

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



Tesis:

Impacto en el Proceso de Atención de Enfermería en paciente crítico con Colangitis III en
la Unidad de Cuidados Intensivos

Para obtener el diploma de la:

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

Presenta: Laura López Santiz

Directores:

Mtra. Mariana González Suárez

Mtro. Elías Méndez Mena

Villahermosa, Tabasco

Noviembre, 2023



Villahermosa, Tabasco, 18 de octubre de 2023
Of. No. 0560/DIRECCIÓN/DACS

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Laura López Santiz

Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos

Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada **"Impacto en el Proceso de Atención de Enfermería en paciente crítico con Colangitis III en la Unidad de Cuidados Intensivos"** con índice de similitud **7%** y registro del proyecto **No. JI-PG-191**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores, Dra. Aralucy Cruz León, M.E. Margarita Magaña Castillo, M.E. Ana Gabriela Méndez Jiménez, M.A.E. Carmen de la Cruz García y la Dra. Fabiola Morales Ramón. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos**, donde fungen como Directores de Tesis: M.C.E. Mariana González Suárez y la M.C.E. Elías Méndez Mena.

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

UJAT



DACS
DIRECCIÓN

C.c.p.- M.C.E. Mariana González Suárez. - Director de Tesis
C.c.p.- M.C.E. Elías Méndez Mena. - Director de Tesis
C.c.p.- Dra. Aralucy Cruz León. - Sinodal
C.c.p.- M.C.E. Margarita Magaña Castillo. - Sinodal
C.c.p.- M.E. Ana Gabriel Méndez Jiménez. - Sinodal
C.c.p.- M.A.E. Carmen de la Cruz García. - Sinodal
C.c.p.- Dra. Fabiola Morales Ramón. - Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC'MCML/DC'OGMF/ypc*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 12:00 horas del día 10 del mes de octubre de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

Impacto en el Proceso de Atención de Enfermería en paciente crítico con Colangitis III en la Unidad de Cuidados Intensivos

Presentada por el alumno (a):

| | | |
|------------------|---------|------------|
| López | Santiz | Laura |
| Apellido Paterno | Materno | Nombre (s) |

Con Matricula

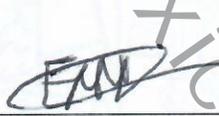
| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 1 | 2 | E | 2 | 3 | 0 | 0 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL



M.C.E. Mariana González Suárez
M.C.E. Elías Méndez Mena
Directoras de Tesis



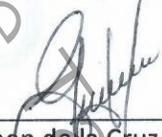
Dra. Aralucy Cruz León



M.C.E Margarita Magaña Castillo



M.E. Ana Gabriela Méndez Jiménez



M.A.E. Carmen de la Cruz García



Dra. Fabiola Morales Ramón

Carta de Cesión de Derechos

UNIVERSIDAD JUAREZ AUTONOMA DE
TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud

Cede derechos

En la ciudad de Villahermosa, Tabasco el día 10 del mes de octubre del año 2023, el que suscribe, Laura López Santiz, alumna del programa de la Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos, con número de matrícula 212E23007 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Impacto en el Proceso de Atención de Enfermería en paciente crítico con Colangitis III en la Unidad de Cuidados Intensivos"** bajo la Dirección de la Mtra. Mariana González Suárez y el Mtro. Elías Méndez Mena, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: crmluna15@gmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente.


Laura López Santiz 212E23007

Nombre y Firma



Villahermosa, Tabasco, 10 de octubre 2023

Dedicatorias.

Al finalizar esta etapa de mi vida, quiero agradecer a las personas que me motivaron a seguir y a no rendirme, también aquellos que en su momento me brindaron apoyo y ya no están presentes, pero en especial a DIOS que ha hecho posible mis sueños.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Agradecimientos.

Agradezco a la Mtra. Mariana González Suárez y al Mtro. Elías Méndez Mena por su tiempo, apoyo y guía, durante el proceso de la realización de este proyecto. ¡Gracias!

Así mismo el apoyo de Smirna Esther Cahuich Rodríguez que me brindo ayuda en esta etapa y a mis padres que me enseñaron a ser perseverante en mis sueños.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

INDICE

| | |
|---|----|
| Capítulo I..... | 1 |
| Introducción..... | 1 |
| 1.1. Descripción del Problema..... | 1 |
| 1.2 Marco conceptual..... | 4 |
| 1.2.1 Patrones funcionales de salud de Maryori Gordon | 6 |
| 1.2.3. Fisiopatología..... | 9 |
| 1.2.4. Artículo relacionado..... | 11 |
| 1.3. Objetivo | 17 |
| 1.3.1 Objetivo general | 17 |
| 1.3.2. Objetivo específico..... | 17 |
| 1.4.-Definición de términos | 17 |
| Capítulo II..... | 19 |
| Metodología..... | 19 |
| 2.1 Diseño de investigación | 19 |
| 2.2. Población | 19 |
| 2.3. Muestra | 19 |
| 2.4. Muestreo | 19 |
| 2.5. Criterios de selección:..... | 19 |
| 2.5.1. Criterios de inclusión. | 19 |
| 2.5.2. Criterios en exclusión..... | 20 |
| 2.5.3. Diseño del plan de intervención..... | 20 |
| 2.5.4. Instrumentos | 21 |
| 2.5.5. Consideraciones éticas. | 22 |
| 2.5.6. Procesamiento de datos. | 23 |
| Capítulo III | 24 |
| Resultados..... | 24 |
| Capítulo IV | 72 |
| Discusión | 72 |

| | |
|----------------------------|----|
| 4.1. Discusión | 72 |
| 4.2. Conclusión | 74 |
| 4.5. Recomendaciones | 75 |
| Referencias | 76 |
| Anexo | 83 |

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Resumen

Introducción. El Proceso de Atención de enfermería es un método científico que permite el juicio clínico, facilita la toma de decisiones y está conformada por 5 etapas; valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación que guía al profesional de manera sistemática para ejercer el cuidado. Para este estudio se basó en un usuario de 22 años que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos por colangitis grave. **Objetivo:** Describir el efecto del Proceso de Atención de Enfermería en un paciente crítico con colangitis III en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel.

Metodología: Se presenta una investigación de tipo cuantitativo, cuasi experimental, de corte transversal, **Resultados:** Los diagnósticos enfermeros real identificados en la usuaria son limpieza ineficaz de las vías aéreas, disminución del gasto cardiaco, hipertermia, exceso de volumen de líquidos, desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades y déficit de autocuidado: Baño que afectan en la estabilidad hemodinámica de la usuaria y se identificó diagnósticos de riesgos que son riesgo de infección de la herida quirúrgica y el riesgo deterioro de la integridad cutánea. **Conclusión:** El proceso enfermero ayudo a brindar un cuidado integral en el paciente logrando brindar intervenciones que ayudo a estabilizar y mantener sus funciones fisiológicas.

Palabras claves: colangitis, coledocolitiasis, proceso enfermero, cuidados críticos, enfermería.

Abstract

Introduction. The Nursing Care Process is a scientific method that allows clinical judgment, facilitates decision making and is made up of 5 stages; assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation that guides the professional in a systematic way to exercise care. For this study, it was based on a 22-year-old user who was admitted to the Intensive Care Unit for severe cholangitis. **Objective:** To describe the effect of the Nursing Care Process in a critically ill patient with cholangitis III in the intensive care unit of a tertiary hospital. **Methodology:** A quantitative, quasi-experimental, cross-sectional investigation is presented. **Results:** The actual nursing diagnoses identified in the user are ineffective airway cleaning, decreased cardiac output, hyperthermia, excess fluid volume, nutritional imbalance. : inferior to the needs and self-care deficit: Bathing that affects the hemodynamic stability of the user and risk diagnoses were identified that are risk of infection of the surgical wound and risk of deterioration of skin integrity. **Conclusion:** The nursing process helped provide comprehensive care to the patient, managing to provide interventions that helped stabilize and maintain their physiological functions.

Keywords: cholangitis, choledocholithiasis, nursing process, critical care, nursing.

Capítulo I

Introducción

1.1. Descripción del Problema

La colangitis aguda (CA) es causada por obstrucción del colédoco biliar frecuentemente por cálculos biliares, desarrollando infección bacteriana por la presión intraductal, su evolución puede ser leve, intermitente, recurrente o progresiva. Se clasifica en primer grado, aquella sin presentar criterios sintomáticos, segundo grado con leucocitosis/leucopenia, fiebre $\geq 39^\circ$, edad ≥ 75 , bilirrubinemia $\geq 5\text{mg/dl}$, hipoalbuminemia y de tercer grado con disfunción orgánica (Lavillegrand,2021; Folonier y Zeoli, 2018).

Este último nivel es conocido como colangitis aguda severa o colangitis aguda grave (SAC), se caracteriza por la obstrucción biliar total e infección de la bilis que puede evolucionar a una infección sistémica, shock y muerte si no hay un tratamiento oportuno (García y Maldonado,2017).

Como principal causa se encuentra la coledocolitiasis con elevada incidencia en el grupo de edad menor de 50 años; principalmente 40-50 años en un 36% y la incidencia de cálculos del conducto biliar en un 31,25 % (Devasia y Srinath,2022).

De forma similar Novy et al. (2020) evidenciaron que la causa de SAC en pacientes de la Unidad de Cuidados intensivos (UCI) fue la coledocolitiasis en un 85 %, seguida de la estenosis maligna 14 % y la estenosis benigna 1 con 1 %, con una tasa de mortalidad en el adulto mayor del 18 %.

También Galazar (2018) menciona en su estudio del 2018 que la letalidad de esta patología es de 19.25% con una tendencia progresivo desde los 50 años, incrementando hasta un 30% entre los 80 y 89 años. En promedio, las personas que fallecieron tuvieron

2.52 días en ser tratados, comparado con 4.62 días entre los sobrevivientes, 46.55% con cuadros severos, 48.44% de casos con complicaciones (shock séptico y falla multiorgánica), 52.08% fallecieron con una patología asociada, los predominantes fueron la insuficiencia respiratoria aguda y la insuficiencia renal aguda.

A nivel nacional se calcula una prevalencia global de litiasis biliar de 14.3%, hombres en un 8.5 % y mujeres en un 20.5 % un tercio de los casos presentan complicaciones (Pérez et al.,2018).

Datos similares Sánchez et al. (2017) en el año 2017 describen en su investigación realizada en un hospital de México con una muestra de 364 pacientes, en un periodo de un año obtuvo un 34% con diagnóstico de lito biliar, 58% presentaron riesgo moderado y 17 % con coledocolitiasis, de las cuales 22.88 % presentaron colangitis.

Esta patología, su nivel de afectación, incrementa a medida que el tratamiento se retrase causando daños importantes en la salud, por tal razón es necesario la intervención de un equipo multidisciplinario para su tratamiento, siendo el personal de enfermería una clave importante en la recuperación de la salud.

Su complejidad precisa conocer los aspectos intrínsecos de la enfermedad, fisiopatología y necesidades humanas para la toma de decisiones (Veliz y Bianchetti,2017; Folonier y Zeoli,2018).

El método científico para la enfermería es el proceso de atención de enfermería (PAE) es sistemático, dinámico, flexible e interactivo en todas sus etapas permitiendo al profesional prestar cuidados de manera racional y lógica, centrándose en las respuestas humana. También permite la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en su dimensión biológica, psicológica, sociocultural y espiritual (Pérez, 2018).

Sin embargo, en pacientes con colangitis grave, las necesidades humanas se incrementan, hay un mayor número de problemas complejos interrelacionados de acuerdo con el estadio de la enfermedad y es necesario un reordenamiento frecuente de prioridades. (Cordón, 2017).

Por lo tanto, el desarrollo del método científico garantiza una práctica clínica fundamentada en bases científicas, favorece la calidad en el cuidado brindado y facilita la atención individualizada al paciente. Fernández (2007) menciona que *“Una actitud crítica y reflexiva debe estar fundamentada en una sólida formación científica, técnica y humanística”* (pág.7).

Por lo consiguiente, se requiere de conocimientos y habilidades para mejorar la práctica, por tal razón, se necesita de estudios que fundamente la práctica. Este trabajo determinará las necesidades humanas presentes en el paciente con colangitis grave en la Unidad de Cuidados Intensivos. El conocimiento proporcionado dirigirá la acción. No se puede subestimar la importancia de la preparación del profesional porque la experiencia de cada paciente con la enfermedad tiene un significado único.

Además de determinar las necesidades, también queremos comprender cómo la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería al paciente afecta su evolución, mejora y cambios en las necesidades de la salud. Por tal razón surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el efecto del proceso enfermero en el cuidado el paciente crítico con diagnóstico de colangitis grave?

1.2 Marco conceptual

El cuidado ha estado presente desde el inicio de la humanidad, la mujer ha sido pionera respecto a esta labor dado que el cuidado se ha realizado para la conservación de la vida y con el tiempo se ha logrado una evolución. La enfermería moderna se comienza con Florence Nigtingale por su labor en la guerra de Crimea en la asistencia de los soldados heridos, observando que las condiciones del hospital eran inadecuadas para las personas lesionadas, requiriendo higiene, ventilación y alimentación para su recuperación, a mediados del siglo XIX enfermería ha logrado mejorar las competencias y desempeño gracias a los conocimientos teóricos (Moreno et al.,2017).

El proceso de enfermería es un método científico, permite brindar cuidados de manera sistemática, humanista, científica, facilitando la obtención de datos y análisis. Tiene como finalidad identificar problemas potenciales o reales de salud presente, así mismo ayuda a planificar una atención individualizada (Hinkle y Cheever, 2018).

Para su organización se divide en las siguientes fases:

Valoración: Consiste en la obtención de datos por fuentes primarias y secundarias, las primarias son directamente del paciente y secundaria las que proviene de familia, amigos, entorno, informes profesionales, pruebas diagnósticas y registros. Las técnicas de obtención de datos son entrevistas, observación, exploración física, esta fase es fundamental para comprender las necesidades humanas presentes a nivel bio-psico-social del individuo y como herramienta los 11 patrones funcionales de salud e Marjory Gordon (Ayuso et al.,2018).

Diagnóstico: En esta fase los datos obtenidos se analizan, sintetiza y se resume basándose en el juicio clínico del profesional de salud, en ella se toman bases para las acciones de intervención. El diagnóstico enfermero, según la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) en el 2021 *“Es un juicio clínico relacionado con una respuesta humana a las condiciones de salud /procesos de vida o una susceptibilidad a esa respuesta que se reconoce en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad”* está conformada por tres componentes: 1) el problema y su definición; 2) la etiología, y 3) las características definidoras, esta fase se determina y precisa con mayor claridad las respuestas humanas alteradas (pág.88).

Planeación: Se prioriza los problemas o diagnósticos, se fija objetivos deseados e intervenciones de enfermería para prevenir, minimizar y corregir problemas identificados. Una intervención es un tratamiento basado en el juicio clínico y conocimientos del profesional enfocado en la mejora del paciente (Woodruff,2016).

Ejecución: Aplicación de las intervenciones de enfermería planeadas, estas acciones son independientes, interdependientes dependiendo de la actividad. Para la aplicación se requiere de habilidades cognitivas e interpersonales. En las habilidades cognitivas constituyen la resolución de problemas, toma de decisiones, pensamiento crítico y la creatividad. Las habilidades interpersonales consisten en la habilidad de comunicación verbal y no verbal. Las acciones de enfermería se fundamentan en el conocimiento científico como herramientas, las guías de la práctica clínica de enfermería, dentro de esta fase la documentación de las actividades se registra en las notas de enfermería de forma legible (secretaría de Salud [SSA],2018).

La evaluación es la comparación planificada, sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Se realiza de manera continua en las distintas fases

de manera intermitente para modificar acciones a la necesidad y la evaluación final de las intervenciones logradas en apoyo de instrumentos (NOC) que permite realizar juicios de los objetivos alcanzados (Chamba et al., 2021).

