la satisfacción de las necesidades de los que no la permiten.

INTERPRETACIÓN: Identificación de datos importantes, comparación con las normas y patrones, reconocimientos de hábitos y tendencias, basadas en los conocimientos de enfermería a través de la percepción de la enfermera de los datos subjetivos y objetivos obtenidos del cliente y las fuentes secundarias.

CONVALIDACIÓN: Es la fase final de la preparación de los datos, se intenta verificar la exactitud de los datos mediante la interacción directa con el cliente o un familiar cercano. Consultando con otros profesionales de la salud o bien comparando con una referencia autorizada.

2. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO.

Una vez seleccionados los datos objetivos, la enfermera esta en posesión de informaciones que demuestran las manifestaciones de dependencia que hay en un individuo. A partir de estas informaciones, puede llegar a decidir cuál es el problema del cliente y a establecer un diagnóstico de enfermería.

El establecimiento de un diagnóstico de enfermería facilita su trabajo; de lo contrario le resultaría evidentemente difícil planificar intervenciones apropiadas. La formulación sintética de estas informaciones, por medio de un diagnóstico; permite al que suministra cuidados darse cuenta del sentido de su intervención.

El diagnóstico de enfermería presupone una definición clara del problema de dependencia y, cuando es posible una descripción de las fuentes de dificultad que experimenta el cliente. Pueden

añadirse también factores que contribuyen a la aparición de estas fuentes de dificultad, denominados “elementos etiológicos secundarios”.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Y SU REDACCIÓN:

Los enunciados de los diagnósticos de enfermería constan de tres componentes:

1.- ENUNCIADO DEL PROBLEMA (ETIQUETA DIAGNÓSTICA):

Describe el problema de salud o la respuesta del paciente para los cuales se está administrando el tratamiento de enfermería, describe su estado de salud con claridad y concisión, en pocas palabras; el fin de la etiqueta diagnóstica es guiar la elaboración de objetivos del paciente y de criterios de resultados, también puede sugerir algunas intervenciones de enfermería. Para ser útiles en la clínica, las etiquetas diagnósticas tienen que ser concretas; cuando una de ellas va seguida de la palabra especificar, la enfermera menciona el área en la que se produce el problema:

Ejemplo: Déficit de conocimientos (medicación) o Déficit de conocimientos (ajustes dietéticos). Los calificadores (o definiciones) son palabras que se han añadido a algunas etiquetas de la NANDA para completar el significado del enunciado diagnóstico.

ALTERACIÓN:	Se ha producido un cambio con respecto a la situación inicial.
DETERIORO:	Evolución a peor, debilitamiento, lesión, reducción.
DISMINUCIÓN:	Menos tamaño, menor cantidad, menor grado.
INEFECTIVO:	Ineficaz que no produce el efecto deseado.
AGUDO:	Grave o de corta duración.
CRÓNICO:	De larga duración, recurrente o constante.

2.- ETIOLOGÍA: (FACTORES RELACIONADOS Y FACTORES DE RIESGO).

El componente etiológico del diagnóstico, una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención al cliente. En la etiología pueden incluirse los comportamientos del cliente, los factores ambientales o las interacciones de ambas. Es fundamental distinguir entre las distintas causas en el diagnóstico de enfermería, porque cada una de ellas puede necesitar intervenciones diferentes.

La NANDA utiliza el término factor relacionado para describir la etiología o la causa probable de los diagnósticos de enfermería.

3.- CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.

Son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta.

Las etiquetas diagnósticas enfermeras son semejantes a los diagnósticos médicos en tanto que se asocian a un conjunto de características mayores, pueden estar presentes para que el diagnóstico sea válido, las menores pueden estar presentes o no.

Por ejemplo, para que una enfermera pueda emitir el diagnóstico de Intolerancia a la Actividad, el paciente debería mostrar las características definitorias de “respuesta alterada a la actividad”, que puede manifestarse como disnea, falta de aire y taquipnea.

Para la mayoría de los diagnósticos enfermeros aún se está desarrollando y perfeccionando la lista de características definitorias. Se han publicado listas parciales para ayudar a las enfermeras a desarrollar y validar los diagnósticos de enfermería. Las características definitorias sugieren criterios de resultados y también pueden orientar las intervenciones de enfermería.

FORMULAR ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS.

El formato básico del enunciado de un diagnóstico es “problema relacionado con la etiología”.

FORMATO PES:

Problema (P) Enunciado de la respuesta del cliente.

Etiología (E) Factores que contribuyen a la respuesta o que son la causa probable de ella.

Signos y síntomas (S) Características definitorias manifestadas por el cliente.

VARIANTES DEL FORMATO PES:

Escribir la etiología desconocida cuando las características definitorias están presentes, pero la enfermera no conoce la causa de los factores contributivos.

- Escribir el diagnóstico en cuanto a la respuesta del cliente más que a la necesidad de la enfermera.
- Usar “relacionado con” en vez de “debido a” “causado por” para conectar las dos partes de la declaración, escribir el diagnóstico en términos legales aconsejables.
- Escribir los diagnósticos sin emitir juicios de valores
- Evitar invertir las partes de la declaración, evitar el uso de señales simples en la primera parte de la declaración.
- No deberán significar lo mismo dos partes de la declaración.
- Expresar los factores relacionados de forma que pueda combinarse.

- No incluir diagnósticos médicos.
- Exponer el diagnóstico en forma clara y concisa⁵¹.

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

Son un tipo de problema potencial, las intervenciones de enfermería independientes para problemas interdependientes se centran sobre todo en vigilar el estado del cliente y prevenir el desarrollo de la complicación. El tratamiento definitivo del problema exige tanto intervenciones médicas como de enfermería.

Puesto que el número de complicaciones fisiológicas para una enfermedad es limitada, los problemas interdependientes tienden a estar presentes en cualquier momento en el que lo este una determinada enfermedad o tratamiento, es decir cada enfermedad o tratamiento tiene complicaciones específicas que siempre se asocian con él.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

Durante la valoración la enfermera recoge datos de cara a la historia médica y al tratamiento. Con esta información puede predecir las complicaciones fisiológicas potenciales del cliente, las cuales debe monitorizar.

Por ejemplo; a un cliente ingresado para cirugía facultativa que tiene además una Diabetes Mellitus se le deberán monitorizar las fluctuaciones de la glicemia bajo la forma de un problema interdisciplinario complicación potencial, hipo/ hiperglucemia.

Para ayudar a identificar los problemas interdependientes, la enfermera debe hacerse la siguiente pregunta, ¿existe una complicación fisiológica o un alto riesgo de que desarrolle como consecuencia de una enfermedad, tratamiento, estudio diagnóstico o medicamentos, que requiera

⁵¹ Ibid. Pág. 38.

monitorización y control conjunto por un médico o una enfermera? en cualquiera de los siguientes sistemas corporales.

- Cardíaco, vascular.
- Inmunometabólico, hematopoyético.
- Respiratorio
- Renal, urinario
- Neurológico sensorial.
- Muscular – esquelético.
- Reproductor.
- Gastrointestinal, hepático biliar.

REDACCIÓN DE PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

Todo problema interdisciplinario de denominación diagnóstica “complicación potencial”, por ejemplo: Complicación potencial: sepsis. Complicación potencial: asma. Esta denominación indica que el enfoque de enfermería para los problemas interdisciplinarios es reducir la gravedad de ciertos factores o acontecimientos fisiológicos.

Por ejemplo: El diagnóstico complicación potencial: Hipertensión, alerta a la enfermera de que este cliente esta padeciendo una hipertensión o presenta alto riesgo de padecer hipertensión. En cualquier caso la enfermera reabrirá un informe sobre el estado del problema interdependiente o procederá a obtener los datos básales de la tensión arterial del cliente. Dado el estado fluctuante de la mayoría de los clientes, no es preciso ni realista modificar la terminología para diferenciar si el cliente, esta realmente padeciendo una hipertensión o simplemente esta en una situación de riesgo. Si la enfermera esta controlando una serie de complicaciones, los problemas interdisciplinarios pueden registrarse junto a estas, por ejemplo:

Complicaciones potenciales de inserción del marcapasos.

La enfermera puede expresar el problema interdependiente para reflejar una causa específica, por ejemplo, complicaciones potenciales: hiperglucemia en relación con tratamiento prolongado con corticoides, en la mayor parte de los casos, sin embargo dicha conexión es innecesaria.

Al redactar enunciados de problemas interdependientes la enfermera debe asegurarse de no omitir la raíz complicación potencial, esta raíz indica que se necesitan intervenciones escritas por la enfermera para su tratamiento. Sin la raíz, el problema interdisciplinario podría tomarse erróneamente como un diagnóstico médico, en cuyo caso la responsabilidad de la enfermería está subordinada a la medicina, disciplina principalmente responsable del diagnóstico y tratamiento de los diagnóstico médicos.

DIFERENCIACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

Tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes afectan a todos los pasos del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Pero cada uno requiere un enfoque diferente por parte de la enfermera.

En los diagnósticos de enfermería la valoración implica la recolección de datos para identificar los signos y síntomas de los diagnósticos de enfermería reales o de los factores de riesgo de los diagnósticos de enfermería potenciales. La valoración para los problemas interdependientes se centra en la determinación de estado del problema. La enfermera identifica un problema interdependiente cuando existen ciertas situaciones que aumentan la vulnerabilidad del cliente para la complicación o cuando el cliente ha sufrido dicha complicación.

Los problemas interdependientes se presentan o probablemente van a presentarse en asociación con una patología o tratamiento específico. Por ejemplo, todos los clientes intervenidos de cirugía abdominal están en situación de riesgo para ciertos problemas, por ejemplo, hemorragia e hipoxia, es necesario un conocimiento experto de la enfermería para valorar un riesgo específico

para estos problemas en un cliente en particular y para identificar precozmente los problemas para prevenir la morbilidad o mortalidad⁵².

PLANEACIÓN.

La planeación es una etapa sistemática y deliberativa del proceso de enfermería en la que se toman decisiones y se resuelven problemas. Durante la misma, la enfermera consulta los datos de la evaluación del cliente y de los enunciados diagnósticos para orientarse al formular los objetivos del cliente y determinar las estrategias de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del cliente. El producto de la etapa de planeación es un plan de asistencia al cliente.

Aunque la planeación es fundamentalmente responsabilidad de la enfermera, para que el plan sea eficaz es indispensable la información procedente del cliente y de las personas de apoyo. Las enfermeras no planifican para el cliente, sino que le animan a participar activamente en la medida de lo posible.

En el hogar son las personas de apoyo y los cuidadores quienes ejecutan el plan de asistencia, por lo que la eficacia depende en gran medida de ellos. Pueden aportar información acerca de problemas que, de otro modo, la enfermera podría no haber descubierto.

PLANEACIÓN: Planear significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar y las actividades que hay que realizar.

- ❖ Implica el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar respuestas saludables del cliente o impedir reducir o recoger las respuestas insanas identificadas en el diagnóstico de enfermería.

- ❖ Etapas que orientan a la acción⁵³.

⁵² *Ibíd.* Pág. 52.

⁵³ Leslie de Atikison. Mary Ellen Morr. Op. Cit. Pág.78-80.

ETAPAS DE PLANEACIÓN.

- Establecer una serie de prioridades.
- Definición de resultados esperados.
- Desarrollo de las intervenciones de enfermería. (Plan de Intervención).
- Documentación del plan.

