



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

TESIS DE GRADO

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN
CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

**TEMA: EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN
DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE VÍAS
BILIARES QUE INGRESAN A LA SALA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL
ALFREDO NOBOA MONTENEGRO EN LA CIUDAD DE GUARANDA,
PERIODO NOVIEMBRE 2007-ABRIL 2008**

AUTORAS:

**ELENA CUBI
GLADYS CHELA
JENNY FLORES**

DIRECTORA:

LIC. ELENA VALDIVIESO

2008

TEMA:

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE VÍAS BILIARES QUE INGRESAN A LA SALA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO EN LA CIUDAD DE GUARANDA, PERIODO NOVIEMBRE 2007 - ABRIL 2008.

AGRADECIMIENTO

A la universidad estatal de bolívar por habernos dado la oportunidad de forjar nuestro futuro y todos los maestros que colaboraron en nuestra formación.

Queremos particularmente agradecer al personal del hospital Alfredo Noboa Montenegro por su valiosa colaboración.

A nuestra directora de tesis la Lic.: Elena Valdivieso quien supo en todo momento guiar esta investigación hasta alcanzar el propósito planteado.

ELENA CUBI

JENNY FLORES

GLADYS CHELA

DEDICATORIA

A mi dios que con su infinita bondad ha sabido guiar mis pasos

A mis padres por su apoyo incondicional durante mi formación

ELENA CUVI

A mi dios que siempre esta ayudándome para vencer los obstáculos.

A mis tíos por su infatigable esfuerzo para alentarme a seguir en mi superación profesional.

GLADYS CHELA

El presente trabajo investigativo con todo mi cariño aprecio dedico a mi querido padres, quien me dio la oportunidad de vivir y conocer la grandeza y maravillosos dones que dios asigno para toda la humanidad.

A mi hija que es la fuente de inspiración para continuar adelante.

JENNY FLORES

ÍNDICE

	PÁG.
PAGINAS PRELIMINARES	
CERTIFICADO DE AUTORÍA.....	ii
TEMA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
ÍNDICE.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
HIPÓTESIS.....	7
VARIABLES.....	8
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	9
CAPITULO I	
MARCO TEORICO.....	
BREVE RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.....	29

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	37
EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	37
OBJETIVOS.....	37
VENTAJAS.....	38
CARACTERÍSTICAS.....	38
ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	39
ETAPA DE VALORACIÓN.....	40
ETAPA DE DIAGNÓSTICO.....	43
PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	45
ETAPA DE EJECUCIÓN.....	49
ETAPA DE EVALUACIÓN.....	51

CAPITULO III

ATENCION AL PACIENTE CON AFECCIONES DE VÍAS BILIARES.....	56
FUNCION DE LA VESÍCULA BILIAR.....	56
TRASTORNOS DE LAS VÍAS BILIARES.....	58
COLECISTITIS.....	58
COLELITIASIS.....	61
FISIOPATOLOGIA.....	63
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	63
TRATAMIENTO.....	65
OBSTRUCCIÓN BILIAR.....	68

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE VIAS BILIARES.....	68
CAPITULO IV	
DISEÑO METODOLÓGICO.....	72
TIPO DE ESTUDIO.....	72
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	72
TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	72
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	74
CAPITULO V	
CONCLUSIONES.....	114
RECOMENDACIONES.....	115
CAPITULO VI	
PROPUESTA.....	116
BIBLIOGRAFIA.....	128
ANEXOS.....	129

INTRODUCCIÓN

La evaluación de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los pacientes con trastornos de vías biliares que ingresan a la sala de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en la ciudad de Guaranda, periodo noviembre 2007 - abril 2008; tiene como objetivo.- Evaluar a las enfermeras sobre la aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes con trastornos de vías biliares.

El trabajo está dividido en los siguientes capítulos:

CAPITULO I

El Hospital Provincial “HANM” es una unidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, ubicado en el segundo nivel de complejidad, se encuentra dentro del área uno ubicado en las calles José María Cisneros y Selva Alegre, contando con una cobertura poblacional de 178.089 habitantes de la provincia Bolívar, la misma que está distribuida en las cuatros áreas de salud como son: Guaranda, San Miguel, Chillanes y Echeandía.