1.2.1 Patrones funcionales de salud de Maryori Gordon

Los patrones funcionales de Marjory Gordon son una herramienta de valoración sistemática en el área biológica-psicológica- social- espiritual del individuo para facilitar la obtención de datos y se adapta con los distintos modelos de enfermería (Arroyo, Vásquez, Martínez, 2018).

Esta guía está integrada por 11 patrones funciones que se describen a continuación:

Patrón 1: Percepción – manejo de la salud: valora la percepción y bienestar del individuo a la salud, su manejo, mantenimiento, recuperación, así mismo las prácticas terapéuticas y preventivas.

Patrón 2: Nutricional – metabólico: se determina el consumo de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas, problemas en la ingesta, características de la piel y mucosa, talla, peso y temperatura.

Patrón 3: Eliminación: Describe la función excretora a nivel intestinal, urinaria, pulmonar, piel, entre otros: dispositivos para su control y características de las excreciones.

Patrón 4: Actividad – ejercicio: Valora la actividad, ejercicio, tiempo libre y recreación, también las actividades de la vida diaria como el tiempo y calidad.

Patrón 5: Sueño – descanso: Se valora los patrones de sueño, descanso, relajación durante el día, los usos y costumbres para conciliar el sueño.

Patrón 6: Cognitivo – perceptual: describe los sensitivos, cognitivo y perceptual, valora las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas. Capacidades cognitivas en las decisiones, memoria y lenguaje.

Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto: incluye las percepciones, actitudes hacia uno mismo en las habilidades, imagen corporal, identidad, se observa patrón de lenguaje verbal y lenguaje no verbal (postura corporal, contactos).

Patrón 8: Rol – relaciones: El patrón de compromisos del rol social con la dinámica familiar, social y laboral. Problemas existentes, alteraciones o satisfacciones en estas relaciones y la percepción de los roles (papel que ocupan en la familia, sociedad).

Patrón 9: Sexualidad – reproducción: describe la satisfacción, la sexualidad y reproducción, seguridad en las relaciones sexuales, y en el patrón reproductivo engloba la premenopausia y posmenopausia.

Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés: se valora las estrategias de afrontamiento del individuo, respuesta y control ante las situaciones estresantes, su capacidad de adaptación ante los cambios, redes de apoyo y uso de fármacos ante una respuesta negativa.

Patrón 11: Valores – creencias: describe valores, metas y creencias que guían las decisiones y opciones vitales del individuo.

Los patrones funcionales facilitan el análisis de datos y su interpretación es de manera global, no se individualizan para comprender el problema y su ejecución es una pieza fundamental para la formulación de diagnóstico. El diagnóstico enfermero es un juicio clínico de las respuestas humanas, condiciones de salud, procesos de vida y la susceptibilidad a esa respuesta por parte del individuo, familia, grupo o comunidad (Heather et al.,2023).

Está compuesta por tres componentes A) diagnóstico y definición; Nombre del diagnóstico específico y la definición para evitar la confusión de diagnósticos. B) característica definitoria: Signos y síntomas, permite validar al diagnóstico y es necesario

un elemento para aprobar el diagnóstico. C) factor relacionado: etiología del problema. En los diagnósticos enfocados en el problema solo tienen este componente (Berman y Shirlee, 2013).

Los diagnósticos son base para la identificación de los resultados esperados y la elección de intervenciones de enfermería. Los resultados esperados se definen como un estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medido en respuesta a una intervención de enfermería (Moorhead et al., 2018).

La clasificación de resultados de enfermería (NOC) son terminologías estandarizadas de los resultados usados en la práctica para identificar cambios en los estados del paciente, para su medición se utiliza una escala tipo Likert de 5 puntos con todos los resultados e indicadores que proporciona un número de opciones para demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción del resultado deseado, se evalúa antes y después de las intervenciones (Moorhead et al., 2018).

La clasificación de intervenciones de enfermería (2018) define intervenciones como cualquier tratamiento basado el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados. Existen dos tipos de intervenciones, las directas e indirectas, las directas son acciones de cuidado dirigidas directamente por el personal de enfermería hacia el paciente y las indirectas son intervenciones sin el paciente, pero tiene beneficios hacia la mejora de su salud.

La clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realiza los profesionales de enfermería, incluye intervenciones directas e indirectas, es útil en la documentación, cuantificación de la productividad y la evaluación de las competencias. Cada intervención incluye de 10 a 20

actividades para la elección, también tiene relación directa con NANDA, NOC para facilitar la toma de decisiones (Bulechek et al., 2018).

1.2.3. Fisiopatología

Colangitis aguda o angiocolitis (del griego angeion: vasos y kholé: bilis) es una infección biliar y del conducto biliar potencialmente grave, su primera descripción fue 1877 por Jean Martin Charcot (1825–1893), describió como la fiebre hepática caracterizada con tríada homónima: dolor-fiebre-ictericia (Sokal et al., 2019)

La secreción biliar es realizada por los hepatocitos, esta se almacena en la vesícula biliar hasta que el duodeno la necesita. La capacidad máxima de la vesícula biliar es de solo 35 a 50 ml, la cantidad que puede almacenarse equivale a la producida durante 12 h (alrededor de 450 ml) porque la mucosa vesicular absorbe continuamente agua, sodio, cloruro y casi todos los demás electrolitos pequeños e incrementa la concentración de otros componentes, como las sales biliares, el colesterol, la lecitina o la bilirrubina (Piñol et al., 2020).

Al inicio de la digestión de los alimentos en la porción proximal del tubo digestivo la vesícula comienza a vaciarse, principalmente cuando los alimentos grasos llegan al duodeno, el mecanismo de vaciamiento son las contracciones rítmicas de su pared, para que esta sea efectiva se requiere la relajación esfínter de Oddi y el estímulo de las contracciones es la hormona colecistoquinina (CCK) importante para esta función (Tresguerres et al., 2018).

Las sales biliares se forman en los hepatocitos a partir del colesterol plasmático. En el proceso de secreción de las sales biliares, cada día se extraen del plasma de 1 a 2 g de colesterol que pasan a la bilis. Cuando la bilis se concentra en la vesícula biliar, las sales

biliares y la lecitina se concentran a la par que el colesterol. El colesterol puede precipitar en la vesícula, induciendo la formación de cálculos de colesterol. La cantidad de colesterol existente en la bilis depende de la cantidad de grasas ingeridas, ya que las células hepáticas sintetizan colesterol como uno de los productos del metabolismo orgánico de las grasas. Por esta razón, el consumo de una dieta con abundantes grasas durante muchos años tienden a desarrollar cálculos biliares (Guyton y Hall, 2016).

Los cálculos de colesterol están conformados >50% de monohidrato de colesterol, sales biliares, pigmentos biliares, proteínas y ácidos grasos. Y los cálculos pigmentados está conformado por bilirrubinato de calcio; contienen <20% de colesterol y se clasifican en tipos "negros" y "pardos", se forman a consecuencia de infecciones biliares crónicas (Jameson et al., 2018)).

La fisiopatología de la colangitis como primera causa es la obstrucción de la vía biliar que interrumpe la circulación enterohepática de la bilis y al aumento de la presión intraductal, responsable de la alteración de la secreción biliar y provoca el reflujo biliovenoso y biliolinfático. El segundo consiste en la proliferación bacteriana en la bilis, que normalmente es estéril. Hay dos posibles fuentes de contaminación: ascendente (flora duodenal) o hematogena (sangre venosa portal). La presión intraductal aumentada conduce posteriormente a la translocación bacteriana biliovenosa que conduce a la colangitis al no haber una descompensación (Asociación Mexicana de Cirugía General, 2017).

La hipertensión biliar determina la ruptura de las uniones colangiolas y derivación bilio-hemática; el pasaje masivo de gérmenes o sus toxinas al torrente sanguíneo ocasiona un cuadro de "sepsis biliar" grave con disfunciones multiorgánicas. A nivel local puede existir formación de microabscesos y abscesos hepáticos. Las bacterias habitualmente

aisladas son *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Enterococos spp*, *Clostridium spp* y *Pseudomonas* (Gomi et al., 2018).

1.2.4. Artículo relacionado

Mosquera (2022) realizó un proceso de atención de enfermería en un adulto con coledocolitiasis, teniendo como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente con coledocolitiasis aplicando la taxonomía NANDA, NOC y NIC, para mejorar la calidad de vida de este, con un método cuantitativo, cuasiexperimental de corte transversal desarrollada en una usuaria del sexo femenino de 38 años del servicio de emergencias del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas de la ciudad de Quito, Ecuador. Se obtuvieron como resultado dos etiquetas diagnósticas importantes de enfermería que son dolor crónico y riesgo de infección, se mejoró con el tratamiento médico prescrito y las intervenciones de enfermería adecuadas, brindando una atención de calidad, satisfaciendo sus necesidades y logrando una recuperación efectiva. Conclusión: El tratamiento terapéutico y el plan de cuidados de enfermería, el paciente logro mejoría y recuperación eficaz, obteniendo una mejor calidad de vida.

Mientras Lu et al. (2022) llevaron a cabo un análisis del efecto de la enfermería colaborativa MDT (equipo multidisciplinario) y el modelo de gestión de enfermería jerárquica en la calidad de vida y la comodidad de los pacientes con cálculos en la vesícula biliar combinados con colecistitis aguda después de la cirugía. Con el propósito de explorar el efecto de la enfermería colaborativa MDT combinada con el modo de gestión de enfermería jerárquica en la calidad de vida y la comodidad de los pacientes que sufren cálculos usando un método de estudio prospectivo con una población de 120 pacientes en

Cuidados Intensivos del Hospital Wuhan Wuchang, atendidos en 2019 a 2021, obteniendo como resultado antes de la enfermería, la comparación de la puntuación de calidad de vida, la comodidad de enfermería y la capacidad de enfermería de los dos grupos de pacientes no fue estadísticamente significativa. La enfermería colaborativa MDT combinada con el modo de gestión de enfermería jerárquica puede mejorar la capacidad de autocuidado de los pacientes con cálculos en la vesícula biliar complicados con colecistitis aguda, favoreciendo en la calidad de vida, satisfacción y comodidad. El cuidado pos-enfermería de los pacientes después de la inflamación tiene un considerable valor de referencia. En conclusión, la enfermería colaborativa MDT combinada con el modo de gestión de enfermería jerárquica puede mejorar eficazmente la capacidad de autocuidado, calidad de vida, satisfacción y comodidad de los pacientes.

Además, Muñoz et al. (2021) hicieron un estudio de Análisis cuantitativo de las hospitalizaciones por Colangitis Aguda entre los años 2017-2020. El objetivo era describir la tendencia de las hospitalizaciones por colangitis en Chile con el método de estudio transversal, descriptivo en el que obtuvo una muestra de 6604 entre un rango de edad de menos de 1 año y 80 años y más, como resultado registraron mayor número de hospitalizaciones en mujeres (53,69%), personas de 65 a 79 años (35,39%), y el mayor promedio de días de cama se registró en 2017 y 2018 con un promedio de 10,3 días. En conclusión, la colangitis es una patología de suma importancia en Chile, por su alta incidencia y ser el principal factor de riesgo para desarrollar cáncer de vesícula biliar, especialmente en mujeres.

Seguidamente en su estudio, Bouazzaoui et al. (2021) describen sobre los factores asociados a la mortalidad en colangitis aguda grave en una unidad de cuidados intensivos Marroquí con el objetivo de analizar la práctica diaria y los factores asociados a la mortalidad, con un método de estudio retrospectivo de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos en enero de 2009 a diciembre de 2018 con una muestra de 140 pacientes como resultado la causa principal de colangitis la litiasis en un 69% y una puntuación media de SOFA al ingreso de 8. Ceftriaxona + metronidazol fue el antibiótico empírico utilizado en el 87%, técnica de drenaje biliar por desbloqueo endoscópico 76%, duración media de la estancia por 6 días, tasa de mortalidad un 28% y los factores significativos de mortalidad fueron antecedentes de toma de tratamiento anticoagulante, uso de catecolaminas, ventilación mecánica durante la estancia en la UCI, retraso en la consulta y administración de la antibioticoterapia. En conclusión, el reconocimiento temprano, los antibióticos, la reanimación y el drenaje biliar mínimamente invasivo han mejorado los resultados.

Igualmente, Novy et al. (2020) investigaron sobre factores asociados con la mortalidad en colangitis aguda grave en adultos mayores críticamente enfermos ingresados en la unidad de cuidados intensivos con el objetivo en describir los factores de mortalidad en un periodo de 6 meses en pacientes con SAC de 75 años con un método de retrospectivo bicéntrico entre los años 2013-2017 con una muestra de 85 pacientes, en su resultado presenta como principal causa la coledocolitiasis en un 85%. La mortalidad en la UCI a los 6 meses las tasas fueron 18% y 48% respectivamente. El análisis multivariado mostró que la desnutrición 95% y una disminución en la puntuación SOFA a las 48 h del 95 % se asociaron con mayor mortalidad a los 6 meses. En conclusión, el proceso de toma de decisiones, los médicos de la UCI y los cirujanos hepatopancreatobiliares podrían utilizar

estos datos para estimar la probabilidad de supervivencia de un adulto mayor que presenta SAC.

Aunado a esto Taha & Khamaysi (2020) investigaron sobre Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para la colangitis aguda grave con el objetivo de realizar una revisión sistemática y un metanálisis de evaluación del impacto del momento de la CPRE en pacientes con colangitis aguda usando el método retrospectivo con una muestra de 2210 pacientes obteniendo un resultado primario de mortalidad hospitalaria, los pacientes que se sometieron a una CPRE emergente (48 horas posteriores a la admisión) tuvieron una mortalidad hospitalaria significativamente más baja, Además, encontraron que los pacientes que se sometieron a una CPRE emergente tuvieron estadías más cortas (promedio, 6 días) y tendieron a tasas más bajas de insuficiencia orgánica y mortalidad a los 30 días. En cuanto a la estratificación del riesgo, se encuentra la colangitis aguda grave: según las guías de Tokio 2013, la CPRE emergente dentro de las 12 horas se asoció a una mortalidad más baja a los 30 días en comparación con los que sometieron a CPRE dentro de las 12 a 48 horas (15% de mortalidad) frente al 21 % en términos de urgencia, la CPRE para la colangitis aguda grave es un procedimiento que salva vidas y no debe demorarse más de 12 horas. En conclusión, de la investigación, la CPRE temprana realizada dentro de las 24 horas posteriores al ingreso se asocia a una menor mortalidad a los 30 días y la CPRE emergente dentro de las 12 horas se asoció con una tendencia adicional hacia una menor mortalidad a los 30 días.

También Pérez et al. (2017) llevaron a cabo un estudio de investigación con relación al proceso de atención de enfermería de litiasis vesicular. A partir de un caso clínico como objetivo aplicar el modelo teórico de Callista Roy con base al desarrollo del cuidado, utilizó un método de estudio prospectivo aplicado en un paciente masculino de 83 años, el cual

obtuvo como resultado la aplicación del proceso de atención de Enfermería con el modelo de adaptación se identificó estímulos focales como el dolor, deterioro de la integridad tisular, desequilibrio nutricional, deterioro de la función hepática, riesgo de infección. Estímulos contextuales como: riesgo de caídas, riesgo de úlceras por presión. Estímulos residuales: la confianza en el tratamiento del profesional de salud. Este modelo demostró que con la eliminación de estímulos se mejora el modo adaptativo fisiológico. En conclusión, el modelo teórico de Callista Roy es útil al elaborar cuidados enfermeros de acuerdo con la condición en el que se encuentre, la clave de enfermería es, eliminar o controlar los estímulos.