ESTABLECER PRIORIDADES.

Es el proceso donde se determina un orden de preferencias para las estrategias de enfermería. Las prioridades asignadas no permanecen inmutables, al contrario van cambiando a medida que cambian las respuestas del cliente, los problemas y los tratamientos. La enfermera asigna prioridades, sobre la base del juicio de enfermería y en la medida de lo posible, de las preferencias del cliente. Debe tener en cuenta diversos factores como los valores y preferencias del cliente y los recursos disponibles.

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES.

Después de formular diagnósticos de enfermería concretos, la enfermera utiliza habilidades de pensamiento crítico para establecer prioridades en relación de los diagnósticos del cliente, ordenándoles según su importancia se establecen prioridades para ayudar a la enfermera a anticipar y secuenciar las intervenciones de enfermería cuando el cliente tiene problemas o alteraciones múltiples.

Establecer prioridades no es simplemente cuestión de numerar los diagnósticos dialécticos según la gravedad o importancia fisiológica, evidentemente, las necesidades fisiológicas básicas deben ser satisfechas primero, sin embargo, algunos clientes pueden tener necesidades socioculturales o psicológicas básicas que tengan mayor prioridad que las necesidades fisiológicas no manifiestas.

La selección de la prioridad es el método que utilizan conjuntamente la enfermera y el cliente para establecer la prioridad de los diagnósticos según los deseos, las necesidades y la seguridad del cliente.

Los clientes que entran al sistema sanitario generalmente tienen necesidades no satisfechas. Por ejemplo, una persona que entra en un servicio de urgencias con una neumonía aguda tiene una necesidad no satisfecha de oxígeno, su necesidad fisiológica más básica. Una anciana que vive en una zona de alta criminalidad puede estar preocupada por su seguridad física y, mientras este hospitalizada, puede necesitar atención psicológica por miedo a que su casa sea asaltada. Un ama de casa viuda cuyos hijos ya no viven con ella puede sentir que ya no tiene a nadie o no es amada. Las enfermeras en cualquier entorno de la práctica se encuentran con clientes con necesidades no satisfechas, el cuidado de enfermería comprende ayudar a los clientes y a menudo, a la familia, a satisfacerlas.

Las prioridades se clasifican como altas, intermedias o bajas. Las prioridades dependen de la urgencia del problema, de la naturaleza del tratamiento indicado y de las interacciones entre los diagnósticos de enfermería que, de no ser tratados, podrían perjudicar al cliente o a otros, tienen la prioridad más alta. Por ejemplo, el riesgo de violencia, el deterioro de intercambio gaseoso o la disminución del gasto cardíaco son diagnósticos de enfermería de alta prioridad.

Los diagnósticos de enfermería de prioridad intermedia afectan las necesidades no urgentes, sin embargo los de alta prioridad son las necesidades del cliente que posiblemente no están relacionadas con una enfermedad concreta o con el pronóstico.

Siempre que sea posible se debe implicar al cliente en el establecimiento de prioridades. En algunas ocasiones, el cliente y la enfermera atribuyen prioridades distintas a los diagnósticos de enfermería. Si ambos dan valores distintos a los cuidados de tratamientos, estas diferencias pueden resolverse a través de la comunicación abierta. Sin embargo, cuando se interrelacionan las necesidades fisiológicas y emocionales del cliente, la enfermera debe asumir la responsabilidad principal en el establecimiento de prioridades.

Cuando la enfermera usa el juicio clínico del razonamiento diagnóstico para asignar prioridades a los diagnósticos de enfermería debe considerar las necesidades del cliente, los recursos del sistema sanitario y las limitaciones del tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS.

Un resultado esperado es una finalidad específica que, paso a paso, lleva a alcanzar un objetivo y a la resolución de una etiología para el diagnóstico de enfermería. Un resultado es un cambio medible en respuesta a unos cuidados de enfermería. Se ha hablado de los resultados en el cliente como la definición última de efectividad, eficiencia y hay un énfasis creciente en la identificación, edición de las intervenciones y prácticas de enfermería. Los resultados son las respuestas deseadas de la alteración de un cliente en las dimensiones fisiológicas, social, emocional y espiritual. En cambio en la alteración se documenta a través de las respuestas observables y métricas del cliente.

Los resultados esperados determinan cuando se alcanzado un objetivo específico centrado en el cliente y más tarde ayudan a evaluar la respuesta a un cuidado de enfermería y a la resolución de un diagnóstico de enfermería.

Los resultados esperados tienen varias funciones. Proyectadas antes de seleccionar las acciones de enfermería, proporcionan una guía para las actividades enfermeras.

Los resultados incluyen la conducta observable del cliente y los criterios medibles para cada objetivo y la oportunidad de establecer los recursos adicionales que puedan ser necesarios para ello, incluyendo equipamiento, personal o conocimientos adicionales.

Finalmente, la enfermera utiliza los resultados esperados como criterio para evaluar la efectividad de las actividades de enfermería. Al escribir los resultados esperados, la enfermera debe asegurarse de que la formulación de los resultados está escrita en términos conductuales medibles. Esto le permite anotar específicamente la conducta esperada para la resolución del problema del paciente.

Las formulaciones de los resultados esperados se deben escribir secuencialmente, con entornos temporales. Esto da a la enfermera un orden para las intervenciones, así como la referencia de tiempo para la resolución del problema.

Generalmente se desarrollan varios resultados esperados para cada objetivo y diagnóstico de enfermería. El fundamento para los múltiples resultados esperados es que pocos problemas del cliente se pueden resolver por medio de una acción de enfermería. Además, la enumeración de los resultados esperados paso a paso da a la enfermera una guía práctica para planificar las intervenciones.

REDACCIÓN DE OBJETIVOS

Tras asignar las prioridades la enfermera establece los objetivos, para cada diagnóstico enfermero y problemas interdependientes. Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseado. Conseguir un objetivo es resolver el problema especificado en el diagnóstico de enfermería. En un plan de asistencia, los objetivos describen, en términos de respuestas observables del paciente, lo que la enfermera espera conseguir al ejecutar las órdenes de enfermería.

Un objetivo de cuidados es la meta a la que se quiere que llegue el cliente.

Intención dada a los cuidados, expresada por medios de un comportamiento esperado en el cliente: es un resultado que se desea obtener.

PROPÓSITO:

Definen de qué forma la enfermera y el cliente saben que la respuesta humana identificada en el diagnóstico ha sido impedida, modificada y corregida, determina la eficacia de las intervenciones de enfermería.

CARACTERÍSTICAS DE UN OBJETIVO DE CUIDADOS.

S: (Specificite) ESPECIFICIDAD o pertenencia a un solo sujeto, a veces puede aplicarse a una colectividad.

P: (Performance) META o acción esperada de la persona.

I: (Implication) IMPLICACIÓN o nivel de compromiso personal del cliente.

R: (Realisme) REALISMO. Un objetivo debe tener en cuenta la capacidad de la persona desde el punto de vista físico, intelectual y afectivo, para que sea aplicable, debe ser realista desde el punto de vista de la capacidad de la persona, la habilidad de la enfermera y su disponibilidad para ayudarlo a conseguirlo.

O: (Observable) OBSERVABLE. Un objetivo debe orientarse hacia comportamientos o hacia acciones objetivamente aplicables y observables, que, en determinados casos, debe ser incluso medible.

CAMPOS A LOS QUE PUEDEN PERTENECER LOS OBJETIVOS DE CUIDADOS.

DE NATURALEZA PSICOMOTRIZ: Cuando lo que este implicado es el movimiento.

DE NATURALEZA COGNITIVA: Cuando requiera al conocimiento.

DE NATURALEZA AFECTIVA: Cuando están interesadas las sensaciones, las emociones y los sentimientos.

DIRECTRICES PARA EL DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS.

- ❖ DEBEN RELACIONARSE CON LA RESPUESTA HUMANA ¿CÓMO? Debe reflejar la primera parte de la declaración del diagnóstico identificando respuestas favorables.
- ❖ DEBEN CENTRARSE EN EL CLIENTE ¿QUIEN? Centrados en el comportamiento del cliente. Debe señalar lo que hará cuándo y hasta qué punto se llevará a cabo.
- ❖ DEBEN SER CLAROS Y CONCISOS. De este modo aumentan la comunicación entre las personas del equipo de salud y fomenta la continuidad de cuidados. Debe evitar palabras ambiguas o abstractas.
- ❖ DEBEN DESCRIBIR COMPORTAMIENTOS OBSERVABLES Y MESURABLES (¿QUÉ, CUÁNDO, EN QUÉ MEDIDA?) Deben referir lo que el cliente hará, cuándo y hasta qué punto.
- ❖ DEBEN SER REALISTAS. Deben ser alcanzables considerando los recursos del cliente, personal de enfermería y centro.
- ❖ DEBEN DELIMITARSE EN CUANTO AL TIEMPO. Hay que delimitar cuánto tiempo se asigna para lograr el resultado. Horas, al día siguiente, durante la hospitalización, etc.
- ❖ DEBEN DETERMINARSE CONJUNTAMENTE CON EL CLIENTE Y LA ENFERMERA. Intercambio de expectativas, incluir al cliente como participante activo, ayuda al logro de los objetivos⁵⁴.

COMPONENTES DE LOS ENUNCIADOS DE OBJETIVOS.

Por lo general, los enunciados de objetivos constan de cuatro componentes:

⁵⁴ Ibid. Pág. 85.

1.- SUJETO: Es un sustantivo, es el paciente, cualquier parte del paciente o algún atributo del mismo, como el pulso o la producción de orina. Es frecuente omitir el sujeto en los objetivos de los planes de cuidados de enfermería, se da por hecho que se trata del paciente, salvo que se indique lo contrario.

2.- VERBO: Denota una acción que el paciente debe realizar, por ejemplo lo que ha de hacer, aprender o experimentar. Se emplean verbos que denotan conductas observables directamente, como administrar, demostrar, mostrar, caminar, etc.

Ejemplos de verbos de acción:

Mejorará. Aumentará. Disminuirá. Desarrollará.

3.- CONDICIONES O PUNTUALIZACIONES: Las condiciones o puntualizaciones pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales debe producirse la conducta del paciente. Explican el qué el dónde, el cuándo o el cómo.

4.- CRITERIOS DE RESULTADO ESPERADO: El criterio de resultado indica estándar por lo que se evalúa un rendimiento o el nivel al cual el paciente llevará a cabo la conducta especificada. Estos criterios pueden concretar el tiempo o la rapidez, la precisión, la distancia, la calidad. Para establecer un criterio de tiempo de consecución la enfermera debe preguntar ¿Cuánto tiempo? Para establecer un criterio de precisión, pregunta ¿Cómo de bien? De la misma forma, la enfermera pregunta ¿Hasta dónde? Y ¿Cuál es el estándar previsto? Para establecer criterios de distancia y de calidad.

FINES DE LOS OBJETIVOS.

1.- Orientar en la planificación de las intervenciones de enfermería con las que se lograrán las modificaciones deseadas en el paciente. Las ideas para estas intervenciones llegan más fácilmente si los objetivos expresan con claridad y concreción lo que la enfermera espera conseguir.

2.- Proporcionar un plazo para las actividades deseadas.

3.- Servir como criterio para evaluar los progresos del paciente. Aunque se desarrollan en la etapa de planificación del proceso de enfermería, los criterios de resultados sirven para juzgar las intervenciones de enfermería y los progresos del paciente en la etapa de evaluación.