SALA DE CIRUGÍA. Es una unidad hospitalaria que corresponde al II nivel, encargada de brindar atención quirúrgica y traumatológica a pacientes de 15 años de edad en adelante, a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de pacientes quirúrgicos y traumatológicos con un trabajo interdisciplinario.

CAPITULO II

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un planteamiento para resolver problemas, basado en una reflexión que exige unas capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, cuyo fin es cubrir las necesidades del paciente y su familia”. Desde este punto de vista se puede decir que el proceso de enfermería constituye una estructura que cubre las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. El objetivo principal del proceso de atención de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas las necesidades del paciente, la

familia y la comunidad. El proceso de enfermería implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo es el paciente. La enfermera, corrobora sus datos con el paciente, participando conjuntamente en el proceso. Ello ayuda al paciente a enfrentarse con los cambios en su salud, tanto actuales como potenciales y su consecuencia es la atención sanitaria individualizada.

CAPITULO III

TRASTORNOS DE LAS VÍAS BILIARES:

La mayor parte de los problemas de los pacientes con problemas VESICULOPATÍAS guardan relación con los cálculos vesiculares tomando el nombre de COLELITIASIS; y cálculos en los conductos biliares denominado COLEDOCOLITIASIS y la inflamación de la vesícula llamada COLECISTITIS

COLECISTITIS

Es la inflamación de la vesícula biliar; puede ser aguda, crónica y es asociable y litiasis biliar y otros obstrucciones del paso de la bilis.

Es más común en mujeres que en hombres, en personas sedentarias, obesas son afectadas con frecuencia.

COLELITIASIS

Definición.- Es la formación de cálculos en la vesícula. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Los cálculos en la vesícula se forman de constituyentes sólidos de la bilis.

Las piedras pueden presentarse en ambos sexos o en cualquier edad, pero más común prevalece después de los 40 años.

Las piedras pueden estar presentes durante años sin síntomas. A veces parecen seguir con la colecistitis crónica.

CAPITULO IV

Los instrumentos concretos que se utilizó en esta investigación para recabar la información se baso en la encuesta y revisión documental de las historias clínicas, 5 enfermeras que trabajan en el servicio de cirugía, **70 historias clínicas**: la cual esta divididas en 48 Historias clínicas de pacientes con colecistitis, 22 Historias clínicas de pacientes con colelitiasis.

Llegando a las siguientes conclusiones: En cuanto a las encuestas realizadas a las enfermeras, el mayor porcentaje responden que siempre realiza la aplicación del proceso de atención de enfermería en los pacientes con trastornos de vías biliares, de lo cual no encontramos evidencias escritas que demuestren lo indicado.

Teniendo como recomendación: Plantear al personal de enfermeras del servicio de cirugía un formato que le sirva en forma planificada y continua la aplicación del proceso de atención de enfermería al usuario con problemas de vía biliares, para dar respuesta a la necesidades del usuario que demanda los cuidados de enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta la importancia de nuestra profesión dentro de salud pública, la relación de la presente investigación que como internas rotativas de la Universidad Estatal de Bolívar nos proponemos realizar el proceso atención de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, que recibe atención en la sala de cirugía. Además proporciona la base para el control operativo y asegurar la atención individualizada, que ofrece ventajas para el profesional que presta atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto del cuidado de enfermería.

Se justifica también la realización del presente trabajo investigativo, donde hemos podido observar que dentro del proceso de atención de enfermería en la Sala de Cirugía de Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, hace falta un formato donde evidencie las actividades de enfermería, a través de la identificación de las necesidades reales y potenciales, contribuir con las acciones de enfermería a la recuperación de la salud del paciente.

Este tema es de trascendental importancia dentro de la evaluación y cuidado del paciente, el mismo que incluye orientaciones para atender a usuarios con problemas cuyo objetivo es transformar el problema clínico en un estado de salud deseado. Es pertinente desarrollarlo ya que se cuenta con el apoyo, conocimientos, bibliografía y el personal de enfermería que labora en la Sala de Cirugía así como las docentes de la universidad y los insumos económicos suficientes para desarrollar la tesis.