De la misma manera Cordero (2017) efectuó un análisis sobre las intervenciones especializadas en enfermería en una adulta mayor con colangitis en concordancia con los patrones funcionales de Marjory Gordon llevadas a cabo en el Hospital General Manuel Gea González con el propósito de vincular los conocimientos teóricos y la práctica para la realización de un estudio de caso para la estructuración del pensamiento crítico y la toma de decisiones ante una persona adulta mayor mediante el PAE fundamentado en los patrones funcionales de Marjory Gordon para brindar un cuidado especializado y generar un aprendizaje significativo y trascendental, con un método cuantitativo, cuasi experimental de corte transversal aplicado en un adulto mayor de 64 años, como resultado se identificó que el dolor , deterioro de la funcionalidad en ABVD ,riesgo de confusión aguda ,riesgo de hipovolemia y complicaciones hidroelectrolíticas (hipokalemia), riesgo de caída, riesgo de oclusión trombótica de venas profundas, riesgo de infecciones, riesgo de lesión cutánea fueron las principales necesidades humanas presentes en el usuario. Los cuidados efectuados se realizaron de forma holística y se adecuaron al diagnóstico con sus objetivos en el que se logró de manera eficaz, en conclusión el PAE favoreció la calidad de la

atención en el individuo y familia, así mismo al hacer partícipes en el cuidado tienen mayor conocimiento sobre los problemas y necesidades presentes.

Valsangia et al. (2017) realizaron una investigación sobre los Factores de mortalidad en las colangitis agudas sépticas (CAS) con el objetivo de establecer los factores determinantes de la mortalidad en pacientes con CAS; a partir del método retrospectivo de 10 años en el que participaron 67 pacientes en el hospital Maciel, Uruguay con los siguientes resultados; 33% ingreso por shock séptico, Klebsiella BLEE se desarrolló en un 50%, 59 % la ampicilina/ sulbactam como tratamientos empíricos con un tiempo medio de desobstrucción biliar de 4 días. La mortalidad fue de 37%. Los factores significativos de la mortalidad fueron; edad mayor a 65 años, shock inicial, sexo masculino y el intervalo de tiempo a la desobstrucción biliar. El drenaje tardío de la vía biliar y la utilización empírica de antibióticos de baja eficacia, son factores relacionados con una mala evolución. La utilización de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas se asocia con mejor sobrevida. En conclusión, el descenso de la mortalidad en las CAS, está determinada por la desobstrucción precoz y mediante procedimientos mínimamente invasivos y la utilización de planes antibióticos iniciales ajustados a protocolos internacionales.

Finalmente, Gomi et al. (2017) investigaron sobre la Epidemiología, microbiología y resultados integrales actualizados entre pacientes con colangitis aguda con el objetivo investigar la epidemiología y los resultados actualizados entre pacientes con colangitis aguda a mayor escala por primera vez con una muestra total de 7294 pacientes y 6433 pacientes cumplieron con los criterios de diagnóstico usando un método de estudio observacional retrospectivo en Japón y Taiwán con los siguientes resultados agrupados de acuerdo a la gravedad, Grado I (37,5%), Grado II (36,2%) y Grado III (26,2%). La

mortalidad por todas las causas a los 30 días fue del 2,4 %, 4,7 % y 8,4 % en grados de gravedad I, II y III. La incidencia de absceso hepático y endocarditis como complicaciones de la colangitis aguda fue de 2,0% y 0,26%, respectivamente. En conclusión, este estudio proporciona la base para establecer las mejores prácticas en el manejo de pacientes con colangitis aguda a futuro.

1.3. Objetivo

1.3.1 Objetivo general

Describir el efecto del Proceso de Atención de Enfermería en un paciente crítico con colangitis III en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel.

1.3.2. Objetivo específico

- Identificar los resultados de las intervenciones de enfermería en el cuidado holístico de pacientes con colangitis grave.
- Evaluar cada una de las intervenciones sobre la efectividad en el paciente con los resultados esperados.

1.4.-Definición de términos

Proceso de enfermería: Es un proceso de pensamiento crítico y método científico que consiste en un conjunto de intervenciones propio de enfermería para el cuidado de la salud del individuo, familia o comunidad, cada Proceso de Atención de enfermería (PAE) está integrada por 5 etapas; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El ejercicio y seguimiento de las etapas permite al profesional ejecutar sus acciones de manera sistemático (Potter, 2019).

Paciente crítico: Es aquel paciente en estado crítico que padece una o más alteraciones en su sistema fisiológico, amenace su vida, pero con posibilidades de recuperación, requiriendo cuidados intensivos, vigilancia y soporte vital, dentro de estas afectaciones comunes se encuentra la insuficiencia respiratoria aguda, problemas cardiacos, hepáticos o renales, traumatismos severos, estado de shock y alteraciones metabólicas importantes que pueden llegar a la muerte (Vera, 2022).

Unidad de cuidados intensivos: Es conocida también como cuidados críticos, se encuentra conformado por un equipo multidisciplinario en el que se dedica a brindar cuidados especializados a pacientes que tienen el riesgo de desarrollar una disfunción orgánica que amenace la vida. Se requiere del uso de la tecnología para brindar soporte fisiológico de los órganos que fallen, principalmente pulmonar, cardiovascular y riñones (Marshall et al., 2017).

Colangitis III: Es el último estadio de la enfermedad, conocida también como colangitis severa y se caracteriza con el inicio de afectación orgánica o sistémica, ocasionando en el paciente inestabilidad hemodinámica, neurológica, respiratoria, hepática, renal, hematológica (Folonier y Zoholi, 2018).

Capítulo II

Metodología

2.1 Diseño de investigación

Se presenta una investigación de tipo cuantitativo, cuasi experimental, de corte transversal, por ser un plan de trabajo definido por el investigador, sin manipulación del medio ambiente y en un tiempo concreto.

2.2. Población

A un paciente crítico mayor de edad que ingrese a la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital de alta especialidad del estado de Tabasco, con diagnóstico de colangitis grave en el mes de mayo 2022.

2.3. Muestra

Paciente femenino de 22 años, residente del municipio de Centro, Tabasco, que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos por complicaciones de colangitis grave en la unidad de cuidados intensivos.

2.4. Muestreo

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia, en el que se incluye a un paciente crítico que cumplió con los criterios de selección definidos en el presente estudio.

2.5. Criterios de selección:

2.5.1. Criterios de inclusión.

- Persona diagnosticada con colangitis grave.
- Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos
- Autorización del consentimiento informado.

2.5.2. Criterios en exclusión.

- Paciente potencialmente irreversible.
- Sin autorización del consentimiento informado.

2.5.3. Diseño del plan de intervención.

El cuidado es objeto de estudio de enfermería, su método de estudio se basa en el proceso enfermero, una guía que facilita el trabajo profesional.

En la penúltima etapa de este proceso se encuentra la ejecución que precede de un plan de acción y se establece intervenciones adecuadas a las necesidades humanas alteradas. En el diseño del plan de intervención se usará la guía didáctica para planificación, ejecución y evaluación que posee la tercera, cuarta y quinta etapa de proceso enfermero presentado las siguientes características:

En el área de diagnóstico se describe dentro de la tabla el diagnóstico de enfermería, dominio, clase del diagnóstico identificado. Posteriormente, se procede a la identificación del resultado en apoyo del NOC, en esta área se realiza elección del indicador, el indicador ayuda a determinar el estado de paciente y la puntuación global del resultado, es decir facilita la evaluación del resultado, así mismo se establecerá una escala de medición correspondiente al indicador y resultado.

Esta escala de medición contiene 5 puntos, en relación con el resultado, «1» es la condición del paciente «menos deseable» y «5» es la más deseable, al puntuar los indicadores permite la comparación del estado actual del paciente y posterior a la intervención de enfermería, permitiendo el juicio clínico antes y después de las intervenciones.

También se presenta una escala de medición sobre una calificación mínima (puntuación mínima de los indicadores) y calificación máxima (puntuación mayor del indicador) por último la puntuación diana determina la puntuación del resultado que se desea conseguir con la intervención, se divide en dos partes “mantener a ” y “aumentar a “, En “mantener a” como se describe, se establece una puntuación en mantener al paciente en la misma condición y evitar el deterioro y en “aumentar a” se emplea cuando se permite progresos en el estado de salud y lograr una mejoría. Esta evaluación puede ser positivo o negativo dependiente de las condiciones de salud del usuario

Después de la elección de los resultados se prosigue con las intervenciones NIC, basándose de los diagnósticos y de los resultados, se hace la elección de las intervenciones posterior las actividades a desarrollar, la intervención tendrá una fundamentación científica, además se registrará fecha, hora de la ejecución y una evaluación cualitativa sobre los resultados obtenidos de la intervención ejecutada.

2.5.4. Instrumentos

Para la valoración se opta por el instrumento de los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon para obtener los datos objetivos y subjetivos identificados en el paciente, también para la construcción del caso clínico y la identificación de los diagnósticos enfermeros. En la construcción de las etiquetas diagnósticas se realizó basándose al libro de NANDA, posteriormente se estableció los planes de cuidado de enfermería, utilizando formatos estandarizados para obtener los resultados esperados en el libro NOC, y para las intervenciones y las actividades en el libro NIC.

Para la valoración se escoge las guías de valoración de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, de igual manera se hace uso de escalas de valoración como la

escala coma de Glasgow, Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), Escala de Godet, escala sobre Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID), Escala de Norton y escala de Downton.

Posterior a la recogida de datos se usará la guía didáctica 1 para la organización de datos de la valoración agrupadas por patrones funcionales de salud y redacción de diagnósticos de enfermería, contiene un apartado sobre los datos significativos de la valoración por patrones funcionales de la salud (signos y síntomas, resultados de herramientas) y diagnóstico de enfermería (diagnósticos focalizados en el problema, de síndrome y de riesgo). Esta guía facilita la priorización de los diagnósticos y la elección de intervenciones adecuadas a las necesidades humanas alteradas, esta herramienta facilita el análisis y la toma de decisión.

2.5.5. Consideraciones éticas.

De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud el artículo 13 establece que todo ser humano sujeto de estudio debe garantizar respeto a su dignidad, protección a sus derechos y bienestar por consiguiente la persona que se le aplicó el Proceso de Atención de enfermería en todo momento se guardó respeto a su dignidad, derechos, se aseguró su bienestar físico y mental, así mismo, el artículo 14 menciona que toda investigación debe adaptarse a los principios éticos y científicos, contar con el consentimiento informado del usuario o de su representante legal. En este PAE se solicitó el consentimiento del familiar directo para la participación de la paciente, en él se detalló sobre el procedimiento a realizar. Por otra parte, hay que aclarar que podría retirarse si así lo decida. El artículo 20 dice que el consentimiento informado deberá ser por escrito donde el sujeto en estudio o representante legal autorice su participación en la

investigación. Como también deberá comprender los riesgos, libertad en la elección y sin presión en su decisión a su participación. (Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, 2014).

2.5.6. *Procesamiento de datos.*

La obtención de datos se realizó mediante el formato de 11 patrones funcionales por medio de la técnica; observación, exploración física, entrevista del familiar y del expediente clínico. Después de obtener los datos, se organizó conforme la guía didáctica numero 1 por patrones funcionales de salud. Luego se sigue con la guía didáctica número 2; se identificaron los datos significativos y se analizaron para la redacción de los diagnósticos de enfermería. La guía didáctica numero 3 etapa se enfoca en los resultados, intervenciones, ejecución y la evaluación de los resultados.

Capítulo III

Resultados

3.1. Implementación del proceso de atención de enfermería

En este apartado se describe la valoración de la paciente con base a la guía de valoración de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, se especifica los diagnósticos identificados priorizados por nivel de importancia, también se menciona la Clasificación de Resultados de Enfermería y se continua con las intervenciones. Finalmente se menciona la evaluación de las intervenciones ejecutadas.

En base a este orden, se presenta el Proceso de Atención de Enfermería con las 5 etapas que lo conforman, aplicado en un paciente crítico con la patología de colangitis grave que se presenta a continuación.

Datos de identificación

Fecha de ingreso: 13/04/22

Nombre: AFRS

Género: Femenino

Estado civil: Unión libre

Escolaridad: Secundaria terminada

Ocupación: Ama de casa

Religión: católica

Servicio: UCI

Cama: A-1 Alérgica: AINES

Número de afiliación: Exp. 77895

Ingreso económico mensual: 4000 pesos.

Motivo de visita o principal problema:

Usuaría acude por presentar malestar general a causa de los litos en conducto biliar y lodo en colédoco, a consecuencia del retraso de la intervención quirúrgica ocasiono el

deterioro de órganos (coledocolitiasis, colangitis, esplenomegalia) ante esta evolución su diagnóstico médico actual es: Colangitis grado III // Post- CPRE/ Falla hepática aguda/ coledocolitiasis.

Tratamiento actual:

Solución base:

1000 SAF 0.9 % + 40 mEq de KCL + 1 g de sulfato de magnesio para 24 h.

Fármacos:

- Omeprazol 40 mg c/d 24 h.
- Metronidazol 500 mg C/d 24 h.
- Albumina humana 25% + 20 mg de furosemida C/d 8 h.
- Enoxaparina 40 mg c/d 24 h.
- Furosemida 20 mg c/d 8 h.
- Amiodarona 300 mg D: U
- Sulfato de magnesio 1g c/d 8 h.
- Cloranfenicol 1 gotas en cada ojo
- Paracetamol 1 g por razón necesaria
- Amiodarona 150 mg D.U
- Amiodarona 200 mg c/24 h.

Historia familiar de la enfermedad:

Paciente dentro de su historia clínica niega antecedentes heredofamiliares por enfermedad crónica degenerativa (diabetes mellitus, hipertensión, cáncer), entre sus antecedentes patológicos negó transfusiones de hemoderivados, también en el consumo de alcohol, tabaco y toxicomanías. Los progenitores y descendientes padecen patologías

crónicas, tales como diabetes e hipertensión arterial, así como descendientes aparentemente saludables.

En lo que se refiere al historial de intervenciones quirúrgicas comienza en el año 2014 con una apendicectomía, 2021 por colecistectomía, abril del presente año presenta cuadro de pancreatitis con 4 días de hospitalización, 6 de mayo ingresa al hospital, 14/05/22 se intentó realizar CPRE debido al tamaño de los litos (1 cm) identificados, no fue posible realizar la intervención, 20/05/22 ingresa a la Unidad de Terapia intensiva, 26 mayo se realizó la CPRE, traqueostomía y Penrose.

I.- Patrón Percepción/ Mantenimiento de la Salud

La información obtenida dentro de su expediente clínico cuenta con casa propia construida con material perdurable (concreto) con tres habitaciones, cocina y cuartos, también tiene acceso a los servicios básicos (agua potable, luz eléctrica y drenaje). Su familiar describe tener buenos hábitos higiénicos como el cepillado de los dientes, lavado de manos en la preparación y consumo de sus alimentos, así mismo la pulcritud en su vestimenta, higiene del hogar y el orden. Presenta hacinamiento al compartir habitaciones con los demás integrantes de su familia, los riesgos presentes son la presencia de pantanos y lagunas por inundación, así mismo por el crecimiento de vectores.

Según con la entrevista, el familiar describe que las constantes intervenciones medicas realizadas acudían constantemente a valoración en su centro de salud para continuar con su tratamiento, antes de su ingreso al hospital presentaba una buena percepción de su salud. Tiene su esquema de vacunación completa y sin drogodependencia.

II.- Patrón Nutricional / Metabólico

Estado físico actual:

Peso: 55 kg Talla: 163 cm IMC: 20.70 kg/m² (Normal de acuerdo con IMSS)

Temperatura: 39 °c Glucemia: 86 mmHg PA: 83 cm Escala Braden: 9 Riesgo alto.