4.- Permitir al paciente y a la enfermera determinar cuando se ha resuelto un problema.

5.- Motivar a ambos e infundirles un sentimiento de logro. A medida que van consiguiendo objetivos, tanto el paciente como la enfermera pueden ver que sus esfuerzos han merecido la pena. Esto les da ánimos para seguir cumpliendo el plan, sobre todo cuando es preciso realizar cambios difíciles en la forma de vida.

DISEÑO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.

DEFINICIÓN: Una intervención de enfermería es todo cuidado directo que una enfermera realiza a favor de un paciente. Son estrategias específicas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los resultados.

Se basan en:

- Factores relacionados identificados en la declaración del diagnóstico de enfermería.
- En las posteriores intervenciones que tienen con el cliente y su familia.
- Definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a las respuestas humanas.
- Se diseñaron como base a los conocimientos habilidades y recursos.

PARA QUE SIRVEN LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Permiten a la enfermera aplicar principios científicos y facilitar la administración de cuidados individuales.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES:

Las intervenciones independientes son las actividades que las enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades. Comprender los cuidados físicos, la evaluación continua, el apoyo y el consuelo emocional, la docencia, el asesoramiento, el cuidado del entorno y la referencia a otros profesionales sanitarios. Los diagnósticos de enfermería son problemas del paciente que pueden tratarse primordialmente con intervenciones de enfermería independientes. Mundinger refiere que es práctica de enfermería autónoma. Al realizar una actividad autónoma, la enfermera determina que el paciente precisa de ciertas intervenciones de enfermería y unas las lleva a cabo y otras las delegan en otras enfermeras y es responsable de las decisiones que toma y de sus acciones. Un ejemplo de acción independiente es planificar y proporcionar cuidados bucales especiales a un paciente tras haber diagnosticado alteración de la mucosa oral.

INTERVENCIONES DEPENDIENTES:

Las intervenciones dependientes son las que se realizan por orden del médico bajo su supervisión, o bien según procedimientos sistematizados.

Las órdenes médicas suelen consistir en prescribir medicamentos, terapias intravenosas, pruebas de diagnóstico, tratamientos, dietas y actividad, la enfermera es responsable de comprender y valorar las necesidades de las órdenes médicas y llevarlas a cabo. Las intervenciones dependientes suelen guardar relación directa con la enfermedad del paciente y su importancia no debe minusvalorarse. Pueden escribirse órdenes de enfermería para individualizar la orden

médica “deambulaci3n progresiva, seg3n lo tolere el paciente”, una enfermera podr3a escribir las siguientes 3rdenes de enfermer3a.

1. Balancear las piernas al borde de la cama durante 5 minutos a las 12 horas de la operaci3n.
2. De pie junto a la cama a las 24 horas de la operaci3n, observar si hay palidez, mareo y debilidad.
3. Tomar el pulso antes y despu3s de caminar. No seguir adelante si las pulsaciones son de 110 o m3s por minuto.

INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES:

Son acciones que la enfermera lleva a cabo en colaboraci3n con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, asistentes sociales, diet3logos y m3dicos. Las actividades de enfermer3a interdependientes reflejan como se solapan las responsabilidades del personal sanitario y las relaciones colegiales entre ellos. Por ejemplo, supongamos que el m3dico prescribe fisioterapia para ense1ar al paciente a caminar con muletas. La enfermera ser3a responsable de informar al departamento de fisioterapia y de coordinar los cuidados al paciente para incluir en ellas las sesiones de fisioterapia, cuando el paciente regresara a la unidad de enfermer3a, la enfermera le ayudaría en la marcha con muletas y colaboraría con el fisioterapeuta para valorar los progresos.

La ANA describe la colaboraci3n como “una verdadera asociaci3n en la cual el poder de cada parte es valorado por la otra, con reconocimiento y aceptaci3n de las esferas comunes e independientes de actividad y responsabilidad, salvaguarda mutua de los intereses leg3timos de cada parte y una comunidad de objetivos que ambas partes reconocen”. Para seguir una pr3ctica de enfermer3a interdependiente, las enfermeras deben ser competentes desde el punto de vista cl3nico, sentirse seguras de sus conocimientos y habilidades y asumir la responsabilidad de sus propias acciones. La cantidad de tiempo que la enfermera dedica a tareas independientes en

comparación con tareas interdependientes o derivadas varia en función del área clínica, del tipo de centro y del puesto concreto de la enfermera.

CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES

- Ser consecuentemente con el plan de cuidados.
- Basarse en principios científicos.
- Centrarse en factores relacionados del diagnóstico de enfermería.
- Incluir la opinión del cliente al escoger alternativas.
- Tener en cuenta las fuerzas y debilidades del cliente y gravedad de la situación.
- Provisión de un ambiente seguro y terapéutico.
- Oportunidades de enseñar – aprender.
- Utilizar los recursos apropiados.

DIRECTRICES PARA REDACCIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Deben estar fechadas y firmadas
- Debe incluir verbos de acción concretos y enumeradas las actividades específicas para lograr los resultados deseados.
- Deben definir ¿quién, qué, dónde, cuando, cómo y con qué frecuencia? Tendrán lugar las actividades.

- Deben estar individualizadas para el cliente.

DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

El plan de cuidados de enfermería: es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados a un cliente como un todo significativo, comprende las acciones que deben emprender las enfermeras para atender a los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes del cliente y alcanzar los objetivos marcados⁵⁵.

EJECUCIÓN.

DEFINICIÓN:

Es la cuarta etapa del proceso de enfermería, en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería, para lograr los objetivos formulados.

Se estructura en base a las intervenciones de enfermería que son acciones autónomas fundamentadas en bases científicas, con el fin de beneficiar al cliente de manera determinada. Una ejecución satisfactoria depende, en parte de la calidad de valoración, del diagnóstico y de la planificación que se hayan realizado. Estas tres primeras etapas del proceso de enfermería llevadas a cabo durante la fase de ejecución. A su vez la propia fase de ejecución influye sobre las verdaderas actividades de enfermería y las respuestas del cliente.

La ejecución consta de tres etapas:

ETAPA I. PREPARACIÓN: Repaso de las intervenciones de enfermería identificadas en la fase de ejecución. Análisis de los conocimientos y técnicas requeridas.

- ❖ Reconocer posibles complicaciones.

⁵⁵ Ann Marrier- Tomey. Op. Pág.110-115.

- ❖ Determinación y suministro de recursos necesarios: hombres, mujeres, materiales, máquinas, métodos, dinero.
- ❖ Preparar un ambiente favorecedor: confort seguridad: edad, grado de movilidad, déficit sensorial, nivel de conciencia y orientación.

ETAPA II. INTERVENCIÓN:

La etapa de ejecución se centra en la iniciación de las intervenciones de enfermería diseñadas para cubrir las necesidades físicas del cliente. La ejecución de las intervenciones de enfermería puede ir dirigida hacia:

- Ayudar al cliente a identificar modelos personales de respuesta ante una tensión.
- Individual o familiar.
- Identificar cuales son para el cliente, como individuo, las fuentes de tensión.
- Desarrollar estrategias positivas de afrontamiento para quitar la angustia.
- Ofrecer información relativa a las variables identificadas y el uso de la relajación.
- Obtener otros recursos cuando sea necesario.

ETAPA III. DOCUMENTACIÓN:

La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería.

HISTORIAL ORIENTADO EN LA FUENTE Y SUS DESVENTAJAS.

- Fragmentación de los cuidados del cliente según los administradores.
- No hay una clara definición del problema del cliente o de los enfoques interdisciplinarios para su control.
- Falta de documentación integrada sobre la respuesta que tiene el cliente a la intervención.
- Documentación poco consistente de la intervención dada cuando se lleva a cabo por muchas disciplinas.
- Mayor dificultad para revisar los registros y evaluar la calidad de la asistencia prestada.
- Las anotaciones narrativas no están organizadas en temas, dificultando la recuperación de los datos relativos a un determinado problema.

HISTORIALES ORIENTADOS EN EL PROBLEMA Y SUS VENTAJAS.

- Los datos son más accesibles y se centran en las necesidades individuales del cliente.
- Se facilita una calidad asistencial, puesto que la totalidad del equipo de salud se centra en los mismos problemas identificados.
- Todas las disciplinas implicadas en la atención del cliente tienden a un rápido acceso a los datos relativos del plan de cuidados
- Se fomenta la colaboración de todos los miembros del equipo de salud, puesto que los datos multidisciplinares están disponibles.

- Se potencia la enseñanza ya que cada disciplina identifica y observa lo realizado por los demás.
- Permite una fácil identificación de las deficiencias.
- Se facilita la investigación, ya que los registros tienden a ser más exactos y completos.

HABILIDADES PARA LA EJECUCIÓN.

Para ejecutar el plan de cuidados satisfactoriamente las enfermeras requieren buenas habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas.

Las habilidades difieren unas de otras; sin embargo, en la práctica las enfermeras las utilizan en diversas combinaciones y con distinto énfasis, dependiendo de la actividad.

HABILIDADES COGNITIVAS:

Son habilidades (intelectuales) e incluyen la solución de problemas, la toma de decisiones, el razonamiento crítico y el pensamiento creativo.

HABILIDADES INTERPERSONALES:

Son todas las actividades que las personas utilizan al comunicarse directamente con otras, incluyen actividades verbales y no verbales, la eficacia de una acción de enfermería suele depender en gran medida, de la capacidad de la enfermera para comunicarse con los demás. Las habilidades interpersonales son necesarias para todas las actividades de enfermería: cuidar, acomodar, consultar, aconsejar y apoyar son solo algunas, incluyen conocimientos transmisibles, actitudes, sentimientos, interés y apreciación de los valores culturales del cliente y de su estilo de

vida. Para que las enfermeras puedan alcanzar un alto grado de habilidad en las relaciones interpersonales deben tener conciencia y sensibilidad hacia los demás.

HABILIDADES TÉCNICAS:

Son habilidades “manuales”, como la manipulación de equipamiento, administración de inyecciones, realización de vendajes, movilizar, levantar a los clientes. Estas tareas también se denominan procedimientos y habilidades psicomotoras.

REGISTRO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA, COMUNICAR LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA:

Tras cumplir las órdenes de enfermería, la enfermera completa la fase de ejecución registrando las intervenciones, así como las respuestas del cliente, en las notas evolutivas de enfermería, éstas forman parte del registro permanente del centro para el cliente, las acciones de enfermería no deben registrarse anticipadamente, ya que la enfermera puede determinar, al valorar de nuevo al cliente, que la acción no debe o no puede ser ajustada. Por ejemplo, una enfermera está autorizada para inyectar 10 mg de sulfato de morfina por vía subcutánea a un cliente, pero la enfermera encuentra que la frecuencia respiratoria del cliente es de 4 respiraciones por minuto. Este hallazgo contraindica la administración de morfina (un depresor respiratorio). La enfermera retiene la morfina e informa de la frecuencia respiratoria del cliente a la enfermera jefe o al médico, una enfermera también puede encontrar que una acción de enfermería planeada no puede ejecutarse, por ejemplo el cliente se niega; el cliente está demasiado débil para andar; la enfermera encuentra una obstrucción al insertar una sonda rectal. Por consiguiente las actividades de enfermería se registran siempre después de haberse realizado, cuando la enfermera puede reflejar de forma precisa lo que ha ocurrido.