Como internas estamos interesadas en desarrollar y cumplir con los objetivos trazados que permitan la aplicación del proceso de atención de enfermería a favor del paciente que acude a la Sala de Cirugía con trastornos de vías biliares. Reviste el interés de procurar dar una solución viable y confiable, ya que está al alcance del personal que toma todas las precauciones intrahospitalarias o estadía del usuario. El tema se considera una novedad porque no hay un trabajo de esta naturaleza, significando en el Servicio de Cirugía los trastornos de vías biliares las que mayormente inciden.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CÓMO SE APLICA EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE VÍAS BILIARES QUE SON ATENDIDOS EN LA SALA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE “ALFREDO NOBOA MONTENEGRO” DE LA CIUDAD DE GUARANDA DE NOVIEMBRE DEL 2007 A ABRIL 2008?

OBJETIVOS

GENERAL

Evaluar la aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes con trastornos de vías biliares que asisten a la Sala de Cirugía del Hospital Provincial Docente “Alfredo Noboa Montenegro” de la ciudad de Guaranda, periodo de noviembre del 2007 - abril 2008

ESPECÍFICOS

- Realizar un diagnóstico sobre la aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes con trastornos de vías biliares de la Sala de Cirugía del Hospital Provincial Docente Alfredo Noboa Montenegro.
- Verificar el cumplimiento de las etapas del proceso de atención de enfermería en pacientes con trastornos de vías biliares.
- Proponer un Plan Educativo sobre el Proceso de Atención de Enfermería al Personal de enfermería que labora en la Sala de Cirugía del Hospital Docente “Alfredo Noboa Montenegro”.

HIPÓTESIS

La aplicación del **proceso de atención de enfermería**, contribuye al mejoramiento del tratamiento y recuperación de los **pacientes con trastornos de vías biliares** que son atendidos en la Sala de Cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

VARIABLES

Variable Independiente

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

Variables Dependiente

Atención al paciente con trastorno de vías biliares

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	Es un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los cuidados oportunos orientados al bienestar del paciente y consta de los siguientes pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, que estos implican la aplicación de los conocimientos	-Valoración	<p>Criterios de Valoración</p> <p>Orden de cabeza a pies</p> <p>Sistemas y aparatos</p> <p>Patrones funcionales de Salud.</p> <p>Método de obtención de datos.</p> <p>Tipo de datos</p>	<p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Examen físico</p> <p>Subjetivos</p> <p>Objetivos</p> <p>Antecedentes</p>

	habilidades y destrezas.	-Diagnóstico de enfermería		
		-Planificación	Identifica problemas	Si-No
			Formula problemas	Si-No
			Previene problemas	Si-No
			Reduce problemas	Si-No
			Elimina problemas	Si -No
			Prioriza cuidados	Siempre
			Establece cuidados esperados	Ocasionalmente
			Elabora acciones de enfermería.	Nunca
			Registra(hoja de administración de medicamentos reverso)	

		Ejecución	Tipos de planes. Aplica las actividades de enfermería planificadas Registra los cuidados de enfermería Da los informes verbales de enfermería Mantiene el plan de cuidados actualizado.	Individualizada Estandarizado(protocolo) Estandarizada con modificación computarizada Siempre Ocasionalmente Nunca
--	--	-----------	---	--

		Evaluación	Capacidad psicomotora (habilidades) Estado emocional Situación espiritual.	Observación directa Entrevista con el paciente Entrevista con el paciente
--	--	------------	---	---

VARIABLES DEPENDIENTE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Atención a pacientes con trastornos de vías biliares	Los pacientes con problemas vesiculopatía guardan relación con cálculos biliares, colelitiasis, cálculos en los conductos biliares, llamada coledocolitiasis y la inflamación de la vesícula colecistitis	Colecistitis Aguda -crónica Valoración	Dolor espontáneo agudo a la palpación Rigidez del cuadrante superior derecho Nauseas, vomito Hipertermia moderada	Siempre Ocasionalmente Nunca Siempre Ocasionalmente Nunca Siempre Ocasionalmente Nunca

			Ictericia	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Leucocitosis moderada	Siempre Ocasionalmente Nunca
		Diagnostico de enfermería	Identifica de problemas	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Priorización de problemas	Siempre Ocasionalmente Nunca

		Planificación	Define diagnóstico en base a los problemas identificados	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Controla el tipo, localización e intensidad del dolor	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Favorecer la hidratación enteral y parenteral	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Ofrecer una dieta blanda e hipo grasa	Siempre Ocasionalmente Nunca