Valoración física:

Piel: Se observa ictericia generalizada, calor al tacto y rubor facial, diaforética, con edema grado ++ en miembro superior derecho e izquierdo, edema + en miembro inferior izquierdo y derecho, extravasación en brazo izquierdo, sin presencia de lesión por presión.

Cabello: Adecuada implantación del cuero cabelludo, de cabello largo negro con dermatitis seborreica moderada.

Uñas: Lisas, cortas, de color rosado, uniformes, sin manchas ni decoloración.

Mucosa oral: Lisas, sin lesión y sequedad en mucosas.

Encías: Color rosa pálido, consistencia firme, sin datos de hemorragia.

Lengua: Integra, sin lesión, de color rosado, adecuado grosor, sin presencia de heridas.

Labios: Integra, sin lesión en comisuras.

Dentadura: completa, no hay datos de caries dental.

Heridas: Abdomen con distensión aguda, herida quirúrgica de aproximadamente 10 cm en la región del mesogastrio, presenta leve sangrado, sin datos de infección, peristalsis hipoactiva, con Penrose en flanco derecho con líquido seroso de 15 ml y gastrostomía en mesogastrio.

En la entrevista describe familiar que la paciente anteriormente realizaba sus tres comidas diarias, consumía líquidos en cuanto a su gusto por los alimentos, desconoce dicha información.

Actualmente por su patología se ha mantenido en ayuno aproximadamente 20 días, a causa de la presencia de residuo gástrico de color parduzco (135 ml en 24 horas), otros factores como los estudios de imagen (ultrasonido, tomografía) y por la programación de las fechas posibles de intervención quirúrgica ocasionaron el retraso en su alimentación. Ha perdido 8 kg de peso porque a su ingreso pesaba 68 y actualmente tiene un peso de 55 kg. No hay datos que confirmen ser alérgica o intolerante por algún alimento.

En los estudios de laboratorio se encuentra los siguientes valores realizada el 24/05/22:

| | EXAMEN | RESULTADOS | VALORES NORMALES |
|------------------------|----------------|------------|---------------------------------|
| Tiempos de coagulación | TP: | 12.4 | TP es: 11 a 13.5 segundos |
| | TTP: | 26.9 | 25-45 segundos |
| | INR: | 1.2 | 0.8-1.2 Segundos |
| Biometría hemática | LINOCITOS | 0.4 | 18-45 % |
| | LEUCOCITOS | 16.2 | 4.5-11 % |
| | NEUTROFILOS | 15.8 | 1.80 -7.70 $10^3/\mu\text{l}$ |
| | LYM: | 2.20 | |
| | MON(Monocitos) | 0.2 | 3-10 % |
| | RBC (Recuento | 4.32 | 3.93 y 5.69 millones de células |

| | | | |
|---------------|---------------------------|-----------|---------------------------|
| | de glóbulos rojos) | | por milímetro cúbico. |
| | HB | 12.8 | 11.5-14.5 gr/dl |
| | HCT | 38.10 | 36-46 % |
| | PLQ | 197.00 | 150 – 450 x 103/m |
| | PCR (proteína c reactiva) | 2.58 | Mujeres 0.068 - 1.6 mg/dl |
| QUIMICA | GLUCOSA | 94 | 70-100 mmhg |
| SANGUINEA | UREA | 29.38 | 12-54mg/dl |
| | LIPASA | 43 | 0 a 160 u/l |
| | AMILASA | 37 | 23-85 u/l |
| | ALBUMINA | 3.0 g/dL | 3.4 a 5.4 g/dL |
| ELECTROLITICO | SODIO | 138 mEq/L | 135-145 mEq/L |
| SERICO | POTASIO | 4.0 mEq/L | 3.5 -5.5 mEq/L |
| | CLORO | 99 mEq/L | 95-110 mEq/L |
| | CALCIO | 9.1 mEq/L | 8.5-10.5 mEq/L |
| | MAGNESIO | 2.1 mEq/L | 1.5-2.5 mEq/L |
| | FOSFORO | 3.2 mEq/L | 2.5-4.5 mEq/L |

En los estudios de laboratorio, la biometría hemática se observa incremento de leucocitos y neutrófilos.

Equilibrio hídrico:

Ingreso: 2674 ml Egreso: 1325 ml Balance total: 1349 balance positivo

III.- Patrón de Eliminación

Estado físico actual:

- Orina: Concentrada.
- Heces: sin evacuaciones en los últimos 4 días de la valoración.
- Sudor: diaforética
- Peristaltismo intestinal: peristalsis abdominal disminuidos con Penrose del lado derecho y con 30 ml en el drenaje (seroso) en 24 horas,
- Escala de Bristol: sin datos

A la valoración no hay presencia de halitosis, ni distensión abdominal, con un perímetro abdominal de 83 cm con sonido resonante a la percusión.

Usuaría con sonda vesical a derivación, con una diuresis horaria < de 50 ml con un total de 1160 en 24 horas, sonda nasogástrica a derivación por residuo gástrico, presenta sangrado transvaginal leve (menstruación) así mismo se observa edema bulbar sin datos de infección.

Examen general de orina Fecha:20/05/22

| Examen | Resultado | Valor de referencia |
|---------------|-----------|---------------------|
| DENSIDAD | 1.010 | 1.005 a 1.025 |
| pH | 6.0 | 5.0 a 7.0 |
| UROBILINOGENO | Normal | 0.2 a 1.0 (Normal) |

| | | |
|----------------------|----------|----------------|
| GLUCOSA | Negativo | Negativo |
| PROTEINAS | Trazas | Negativo |
| CUERPOS CETONICOS | Negativo | Negativo |
| HEMOGLOBINA | Negativo | Negativo |
| BACTERIAS | ESCASAS | No se observan |

IV. Patrón Actividad / Ejercicio

Estado físico actual:

Frecuencia cardiaca: 113x Frecuencia del pulso: 99 X Tensión arterial: 110/65 mmhg

PAM: 80 Frecuencia respiratoria: 24 X Escala de Downton: 2 Riesgo bajo spo2:

99 %

Valoración física:

Pulso: Se percibe pulso débil, regular

Llenado capilar: < 2segundos

Ritmo cardiaco: 112 X

Respiración: 24 X

Secreciones pulmonares: secreciones moderadas de color amarillo claro, se encuentra escasa por nariz y boca.

Fuerza muscular: sin datos por estado de conciencia.

Tórax: Tórax integra, con movimientos simétricos a la ventilación, pulmones bien ventilados sin datos de sibilancia ni estertores.

Postura: Posición fowler.

A causa de complicaciones de salud de la usuaria se realizó cambios en el manejo de la ventilación, en breve se especifica a continuación sobre el proceso:

Modo de ventilación:

- Antes de la cirugía se encontraba en modo CPAP

FIO2: 40 PEEP: 5

- Modo ventilatorio A/C a partir del 26/05/2022

FIO2 de 40 %, PEEP de 6, FR: 12 VT:320

En la primera valoración la paciente se encontró con tubo endotraqueal # 7.5 con apoyo ventilatorio, modo CPAP, sin sedación. En estado estupor.

El 25 /05 /2022 tuvo una taquicardia ventricular (Torsades de pointes) con remisión a base de su tratamiento farmacológico, mientras el 26/05/2022 le realizan una intervención quirúrgica para la colocación de la traqueostomía, a la valoración se observa estoma con leve sangrado y adecuada coloración (rosáceo). A continuación, se presenta el resultado de la gasometría con parámetros normales.

| Gasometría | | | | | | |
|------------|---------|----------|----------|---------|----------|----------|
| PH 7.36 | PCO2 36 | PO 281.6 | LAC 0.9, | HC03 22 | EB -2.2, | PAFI 310 |

Como parte de este patrón de evaluación, también se evalúa el sistema musculoesquelético, que presenta un rango de movimiento restringido en las extremidades superiores e inferiores y rigidez parcial en las articulaciones en la movilización.

En su presentación de entrevista del familiar, relata que antes de su ingreso al hospital realizaba sus actividades diarias de su hogar y en el cuidado de sus hijos, Actualmente su autocuidado se ven interferidas por su situación de salud, por tal motivo esas actividades son completamente dependiente del profesional de enfermería.

V. Patrón Reposo/ Sueño

El familiar refiere que tenía un patrón de sueño adecuado, cumplía con sus 8 horas de sueño, actualmente este patrón no se valora porque se encuentra en estado de coma, no hay respuesta al dolor, ni a estímulos, posterior a la cirugía se observa con menor respuesta ante estos estímulos.

VI.- Patrón Cognitivo/ Perceptual

Estado Físico y mental:

Estado de conciencia: Estado de Coma

Orientación (persona, tiempo, espacio): no hay respuesta verbal, ni doloroso.

Escala de Glasgow: 3

Escala de EVA: No valorable

Escala de ESCID: 0

Pupilas de 3 mm,

Hay irritación en conjuntivas, sin presencia de reflejos. en tono muscular hay hipertonía con la escala de Ashworth Scale aumento moderado del tono. Sin presencia de signos meníngeos, por deterioro neurológico no tiene la capacidad de tomar decisiones.

En la entrevista realizada refiere familiar haber terminado la educación secundaria y su capacidad de aprendizaje no demostró dificultad.

VII.- Patrón Autoimagen/ Autoconcepto

No valorable, familiar desconoce información.

VIII.- Patrón Rol / Relaciones

Usuaría es visitada por familiares en el que se observa apoyo emocional y espiritual.

El informe clínico muestra tener 3 hijos dependientes totalmente de la madre y con el rol del sostén del hogar, además mantenía una buena relación con su familia pero con las intervenciones y su hospitalización ha causado distanciamiento de su familia.

IX.- Patrón Sexualidad/ Reproducción

Menarquia: 12 años Días por ciclo: 7 días en promedio Fecha de la última menstruación: 25/05/22 Gestaciones:3 Partos: 2 Abortos: 0 cesárea: 1

Se observa glándulas mamarias integra, simétricas sin coloración anormal, edema bulbar sin datos de infección, No hay registro de la fecha de exploración mamaria y Papanicolau.

X.- Patrón Afrontamiento / Estrés

Familiar desconoce la información de este patrón.

XI.- Patrón Valores y Creencias

Su religión es católica. describe familiar acudir a iglesia de manera constante.

| PATRON FUNCIONAL DE SALUD | DATOS SIGNIFICATIVOS (SIGNOS Y SINTOMAS) ENCONTRADOS EN EL PACIENTE | DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÍA |
|--|---|---|
| I. PATRÒN PERCEPCION – CONTROL DE LA SALUD. | | |
| II. PATRON NUTRICIONAL – METABÒLICO | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición | <ul style="list-style-type: none"> • Ayuno prolongado (20 días aproximadamente) Causa: Residuo gástrico de color parduzco (135 ml en 24 horas), programación de intervenciones quirúrgicas y estudios de imagen. • Perdida de 8 kg de peso en dos semanas • IMC: 20.70 kg/m² (normal) | <p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con el suministro inadecuada de alimentos como lo demuestra la ingesta de alimentos inferior a las cantidades diarias recomendadas y estreñimiento.</p> <p>Definición: Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio hídrico | <ul style="list-style-type: none"> • Edema grado ++ en miembro superior derecho e izquierdo, | <p>Exceso de volumen de líquidos relacionado con desviaciones que afectan la eliminación de</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>edema + en miembro inferior izquierdo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Albumina 3.0 gr/dl • Balance positivo (1349) | <p>líquidos (descenso de proteína; albumina y partículas osmóticas) como lo demuestra en edema y aporte superiores a la pérdida.</p> <p>Definición: Retención excedente de líquido.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Termorregulación | <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura corporal: 39°C • Calor al tacto y rubor facial, diaforética. • Neutrófilos 15.8 10³/ul • Leucocitos 16.2 % • Linfocitos 0.4 % • PCR (proteína c reactiva) 2.58. • Ritmo cardiaco: 112 X | <p>Hipertermia relacionada con sepsis como lo demuestra Coma, rubor, piel caliente al tacto, taquicardia y vasodilatación.</p> <p>Definición: temperatura corporal por encima del rango diurno normal debido a la insuficiencia de la termorregulación.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Integridad de la piel | <ul style="list-style-type: none"> • Diaforética • Escala Braden: Riesgo alto, puntuación 9. • Fiebre de 39°C | <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea como se evidencia con humedad excesiva, hipertermia, presión sobre las prominencias óseas, cizallamiento, fricción superficial,</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ayuno prolongado • Inmovilidad • Edema grado ++ • Estoma por traqueostomía, Penrose. | <p>diminución de la movilidad física, edema, malnutrición.</p> <p>Definición: Susceptible a alteraciones en epidermis y / o dermis, que pueden comprometer la salud.</p> <p>Riesgo de infección de la herida quirúrgica como se evidencia en los procedimientos invasivos.</p> <p>Definición: Susceptible a la invasión de organismo patógenos en el sitio quirúrgico, que puede comprometer la salud.</p> |
| <p>III. PATRON DE ELIMINACION</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminación fecal | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminación urinaria | | |

| | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Otras perdidas | | |
| <p>IV. PATRON DE ACTIVIDAD EJERCICIO</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ventilación mecánica invasiva (traqueostomía). ▪ Taquipnea ▪ Secreciones pulmonares: secreciones moderadas de color amarillo claro, se encuentra escasa por nariz y boca. ▪ Taquicardia ventricular (Torsade de pointes) ▪ Frecuencia cardiaca: 113x ▪ Pulso débil | <p>Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionado con mucosidad excesiva, Secreciones retenidas como lo demuestra eliminación ineficaz de esputo y cantidad excesiva de esputo.</p> <p>Definición</p> <p>Capacidad reducida para eliminar secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener despejadas las vías respiratorias</p> <p>Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la contractilidad, alteración de la frecuencia y ritmo cardiaco como lo demuestra la taquicardia, edema, disminución</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edema ++ | <p>de los pulsos periféricos.</p> <p>Definición: Volumen inadecuado de sangre bombeada por el corazón para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Movilidad | <p>Paciente con cuidado completamente independiente por personal de enfermería.</p> | <p>Déficit de autocuidado: Baño relacionado disfunción cognitiva como lo demuestra en la dificultad para realizar su higiene personal.</p> <p>Definición:</p> <p>Incapacidad para completar de forma independiente las actividades de higiene.</p> |