La enfermera puede registrar las actividades rutinarias o respectivas, por ejemplo bucales, al final de un turno, mientras tanto, la enfermera lleva un registro personal de estas intervenciones. Muchos centros disponen de impresos especiales para este tipo de registro, en algunos casos es

importante registrar una acción de enfermería inmediatamente después de su ejecución. Esto es especialmente importante en la administración de medicamentos y tratamientos ya que los datos registrados sobre un cliente deben estar actualizados, ser precisos y estar disponibles para otras enfermeras o profesionales sanitarios. El registro inmediato ayuda a proteger al cliente, por ejemplo, de recibir una segunda dosis de la misma medicación. Las actuaciones de enfermería se comunican verbalmente, además de por escrito. Cuando la salud de un cliente esta cambiando rápidamente, la enfermera jefe o médico pueden requerir estar informados continuamente de forma verbal. Los informes verbales se dan a otras enfermeras y a otros profesionales sanitarios. Las enfermeras también dan informes verbales en los cambios de turno y al remitir al cliente a otro departamento o a otro centro sanitario⁵⁶.

Las notas de evolución conjuntas incluyen anotaciones de todas las disciplinas. La evaluación de la información anotada en estas notas ayuda a medir el progreso del cliente hacia el logro de los resultados. También permite al evaluador modificar el plan de acuerdo a esto.

EVALUACIÓN.

Evaluar es juzgar o emitir. La evaluación es la quinta y última etapa del proceso de enfermería. La evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos, en la que los clientes y los profesionales sanitarios determinan:

1. El progreso del cliente referido a la consecución de los objetivos y
2. La eficacia del plan de cuidados de enfermería; las conclusiones obtenidas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben suspenderse, continuarse o cambiarse.

La evaluación es un proceso continuo y formal. Es una parte integral de cada fase. Se realiza en todo el proceso y al final cuando se compara el estado de salud del cliente con los resultados obtenidos en el plan de atención.

⁵⁶ Ibid. Pág.46

ETAPAS

1. Datos recolectados.
2. Comparación de los datos recolectados con el resultado.
3. Emisión de un juicio sobre el progreso del cliente hacia el logro de los resultados.
4. Revisión del plan de cuidados.

1.- DATOS RECOLECTADOS

- Entrevistar al cliente: Informar sobre lo que le preocupa, estado físico o emocional y conocimientos del cliente de su situación.
- Observación directa implica valoración de las señales relativas al aspecto y comparación del cliente.
- Exploración física, inspección, palpación, percusión y auscultación.
- Revisión de documentos: Historia clínica, estudios de laboratorio y evaluación.

2.- COMPARACIÓN DE LOS DATOS RECOLECTADOS CON LOS RESULTADOS:

Después de recoger los datos, la enfermera compara el estado de salud actual del cliente con los resultados obtenidos en el plan de intervención.

3.- JUICIOS SOBRE EL PROGRESO

Se ha logrado el resultado: el diagnóstico de enfermería identifica una respuesta que se ha resuelto y no es actual.

SINO SE HA RESUELTO EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- Añadir otros resultados.
- Revisar las intervenciones.
- Hacer una nueva valoración para determinar si la respuesta humana fue aprobada.

4.- REVISIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.

Se revisan y se determina el porque no fueron eficaces para ayudar al cliente.

DIFERENCIA ENTRE LA EVALUACIÓN DEL PROCESO Y LA EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS.

La evaluación del proceso de cuidados de enfermería no constituye en si misma la evaluación de los cuidados, ya que esta es muchos más amplia. En efecto, esta abarca toda la planificación de conjunto de cuidados que dispensa la enfermera, es decir, la calidad técnica y de relación manifestada a lo largo de su ejecución, la capacidad de la enfermera para trabajar en equipo, la realización correcta de las historias. El proceso, situado dentro de cualquiera de los marcos conceptuales, constituye un instrumento excepcional para proceder a esta evaluación. Se podría incluso afirmar que la enfermera que domina bien el proceso está en posesión de la reflexión, el rigor científico y la preocupación por la persona, para aplicar unos cuidados de enfermería de calidad.

LOGRO DE LOS OBJETIVOS Y LOS CRITERIOS DE RESULTADOS.

Los resultados esperados, formulados en la etapa de planificación, son los criterios de los resultados para evaluar la respuesta del cliente a los cuidados de enfermería. La evolución esperada sirve para dos propósitos:

1. Establecer el tipo de datos evaluativos que han de ser obtenidos y
2. Proporcionar un estándar frente al que se comparan los datos.

OBTENCIÓN DE DATOS: Utilizando los resultados esperados claramente establecidos, precisos y medibles como una guía, la enfermera obtiene datos de forma que se puedan extraer conclusiones sobre la consecución o no de los objetivos. Suele ser necesario obtener datos tanto subjetivos como objetivos.

Algunos datos pueden requerir interpretación como el grado de turgencia tisular en un cliente deshidratado o el grado de agitación en un cliente con dolor. Cuando los datos objetivos requieran interpretación, la enfermera puede obtener la opinión de otras enfermeras para fundamentar cambios. Al interpretar datos subjetivos, la enfermera debe basarse en: a) las afirmaciones del cliente (por ejemplo “Mi dolor es peor ahora que después de desayunar”) o b) en indicadores objetivos, aunque estos indicadores objetivos de los datos subjetivos, también pueden requerir interpretación (por ejemplo disminución de la agitación, disminución de la frecuencia respiratoria y del pulso, músculos faciales relajados como indicadores de alivio del dolor).

ENJUICIAMIENTO DE LA CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS.

Si las dos primeras partes del proceso de la evaluación han sido realizadas de forma eficaz, resulta relativamente fácil determinar si se ha conseguido un objetivo. Tanto la enfermera como

el cliente pueden adoptar un papel activo en la comparación de las respuestas reales del cliente con la evolución esperada.

Tras determinar si el objetivo se consiguió, la enfermera escribe un informe de evaluación (en el plan de cuidados o en las notas de enfermería). Un informe de evaluación consta de dos partes: Conclusión de los datos que la fundamentan. La conclusión es la determinación de si el objetivo o resultado esperado fue cumplido, parcialmente conseguido o no se alcanzó. Los datos que la fundamentan son una lista de respuestas del cliente que apoyan la conclusión⁵⁷.

⁵⁷ Ibid. Pág 102.

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

ANTECEDENTES PERSONALES: Virginia Henderson nació en 1897, paso su infancia y adolescencia en Virginia.

Durante la primera guerra mundial, Henderson desarrollo su interés por la enfermería, y en 1918 ingreso en la Army School of de Washington d.c. se graduó en 1921, en 1922 inicio su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años después ingreso en el Teacher's College de la Universidad de Columbia, más tarde imparte cursos sobre el ejercicio de la profesión hasta 1948.

Henderson tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora, reescribió la cuarta edición de la obra de Bertha Hamer, Textbook of the Principles and Practice of Nursing en 1939 y en 1955 publicó la quinta edición de este libro y contenía la definición de Henderson sobre la enfermería.

En la convención de la American Nurses Association, recibió una mención honorífica especial por las contribuciones que ha realizado durante toda su vida a la investigación, formulación y desarrollo profesional de la enfermería.

Henderson murió en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continuo influyendo en la práctica, la enseñanza y la investigación enteras en todo el mundo.

FUENTES TEÓRICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORÍA.

Henderson publico por primera vez su definición de la enfermería en la revisión que en 1955 hizo junto con Harper de la obra The Principles and Practice of Nursing, de esta última. En la decisión de Henderson de crear su propia definición de la enfermería influyeron principalmente tres factores. En primer lugar, en 1939 revisó el Texbook of Principles and Practice of Nursing,

Henderson ve el trabajo que realizó con este texto el origen de su percepción de la “necesidad de aclarar las funciones de las enfermeras”, otra razón fue por participación como miembro de un comité en una conferencia regional del Nacional Nursing Council en 1946. Su trabajo en el comité fue incluido en el archivo de Esther Licule Brown de 1948. Henderson considera su trabajo una definición más que una teoría no estaba de moda en esa época. Describe su interpretación como la “síntesis de muchas influencias, unas positivas y otras negativas”.

APLICACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS.

Henderson incorporo principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de la enfermería, supone que “una definición de enfermería debería llevar implícito el principio del equilibrio fisiológico”.

Con la teoría de Bernard, también mejora su apreciación de la medicina psicosomática y sus complicaciones en enfermería. Henderson afirma: “Era obvio que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio psicológico una vez que una emoción es en realidad nuestra interpretación de la respuesta celular a las flatulencias de la composición química de los fluidos intercelulares”.

PRINCIPIOS, CONCEPTOS Y DEFINICIONES:

ENFERMERÍA: Henderson define la enfermería en términos funcionales:

La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos, enfermos o sanos, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, a su recuperación (o a una muerte tranquila).

- La enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario.
- La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan.

- La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.
- La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.

SALUD:

Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería.

Dice que es “la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental, física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida”.

ENTORNO:

Henderson se remite al Welter’s New Collegiate Dictionary “conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”. Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad. Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

PERSONA (PACIENTE):

Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables.

Considera al paciente y su familia como una unidad.

NECESIDAD:

No se encuentra una definición de necesidad pero Henderson identifica 14 Necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermera:

- 1) Respirar normalmente
- 2) Comer y beber en forma adecuada
- 3) Eliminar los residuos corporales.
- 4) Moverse y mantener la posición deseada.
- 5) Dormir y descansar.
- 6) Elegir las prendas de vestir- vestirse y desvestirse.
- 7) Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
- 8) Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
- 9) Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
- 10) Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones, y sexo.
- 11) Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
- 12) Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
- 13) Jugar o participar en alguna actividad recreativa.

- 14) Aprender, describir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, utilizar los recursos sanitarios disponibles.

AFIRMACIONES TEÓRICAS.

LA RELACIÓN ENFERMERA- PACIENTE.

Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera paciente que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente:

La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente, como ayuda para el paciente, como compañera del paciente.

En caso de enfermedad grave la enfermera esta considerada como un sustituto de los que el paciente carece para considerarle “complemento” “íntegro” o “independiente”, por la ausencia de fuerza física, voluntad y conocimiento.

Durante la convalecencia la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia. Henderson afirma: “la independencia es un término relativo, ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma”.

La enfermera y el paciente siempre trabajan como un objetivo sea este la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermería debe ser que el día del paciente transcurra “con la mayor normalidad posible”. La promoción de la salud es otro de los objetivos, Henderson afirma que “se consigue más ayudando a que la persona aprenda a estar sana que preparando a los terapeutas más capacitados para servir a los que necesiten”.

LA RELACIÓN ENFERMERA- MÉDICO:

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico.

LA ENFERMERA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO SANITARIO.

La enfermera trabaja en independencia con otros profesionales sanitarios. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto de programa de asistencia, desarrollando cada uno su trabajo. Henderson nos recuerda que “nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que alguno de ellos sea incapaz de realizar su función específica”.

Henderson compara el cuerpo sanitario en su conjunto, incluidos el paciente y su familia, con los sectores en forma de cuña de un gráfico sectorial. El tamaño del sector de cada miembro depende de las necesidades actuales del paciente y, por lo tanto, varía a medida que el paciente tenga el sector más grande o que llegue a ocupar todo el gráfico.