			Aplica medios físicos.	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Aplica farmacoterapia	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Controla ictericia	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Fomentar el reposo	Siempre Ocasionalmente Nunca

		Ejecución	<p>Controla los signos vitales</p> <p>Controla el tipo, localización e intensidad del dolor cada cambio de turno.</p> <p>Administra hidratación enteral y parenteral de acuerdo a prescripción médica.</p>	<p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p>
--	--	------------------	--	---

			<p>Brinda dieta blanda e hipo grasa de acuerdo a normas de horarios de alimentación.</p> <p>Aplica medios físicos de acuerdo a necesidades del paciente.</p> <p>Aplicar farmacoterapia según prescripción médica.</p> <p>Controla ictericia en cada turno.</p>	<p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p>
--	--	--	--	---

			Fomenta el reposo según necesidad del paciente.	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Controla los signos vitales en cada turno y PRN.	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Existe disminución de la intensidad del dolor.	Siempre Ocasionalmente Nunca
		Evaluación	Se observa en la paciente buena tolerancia a líquidos y alimentos.	Siempre Ocasionalmente Nunca

			Mediante la aplicación de fármacos disminuye la infección e hipertermia.	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Con el reposo se consigue relajamiento del paciente.	Siempre Ocasionalmente Nunca
		COLELITIASIS	Signos vitales estables.	Siempre Ocasionalmente Nunca
		VALORACIÓN	DOLOR BILIAR TIPO cólico irradiado a la espalda y hombro derecho	Siempre Ocasionalmente Nunca

			Eructo por gases después de haber ingerido fritos o grasas	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Ictericia acompañadas de prurito cutáneo	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Molestias epigástricas indigestión, distensión abdominal	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Hipertermia, masa abdominal palpable	Siempre Ocasionalmente Nunca

			Nausea, vómitos, coluria, heces de color grisáceas	Siempre Ocasionalmente Nunca
		DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	Identifica de problemas	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Priorización de problemas	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Define diagnóstico en base a los problemas identificados	Siempre Ocasionalmente Nunca

		PLANIFICACIÓN	<p>Controla el tipo localización e intensidad de dolor</p> <p>Favorece la hidratación enteral y parenteral</p> <p>Ofrece dieta blanda e hipo grasa</p> <p>Aplica medios físicos.</p>	<p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p>
--	--	----------------------	--	---

			Aplica fármaco terapia	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Controla la ingesta y eliminación.	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Fomenta el reposo	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Controla signos vitales.	Siempre Ocasionalmente Nunca

		EJECUCIÓN	<p>Brindar apoyo emocional previo a cirugía</p> <p>Controla el tipo, localización e intensidad de dolor cada cambio de turno.</p> <p>Administra hidratación enteral y parenteral de acuerdo a prescripción médica.</p> <p>Brinda dieta blanda e hipo grasa de acuerdo a normas y horarios de hospital</p>	<p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p>
--	--	------------------	---	---

			<p>Aplica medios físicos de acuerdo a necesidades del paciente.</p> <p>Controla la ingesta y eliminación cada cambio de turno</p> <p>Controla ictericia en cada turno.</p> <p>Aplica farmacoterapia según prescripción médica.</p>	<p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p> <p>Siempre</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Nunca</p>
--	--	--	--	---

		EVALUACIÓN	Fomenta el reposo según necesidades del paciente.	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Controla signos vitales en cada turno y PRN.	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Brinda apoyo emocional previo a cirugía de acuerdo a necesidades del paciente.	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Existe disminución de la intensidad del dolor	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Se observa en la paciente	Siempre Ocasionalmente

			buena tolerancia a líquidos y alimentos.	Nunca
			Mediante la aplicación de fármacos disminuye la infección e hipertermia.	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Valora la ingesta y sus características	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Con el reposo se consigue relajamiento del paciente.	Siempre Ocasionalmente Nunca
			Signos vitales estables.	Siempre Ocasionalmente Nunca

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

MARCO REFERENCIAL

BREVE RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

El Hospital está ubicado en la ciudad de Guaranda, Provincia de Bolívar en la calle Selva Alegre y José M. Cisneros.

El Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro nace en el año de 1860, cuando se establece en Guaranda como hospital de emergencia a cargo de la sociedad de mujeres con la finalidad de atender a los heridos de los combates de Tumbaco y Yauqui.