Tabla No. 2. Diagnósticos de Enfermería

| Diagnósticos de Enfermería priorizados | |
|---|---|
| <p>Dominio:11 seguridad y protección.</p> | <p>Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionado con mucosidad excesiva, Secreciones retenidas como lo demuestra eliminación ineficaz de esputo y cantidad excesiva de esputo.</p> |
| <p>Clase 2: Lesión física.</p> | |
| <p>Dominio 4: Actividad y reposo</p> | <p>Disminución del gasto cardíaco relacionado con alteración de la contractilidad, alteración de la frecuencia y ritmo cardíaco como lo demuestra la taquicardia, edema y disminución de los pulsos periféricos.</p> |
| <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares.</p> | |
| <p>Dominio 11: seguridad y protección</p> | <p>Hipertermia relacionada con sepsis como lo demuestra Coma, rubor, piel caliente al tacto, taquicardia y vasodilatación</p> |
| <p>Clase 6: Termorregulación.</p> | |
| <p>Dominio 2: Nutrición</p> | <p>Exceso de volumen de líquidos relacionado con desviaciones que afectan la eliminación de líquidos (descenso de proteína; albumina y partículas osmóticas) como lo demuestra en edema y aporte superiores a la perdida.</p> |
| <p>Clase 5: Hidratación</p> | |

| | |
|---|--|
| Dominio 2: Nutrición | Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con el suministro inadecuada de alimentos como lo demuestra la ingesta de alimentos inferior a las cantidades diarias recomendadas y estreñimiento. |
| Clase 1: Ingestión | |
| Dominio 11: seguridad /protección. | Riesgo de deterioro de la integridad cutánea como se evidencia con humedad excesiva, hipertermia, presión sobre las prominencias óseas, cizallamiento, fricción superficial, disminución de la movilidad física, edema y malnutrición. |
| Clase 2: Lesión física | |
| Dominio 11: Seguridad /protección | Riesgo de infección de la herida quirúrgica como se evidencia el procedimiento invasivo. |
| Clase 1: infección | |
| Dominio 4: Actividad/Reposo | Déficit de autocuidado: Baño relacionado disfunción cognitiva como lo demuestra en la dificultad para realizar su higiene personal. |
| Clase 5: Autocuidado | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|------------------|----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|--|
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionado con mucosidad excesiva, Secreciones retenidas como lo demuestra eliminación ineficaz de esputo, cantidad excesiva de esputo. | DOMINIO 11: Seguridad y protección | | | | | | | | | |
| | | CLASE 2: Lesión física. | | | | | | | | | |
| DOMINIO II: | RESULTADO (NOC): | | | | | | | | | | ESCALA DE MEDICIÓN |
| Salud fisiológica. | Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. | | | | | | | | | | |
| CLASE E: | INDICADORES | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
| | | PRE -INT | POS T-INT | PRE INT | POS T-INT | PRE -INT | POS T-INT | PRE -INT | POS T-INT | PRE -INT | POS T-INT |
| Cardiopulmonar | Acumulación de esputos | | | | | * | | | | | * |
| | Profundidad de la inspiración | | | | | * | | | | | * |
| | Ritmo respiratorio | | | | | * | | | | | * |
| | Frecuencia respiratoria | | | | | | | * | | | * |
| | | | | | | | | | | | Desviación grave del rango normal 1 |
| | | | | | | | | | | | Desviación sustancial del rango normal 2 |
| | | | | | | | | | | | Desviación moderada del rango normal 3 |
| | | | | | | | | | | | Desviación leve rango normal 4 |
| | | | | | | | | | | | Sin desviación del rango normal 5 |
| | | | | | | | | | | | Calificación total pre-intervención: 13 |
| | | | | | | | | | | | Calificación total post-intervención: 20 |

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTO CIENTIFICO |
|--|---|
| <p>Monitorización respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar frecuencia ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración. • Monitorización de los signos vitales continuamente. • Identificar disnea y fatiga de músculos respiratorios. • Auscultar sonidos respiratorios (áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios o crepitantes) • Vigilar los valores del ventilador mecánico la adecuada ventilación (Pmax, volumen minuto, presión máxima, presión meseta). • Medir de forma continua la saturación de oxígeno e informe los valores inferiores a 95%. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ La adecuada monitorización respiratoria permite evaluar la evolución del paciente y la efectividad de las intervenciones de enfermería en los pacientes críticos, además de realizar intervenciones para la prevención de complicaciones. ✓ La pulsioximetría es una tecnología usada para la medición de la saturación de oxígeno transportado por la hemoglobina, de una manera no invasiva. ✓ Se pueden considerar valores normales de saturación de oxígeno (SpO2) aquellos por encima del 95%. Valores por debajo del 95% (en reposo) se asocian con situaciones patológicas y del 92-90% con insuficiencia respiratoria crónica previa o aguda. ✓ Los valores normales de la presión parcial de CO2 al final de la espiración (EtCO2) oscilan entre 35 y 45 mmHg y la PaO2 de 60 a 100 mmhg. |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anotar los valores gasométricos. • Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales. • Vigilar las secreciones respiratorias del paciente (cantidad y características). | |
| <p>Aspiración de las vías aérea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente sobre la aspiración. • Auscultar sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. • Colocar al paciente en posición Semifowler. • Lavado de manos. • Usar precauciones universales. • Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento. • Híper oxigenar al 100% al menos por 30 segundos. • Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del | <ul style="list-style-type: none"> ✓ La eliminación de secreciones logra mantener las vías aéreas permeables, para favorecer el intercambio gaseoso pulmonar, y evitar neumonías por su acumulación. Es indispensable comunicar al paciente del procedimiento. ✓ La posición Semifowler proporciona mayor expansión de la pared del tórax y previene la neumonía asociada a la ventilación mecánica. ✓ Las precauciones universales son vitales para evitar el traspaso de bacterias en los pacientes y prevenir las |

| | |
|--|---|
| <p>diámetro interior del tubo endotraqueal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar mínima cantidad de aspiración para extraer las secreciones (80 a 120 mmHg) • Monitorizar el estado de oxigenación del paciente, estado neurológico, y estado hemodinámico (PAM y Ritmo cardiaco) antes, durante y después de la succión. • Aspirar orofaringe después de la aspiración traqueal. • Lavado de manos • Aseo bucal | <p>infecciones nosocomiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Las alteraciones fisiopatológicas que producen hipoxemia son la hipoventilación, el desequilibrio entre ventilación y perfusión, y el cortocircuito (shunt) derecha-izquierda. ✓ El calibre de la sonda no debe ocluir más de la mitad, o dos tercios de la luz del tubo traqueal, para evitar atelectasias e irritación traqueal. La sonda debe ser estéril de único uso en cada aspiración. ✓ El lavado de las manos se caracteriza como importante en la prevención de infecciones, siendo considerada la medida primordial contra la propagación de los microorganismos en el ámbito hospitalario. ✓ El cuidado y la higiene oral de los pacientes son fundamentales en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica. Conocer la técnica y aplicarla correctamente será esencial para aportar calidad a nuestros |
|--|---|

cuidados.

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

Después de la aspiración de secreciones, paciente mantiene vía aérea permeable con una saturación de 98%, ventilador mecánico con presión pico <35, así mismo mantiene una frecuencia respiratoria entre 14 y 19 por minuto, adecuada coloración de la piel sin datos de cianosis y sin esfuerzo respiratorio. La monitorización permitió realizar la aspiración de secreciones de acuerdo con la necesidad del paciente y asegurar la estabilidad del patrón respiratorio.

De acuerdo con los resultados NOC, en la pre-intervención la puntuación diana es de 13, basándose a lo descrito se logró un puntaje de 20 sin desviación del rango normal, logrado una adecuada efectividad de las intervenciones ejecutadas.

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|---|---|
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la contractilidad, alteración de la frecuencia y ritmo cardiaco como lo demuestra los cambios en el electrocardiograma, taquicardia, edema, disminución de los pulsos periféricos. | | | | | | | | | | DOMINIO 4: | |
| | | | | | | | | | | | Seguridad y protección | |
| DOMINIO: II | RESULTADO (NOC): Efectividad de la bomba cardíaca | | | | | | | | | | CLASE 4: | |
| Salud fisiológica | | | | | | | | | | | Respuestas cardiovasculares / pulmonares. | |
| CLASE: E | INDICADORES | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | Desviación grave del rango normal 1 Desviación sustancial del rango normal 2 Desviación moderada del rango normal 3 Desviación leve rango normal 4 Sin desviación del rango normal 5 Calificación total pre-intervención: 21 |
| Cardiopulmonar | | PRE-INT | POST-INT | |
| | Frecuencia cardiaca | | | | | * | | * | | | | |
| | Pulso periférico | | | * | | | | * | | | | |
| | Arritmia | | | | | * | | * | | | | |
| | Presión sistólica | | | | | | | | | * | * | |
| Presión diastólica | | | | | | | | | * | * | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|
| | Edema | | | | | * | | | * | | | Calificación total post-intervención: 26 |
| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | | | | | | FUNDAMENTO CIENTIFICO | | | | | | |
| <p>Monitorización cardíaca.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar los electrodos para el monitoreo adecuado durante el turno. ▪ Monitorear y registrar el estado cardiovascular: frecuencia cardíaca y ritmo. ▪ Valorar coloración de la piel, pulsos periféricos, tiempo de llenado capilar cada hora. ▪ Valorar las variaciones de la piel como: edemas, hipertermia y diaforesis durante el turno. | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ La monitorización del estado hemodinámico ayuda a la detección de disfunción cardíaca también permite documentar la presión del pulso. ✓ La disminución del volumen sanguíneo informa la presencia de alteraciones cardiovasculares, la intervención rápida y juiciosa prevendrá la falla orgánica múltiple y muerte del paciente. | | | | | | |
| <p>Regulación hemodinámica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ La hipoperfusión tisular contribuye a la disfunción orgánica múltiple, por lo que | | | | | | |

indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico.

- Determinar el estado de perfusión (si el paciente está frío, tibio o caliente).
- Monitorizar y documentar la presión del pulso proporcional (presión sistólica menos presión diastólica, dividido entre la presión sistólica, expresando el resultado como proporción o porcentaje).
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de problemas del estado de perfusión (hipotensión sintomática, frialdad de las extremidades incluidos los brazos y las piernas).
- Comprobar y registrar la presión arterial y la frecuencia cardíaca.
- Observar los pulsos periféricos, el llenado capilar y la temperatura y el color de las extremidades.
- Mantener el equilibrio de líquidos administrando líquidos I.V. o diuréticos (Furosemida).
- Vigilar las entradas y salidas, la diuresis y el peso del paciente,

deberá de ser monitoreada en los pacientes críticamente enfermos.

- ✓ La presión arterial media está determinada por la resistencia periférica total y el gasto cardíaco. Cualquier alteración generará hipoperfusión y podrá tener como resultado insuficiencia orgánica múltiple. Una PAM inferior a 65 mmHg casi siempre traerá como consecuencia insuficiencia hemodinámica.
- ✓ El pulso arterial es un método valioso en la valoración del estado funcional del paciente. Por esta razón, el conocimiento de la palpación del pulso arterial se efectúa en las arterias temporal, carotídea y radial.
- ✓ La furosemida promueve la diuresis y es particularmente útil en pacientes con sobrecarga hídrica.

| | |
|--|---|
| <p>según corresponda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los efectos de la fluidoterapia. • Administrar antiarrítmicos (amiodarona). • Vigilar efectos secundarios y adversos de fármaco administrado vigilando la frecuencia cardiaca (amiodarona). | <ul style="list-style-type: none"> ✓ El registro de entrada/ salida de líquidos ayuda a que el balance de hídrico sea más preciso. ✓ La amiodarona es indicada para el tratamiento de las arritmias ventriculares recurrentes que amenazan la vida cuando éstas no responden a una adecuada terapia. ✓ Efectivo para convertir a ritmo sinusal a pacientes con fibrilación/flutter auricular y en pacientes con taquiarritmias supraventriculares. |
| EVALUACIÓN CUALITATIVA: | |
| <p>Continua con fármaco antiarrítmico manteniendo taquicardia sinusal <120 x 1, sin presencia de arritmia inestable, pulso periférico palpable, tensión arterial dentro del rango normal (100/63 PAM 75), PAM mayor a 65, disminuye edema + en las extremidades por el tratamiento, se continua las intervenciones ya especificadas y vigilancia de datos significativos que puedan causar daños orgánicos. En consecuencia, los indicadores se logró un resultado con desviación leve rango.</p> | |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | Hipertermia relacionada con sepsis como lo demuestra Coma, rubor, piel caliente al tacto (39°C), taquicardia y vasodilatación. | DOMINIO 11: Seguridad y protección | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------------------------|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|--------|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|------------------|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | CLASE 6: Termorregulación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOMINIO: II (NOC) | RESULTADO (NOC): Severidad de la infección | | | | | | | | | | ESCALA DE MEDICIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SALUD FISIOLÓGICA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CLASE: H | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADORES</th> <th colspan="2">1</th> <th colspan="2">2</th> <th colspan="2">3</th> <th colspan="2">4</th> <th colspan="2">5</th> </tr> <tr> <th>PRE-INT</th> <th>POS-T-INT</th> <th>PRE-INT</th> <th>POS-T-INT</th> <th>PRE-INT</th> <th>POS-T-INT</th> <th>PRE-INT</th> <th>POS-T-INT</th> <th>PRE-INT</th> <th>POS-T-INT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fiebre</td> <td>*</td> <td></td> <td></td> <td>*</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inestabilidad de la temperatura</td> <td>*</td> <td></td> <td></td> <td>*</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aumento de los leucocitos</td> <td></td> <td></td> <td>*</td> <td>*</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Malestar general</td> <td>*</td> <td></td> <td></td> <td>*</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | INDICADORES | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | PRE-INT | POS-T-INT | Fiebre | * | | | * | | | | | | | Inestabilidad de la temperatura | * | | | * | | | | | | | Aumento de los leucocitos | | | * | * | | | | | | | Malestar general | * | | | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno Calificación total pre-intervención: 5 Calificación total post-intervención: 8 |
| | INDICADORES | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRE-INT | | POS-T-INT | PRE-INT | POS-T-INT | PRE-INT | POS-T-INT | PRE-INT | POS-T-INT | PRE-INT | POS-T-INT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fiebre | * | | | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inestabilidad de la temperatura | * | | | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aumento de los leucocitos | | | * | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Malestar general | * | | | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Respuesta inmune | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTO CIENTIFICO |
|---|---|
| <p>Tratamiento de la fiebre</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar el color y la temperatura de la piel. ▪ Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos. • Administrar medicamentos o líquidos I.V (paracetamol c/8 h y Metronidazol 500 mg C/d 24 h.). ▪ Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta cálida para la fase de escalofríos y ropa o ropa de cama ligera para las fases de fiebre y de defervescencia). ▪ Aplicar un baño tibio con esponja con cuidado (es decir, administrarlo a los pacientes con fiebre muy alta, pero no durante la fase de defervescencia y evitar en los pacientes que tengan frío). | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Todos los antipiréticos disminuyen la producción de PGE2 mediante la inhibición de la enzima ciclooxigenasa (COX). ✓ Mantener la temperatura ambiente aproximadamente entre 20 y 22 grados centígrados. El uso de un ventilador, aire acondicionado o un sistema de ventilación facilitará la pérdida de calor desde la superficie del cuerpo. ✓ Un baño tibio o un baño de esponja pueden ayudar a refrescar a la persona que tiene fiebre, a pesar de tratarse de una medida de eficacia relativa. La temperatura de los pacientes desciende significativamente después de los baños, pero media hora después, vuelve a los niveles anteriores. ✓ La colocación de medios físicos favorece la pérdida de calor por conducción, irradiación y evaporación. ✓ El enfriamiento externo es otra opción para controlar la fiebre en pacientes con sepsis, aunque se requieren más estudios |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar medios físicos. ▪ Aumentar la circulación del aire. ▪ Observar el color y la temperatura de la piel. ▪ Humedecer los labios y la mucosa nasal secos. ▪ Control y registro de la temperatura. <p>Regulación de la temperatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de antipiréticos de acuerdo con sus horarios indicados por parte médica, vigilando constantemente la temperatura corporal cada dos horas. • Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. • Obtener muestras de sangre y orina. | <p>para recomendar su uso rutinario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La evaluación correcta nos ayudará a diferenciar los pacientes que ameriten o no tratamiento. ✓ Las enfermeras deben conocer los tratamientos farmacológicos de los pacientes con colangitis, el manejo y la administración adecuada de los mismos, las recomendaciones de dosis, advertencias y precauciones, posibles reacciones adversas e interacciones. ✓ Los estudios de laboratorio proporcionan información sobre las células de la sangre, eritrocitos (glóbulos rojos), leucocitos (glóbulos blancos) y plaquetas, proporcionando información sobre el estado de salud y ante las respuestas a las infecciones. |
|---|--|