MÉTODO LÓGICO:

Parece que Henderson ha utilizado el método deductivo del razonamiento lógico para desarrollar su definición de enfermería, deduce su definición y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos, se deben estudiar los supuestos de la definición de Henderson para determinar su idoneidad lógica.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA.

EJERCICIO PROFESIONAL.

La definición de Henderson sobre la enfermería, por lo que al ejercicio profesional se refiere, indica que la enfermera que ve como su función principal la de suministradora directa de asistencia al paciente hallará una recompensa inmediata en el progreso del mismo desde la dependencia a la independencia. La enfermera debe realizar todos los esfuerzos necesarios para entender al paciente cuando pierde la voluntad, el conocimiento o la fuerza; la enfermera debe “estar en su piel”. La enfermera puede ayudar al paciente a ser independiente mediante la valoración, planificación, realización y evaluación de cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería.

Henderson afirma que “mientras que la enfermería sea el único servicio disponible 24 horas al día, 7 días de la semana, la capacidad de las enfermeras para diferenciar lo normal de lo anormal en el paciente sano, la función de la evaluación de las enfermeras es indiscutible”.

DESARROLLOS POSTERIORES.

La última vez que Henderson revisó su definición de enfermería fue el 1966, aunque continuó escribiendo y reflexionando sobre la práctica de enfermería durante toda su vida. En 1991, afirmó que el cuidado del paciente era “el elemento esencial del servicio enfermero”. Henderson se cuestionó la práctica enfermera y el uso del proceso de enfermería. Puso énfasis en la valoración continua de las necesidades del paciente y los objetivos cambian. Así mismo, Henderson animó a las enfermeras a que identificarán nuevas necesidades más allá de las 14 que enumeró. Creía que la investigación en enfermería es esencial para la práctica en la era de los avances tecnológicos.

CASO CLÍNICO

Blanca Isela es ama de casa de 34 años de edad, procedente del Gigante y nació el 10 de Diciembre de 1970 en Maravatío, Michoacán; donde radica actualmente es casada, católica, con escolaridad de Primaria, menarca a los trece años con inicio de vida sexual activa a los 21 años. Tuvo tres embarazos, de los cuales los tres fueron partos. Menciona haber utilizado métodos anticonceptivos (la inyección mensual) vive con su esposo de 37 años y sus hijas.

Antecedentes heredo familiares de madre diabética en control niega otros antecedentes.

La casa que habita esta construida de tabique y colado, con piso de cemento, tiene 4 cuartos, cocina, baño de taza y regadera, además de un patio. Cuenta con los servicios de alumbrado, alcantarillado y agua potable. Se baña cada tercer día y su lavado dental una vez al día.

Su alimentación es equilibrada, ya que consume de todos los grupos de alimentos, las frutas las consume una pieza al día, verduras una ración diaria, cereales una taza de avena diariamente, legumbres una ración cada mañana.

Actualmente ha dejado de consumir leche y aguacate ya que le produce distensión y deseos de vomitar, además a disminuido el consumo de carne roja, consume agua de garrafón y refiere que ha aumentado su ingesta de líquidos, tomando aproximadamente 2 litros de agua al día. Cocina sus alimentos con aceite.

Niega tabaquismo, alcoholismo, no consume sustancias tóxicas (drogas)

Inicia su padecimiento actual en el mes de marzo del presente año, con nauseas, vómito y dolor tipo cólico localizado en el hipocondrio derecho de leve a moderado que irradia hacia la espalda, el cual aumenta con la ingesta de irritantes y alimentos grasos; por lo que acude a la consulta médica, se le indica que se realice estudios de laboratorio y gabinete así como un ultrasonido de vías biliares en el cual se confirma Colecistitis Crónica Litiásica y por este motivo se envía con el cirujano general del Hospital Balbuena de Maravatío.

A la exploración física, Blanca Isela se encuentra alerta, bien orientada, su lenguaje es claro y coherente, piel bien hidratada, con leve palidez de tegumentos, buen llenado capilar. Pupilas isocóricas, normoreflexivas, conjuntivas con buen color, mucosa oral húmeda. Cuello sin adenomegalias, pulso carotídeo de buena intensidad. Campos pulmonares bien ventilados, no se auscultan estertores, ruidos cardíacos de buena intensidad. Glándulas mamarias simétricas, sin megalias, abdomen blando, depresible poco doloroso a la palpación, ruidos intestinales presentes. Refiere haber tenido una pérdida de peso de 4 kilogramos en los últimos 2 meses.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN POR NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Frecuencia respiratoria de 20 por minuto sin ruidos a la auscultación, no fuma, no presenta ningún tipo de alergias, su presión arterial es de 120/70 mmHg, frecuencia cardiaca es de 80 por minuto.

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN.

Peso habitual es de 64 kg., peso actual es de 60 kg. Talla es de 1.60cm.

Tiene una ingesta alimentaria habitual: en el desayuno frijoles 7/7, tortillas 7/7, queso 3/7, huevo 1/7, en la comida pollo 3/7, sopa de arroz o pasta 2/7, verduras 7/7, fruta 7/7, merienda avena 7/7, pan 7/7, azúcar 7/7.

Dice no llevar una dieta especial solamente que cuida no comer algunos alimentos o disminuir su consumo, como la carne roja, la leche, el aguacate, su apetito por el momento no ha disminuido, se encuentra normal, aunque ha presentado náuseas y vómito en los últimos dos meses (febrero y marzo) por lo que ha tenido una pérdida de peso de 4 kg, hasta el momento. Ingiere 2 litros de agua al día, no presenta problemas de masticación y deglución. Su piel se encuentra bien hidratada, tiene buen llenado capilar.

3.-NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Su frecuencia intestinal es de 2 veces por día, su frecuencia urinaria es de 6 veces al día, color amarillo claro, no ha presentado ninguna enfermedad urinaria. Presenta sudoración normal,

aunque aumenta cuando le da el dolor, su menstruación es regular sin presentar ningún problema ni fuera ni durante la menstruación.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Se encuentra alerta, orientada con buena expresión facial, postura erecta, modo de andar normal, sin limitaciones físicas por el momento. Su posición es libremente escogida y cambia cuando lo considera necesario. El ejercicio que realiza es caminar aproximadamente una hora al día, no practica ningún deporte. Refiere que cuando le da el dolor es que se recuesta en el día, puesto que este le impide realizar sus actividades diarias. Ella se considera una persona activa puesto que siempre se encuentra en constante movimiento, aunque últimamente han disminuido sus actividades cotidianas.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO.

Duerme aproximadamente de 8-9 horas por la noche, sin siestas por el día. Se recuesta solamente cuando presenta el dolor mientras esta sede. No presenta ningún problema para conciliar el sueño. Refiere tener una sensación de descanso después de dormir.

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE.

Su capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse es buena por lo que no necesita de ayuda. Viste de acuerdo con su edad, acorde a la situación y clima. Su estado de ánimo no influye en la selección de sus prendas de vestir.

7.- NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN.

La temperatura corporal es de 36 ° C. Se encuentra dentro de los parámetros normales. Presenta buena adaptabilidad a los cambios de temperatura. Tiene poca transpiración, no ha presentado fiebre por el momento. Es capaz de tomarse la temperatura ella misma. Utiliza ropa adecuada al clima que se presente.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Se ducha cada tercer día con cambio de ropa cada tercer día, el lavado de manos adecuado, el cepillado de dientes es diario una vez al día, y presenta problemas de caries. Tiene buen cuidado del cabello, uñas y piel. Utiliza crema para lubricar su piel después de bañarse y sobretodo después de lavar su ropa.

Se encuentra con leve palidez de tegumentos, pero sin resequedad y bien hidratada.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Se encuentra alerta, orientada en tiempo, espacio y persona, responde a estímulos externos. Se autodescribe como una persona alegre que confía en los demás, que valora sus logros, con una buena autoestima. Refiere que por la enfermedad se siente sin ánimos y estresada, con incertidumbre ya que tiene miedo a que la operen y también porque dice no saber mucho acerca de su enfermedad.

Manifiesta poder reconocer los peligros que la rodean y tomar las precauciones necesarias para evitarlas.

10.-NECESIDAD DE COMUNICACIÓN Y SEXUALIDAD.

Su lenguaje es coherente y organizado, su tono y modulación de voz es tranquila. La organización del pensamiento es coherente, su forma de expresión es clara y organizada, vive

acompañada de su esposo y sus tres hijas. La persona más significativa para ella y su principal confidente es su esposo. Se relaciona a diario con sus hijas, vecinos. Generalmente se encuentra sola durante el día por que su esposo sale a su trabajo y sus hijas van a la escuela. Ocasionalmente asiste a fiestas. Su primera menstruación fue a los trece años con un ritmo de 28 x 3-4 días, la fecha de su último parto fue en 1998; algunas veces uso métodos anticonceptivos y el método utilizado fue la inyección mensual. Refiere realizarse cada año el examen del papanicolao y autoexploración mamaria cada mes.

11.-NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Lo más importante en su vida es su salud, práctica la religión es católica, le gusta realizar prácticas religiosas, como visitar el templo, rezar, acudir a misa solo los domingos y festividades de algún santo o virgen, en caso de no poder tomar decisiones le gustaría que lo hiciera su esposo.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Es capaz de tomar sus decisiones por si sola y resolver sus problemas. Manifiesta que su estado de salud le impide consumir comidas picantes, antojitos condimentados y grasa.

13.- NECESIDAD DE JUGAR/ PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Reserva poco tiempo para divertirse, realiza manualidades como tejer y también lee novelas, no práctica actividades recreativas ni deportivas.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Le gusta aprender y conocer nuevas cosas, actualmente manifiesta que desearía saber más sobre su enfermedad para no sentirse tan angustiada.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE 1

Dolor en hipocondrio derecho relacionado con la inflamación y bloqueo del tracto biliar manifestado verbalmente y por expresión facial.

DIAGNÓSTICO 2

Déficit de conocimientos relacionado con la falta de información sobre su enfermedad (Colecistitis Crónica Litiásica) manifestado verbalmente.

DIAGNÓSTICO 3

Temor relacionado con la cirugía manifestada por miedo.

DIAGNÓSTICO 4

Déficit de autocuidado baño/higiene relacionado con el deterioro perceptivo o cognitivo manifestado por lavarse los dientes una vez al día y presencia de caries.

DIAGNÓSTICO 5

Dolor relacionado con la cirugía manifestado por molestias en la herida quirúrgica con el cambio de posiciones.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO

DIAGNÓSTICO 6

Riesgo de infección relacionado con la herida quirúrgica.

DIAGNÓSTICO 1

Dolor en hipocondrio derecho relacionado con la inflamación y bloqueo del tracto biliar manifestado verbalmente y por expresión facial.

OBJETIVO

Blanca Isela expresará verbalmente la disminución y desaparición del dolor en el hipocondrio derecho.

Blanca Isela identificará la causa de su dolor y los factores concurrentes que lo agravan.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

- Aliviar el dolor mediante el empleo de analgésicos y antiespasmódicos.

Fundamentación científica: El metilizo es un analgésico que esta indicado como espasmolítico en malestares viscerales, por lo que ayudara a contrarrestar el dolor.

- Explicar las causas de dolor y el uso correcto de los medicamentos para esté (analgésicos).

Fundamentación científica: El dolor es causado por el cólico biliar, este se debe a la contracción de la vesícula debido a que ésta no libera bilis por que el cálculo la obstruye.

Con esto se eliminan las dudas del paciente sobre el tratamiento que se utiliza para su recuperación y así disminuirá el temor de lo que puede pasar con su enfermedad.