El 3 de Mayo de 1884 el presidente José María Caamaño sanciona el decreto legislativo, mediante el cual, se establece un hospital en Guaranda bajo la dirección de las hermanas de la caridad.

El 8 de Marzo de 1894, se inauguró el Hospital de Guaranda iniciándose con dos salas para hombres y mujeres, una sala para religiosas, capilla, botica y cocina.

En Diciembre de 1926 a partir de la época en que la Junta de Beneficencia pasa a ser asistencia pública, comenzó una etapa de verdadero progreso material y técnico, iniciándose la atención clínica y quirúrgica del paciente de acuerdo a las exigencias médicas de ese tiempo.

Con el paso de los años la infraestructura del Hospital de Jesús fue deteriorándose, por este motivo y considerando el crecimiento de la población, así como el desarrollo tecnológico y

científico de la medicina fue necesario contar con una planta física funcional con instalaciones y equipamientos modernos, luego de gestiones realizadas por las autoridades pueblo Bolivarense se inaugura el nuevo Hospital de Guaranda el 13 de Julio de 1992, durante la presidencia del Doctor Rodrigo Borja con el nombre de Hospital Alfredo Noboa Montenegro, con una capacidad de 120 camas.

El Hospital Provincial “HANM” es una unidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, ubicado en el segundo nivel de complejidad, se encuentra dentro del área uno ubicado en las calles José María Cisneros y Selva Alegre, contando con una cobertura poblacional de 178.089 habitantes de la provincia Bolívar, la misma que está distribuida en las cuatros áreas de salud como son: Guaranda, San Miguel, Chillanes y Echeandía.

El Hospital Provincial “HANM” que por el tipo de atención en general, con las cuatros especialidades básicas: Cirugía, Clínica, Pediatría y Gineco-Obstetricia, pero por el tiempo de permanencia de los pacientes es un hospital agudo, por su ubicación geográfica es un hospital provincial que presta una atención de salud integral a los usuarios ambulatorio y de hospitalización de la ciudad de Guaranda y su área de influencia. Cumple acciones coordinadas multisectoriales de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud con la participación de la comunidad organizada. Colabora con la formación y capacitación permanente de personal y desarrolla actividades de investigación científica y operativa.

En la actualidad cuenta con las áreas de: Neonatología, Traumatología, Cardiología Emergencia, Consulta externa, con servicios de Laboratorio, Rayos X, Ecosonografía, Electrocardiograma, Estomatología y Rehabilitación. Se incluye a estos los servicios de: Mantenimiento generales y varios. El área administrativa posee un Director, Coordinador de Servicios Institucionales, Coordinador de Recurso Humano, Coordinador Financiero,

Líder de Farmacia, Estadística, Recaudación y Trabajo Social. El Hospital dispone de una moderna y adecuada infraestructura física. Dispone de Comités de Adquisiciones, Farmacología, Educación Continua, Autogestión, Maternidad Gratuita, Participación Social y Control de la Gestión, Comité de Modernización Hospitalaria

MISIÓN

El hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro presta atención humanizada, integral, individualizada de calidad en las cuatro especialidades básicas además constituye la unidad de referencia institucional

VISIÓN

El hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro contará con una adecuada capacidad resolutive, técnica, administrativa, financiera que le permitirá brindar una atención de calidad en acciones inherentes al diagnóstico oportuno, tratamiento eficaz y rehabilitación de secuelas mentales y sociales que conducirán a la satisfacción de las necesidades del usuario interno y externo.

SALA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

Es una unidad hospitalaria que corresponde al II nivel, encargada de brindar atención quirúrgica y traumatológica a pacientes de 15 años de edad en adelante, a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de pacientes quirúrgicos y traumatológicos con un trabajo interdisciplinario.

Misión

El equipo de salud del servicio de cirugía del hospital” Alfredo Noboa Montenegro” de la ciudad de Guaranda brinda a los usuarios, atención de calidad en forma oportuna, completa leal, cálida, eficaz, eficiente y económica, cuidando el bienestar permanente de los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente de las diferentes patologías.