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

Paciente con remisión (-11°) de 30 minutos y continua con elevado pico febril de 39.3 |C (fiebre continua), sin mejoría con los tratamientos farmacológicos y no farmacológico aplicado, continua con elevación de leucocitosis a 15 000, se continua con las intervenciones hasta su mejoría. Por tal motivo, las características definitorias continúan presentes (rubor, piel caliente al tacto, taquicardia y vasodilatación) y se da continuidad a las intervenciones. Logrando efectuar cambios mínimos en la termorregulación con un puntaje de 8 en puntuación diana.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|----------|--|----------|---|----------|--|----------|--|----------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|--|---|
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | Exceso de volumen de líquidos relacionado con desviaciones que afectan la eliminación de líquidos (descenso de proteína, albumina y partículas osmóticas) como lo demuestra en edema y aporte superiores a la pérdida. | | | | | | | | | | DOMINIO 2: Nutrición | | | | | | | | | | |
| DOMINIO: II (NOC) | | | | | | | | | | | ESCALA DE MEDICIÓN | | | | | | | | | | |
| SALUD FISIOLÓGICA: | RESULTADO (NOC): Función Renal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CLASE: I | INDICADORES | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | | | | | | | | | | |
| Regulación metabólica. | | | | | | | | | | | PRE-INT POS T-INT | PRE-INT POS T-INT | PRE-INT POS T-INT | PRE-INT POS T-INT | PRE-INT POS T-INT | PRE-INT POS T-INT | PRE-INT POS T-INT | PRE-INT POS T-INT | | | |
| | | | | | | | | | | | Diuresis en 8 horas | | | | | | | * | | | * |
| | | | | | | | | | | | Balance de ingesta y diuresis en 24 horas | | | | | | | * | | | * |
| | | | | | | | | | | | Color de la orina | | | | | | | * | | | * |
| Edema | | | | | * | | | * | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido Calificación total | | | | | | | | | | |

| | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | <p>pre-intervención: 15</p> <p>Calificación total post- intervención: 19</p> |
|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | | FUNDAMENTO CIENTIFICO | | | | | | | | | | | | |
| <p>Monitorización de líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación. • Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (hipertermia). • Monitorizar el peso. • Monitorizar las entradas y salidas. • Observar si las venas del cuello están distendidas, si hay crepitantes pulmonares, edema periférico y ganancia de peso. • Asegurarse de que todos los dispositivos i.v y de administración enteral funcionan al ritmo correcto, sobre todo si no están regulados | <ul style="list-style-type: none"> • El control en la ingesta de líquidos es muy importante en los enfermos críticos, la acumulación puede tener graves efectos. • Se debe adecuar la ingesta a las necesidades de cada paciente, si mantiene o no diuresis (orina), la cantidad de esta, así como sus hábitos de eliminación intestinal. • Conocer el peso del paciente en el momento del ingreso y poder pesarlo a diario, servirá como guía de ganancias y pérdidas de líquidos, además de optimizar el cálculo con mayor exactitud de los diferentes conceptos del balance hídrico, como por ejemplo las pérdidas | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| <p>por una bomba.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restringir y repartir la ingesta de líquidos, según corresponda. • Consultar con el médico en caso de diuresis menor de 0,5 ml/kg/h o de ingesta de líquidos en un adulto menor de 2.000 ml en 24 h según corresponda. • Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis, cuando esté prescrito. • Mantener unos gráficos precisos sobre la referencia de los recipientes de líquidos para asegurar la estandarización de las mediciones de estos. • Auditar las gráficas de entradas y salidas de forma periódica para garantizar unos patrones de buenas prácticas. | <p>insensibles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes con insuficiencia renal se benefician de los diuréticos de asa, ya que conservan su utilidad, con limitaciones, hasta un filtrado glomerular (FG) inferior a 5 ml/min/1.73m². • Es el caso de la fiebre, taquipnea, sudoración o pacientes intubados. La presencia de estas situaciones incrementa las pérdidas insensibles basales. El cálculo de las pérdidas insensibles basales (cutáneas y pulmonares) se realiza mediante la fórmula 0.5ml/kg/horas del balance. |
|--|---|

| | |
|---|--|
| | |
| EVALUACIÓN CUALITATIVA: | |
| <p>Usaria con un ingreso de 2720 – 1520 con balance positivo de 1200, diuresis menor 50 ml horaria (orina color ámbar), con 0.8 ml/kg/h , por lo tanto la diuresis se encuentra dentro del rango normal, se observa ligera disminución de edema y extravasación en extremidades.</p> <p>Calificación total de la post-intervención:19</p> | |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con el suministro inadecuada de alimentos como lo demuestra la ingesta de alimentos inferior a las cantidades diarias recomendadas y estreñimiento. | DOMINIO 11: Seguridad y protección | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---|--|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|-----------------------|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|-------------|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--------------------------------|
| DOMINIO II: | RESULTADO (NOC): Estado nutricional | ESCALA DE MEDICIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Salud fisiológica. | | Desviación grave del rango normal 1 Desviación sustancial del rango normal 2 Desviación moderada del rango normal 3 Desviación leve rango normal 4 Sin desviación del rango normal 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CLASE K: | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADORES</th> <th colspan="2">1</th> <th colspan="2">2</th> <th colspan="2">3</th> <th colspan="2">4</th> <th colspan="2">5</th> </tr> <tr> <th>PRE-INT</th> <th>POST-INT</th> <th>PRE-INT</th> <th>POST-INT</th> <th>PRE-INT</th> <th>POST-INT</th> <th>PRE-INT</th> <th>POST-INT</th> <th>PRE-INT</th> <th>POST-INT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingesta de nutrientes</td> <td>*</td> <td></td> <td></td> <td>*</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Relación peso/talla</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>*</td> <td>*</td> </tr> <tr> <td>Hidratación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>*</td> <td></td> <td></td> <td>*</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | INDICADORES | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | PRE-INT | POST-INT | Ingesta de nutrientes | * | | | * | | | | | | | Relación peso/talla | | | | | | | | | * | * | Hidratación | | | | | * | | | * | | | Desviación leve rango normal 4 |
| INDICADORES | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PRE-INT | POST-INT | PRE-INT | POST-INT | PRE-INT | POST-INT | PRE-INT | POST-INT | PRE-INT | POST-INT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingesta de nutrientes | * | | | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Relación peso/talla | | | | | | | | | * | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hidratación | | | | | * | | | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Digestión y Nutrición | | Calificación total pre-intervención: 9 Calificación total post-intervención: 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTO CIENTIFICO |
|---|--|
| <p>Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los cambios recientes del peso corporal. • Realizar cálculos del IMC. • Evaluar la turgencia y movilidad cutáneas. • Identificar las anomalías de la piel (p. ej., hematomas excesivos, mala cicatrización de las heridas y hemorragia). • Identificar las anomalías del pelo (p. ej., seco, fino, tosco, y rotura fácil) • Monitorizar la presencia de tejido conjuntival pálido, enrojecido y seco. • Identificar las anomalías ungueales (partidas, rotas, quebradizas y estriadas) • Evaluar el estado mental (p. ej., confusión, depresión y ansiedad). | <p>La malnutrición en el paciente tiene diversas consecuencias, pudiendo afirmarse que ningún órgano o sistema es ajeno a ella. La malnutrición interfiere en la función muscular, músculos respiratorios, afectación cardiaca, función renal, afectación intestinal y sistema inmunológico. Es muy importante la valoración precoz del estado nutricional del paciente crítico ya que permitirá dirigir la terapia nutricional con mayor fundamento.</p> <p>En pacientes de aspecto eutrófico, el peso se estimará considerando un IMC 22 kg/m² IMC 24 en el adulto. En los enflaquecidos, un IMC 18 kg/m² y en los obesos, un IMC de 27 kg/m². El argumento para usar el peso ajustado es evitar sobrealimentar a los desnutridos y a los obesos.</p> <p>Talla: Se debe medir o estimar para el cálculo del IMC y/o calcular el peso ideal.</p> |

- Identificar las anomalías del sistema musculoesquelético (p. ej., emaciación muscular, artralgias, fracturas óseas y postura inadecuada).
- Realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados (colesterol, albúmina sérica, transferrina, prealbúmina, nitrógeno en orina de 24 horas, BUN, creatinina, hemoglobina, hematocrito, inmunidad celular, recuento total de linfocitos y niveles de electrolitos).

Las mediciones seriadas y frecuentes de pre-albúmina (vida media 2 – 3 días) ayudan a evaluar los cambios en el estado nutricional y respuesta a la terapia nutricional. El incremento, al menos en 50% del valor inicial, refleja una respuesta positiva al soporte nutricional.

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

Paciente con adecuada turgencia de la piel y mucosa, con relación con el peso continua con 55 kilos y un Índice de Masa corporal normal (20.70 kg/m^2), no presento variación, se continua en ayuno por indicación médica y respecto al residuo gástrico disminuyó a 60 ml en 24 horas. Por tal motivo se obtiene al final de la evaluación total de la post-intervención: 11 puntos.

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|---------------------------|---|
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | Riesgo de deterioro de la integridad cutánea como se evidencia con humedad excesiva, hipertermia, presión sobre las prominencias óseas, cizallamiento, fricción superficial, disminución de la movilidad física, edema, malnutrición. | DOMINIO 11: Seguridad / Protección. | | | | | | | | | | |
| | | CLASE 2: Lesión física | | | | | | | | | | |
| DOMINIO: IV (NOC) | RESULTADO (NOC): Integridad tisular: piel membranas mucosas | | | | | | | | | | ESCALA DE MEDICIÓN | |
| Conocimiento y conducta de salud | | | | | | | | | | | | 1.-Gravemente comprometido |
| CLASE: T Integridad tisular | INICADORES | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |
| | | PRE-INT | POST-INT | PRE-INT | POST-INT | PRE-INT | POST-INT | PRE-INT | POST-INT | PRE-INT | POST-INT | |
| | Temperatura de la piel | * | | | * | | | | | | | |
| | Perfusión Tisular | | | | | * | | | | | * | |
| | | | | | | * | | | | | * | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|--|--|--|--|--|---|--|--|---|---|
| | Eritema | | | | | | * | | | * | Calificación total pre-intervención:23 Calificación total post-intervención:32 |
| | Textura | | | | | | * | | | * | |
| | Grosor | | | | | | * | | | * | |
| | Hidratación | | | | | | * | | | * | |

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTO CIENTIFICO |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecido para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden) • Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras por presión. • Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión • Documentar el peso y los cambios de peso • Registrar el estado de piel durante el ingreso y luego a diario. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. ✓ Cambiar de posición a un paciente en la cama cada 2 horas ayuda a mantener la sangre circulando. Esto le ayuda a la piel a mantenerse saludable y prevenir escaras de decúbito. El momento de cambiar de posición a un paciente es una buena oportunidad para revisarle la piel en |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. • Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, drenaje de heridas y la incontinencia fecal y urinaria. • Aplicar medidas de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad. • Poner el programa de cambios posturales al lado de la cama. • Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día. • Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón. | <p>busca de enrojecimiento y llagas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La presión constante en la piel comprime los pequeños vasos sanguíneos que alimentan la piel con nutrientes y oxígeno. Cuando la piel no recibe sangre durante demasiado tiempo, el tejido muere y se forma la lesión por presión ✓ Los cuidados de la piel, esta debe ser inspeccionada regularmente y de manera sistemática, observando las prominencias óseas y la presencia de sequedad, excoriación, eritema o maceración. |
|---|---|

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

Usaria sin datos de lesión tisular, la piel se mantiene integra sin eritemas en zonas de presión (prominencias óseas y sacra), con ligera humedad, no se observa maceración de la piel, ni signo de hipoperfusión, por la infección presente continua con elevada temperatura corporal. Obteniendo un puntaje en base al NOC de 32 puntos.

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------|--|--|
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | Riesgo de infección de la herida quirúrgica como se evidencia el procedimiento invasivo. | DOMINIO 11: Seguridad /protección | | | | | | | | | | |
| | | CLASE 1: . Infección | | | | | | | | | | |
| DOMINIO: IV (NOC) | RESULTADO (NOC): Curación de la herida: por segunda intención | | | | | | | | | | ESCALA DE MEDICIÓN | |
| Salud fisiológica | | | | | | | | | | | Ninguno 1 Escaso 2 Moderado 3 Sustancial 4 Extenso 5 | |
| CLASE: I Integridad tisular | INDICADORES | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | Calificación total pre- intervención:12 |
| | | PRE-INT | POS-T-INT | PRE-INT | POS-T-INT | PRE-INT | POS-T-INT | PRE-INT | POS-T-INT | PRE-INT | POS-T-INT | |
| | Granulación | | | | | | | * | | | * | Calificación total post- intervención:15 |
| | Formación de cicatriz | | | | | | | * | | | * | |
| Regulación metabólica. | Disminución del tamaño de la herida | | | | | | | * | | | * | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FUNDAMENTO CIENTIFICO |
|--|---|
| <p>Cuidados de las heridas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. ✓ Medir el lecho de la herida, según corresponda. ✓ Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario. ✓ Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. ✓ Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. ✓ Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. <ul style="list-style-type: none"> • Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida. | <p>Una reducción porcentual en el área de la herida del 10% al 15% por semana de tratamiento predice la curación. La reducción del 25% en el área de la herida dentro de las dos semanas de tratamiento o una reducción en el área de la herida del 20% al 40% dentro de las dos o cuatro semanas de tratamiento ha demostrado ser un predictor adecuado de curación y un reflejo de efectividad del tratamiento.</p> <p>El uso de un vendaje es útil para dar estructura, estabilidad y protección a los apósitos primarios y secundarios en superficies irregulares como las manos y los pies.</p> <p>La evaluación y la documentación de las heridas deben ser confiables para que los profesionales de la salud hagan un mejor diagnóstico, cuantifiquen efectivamente los beneficios y los resultados de los enfoques terapéuticos utilizados, identifiquen con mayor riesgo a quienes corren el riesgo de no curarse de</p> |

| | |
|--|--|
| | heridas, lo cual es importante para el paciente. |
| EVALUACIÓN CUALITATIVA: | |
| <p>Heridas y estomas sin datos de infección, adecuado color (rosa), tamaño, encontrándose en la fase inflamatoria y adecuada hemostasia.</p> <p>Las intervenciones efectuadas han disminuido contribuyó a la prevención de infección, por tal motivo se logra un puntaje de 35 en base a los resultados NOC.</p> | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|---------------------------------------|
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | Déficit de autocuidado: Baño relacionado disfunción cognitiva como lo demuestra en la dificultad para realizar su higiene personal. | | | | | | | | | | DOMINIO 4: Actividad y reposo. | |
| | | | | | | | | | | | CLASE 5: Autocuidado. | |
| DOMINIO: I | RESULTADO (NOC): | | | | | | | | | | ESCALA DE MEDICIÓN | |
| Salud funcional | Autocuidado: higiene | | | | | | | | | | | 1 Gravemente comprometido |
| CLASE: D Autocuidado | INDICADORES | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 2. Sustancialmente comprometido |
| | | PRE-INT | POST-INT | 3. Moderadamente comprometido |
| | Se lava la zona perineal | * | | | | | | | | | * | 4. Levemente comprometido |
| | Mantiene la higiene oral | * | | | | | | | | | * | 5. No comprometido |
| | Mantiene la higiene corporal | * | | | | | | | | | * | Calificación total pre-intervención:3 |

| | | Calificación total post-intervención: 15 |
|--|--|--|
| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | | FUNDAMENTO CIENTIFICO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. • Cuidar la privacidad del paciente (colocar biombos) • Realizar aseo bucal. • Destapar zona del cuerpo que se va a lavar para evitar pérdida del calor y brindar privacidad. • Se inicia el aseo de forma cefalocaudal, terminando en los genitales. • Para el aseo de la piel del paciente, se inicia humedeciendo con agua tibia y luego aplicar una pequeña cantidad de jabón. • Enjuagar todo el jabón y secar el área dando toquecitos, | | <p>Las medidas higiénicas contribuyen a que los pacientes tengan confort y seguridad e hidratación de la piel</p> <p>Una habitación libre de corrientes contribuye al bienestar físico.</p> <p>El jabón y el agua eliminan el polvo, la grasa y las células superficiales que se descaman de la piel.</p> <p>El agua caliente hace que los músculos se relajen favoreciendo la presencia de hipotermia.</p> <p>La ropa de cama puede recoger las células muertas de la piel, los microorganismos que salpican con el agua y otros fluidos corporales por ese motivo es importante el cambio de ropa diaria</p> |

| | |
|--|-----------------------------------|
| <p>incluyendo los pliegues y las arrugas de la piel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar cambio de ropa de cama y dejar en una posición cómoda. | <p>en los pacientes críticos.</p> |
| EVALUACIÓN CUALITATIVA: | |
| <p>El baño en cama se realiza de manera diaria para brindar confort del paciente y se cuida dispositivos. Se observa edema + en zona bulbar, continua con sangrado leve (menstruación), sin mal olor, mucosas orales hidratadas, sin alitosis. Manteniendo adecuadamente su higiene, logrando mantener una calificación de post-intervención de 15 puntos.</p> | |

Capítulo IV

Discusión

4.1. Discusión

En este PAE, una mujer de 22 años presenta colangitis grave. Según estudios internacionales reportan datos sobre la alta prevalencia en hospitalizaciones con 53,69 % en el género femenino, lo que indica que ser mujer es un factor importante para el desarrollo de esta patología (Muñoz et. al.,2021).