- Diseñar conjuntamente estrategias para minimizar o eliminar el dolor, además de la medicación como técnicas de relajación, distracción, aplicación de frío o calor, estimulación cutánea.

Fundamentación científica: Las técnicas alternativas sirven como distracción para minimizar el dolor.

- Instruir a la paciente para que evite los alimentos que pueden desencadenar dolor como: las grasas, comidas muy condimentadas.

Fundamentación científica: Los alimentos con alto contenido en grasa son los que ocasionan el dolor, ya que con la ingestión de grasa se estimula la vesícula biliar para la liberación de bilis y se pueden digerir las grasas.

EJECUCIÓN

Se administró analgésico para el dolor (metamizol), se utilizó un antiespasmódico (buscapina). Manteniendo un enfoque preventivo administrando analgésico antes de que el dolor apareciera o se hiciera más intenso.

Se explicó de manera sencilla las causas del dolor (en este caso el cólico biliar) usando un lenguaje claro y comprensible. Se orientó sobre el uso de los analgésicos prescritos por el médico.

Se utilizaron técnicas alternativas para minimizar el dolor como: la relajación y la distracción empleando revistas y libros de interés de la paciente.

Se enseñó acerca de los medicamentos que podía o no consumir de acuerdo a su enfermedad. Se eliminaron de su dieta los alimentos ricos en grasas, el café y los irritantes.

EVALUACIÓN

La paciente refirió disminución del dolor tras la aplicación de analgésicos, además el bajo consumo de alimentos grasos también ayudaron para aminorar el dolor. Con la explicación proporcionada acerca del dolor le ayudo para reconocer la causa que lo produce y los factores que lo agravan.

La utilización de otras medidas como la distracción como los libros de cocina la mantenían ocupada, lo que le ayudó para no estar pensando en su padecimiento. Por lo tanto se cumplió el objetivo planeado.

DIAGNÓSTICO 2

Déficit de conocimientos relacionado con la falta de información sobre su enfermedad (Colecistitis Crónica Litiásica) manifestado verbalmente.

OBJETIVO

Blanca Isela adquirirá los conocimientos y/o habilidades necesarias para manejar su situación de salud mediante información oral y escrita en una semana.

Demostrará su comprensión de la información recibida.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

- Fijar prioridades y objetivos del aprendizaje, prestando atención a que estos sean realistas y mensurables.

Fundamentación científica: El fijar prioridades y objetivos del aprendizaje nos sirve para enfocarnos a lo más importante que es la enfermedad dando una explicación de lo que se trata la enfermedad.

El hecho de que se le informe al paciente sobre la patología que presenta, ayuda en principio para que se de cuenta lo que le está provocando el dolor y que conozca que fue lo que probablemente ocasionó su enfermedad.

- Elegir los métodos de enseñanza/aprendizaje más adecuado a las capacidades e intereses de la persona y el tema a tratar: material escrito, información oral.

Fundamentación científica: Estos métodos de enseñanza facilitarán el ritmo de aprendizaje, la calidad de la información y retención.

- Respetar el ritmo de aprendizaje de la persona/familia; darlos conocimientos de forma gradual; evitar el exceso de información y el uso de tecnicismos; aprovechar todas las ocasiones propicias para reforzar el aprendizaje.

Fundamentación científica: Brindar un ambiente de confianza para que exprese sus dudas.

- Disponer de un ambiente propicio que induzca el aprendizaje (ventilación, comodidad, tono de voz, ambiente sin interrupciones)

Fundamentación científica: Favorecerá en la obtención de buenos resultados.

EJECUCIÓN

Se utilizaron métodos de enseñanza acordes a la capacidad de Blanca Isela, en forma oral, material escrito adecuando un lenguaje entendible con términos familiares para ella.

Se realizaron continuamente pláticas, abordando temas que ella eligió de acuerdo a sus dudas y preguntas, signos y síntomas de su padecimiento.

Se evaluó el grado de aprendizaje a base de preguntas y respuestas por parte de Blanca Isela, así como dudas que tenía.

EVALUACIÓN

Fue un poco difícil tratar de disminuir el temor que refirió Blanca Isela a pesar de la explicación general que se le brindó acerca de su padecimiento; sin embargo empezó a mostrar confianza y aunque no era al 100% , al menos disminuyó el temor en un 60% , refiriendo alegría por ya no batallar más contra su enfermedad.

DIAGNÓSTICO 3

Temor relacionado con la cirugía manifestado por miedo.

OBJETIVO

La señora Blanca Isela mostrará una disminución de la respuesta física, emocional, espiritual y social al temor en una semana.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

- Ayudar a explicitar claramente el temor y el por que de éste.

Fundamentación científica: Temor es una sensación de amenaza y el hablar con la persona afectada ayuda a tranquilizarse un poco ya que el temor que manifiesta es por la cirugía y porque nunca la han operado.

- Brindar toda la información que necesite y/o solicite, evitando las mentiras “tranquilizadoras”.

Fundamentación científica: Con esto disminuye el temor que siente.

- Averiguar si desea ayuda espiritual y facilitarle su obtención: visitas, asistencia a ritos, intimidad para meditar, etc.

Fundamentación científica: Las creencias religiosas del paciente pueden tener profunda influencia sobre su rapidez de recuperación, su actitud hacia el tratamiento y su reacción a la hospitalización.

- Proporcionarle apoyo psicológico.

Fundamentación científica: Hecho de escuchar a la persona ayuda a disminuir el temor y miedo que tiene de la anestesia y la cirugía por lo cual se presenta más tranquilo y coopera.

EJECUCIÓN

Se habló con Blanca Isela para saber los motivos de su temor, de tal forma que se conversó sobre ello de manera tranquila, utilizando frases cortas y sencillas. Se dejó que expresará sus sentimientos.

Se tranquilizó por que se le habló con la verdad y se evitó que se sintiera engañada.

Pidió ayuda espiritual por lo que se permitió que algunas personas que pasan visita platicaran con ella, son personas mandadas por un cura.

Se le animó para que llevara acabo su tratamiento y siguiera adelante para mejorar su estado de salud.

EVALUACIÓN

Después de haber hablado con la paciente y haber despejado sus dudas sobre todo acerca de la cirugía, manifestó que disminuyó el temor y dijo estar más consciente de su enfermedad, se quedó más tranquila y menos nerviosa. Se eliminó su preocupación mediante el conocimiento de su enfermedad, por tanto el objetivo planteado se logró totalmente.

DIAGNÓSTICO 4

Déficit de autocuidado baño/higiene relacionado con el deterioro perceptivo o cognitivo manifestado por lavado de dientes una vez al día y presencia de caries.

OBJETIVO

Blanca Isela mantendrá/aumentará su deseo de realizar por si misma el aseo dental 3 veces al día.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

- Explicarle el porque debe realizar la higiene dental.

Fundamentación científica: El cuidado dental regularizado y la higiene bucal adecuada constituyen las mejores maneras para evitar la formación de caries y sarro así como también prevenir gingivitis

- Colocar todos los elementos necesarios para la higiene al alcance de la mano y siempre en el mismo sitio.

Fundamentación científica: El tener al alcance todos los elementos necesarios evita el agotamiento y favorece la independencia.

- Explicar para que le sirve el cepillado de dientes y el hilo dental.

Fundamentación científica: El cepillado de los dientes y la limpieza con hilo dental, además de inspección de la boca, se propone quitar los depósitos de dentobacteriana blanda y el sarro de los dientes, dar masaje a las encías, disminuir el mal aliento y contribuir a prevenir infecciones. Al refrescar la boca, esta limpieza mejora el sentido del gusto y de esta manera contribuye a una buena nutrición.

EJECUCIÓN

Se le explicó porque deben lavarse los dientes 3 veces al día en una plática de 15 minutos.

Se le proporcionaron todos los elementos necesarios y se pusieron dentro del baño como: cepillo dental, pasta dental, cera dental, enjuague bucal con esto se evitó la pérdida de tiempo.

Se le dio una plática de higiene oral como debe cepillarse y utilizar hilo dental.

EVALUACIÓN

Después de la plática que se tuvo con Blanca Isela sobre higiene dental, fue un poco difícil por que estaba acostumbrada a hacerlo solo una vez al día, ella ahora lo realiza tres veces al día. El objetivo se cumplió satisfactoriamente.

DIAGNÓSTICO 5

Dolor relacionado con la cirugía manifestada por molestias en la herida quirúrgica con el cambio de posiciones.

OBJETIVO

La señora Blanca Isela manifestará que el dolor está controlado y no demostrará comportamientos asociados con la incomodidad.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

- Determinar un sistema de medición de la intensidad del dolor como escalas numéricas (0-10).

Fundamentación científica: Nos sirve para determinar la intensidad del dolor.

- Administración de analgésicos prescritos por el médico que le ayuden a disminuir el dolor (metamizol).

Fundamentación científica: El metamizol es un analgésico que está indicado como espasmolítico en malestares viscerales por lo que ayudará a contrarrestar el dolor.

- Recomendar una posición cómoda y adecuada.

Fundamentación científica: Recomendar al paciente una posición cómoda, evitará el movimiento frecuente de cambios de posiciones y por tanto el malestar que esto ocasiona, ya que la herida está reciente y el dolor puede continuar ahí.

- Evitar que realice esfuerzos.

Fundamentación científica: Cuando una persona realiza movimientos difíciles, necesita por lo general hacer mucha fuerza y se fatiga rápidamente por lo que ocasionará que se reavivará el dolor y hasta puede ocasionar que se abra la herida y presentarse complicaciones posteriores.

- Recomendar la deambulación precoz.

Fundamentación científica: El comenzar tempranamente a caminar ayuda a prevenir las complicaciones comunes del encamamiento y contribuye a restablecer el sentido del equilibrio del paciente y le mejora la confianza en sí mismo y el concepto de propia imagen.

- Fomentar el descanso y sueño.

Fundamentación científica: Esto es para evitar que el paciente se fatigue y descanse.

EJECUCIÓN

Se le permitió Blanca Isela que expresará la intensidad del dolor mediante una escala numérica.

Se le dio a la paciente su medicamento (analgésico) a la hora y en la vía correspondiente. Para prevenir y/o disminuir el dolor.

Se le colocó de una posición semifowler la cual le ayudaría para disminuir la secreción de bilis, evitaría lastimarse estaría más cómoda.

Blanca Isela comenzó a caminar un poco 12 horas después de su operación; caminando progresivamente un poco más.

Se aconsejó para que Blanca Isela descansara después de deambular y se recomendó dormir.

EVALUACIÓN

Con la aplicación del analgésico Blanca Isela refirió disminución del mismo, aunque no desapareció en su totalidad, pero le permitía sentirse mucho mejor.

En cuanto a la posición que debía tomar, se escogió la semifowler y en ocasiones en decúbito lateral izquierdo refiriendo comodidad y sentir menos dolor.

Con la deambulación dio un poco de trabajo puesto que Blanca refería dolor y no quería moverse para evitarlo, posteriormente se logro la deambulación sin presentar complicación alguna.

DIAGNÓSTICO 6

Riesgo de infección relacionado con la herida quirúrgica.

OBJETIVO

Blanca Isela se mantendrá libre de infección en todo momento así como también identificará los factores de riesgo que pueden provocar o contribuir a la infección.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

- Mantener una higiene corporal y ambiental estricta.