Visión

La sala de cirugía es un servicio que trabaja cumpliendo principios éticos de atención integral, humanizada y de calidad a los pacientes ; y reduciendo los días de espera al paciente con cirugías programadas, se contará con equipos, insumos, medicamentos, material, servicio de laboratorio y Rayos X las 24 horas con personal capacitado, responsable , que brinda una atención de calidad con principio científico y tecnológico de punta que esté al alcance de los usuarios con la finalidad de mejorar la atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar cuidados de enfermería óptimos, oportunos y específicos de acuerdo a las necesidades del paciente.
- Difundir las normas y procedimientos que se deben tomar en cuenta para lograr una óptima atención.
- Educar al paciente y familia de los cuidados que debe tener en el hogar para que su recuperación sea óptima.

EPIDEMIOLOGIA

El servicio de cirugía, revisando las estadísticas del Hospital Provincial, en lo correspondiente al año 2007 tenemos:

PRINCIPALES CAUSAS DE CIRUGÍAS 2007

CAUSAS	Nº CASOS	%
COLECISTECTOMÍA	163	37.9
HERNIOPLASTIA	106	24.7
APENDICETOMÍA	71	16.5
LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA	34	7.9
PROSTATECTOMIA	29	6.7
EXCRECIS DE TUMOR	11	2.5
DRENAJE DE ABSCESO	8	1.8
EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES	4	0.93
CIRCUNCISIÓN	4	0.93
ORQUIDOPEXIA	3	0.06
TOTAL	429	99.92

FUENTE: LIC. FLOR MARÍA VELA G. ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA
MONTENEGRO
TÉCNICO DE LÍDER DEL DRTO. DE ESTADÍSTICA

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CIRUGÍA 2007

CAUSAS	Nº CASOS	%
COLECISTITIS	128	26.6
COLELITIASIS	106	22
APENDICITIS AGUDA	69	14
HERNIAS	59	12
OBSESOS	33	6.8
HIPERTROFIA PROSTÁTICA	31	6.4
QUEMADURAS	25	5.1
HERIDAS	12	2.4
FRACTURAS	9	1.8
TUMOR INTRAABDOMINAL	9	1.8
TOTAL	481	98.9

Departamento de Estadística del Hospital Provincial 2007

FUNCIONES GENERALES DEL SERVICIO

Entre las funciones que cumplen el personal médico, de enfermería y de servicios del departamento de cirugía tenemos las siguientes:

1. Prestación de servicios con el objeto de lograr la satisfacción de las necesidades del paciente en el pre y post quirúrgico en cirugía general y pacientes de traumatología, que comprenden desde los 15 años en adelante, tanto hombres como mujeres.
2. Además cumple funciones administrativas, realizando un trabajo en equipo, con integración y comunicación con los demás departamentos.
3. Funciones de docencia e investigación.
4. Dispone de protocolos relacionada de algunas patologías frecuentes en el servicio ; no se hace respecto a la patología o motivo de trabajo de presente investigación

INFRAESTRUCTURA

UBICACIÓN

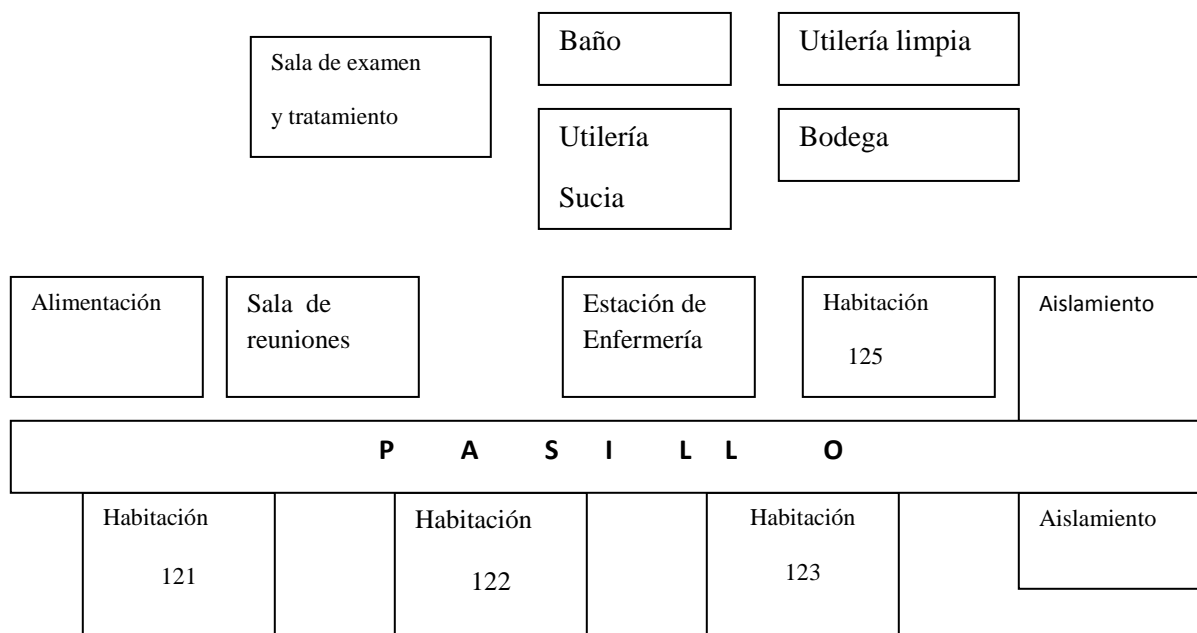
El servicio de cirugía se encuentra ubicado en el segundo piso del hospital, en el ala izquierda, su infraestructura no está acorde con las necesidades y requerimientos del personal médico, de la población y su área de influencia.