Además, la edad de presentación difiere a la reportada en la literatura por mayor tendencia en 40 a 50 años, incrementando su letalidad en personas mayores de 50 años por su comorbilidad. Como resultado, la edad, no es un limitante en su evolución y su letalidad. (Galazar, 2018).

A continuación, se analiza los problemas identificados y los resultados de las intervenciones en el usuario, comenzando con el diagnóstico enfermero que es la hipertermia que tiene mayor incidencia en esta patología. La respuesta de las intervenciones del paciente no presento mejoría. Llunitaxi (2020) describe en su investigación sobre la colangitis grave como criterios de diagnóstico se encuentra la fiebre constante en un 90% de los pacientes, 60% muestran ictericia y el 70% manifiesta dolor en hipocondrio derecho.

Se prosigue con los siguientes diagnósticos enfocados en el problema, limpieza ineficaz de las vías aéreas, disminución del gasto cardiaco y exceso de volumen de líquidos, Una vez ejecutadas las intervenciones se evidencia que se logra mantener una vía aérea permeable y adecuada ventilación, la tensión arterial dentro de los rangos normales, con

taquicardia sinusal y en el diagnóstico de exceso de volumen de líquidos, el edema disminuyó de nivel a un +. Por otra parte, el estado nutricional, no presento pérdida y en déficit del autocuidado: baño, fue necesario para el confort de la usuaria. Los diagnósticos de riesgo identificados fueron la de riesgo de infección de la herida quirúrgica y el riesgo deterioro de la integridad cutánea, las medidas de prevención mantuvieron la integridad de la piel y libre de infección.

Estudios ejecutados por Pérez et al. (2017) con el método de Callista, Roy y Cordero (2017) basándose en los patrones funcionales de Marjory Gordon identificaron los siguientes diagnósticos en paciente con colangitis aguda tipo I y tipo II, comenzando con dolor agudo, deterioro de la integridad tisular, desequilibrio nutricional, deterioro de la función hepática, riesgo de infección, deterioro de la funcionalidad en ABVD, riesgo de confusión aguda, riesgo de hipovolemia y complicaciones hidroelectrolíticas (hipokalemia), riesgo de caída y riesgo de oclusión trombotica de venas profundas. Ambos estudios comparten diagnósticos similares, en contraste con el PAE presentado, los diagnósticos difieren, por las necesidades ante la colangitis III por la afectación de órganos. Los dos estudios comparten diagnósticos similares, en contraste con el PAE presentado, los diagnósticos divergen debido a las necesidades ante la colangitis III, a causa de la afectación de los órganos. Los diagnósticos semejantes son el desequilibrio nutricional y riesgos de infección (García y Maldonado,2017).

Ante las complicaciones presente las necesidades humanas varían según el estadio y el cuidado continuo que brindada el personal permite evaluar de manera gradual, y se obtenga resultados favorables que ayuden a la recuperación de la salud y lograr la autonomía de la paciente.

4.2. Conclusión

Una vez analizada el PAE, demuestra que, la colangitis es una enfermedad que se presenta en cualquier grupo de edad con los mismos riesgos de complicación al no recibir un diagnóstico, tratamiento oportuno, otro de dato de mayor relevancia se comprueba que el sexo femenino es vulnerable a esta patología y por encontrarse en estado de salud grave los diagnósticos de enfermería enfocados en el problema fueron de mayor número en comparación a los diagnósticos de riesgos.

También este estudio nos demuestra que los patrones funcionales de Marjory Gordon y las escalas de valoración preestablecidas brindaron información completa y confiable en el momento del juicio clínico, favoreciendo la elección de diagnósticos para proceder en la planeación seguida de la ejecución y finalmente a la evaluación.

Por otra parte, es importante recalcar sobre las dificultades encontradas en la primera etapa del proceso enfermero en patrón de percepción-control de la salud, patrón afrontamiento y estrés, patrón de autoimagen y autoconcepto y patrón de valores y creencias por el estado de salud del sujeto en estudio no se obtuvo una información completa, ni de fuentes primarias, se hizo uso de fuentes secundarias como la entrevista del familiar responsable y del expediente clínico.

Finalmente, el proceso enfermero permitió brindar cuidado integral en el paciente y facilitar la elección de las intervenciones para estabilizar y mantener sus funciones fisiológicas.

4.5. Recomendaciones

A la investigación

La enfermería requiere de investigaciones para su evolución, se debe elaborar procesos enfermeros de la patología ya mencionada, enfocados en los distintos estadios por la diferencia de necesidades, también desarrollar guías de prácticas clínicas enfocadas en la colangitis grave, artículos científicos, foros con la finalidad de ofrecer información actualizada que ayude en la toma de decisiones en el cuidado.

A la disciplina de Enfermería

Es importante que los profesionales de enfermería realicen más estudios de investigación para mejorar estrategias, acciones de prevención e intervenciones de enfermería de mayor complejidad para brindar cuidados humanizado, integral y holístico en pacientes críticos con colangitis grave sustentado toda practica con bases científicas esto permitirá mayor desarrollo al gremio y también beneficiara a las nuevas generaciones.

A la institución.

Contar con personal capacitado que tengan conocimiento de la fisiopatología y posean competencias, habilidades para atender las necesidades de acuerdo con el estadio de la enfermedad, para ofrecer atención oportuna y prevención de las complicaciones.

Referencias

- Asociación Mexicana de cirugía General (2017). *Tratado de cirugía general*. Manual moderno.
- Aguilar Moreno, R., Hernández Guerrero, A., Manzano Robleda, MA., Ramírez Solís.M, Alonso-Larraga,J., Mora Levy, G., Sánchez del Monte, J., González Saucedo, A., Escobedo Paredes,D. y SocChoz P. (2020) *Espectro microbiológico de colangitis aguda en pacientes oncológicos con base en el cultivo biliar obtenido por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica*. Endoscopia. <https://doi.org/10.24875/end.m20000286>
- Antonio Mehl, A., Kurt Schneider, F. y Kamarowski De Carvalho B. (2020) *Medición del área de heridas para el análisis temprano del factor predictivo de cicatriz*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. DOI: 10.1590/1518-8345.3708.3299
- Arroyo Lucas S., Vásquez Cruz R., Martínez Becerril M., Nájera Ortiz M. (2018). *Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento*. Rev Mex Enf. 2(5), 56-54
- Ayuso Murillo D. Tejedor Muñoz L. Y Serrano Gil A. (2018). *Enfermería familiar y comunitaria; Actividad asistencial y aspectos éticos- jurídicos*. Diaz de santos.
- Benites Goñi1 H.E., Palacios Salas F.V., Asencios Cusihuallpa J.L., Aguilar Morocco R. y Segovia Valle N.S. (2017) *Rendimiento de los criterios predictivos de la ASGE en el diagnóstico de coledocolitiasis en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins*. Sociedad de Gastroenterología del Perú.
- Berman A.,Shirley S, (2013). Kozier y Erb. Fundamentos de enfermería. Pearson educación.

Bolívar-Rodríguez M.A., Pamanes Lozano A., Corona Sapien C.F., Fierro López R. Y

Cáarez Aguilar M.A. (2017). *Coledocolitiasis*. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Sinaloa y Hospital Civil de Culiacán.

Hinkle, Janice L. y Cheever Kerry H. (2018) *Enfermería médico-quirúrgica*. Wolters Klumer.

Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.A. y Wagner C.M. (2018) *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Elsevier.

Chamba Tandazo, M.J., Paccha Tamay, C. L., Aguilar Ramírez, M.P. y Rodríguez Sotomayor, J.R. (2021) *Evaluación del Proceso de Atención de Enfermería en un Hospital Obstétrico*. Ciencias de la Salud. DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4.2115>

Cordero García G. (2017) *Intervenciones de enfermería especializada en una persona adulta mayor con diagnostico de colangitis con base en los patrones funcionales de Marjory Gordon realizada en el hospital General Manuel Gea Gonzalez.Universidad Nacional Autonoma de Mexico*. [Tesis de especialista], Universidad Nacional Autónoma de México.

Devasia D., BN J. & Srinath S. (2022) *Clinical study on the presentation and management of choledocholithiasis in a tertiary care center*. International Journal of Surgery Science 2(6) 121-124. DOI: <https://doi.org/10.33545/surgery.2022.v6.i2b.903>

Folonier Bassani J. C., Zeoli Coasini M. (2018) *Colangitis aguda*. Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina Universidad de la República. https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Colangitis_aguda_CQFM.pdf

Galarza Fernández D.V. (2018) *Factores asociados a letalidad en pacientes intervenidos quirúrgicamente por colangitis aguda hospital regional Honorio Delgado, 2007 – 2017.*[Tesis] Universidad católica de Santa María.

García Compean D., Maldonado Garza H.J. (2017) *Gastroenterología y hepatología. Objetivos y su desarrollo.* Manual moderno.

Gomi harumi J. S., Solomkin D.S., Kohji Okamoto T.T., Steven M. E., Tomohiko u., Itaru E., Yukio I., Taizo H., et. al., (2018) *Antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis.* Tokyo Guidelines.
<https://doi.org/10.1002/jhbp.518>

Gomi H., Takada T, Hwang T., Akazawa K., Mori R. Endo I., Miura F., Kiriyaama S., Matsunaga N., Itoi I., Yokoe M., Fu Chen M., Jan Y., Guo Ker C., Po Wang H. Wada K., Yamaue H., Miyazaki M., Yamamoto M. (2017) *Epidemiología, microbiología y resultados integrales actualizados entre pacientes con colangitis aguda.* Hepatobiliary Pancreat.

Guyton y Hall. (2016) *Tratado de fisiología médica.* Barcelona, España. Elsevier.

Hall S. y Stephens J. (2020). *Lo esencial de anatomía y fisiología.* Elsevier.
<https://es.calameo.com/read/001369819cb55337694d0>

Jameson L., Fauci A., Kasper D., Hauser S. & Longo D. (2018) *Harrison Principios de la medicina interna.* Me Graw Hill Education.

Kimura Y, Takada T, Strasberg S et al. (2013) *Current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis.* J. Hepatobiliary Pancreat Sci.
DOI: [10.1007/s00534-012-0564-0](https://doi.org/10.1007/s00534-012-0564-0)

Lavillegrand, J.R., Mercier-Des-Rochettes, E., Baron, E. Contou D., Favory R., Preau S., Galbois A., Molliere C., Mialhe A.F., Reignier J., Monchi M., Pichereau

- C., Thietart S., Vieille T., Pitón G., Preda G., Abdalá I., Camús M., Maury E., Guidet B., Dumas G. & Ait-Oufella H. (2021) *Acute cholangitis in intensive care units: clinical, biological, microbiological spectrum and risk factors for mortality: a multicenter study*. Crit Care. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03480-1>
- Lee, C. & Weaver, A. (2012). *Enfermera en cuidados intensivos*. México. Manual Moderno.
- Lu L., Yang J., Zheng J., Zhang C., Yang Y., & Huang J. (2022) *El efecto de la enfermería colaborativa MDT combinada con el modelo de gestión de enfermería jerárquica en la calidad de vida y la comodidad de los pacientes con cálculos en la vesícula biliar combinados con colecistitis aguda después de la cirugía*. Universidad de Ciencia y Tecnología de Wuhan, China. Hindawi <https://doi.org/10.1155/2022/8696084>
- Llunitaxi C., Guamán G., Germania L., Vallejo O. y Urbano S. (2020) *Colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis en una paciente con lupus eritematoso sistémico*. Revista Cubana de Reumatología. 2020;23(3): pg. 3
- Marshall J., Bosco L., Adhikari K., Connolly B., Díaz V., Dorman T., Fowler R., Meyfroidt G., Nakagawa S., Pelosi P., Vincent J., Vollman K., Zimmerman J. (2017) What is an intensive care unit A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
- Moorhead S, Swanson E, Johnson M & Maas M. (2018) *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*: Barcelona: Elsevier.
- Moreno Sánchez Y.M., Fajardo Daza M. y Restrepo S.S., (2017) *Cronología de la profesionalización de la Enfermería*. Revista Logos, Ciencia & Tecnología. 2 (9) 64-83 <https://doi.org/10.22335/rlct.v9i2.479>

- Mosquera Mindiolaza E. I.(2022) *Proceso de atención de enfermería en adulto con coledocolitiasis*. [Tesis de licenciatura] Universidad Técnica de Babahoyo.
- Muñoz A. C., Acevedo J., Muñoz Á F., Morales B. (2021) *Análisis cuantitativo de la colangitis*. *ANACEM* 2(15), 58-62.
- Parra, M. A., Rivera, S. A. & Esteban, A. (2003). *Procedimientos y Técnicas en el Paciente Crítico*. Barcelona. Masson.
- Heather Herdman T., Kamitsuru S. y Takáo Lopes C., (2023). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. Elsevier.
- Novy E., Carrara L., Remen T., Chevaux J., Losser M.R., Louis G. & Guerci P. (2020) *Prognostic factors associated with six month mortality of critically ill elderly patients admitted to the intensive care unit with severe acute colangitis*. Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine.
<https://doi.org/10.1016/j.hpb.2020.08.003>
- Parra, M. A., Rivera, S. A. & Esteban, A. (2003). *Procedimientos y Técnicas en el Paciente Crítico*. Barcelona. Masson.
- Pérez Cárdenas E.G. , Calle Ortiz M.O., Santacruz Calle K.P. ,Requelme Jaramillo M.J. , Apolo Guamán L.A. (2017) *Aplicación del proceso de atención de enfermería de litiasis vesicular. a partir de un caso clínico*.
- Pérez Castro J.A. y Díaz Echevarria A., Lara Moctezumaa L. Y Barrios Calyecaca D.E. (2018). *Retraso en el diagnóstico de biliperitoneo después de una colecistectomía abierta*. Comisión Nacional de Arbitraje Médico [CONAMED]. (6) 61 31-42
<https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n6/2448-4865-facmed-61-06-31.pdf>

Piñol Jiménez N.F., Ruiz Torres J. F., Segura Fernández N., Proaño Toapanta P.S. y Sánchez

Figueroa E.M. (2020). La vesícula biliar como reservorio y protectora del tracto digestivo. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 39(1) 1-18

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubinbio/cib-2020/cib201t.pdf>

Potter (2019) *Fundamentos de enfermería*, 9º edición. Elsevier Castellano.