Fundamentación científica: Ayuda a reducir el riesgo de infección llevando una higiene corporal adecuada así como también la higiene ambiental como no hacer polvo cuando se barre.

- Emplear una técnica estéril en las curaciones.

Fundamentación científica: Limpiar el lecho de la herida con técnica estéril permite eliminar las bacterias que pueden producir infección.

- Cubrir la herida.

Fundamentación científica: Se realiza para mantener libre de microorganismos la herida además de proporcionar un ambiente húmedo que favorece una cicatrización rápida.

- Mantener los apósitos y/o gasas limpias y secas.

Fundamentación científica: El mantener limpios los apósitos evitará la reproducción de microorganismos patógenos.

- Revisar el estado de la piel, color, olor y temperatura.

Fundamentación científica: Nos permite evaluar el proceso de cicatrización además de percatarnos de la existencia de una posible infección como enrojecimiento del área, inflamación, secreción amarilla y mal olor, fiebre local.

EJECUCIÓN

Las curaciones se realizaron diariamente hasta que sano y estuvo libre de infección.

EVALUACIÓN

Se realizaron curaciones diarias por la enfermera con técnica estéril; la cual permitió que la herida no se infectara y no tardo mucho en sanar.

CONCLUSIONES

En este trabajo se aplicó el Proceso de Enfermería a una persona con Colecistitis Crónica Litiásica, sabemos que es importante aplicarla en todos los pacientes, ya que nos sirve para conocer sus necesidades y así poder ayudarlos en la pronta recuperación de su salud.

Con el Proceso de Enfermería nos damos cuenta de la importancia que tiene el brindar a los pacientes una atención de enfermería de calidad, que sea humanística y sobre todo que sea integral, ya que esto nos deja estar en frecuente interacción con el paciente y tomar en cuenta todo lo que le sucede.

Los resultados que se obtuvieron del tratamiento brindado a la paciente van a depender en parte de la atención de calidad que brinde la enfermera, ya que si no sabe identificar necesidades y realizar los cuidados pertinentes al paciente, entonces no sabrá que acciones debe implementar para solucionar los problemas de salud que se presenten.

Al término del proceso se lograron la mayoría de los resultados esperados. La paciente mostró mejoría y dijo estar satisfecha con la atención recibida.

Este trabajo me permitió reflexionar sobre los procedimientos que realizamos diariamente y todo lo que se puede lograr si fijamos con el paciente metas determinadas.

SUGERENCIAS

Que el proceso de enfermería sea aplicado por las y los Licenciadas en Enfermería del sector salud para brindar los cuidados tanto clínicos como preventivos de manera oportuna.

Orientar a los pobladores sobre la Colecistitis y la colelitiasis dirigiéndose principalmente a la población de alto riesgo mediante sesiones y la elaboración de folletos, abordando así la prevención primaria.

Implementar programas de fomento de salud que incluyan regímenes dietéticos y de ejercicio.

Estimular a las personas que se aquejan de síntomas vagos pero persistentes para que busquen atención médica, para la rápida elaboración de un diagnóstico y tratamiento oportuno que nos ayude a evitar complicaciones.

Implementar el proceso de enfermería en la atención de los pacientes independientemente de la patología, lo que facilitara la enfermera una atención continua, coordinada y racionalizada.

Realizar formatos en los que las enfermeras efectúen la valoración de sus pacientes desde su ingreso, lo que permitirá reunir información y estudiar los factores que pueden incidir en el estado de salud o enfermedad del cliente.

GLOSARIO

ANOREXIA: Falta o pérdida del apetito, lo que ocasiona abstinencia de comer. La afección puede ser consecuencia de un alimento mal preparado o de una comida o de un ambiente poco atractivos, una compañía desagradable u otras causas psicológicas.

BILIS: Secreción amarga de color amarilloverdoso producida en el hígado. Se almacena en la vesícula biliar y debe su color a la presencia de pigmentos biliares como la bilirrubina

BILIRRUBINA: Pigmento de color amarilloanaranjado de la bilis formado principalmente por la degradación de la hemoglobina de los hematíes tras la terminación de su periodo normal de vida. Una persona sana produce diariamente alrededor de 250 mg de bilirrubina.

CÁLCULOS: Concreción patológica formada por sales minerales. Suelen encontrarse en órganos huecos o conductos y pueden producir obstrucción o inflamación.

CÁLCULOS BILIARES: Son piedras localizadas a lo largo del árbol biliar su formación se denomina litiasis biliar.

COLECISTECTOMÍA: Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar como tratamiento de la colelitiasis y de la colecistitis. Se extirpa la vesícula biliar y se liga el conducto cístico, se introduce una sonda por el colédoco y se elimina cualquier cálculo presente. Se coloca un tubo en T para garantizar un drenaje biliar adecuado, debe colocarse un drenaje penrose con una salida independiente para prevenir la formación de un absceso.

COLECISTITIS: Inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar.

COLECISTITIS AGUDA: Es una inflamación de la pared de la vesícula biliar, provocada por cálculos biliares que no pasan a través del cístico, que causa un ataque de dolor repentino y muy agudo

COLECISTITIS CRÓNICA: Es una inflamación de la vesícula biliar durante un largo periodo, caracterizada por ataques repetidos de dolor abdominal grave y agudo.

COLECISTOQUININA: (CCQ). Hormona secretada por la mucosa de las primeras porciones del intestino que estimula la contracción de la vesícula biliar y la secreción de enzimas pancreáticas.

COLÉDOCO: Se dice del conducto biliar que se forma por la unión del conducto cístico hepático y desemboca en el duodeno.

COLELITIASIS: Es la formación de cálculos biliares en la vesícula, los cuales se componen principalmente de colesterol, sales biliares, calcio, bilirrubina y proteínas.

CÓLICO BILIAR: Es un dolor del muslo liso o visceral asociado específicamente con el paso de cálculos a través de los conductos biliares.

DIAFORESIS: Secreción de sudor, especialmente la secreción profusa que se asocia con la fiebre elevada, ejercicio físico, exposición al calor y estrés mental o emocional. La sudoración esta sometida a control central por parte del sistema nerviosos simpático y constituye fundamentalmente un mecanismo termorregulador.

DISPEPSIA: Sensación de molestia gástrica vaga que se siente después de la ingesta. Combina sensaciones de plenitud, ardor, náuseas.

DISTENSIÓN: Lesión habitualmente muscular; debido a un esfuerzo físico exagerado.

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

EDEMA: Acúmulo anormal de líquido en los espacios intersticiales, saco pericárdico, espacio intrapleural, cavidad peritoneal o cápsulas articulares.

ESFÍNTER DE ODDI: Engrosamiento del colédoco en el cuello de la ampolla de vater.

ÉSTASIS: Trastorno en el cual se produce demora o detención del flujo normal de un líquido a través de un vaso del cuerpo.

ESTEATORREA: Eliminación de cantidades de grasas en las heces, superiores a las normales, que se caracteriza por la producción de deposiciones espumosas de olor fétido que flotan en el agua; ello sucede en la enfermedad celíaca, algunos síndromes de mala absorción y cualquier enfermedad en que se absorban mal las grasas en el intestino delgado.

ESTRÓGENO: Sustancia perteneciente a un grupo de compuestos esteroides hormonales que favorecen el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos.

FLATULENCIA: Presencia de una cantidad excesiva de aire o gas en el tracto intestinal y en el estómago. Se produce distensión abdominal y a veces dolor de leve a moderado.

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

ISQUEMIA: Disminución del aporte de sangre a un órgano o a una zona del organismo. Algunas causas de isquemia son: embolismo arterial, arteriosclerosis, trombosis, vasoconstricción o hemorragia.

NÁUSEA: Sensación previa al vómito. Las causas, más frecuentes son el mareo en barco u otro medio de transporte, fases tempranas del embarazo, dolor intenso, estrés emocional, enfermedades de la vesícula biliar, intoxicación alimentaria y diversos enterovirus.

POSTRACIÓN: Situación de agotamiento e incapacidad para continuar con la actividad habitual.

SIGNO DE MURPHY: Es un fuerte dolor en el cuadrante superior derecho al momento de la palpación. Los pacientes contienen la respiración como resultado del súbito aumento en la intensidad del dolor.

TAQUICARDIA: Trastorno circulatorio consistente en la contracción del miocardio con una frecuencia de 100 a 150 latidos por minuto. La frecuencia cardíaca se acelera normalmente en respuesta a la fiebre, el ejercicio o la excitación nerviosa.

TAQUIPNEA: Aceleración anómala de la frecuencia respiratoria, que se observa por ejemplo con la hiperpirexia.

VÓMITO: Material procedente del estómago que se expelle al exterior a través del esófago.

BIBLIOGRAFÍA

ATIKISON DE Leslie, Morray. Proceso de Atención de Enfermería.

BEARE – Myers. Enfermería Medico- Quirúrgica. Edit. Harcourt Brace. 3ª. Edición, Vol. II. Madrid, España, 1999.

BARNER – Plum. Tratado de Medicina Interna. Edit. Interamericana, Vol. I. México 1997.

CATERINE, Parker Anthony. Anatomía y Fisiología. Edit. Interamericana. 10ª Edición, México, D.F. 1990.

C. Guyton Arthur. Tratado de Fisiología Medica. Edit. Interamericana. 8ª. Edición. México, D.F. 1992.

Diccionario de Medicina. Océano mosby. Con CD- ROM. Edit. Océano.

F. Nora Paul. Cirugía, Técnicas y Procedimientos. Edit. Interamericana. 3ª. Edición. México D.F. 1993.

GORDON, N. Hill. Tratado de Medicina Interna. Edit. Interamericana. México, DF. 1997.

HARRISON. Principios de Medicina Interna. Edit. Interamericana. 14ª. Edición, Vol. II. México, D.F. 1998.

HARRISON. Principios de Medicina Interna. 15ava Edición. Editorial Mc Graw Hill. Vol.II. 2003

I. Seymour Schwartz. Principios de Cirugía. Edit. Interamericana. 6ª. Edición, Vol. II. México, D.F. 1995.

J. Tortora Gerard. Principios de Anatomía y Fisiología. Edit. Harla. 6ª. Edición, México, D.F. 1993.

KUMAR, Vinay. Patología Humana. Edit. Interamericana, 5ª. Edición, México, D.F. 1995.

L. Moore Keith. Anatomía con orientación clínica. Edit. Panamericana. 3ª. Edición, Madrid, España 1997.

LONG, C. Bárbara. Enfermería Medico-Quirúrgica. Editorial. Interamericana. México, 1994

LONG- Phipps- cassmeyer. Enfermería Médico-Quirúrgica. Un enfoque del proceso de enfermería. Vol.2. 3ra Edición. Editorial Harcourt Brace. 2000.

M. Latarjet. Anatomía Humana. Edit. Panamericana. 3ª. Edición, Vol. II, Madrid, España 1999.

MARRINER. Ann – Tomey. Modelos y Teorías de Enfermería. 5ª Edición. Editorial Mosby. 2003.

Manual de la Enfermería con CD-ROM interactivo. Editorial. Océano /Centrum.

PAUL, F. Nora. Cirugía Técnicas y Procedimientos. Edit. Interamericana. México, D.F. 1993.

PEREZ, Tamayo Ana María. Tratado de medicina Interna. Edit. Interamericana. 20ª. Editorial, México, D.F. 1997.