Sánchez Aguilar J.M., Martínez Jiménez M.A. y Martínez Jiménez M.U. (2017) *Factores asociados a coledocolitiasis en pacientes con coledocolitiasis sintomática*. [Tesis de especialidad]. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Secretaria de salud (2018) *Modelo de cuidado de enfermería*. Programa Nacional de Enfermería. <http://cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Secretaria de salud. (2016) *Manual Clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas*. Ciudad de México http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Manual_Clinico_Heridas.pdf

Sokal A., Sauvanetb A., Fantin B. & Lastours V. (2019) *Acute cholangitis: Diagnosis and management*. Elsevier.

<https://doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2019.05.007>

Taha R. & d Khamaysi I.(2020) *CPRE para la colangitis aguda grave: momento crítico*, Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal.

DOI:<https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.05.022>

Bouazzaoui A., Bouyarmane F., Faraj K., Houari N., Boukatta B., y Kanjaa N.

(2021) *Factors Associated with Mortality in Severe Acute Cholangitis in a Moroccan Intensive Care Unit: A Retrospective Analysis of 140 Cases*. Hindawi

<https://doi.org/10.1155/2021/4583493>

Veliz Rojas L. Y Bianchetti Saavedra A. (2017) *Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento.*

REVENF. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n32/1409-4568-enfermeria-32-00186.pdf>

Vera carrasco O (2022) Los enfermos en estado crítico y las medidas de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos. Revista "Cuadernos" 63(1) 76-82

Woodruff, (2016). *Enfermería del paciente en estado crítico.* Wolter Kluwer.

Diario Ejecutivo Federal (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación.

Lee, C. & Weaver, A. (2012). *Enfermera en cuidados intensivos.* México. Manual Moderno.

Anexo

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto la participación en el estudio titulado: **Impacto en el Proceso de Atención de Enfermería en paciente crítico con Colangitis III en la Unidad de Cuidados Intensivos** que se desarrolla en el Hospital de Alta Especialidad "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez"

Se me ha explicado que el estudio consiste en:

Un proceso de enfermería individualizado sobre el cuidado integral en la atención, mediante el uso del proceso de Enfermería en paciente crítico con colangitis en la unidad de cuidados intensivos para establecer planes de cuidados en la mejora de la salud.

Además, entiendo que en el presente estudio se derivarán los siguientes beneficios:

- Mejora en la atención de enfermería en pacientes con colangitis.
- Fomentar el cuidado integral, conocimientos e intervenciones enfocadas en los pacientes críticos relacionados con la patología mencionada.

Es de mi conocimiento que estoy en libertad de abandonar el estudio cuando así lo considere adecuado. Que ni el abandono, ni la participación en el estudio influirán en mi relación profesional con los investigadores responsables, ni en la atención de la salud; que estoy en libertad de solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios, así como los resultados derivados de mi participación en este estudio.

Así mismo se me ha explicado el protocolo a seguir, también comprendo el contenido de la investigación de caso y de la estricta confidencialidad que se tomara de toda la información que se obtenga del estudio.

LUGAR Y FECHA: _____

FIRMA: _____

TESTIGO: _____

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Tabla No. 1. Organización de datos y análisis de datos de la valoración en el paciente crítico

| PATRON FUNCIONAL DE SALUD | DATOS SIGNIFICATIVOS (SIGNOS Y SINTOMAS) ENCONTRADOS EN EL PACIENTE | ETIQUETA DIAGNOSTICA (Agregar definición) |
|---|--|--|
| I. PATRÓN PERCEPCION – CONTROL DE LA SALUD. | | |
| II. PATRON NUTRICIONAL - METABÓLICO | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio hídrico | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Termorregulación | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Integridad de la piel | | |
| III. PATRON DE ELIMINACION | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminación fecal | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminación urinaria | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Otras perdidas | | |
| IV. PATRON DE ACTIVIDAD EJERCICIO | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Movilidad | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Oxigenación | | |
| V. PATRON SUEÑO – DESCANSO | | |
| VI. PATRON COGNITIVO – PERCEPTIVO | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Estado de conciencia • Percepción sensorial | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para recordar • Elaboración del pensamiento y el lenguaje | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Percepción del dolor | | |
| VII. PATRON PERCEPCIÒN DE SÌ MISMO – | | |

| | | |
|--|--|--|
| AUTOCONCEPTO | | |
| VIII. PATRON ROL – RELACIONES | | |
| IX. PATRON SEXUALIDAD – REPRODUCCION | | |
| X. PATRON AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÉS | | |
| XI. PATRON VALORES – CREENCIAS | | |

Tabla No. 2. Diagnósticos de Enfermería

| Dominio: | Diagnósticos de Enfermería priorizados |
|----------|--|
| Clase: | <p>Importante: "Redactar de forma priorizada todos los diagnósticos de Enfermería encontrados en el caso clínico y registrados en la tabla de organización de datos. Los diagnóstico enfocados en el problema deberán redactarse con los 3 componente y los de riesgo con dos componentes, no abreviar los conectores (relacionado con y demostrado por)".</p> |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Tabla No. 3. Diseño, aplicación y evaluación de planes de cuidados

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------|------------------|----------------|------------------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÌA: | | | | | | | | | | | DOMINIO (NANDA): | |
| | | | | | | | | | | | CLASE: | |
| DOMINIO: (NOC) | RESULTADO (NOC): | | | | | | | | | | ESCALA DE MEDICIÓN | |
| | | | | | | | | | | | Calificación total pre-intervención: | |
| CLASE: | INDICADORES | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | Calificación total post-intervención: |
| | | PRE-INT | POS-T-INT | PRE-INT | POS-T-INT | PRE-INT | POS-T-INT | PRE-INT | POS-T-INT | PRE-INT | POS-T-INT | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| INTERVENCIONES DE ENFERMERÌA | | | | | FUNDAMENTO CIENTIFICO | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| EVALUACIÓN CUALITATIVA: | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

FARMACOS

OMEPRAZOL

DOSIS: 20 mg cada 24 hr.

INDICACION:

- Esofagitis por reflujo gastroesofágico.
- Úlcera duodenal, úlcera gástrica benigna (incluyendo las producidas por AINEs).
- Síndrome de Zollinger-Ellison.
- Tratamiento de úlcera gástrica y duodenal asociada a *Helicobacter pylori*.

METABOLISMO:

- Metabolizado completamente por el sistema citocromo P450 (CYP)

VIDA MEDIA: La vida media de eliminación en plasma del omeprazol es habitualmente inferior a una hora tras la administración de dosis únicas

ELIMINACION: se excreta como metabolitos en la orina y el resto en las heces,

EFFECTOS ABVERSOS: cefalea, dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, flatulencia y náuseas/vómitos

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al principio activo

ALBUMINA

DOSIS: 25 a 75 g como Albúmina Sérica Humana, en un día

Vía IV directa o diluida con sol. isotónica

INDICACION: Restablecimiento y mantenimiento del volumen circulatorio cuando se haya demostrado un déficit de volumen y el uso de un coloide se considere apropiado

METABOLISMO: Hígado

VIDA MEDIA: Entre 15 a 20 días por eliminación metabólica y aproximadamente 24 h de permanencia intravascular.

ELIMINACION: La eliminación es predominantemente intracelular y se produce gracias a las proteasas lisosómicas

EFFECTOS ABVERSOS: rubor, urticaria, fiebre y náuseas. Shock anafiláctico, Reacción anafiláctica, Hipersensibilidad, Taquicardia, Bradicardia, Disnea

CONTRAINDICACIONES: Sensibilidad o historia de alergia a la albúmina, al ácido caprílico u octanoico y al acetiltriptofano. -Problemas médicos tales como: Anemia crónica estabilizada, deficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal, hipervolemia o edema pulmonar.

ENOXOPARINA

DOSIS: 4.000 UI (40 mg) administrada una vez al día vía SC,

INDICACION:

- Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes quirúrgicos con riesgo moderado o alto, en particular en aquellos sometidos a cirugía ortopédica o cirugía general incluyendo cirugía oncológica.
- La profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes médicos con una enfermedad aguda (como insuficiencia cardíaca aguda, insuficiencia respiratoria, infecciones graves o enfermedades reumáticas) y movilidad reducida con un aumento del riesgo de tromboembolismo venoso.
- El tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y el embolismo pulmonar (EP), excluyendo el EP que probablemente requiera tratamiento trombolítico o cirugía.
- La prevención de la formación de coágulos en el circuito de circulación extracorpórea durante la hemodiálisis.

METABOLISMO: La enoxaparina sódica se metaboliza en un primer paso en el hígado por desulfatación

VIDA MEDIA: La vida media de eliminación de la actividad anti-Xa es aproximadamente de 4.4 horas después de la administración de 40 mg de enoxaparina y de 4 horas para una administración de 60 mg u 80 mg de enoxaparina.

ELIMINACION:

El aclaramiento renal de fragmentos activos representa aproximadamente el 10% de la dosis administrada, y el total de la excreción renal de los fragmentos activos y no activos el 40% de la dosis.

EFECTOS ABVERSOS:

- Irritación, dolor, hematomas, inflamación o enrojecimiento en el sitio de la inyección.
- Mayor propensión al sangrado o los hematomas, incluso por actividades rutinarias, como el cepillado de dientes o la limpieza con seda dental.
- Erupción cutánea o picazón

CONTRAINDICACIONES:

Sangrado activo clínicamente significativo y enfermedades de alto riesgo de hemorragia, incluyendo ictus hemorrágico reciente, úlcera gastrointestinal, presencia de neoplasias malignas con riesgo alto de sangrado, cirugía cerebral, espinal u oftalmológica recientes, sospecha o varices esofágicas confirmadas, malformaciones arteriovenosas, aneurismas o anomalías vasculares mayores intraespinales o intracerebrales

FUROSEMIDE

INDICACION:

-Edema asociado a insuficiencia cardiaca congestiva, cirrosis hepática (ascitis) y enfermedad renal, incluyendo síndrome nefrótico (tiene prioridad el tratamiento de la enfermedad básica).

-Edemas subsiguientes a quemaduras.

-Hipertensión arterial leve y moderada

METABOLISMO: hepático y renal mediante glucoronización

VIDA MEDIA: El efecto diurético de furosemida tiene lugar dentro de los 15 minutos siguientes a la administración intravenosa y dentro de la hora siguiente a la administración oral. La vida media terminal de furosemida tras la administración intravenosa es de aproximadamente 1 a 1,5 horas

ELIMINACION: La furosemida se elimina en su mayor parte en forma inalterada, principalmente por secreción al túbulo proximal. . La dosis restante se excreta en heces, probablemente tras la secreción biliar.

EFECTOS ABVERSOS:

- Aumento de la excreción de iones sodio y cloro y en consecuencia de agua.
- Incremento de la excreción de otros electrolitos (en especial potasio, calcio y magnesio).
- Pueden aparecer alteraciones electrolíticas sintomáticas y alcalosis metabólica.
- Deshidratación e hipovolemia, en particular en pacientes ancianos.
- Incrementos transitorios en creatinina en sangre y niveles de urea.
- Incremento en los niveles séricos de colesterol y triglicéridos.
- Incremento en los niveles séricos de ácido úrico y ataques de gota.
- Disminución en la tolerancia a la glucosa. Puede manifestarse una diabetes mellitus latente

CONTRAINDICACIONES:

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Los pacientes alérgicos a sulfonamidas (p. ej. sulfonilureas o

antibióticos del grupo de las sulfonamidas) pueden mostrar sensibilidad cruzada a furosemida.

- Pacientes con hipovolemia o deshidratación.
- Pacientes con insuficiencia renal anúrica que no responda a furosemida.
- Pacientes con hipopotasemia grave.

AMIODARONA

DOSIS: ventricular: 5 mg/kg (máximo: 300 mg/dosis). Se puede repetir hasta un máximo diario de 15 mg/kg. En taquiarritmias: dosis de carga de 5 mg/kg (máximo: 300 mg/día) a pasar en 1 h (no exceder 0,25 mg/kg/min)

INDICACION:

Tratamiento de las arritmias graves citadas a continuación, cuando no respondan a otros antiarrítmicos o cuando los fármacos alternativos no se toleren:

- Taquiarritmias asociadas con el síndrome de Wolff-Parkinson-White.
- Prevención de la recidiva de la fibrilación y "flutter" auricular.
- Todos los tipos de taquiarritmias de naturaleza paroxística incluyendo: taquicardias supraventricular, nodal y ventricular, fibrilación ventricular.

METABOLISMO: Amiodarona se metaboliza principalmente a través del CYP 3A4 y también a través del CYP P2C8

Amiodarona se metaboliza en el hígado fundamentalmente vía CYP3A4 en un metabolito activo

VIDA MEDIA: 2 MINUTOS

ELIMINACION: Amiodarona se elimina por vía biliar y fecal (65-75%). La eliminación urinaria es mínima tanto de amiodarona como de DEA. – Debido a su elevada fijación proteica (aproximadamente 96%) amiodarona.

EFFECTOS ABVERSOS:

Las reacciones adversas se presentan agrupadas según su frecuencia en muy frecuentes (>1/10); frecuentes (>1/100, 1/1.000, 1/10.000,

Muy raras: anemia hemolítica, anemia aplásica, trombocitopenia. Frecuencia no conocida: neutropenia, agranulocitosis.

CONTRAINDICACIONES:

Bradicardia sinusal y bloqueo sinoauricular idiopático o secundario.

Síndrome de enfermedad sinusal, a menos que cuente con marcapaso (riesgo de paro sinusal).

Bloqueo aurículo-ventricular con o sin problemas de ritmo, problemas de la conducción bifascicular o trifascicular cuando no cuente con un marcapasos; en cuyo caso la AMIODARONA intravenosa puede ser usada en las unidades de cuidados intensivos y bajo monitoreo electrosistólico del ritmo.

Colapso circulatorio, hipotensión arterial severa.

Combinado con otras terapias puede inducir *Torsades de pointes*.

Disfunción tiroidea.

Hipersensibilidad conocida al yodo o a la AMIODARONA.

Embarazo, a menos que sea absolutamente necesario y valorando riesgo/beneficio.

SULFATO DE MAGNESIO

DOSIS:

Taquicardia ventricular con torsade de pointes:

Se recomienda una dosis inicial de 2 g de sulfato de magnesio por vía intravenosa, en 1-2 minutos, seguida por una perfusión de 2-4 mg / minuto, o se puede repetir la dosis inicial hasta un total de 6 g, con intervalos de 5-15 minutos entre las dosis.

Hipomagnesemia:

Se recomienda administrar de 8-12 g de sulfato de magnesio IV en las primeras 24 horas, seguidos de 4-6 g/día, durante 3 o 4 días, hasta reponer los depósitos de magnesio.

En casos de hipomagnesemia grave, pero no en peligro la vida, se puede administrar de forma alternativa una perfusión de 1-2 g/h de sulfato de magnesio, durante 3-6 horas, disminuyendo a 0,5-1 g/h, como mantenimiento.

INDICACION:

- Tratamiento curativo de la torsade de pointes

- Aporte de magnesio durante el re-equilibrio electrolítico: tratamiento de la hipomagnesemia y tratamiento de la hipopotasemia aguda asociada a una hipomagnesemia.
- Aporte de magnesio en nutrición parenteral
- Eclampsia.

METABOLISMO: Hígado

VIDA MEDIA: La vida media del $MgSO_4$ es de 6 horas

ELIMINACION:

- Se excreta fundamentalmente por vía renal tras filtración glomerular con reabsorción tubular proximal.
- Una cantidad muy pequeña se excreta por vía fecal.
- Pequeñas cantidades de magnesio se excretan a través de la leche materna y saliva.

EFFECTOS ABVERSOS: Pérdida de reflejos; hipotensión, rubor; sensación de calor, hipotermia y dolor en el punto de iny.; depresión respiratoria debido al bloqueo neuromuscular.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección
Insuficiencia renal grave.