POTTER/Perry. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. Editorial. Harcourt / Océano. Vol.1

POTTER/Perry. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. Editorial. Harcourt / Océano. Vol.2

POTTER/Perry. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. Editorial. Harcourt / Océano. Vol.3

POTTER/Perry. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. Editorial. Harcourt / Océano. Vol.4

RODRIGUEZ, S. Bertha A. Proceso Enfermero. Aplicación Actual. 2ª Edición. Febrero 2002.

RUBIN, Emanuel. Patología. Edit. Interamericana. México, D.F. 1990.

REEVES, Roux, lockhart. MEDICO QUIRURGICA. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana. 2001

SABISTON, C. David. Tratado de Patología Quirúrgica. Edit. Interamericana. 14ª. Edición, Vol. I. México D.F. 1995.

TUCKER, Canobbio, paquette, wells. NORMAS DE CUIDADOS DEL PACIENTE. Editorial Harcourt / Océano. Vol.1.

TUCKER, Canobbio, paquette, wells. NORMAS DE CUIDADOS DEL PACIENTE. Editorial Harcourt / Océano. Vol.2.

TUCKER, Canobbio, paquette, wells. NORMAS DE CUIDADOS DEL PACIENTE. Editorial Harcourt / Océano. Vol.3.

WYNGAARDEN, B. James. TRATADO DE Medicina Interna. Edit. Interamericana. 18ª. Edición, Vol. 1. México, D.F.

[Www-mamut.com/usachcirugia](http://www-mamut.com/usachcirugia).

ANEXO

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración de enfermería de acuerdo al modelo de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades humanas.

1.- VALORACIÓN GENERAL

Nombre y apellido _____
Fecha de nacimiento _____ edad _____ sexo _____
Familiar / persona para contactar _____ Teléfono _____
T/A _____ F.C. _____ T° _____ F.R. _____

Piel:

Color: normal _____ pálida _____ cianótica _____ otras _____
Edemas: si _____ no _____ descripción / localización _____
Lesiones: si _____ no _____ descripción / localización _____
Prurito: si _____ no _____ descripción / localización _____
Sentidos corporales: vista _____ oído _____ olfato _____ gusto _____
Tacto _____
Enfermedades graves / operacionales: si _____ no _____ cuales _____
Secuelas: si _____ no _____ especificar _____
Tabaquismo _____ Abuso de alcohol _____ Cafetismo _____ Uso de sustancias tóxicas _____
Diabetes _____ HTA _____ Alergias _____ especificar _____

VALORACIÓN POR NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Respiración
Frecuencia _____ / minuto.
Calidad: normal _____ superficial _____ rápida _____ otros _____
Ruidos a la auscultación: si _____ no _____ Dolor al respirar: si _____ no _____
Tos: si _____ no _____ Secreciones: si _____ no _____ Dolor al respirar: si _____ no _____
Tabaco: si _____ no _____ Lo dejo especificar fecha _____
Consumo: < de 1 paquete al día _____ 1- 2 paquetes al día _____
> de 2 paquetes al día _____
Otras drogas: si _____ no _____ tipo _____ uso _____
¿Tiene alguna alergia respiratoria? Si _____ no _____ ¿De que tipo? _____
T.A _____ F.C _____ Pulso: fuerte _____ débil _____ regular _____
irregular _____

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso _____ Talla _____
Ingesta habitual: desayuno _____
Comida _____

Merienda _____
Cena _____
Dieta especial: si _____ no _____ Tipo de dieta _____
Ingesta de líquidos: < de 1 litro / día _____ 1-2 litros / día _____ > de 2 litros / día _____
Intolerancia a alimentos: si _____ no _____ ¿cuáles? _____
Apetito: normal _____ disminuido _____ aumentado _____ náuseas _____ vómito _____
Fluctuación de peso (últimos 6 meses): si _____ no _____ kg. ganados/ perdidos _____

Problemas de:

Masticación: si _____ no _____ Usa prótesis dental _____
Deglución: si _____ no _____ sólidos _____ líquidos _____ ambos _____
Digestión: si _____ no _____ tipo: gases _____ ardor _____ pesadez _____ dolores _____ otros _____
Prótesis dental: si _____ no _____ superior _____ inferior _____
¿La piel esta hidratada? (¿cuándo se pellizca, ¿la marca dura un rato?) si _____ no _____
¿Come entre comidas?: rara vez _____ con frecuencia _____ con mucha frecuencia _____
¿Necesita ayuda?: preparar la comida _____ comer _____ trocear los alimentos _____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Intestinal:

Frecuencia _____
Estreñimiento _____ diarrea _____ incontinencia _____
Ostomía: si _____ no _____ tipo _____ autocuidado: si _____ no _____
Problemas de: hemorroides _____ sangrado _____ heces negras _____ otros _____
Uso de laxantes o rutinas: si _____ no _____ ayudas empleadas _____

Urinaria:

Frecuencia _____
Disuria _____ nicturia _____ retención _____ incontinencia _____ pañal _____
Color: amarillo claro _____ amarillo oscuro _____ naranja _____ rojo _____
¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? Si _____ no _____ ¿cuál? _____
Sonda vesical _____ fecha de último sondaje: _____

Cutánea:

Sudoración cutánea: si _____ no _____ Sudoración profusa: si _____ no _____
Menstruación: regular _____ irregular _____ abundante _____ dolorosa _____
Secreciones vaginales: aspecto _____ ¿son abundantes? Si _____ no _____
¿Tiene molestias (fuera de la menstruación)? Si _____ no _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial: adecuado _____ alerta _____ inexpresivo _____ hostil _____ inadecuado _____
Comportamiento motor inhibido: inhibición _____ agitación _____ temblores _____ rigidez _____
incoordinación _____ inquietud _____ tics _____

Postura: erecto _____ decaído _____

Modo de andar: normal _____ acelerado _____ tambaleante _____ lento _____
Limitaciones físicas: temporales _____ permanentes _____ ¿cuáles? _____
Aparatos de ayuda: ninguno _____ bastón _____ muletas _____ andador _____ otros _____
Vértigo: si _____ no _____ ¿siente dolor o rigidez articular? Si _____ no _____
¿Cuál? _____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno _____ descansos _____
Problemas de sueño:
Al inicio _____ interrumpido _____ (no de veces _____) despertar temprano _____
Sueño excesivo _____ pesadillas _____ (tipo _____)
Sensaciones después de dormir: descansado _____ cansado _____ confuso _____ otros _____
Factores que afectan el sueño _____
Ayudas para favorecer el sueño: lectura _____ baño _____ fármacos _____ otros _____

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por sí misma? Si _____ no _____ con limitaciones _____
Alergias a determinados tejidos: si _____ no _____ ¿cuáles? _____
¿Qué importancia da a su aspecto? Poca _____ bastante _____ mucha _____
¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias? Si _____ no _____
otros datos de interés _____

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: normal _____ hipotermia _____ hipertermia _____ T° _____
Sudoración cutánea: si _____ no _____ ¿están fríos sus pies y / o manos? Si _____ no _____
¿Si fuese necesario sería usted capaz de mirarse usted mismo la T°? Si _____ no _____

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Hábitos de higiene corporal: baño _____ ducha _____ frecuencia _____
Cepillado de dientes: si _____ no _____ frecuencia _____
Autónomo: si _____ no _____ Necesita ayuda: si _____ no _____ especificar _____
Descuidado en: cabello _____ dientes _____ uñas _____ su piel es: seca _____ grasa _____
¿Ha notado alguna lesión? (ulcera, eccema) Descríbalo _____
Sus cabellos son: secos _____ grasos _____ se rompen con facilidad _____
¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? Si _____ no _____

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:
Somnoliento _____ confuso _____ apático _____ hipervigilante _____ distraído _____
fluctuante _____ no responde a estímulos _____ solo sigue instrucciones: _____

Orientación Espacio- Tiempo – Persona

Tiempo (estación, día, mes, año) especificar _____
Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) especificar _____
Persona: (reconoce personas significativas) especificar _____

Alteraciones perceptivas: auditivas _____ tipo _____
Alteraciones perceptivas: visuales _____ tipo _____
Alteraciones perceptivas: táctiles _____ tipo _____
Alteraciones perceptivas: olfativas _____ tipo _____
Localización de la percepción: interna _____ externa _____
Autodescripción de si mismo:
Alegre _____ triste _____ confiada _____ desconfiada _____ tímida _____ inquieta _____
Sobre valoración de logros _____ exageración de errores _____ infravaloración _____
Autoevaluación general y competencia personal: positiva _____ negativa _____
Sentimientos respecto a ello: inferioridad _____ superioridad _____ tristeza _____
culpabilidad _____ inutilidad _____ impotencia _____ ansiedad _____ miedo _____ rabia _____
depresión _____ otros _____

Alergias a alguna sustancia o medicamento: si _____ no _____ ¿cuáles? _____

El estado de la persona puede constituir un peligro para ella _____ o para otros _____ especificar _____

Precauciones: más vigilancia _____ poner barandillas _____ contención mecánica _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento- lenguaje:

Contenido: coherente y organizado _____ distorsionado _____

Descripción de la alteración _____

Curso del pensamiento:

Inhibido _____ acelerado _____ perseverancia _____ incoherencia _____ desorganizado _____

Formas de expresión:

Claro _____ organizado _____ coherente _____ confuso _____ desorganizado _____ incoherente _____

tartamudeos _____ autista _____

Humor:

Deprimido _____ eufórico _____ ansioso _____ triste _____ fluctuante _____ apático _____

otros _____

Lenguaje:

Velocidad: rápido _____ lento _____ paroxístico _____

Cantidad: abundante _____ escaso _____ lacónico _____ verborreico _____

Tono y modulación: alterado _____ tranquilo _____ hostil _____

Vive: solo _____ acompañado _____ lugar que ocupa en la familia. Rol _____

Personas más significativas _____
Principal confidente _____
Personas con las que se relaciona a diario _____
Su relación es: satisfactoria ___ insatisfactoria ___ indiferente _____
Tiempo que pasa solo y porque _____
Tiempo que pasa con amigos y compañeros _____
Sexualidad: última regla _____. Anticoncepción: si ___ no ___ método _____
Cambios percibidos en las relaciones sexuales: si ___ no ___ motivos _____
No. De embarazos _____ realiza autoexamen: si ___ no _____

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

¿Qué es lo más importante para usted en la vida? _____
Religión: católica romana ___ protestante ___ judía ___ otra _____
Desea realizar prácticas religiosas: si ___ no ___ ¿visita del capellán?: si ___ no _____
En caso de no poder tomar decisiones, ¿ qué persona le gustaría que lo hiciera por usted? _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: si _____ no _____
Si la respuesta es si, explíquese _____
Problemas laborales: si ___ no ___ ¿cuáles? _____
Tiempo dedicado al trabajo _____ tiempo dedicado al ocio _____
Capacidad de decisión: si ___ no ___ Resolución de problemas: si ___ no _____
Grado de incapacitación personal atribuida _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco ___ mucho ___ suficiente _____
¿Cuál es su diversión preferida? _____
Pérdida de interés por las actividades recreativas: si _____ no _____
Cambios en las habilidades o funciones físicas corporales _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración en la memoria: reciente _____ remota _____
Inteligencia general: adaptado al momento _____ retraso en el desarrollo _____
Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:
Pregunta ___ escucha ___ interés ___ desinterés ___ propone alternativas _____

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización? Si ___ no ___ cual es _____
¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra? _____