No se ha realizado ninguna adecuación desde el inicio de su funcionamiento, pese a las necesidades existentes en la actualidad.

ÁREA FÍSICA

El área de cirugía posee una capacidad de 22 camas, las mismas que se encuentran distribuidas de la siguiente forma:

ESTRUCTURA DE LA SALA CIRUGÍA

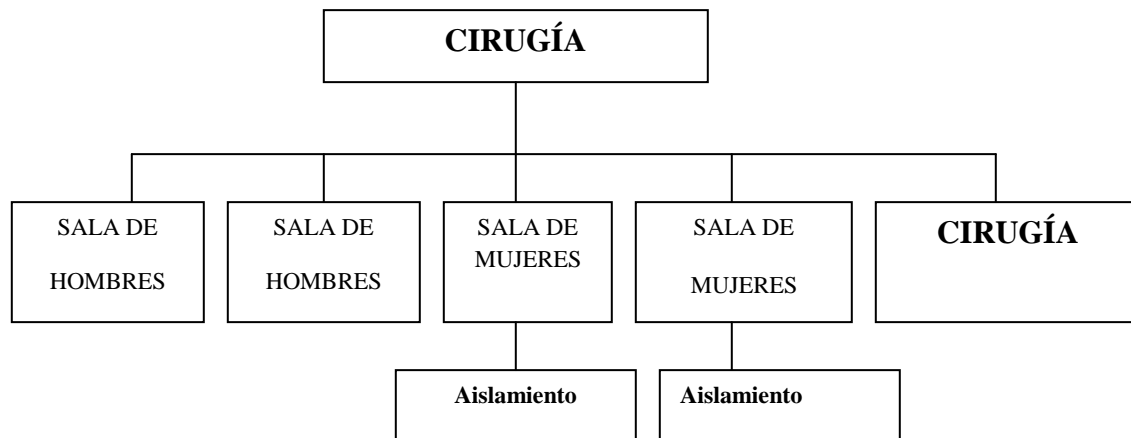


FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN

El servicio de cirugía recibe a los pacientes mayores de 15 años de las siguientes áreas:

- Emergencia y
- Consulta Externa

De acuerdo a la valoración realizada por el médico tratante y residente para ser ubicados en las siguientes áreas:



CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

“Es un planteamiento para resolver problemas, basado en una reflexión que exige unas capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, cuyo fin es cubrir las necesidades del paciente y su familia”¹. Desde este punto de vista se puede decir que el proceso de enfermería constituye una estructura que cubre las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

La aplicación del método científico es la práctica asistencial enfermera: es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas valoración, planificación, ejecución y evaluación; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

LOS OBJETIVOS

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. El proceso de enfermería implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo es el paciente. La enfermera, corrobora sus datos con el paciente, participando conjuntamente en el proceso. Ello ayuda al paciente a enfrentarse con los cambios en su salud, tanto actuales como potenciales y su consecuencia es la atención sanitaria individualizada.

1 IYER W. Patricia. Proceso de Enfermería 1989. Pág. 10

LAS VENTAJAS

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera profesional, el proceso de enfermería define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional de enfermería se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado
- Continuidad en la atención
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta
- Satisfacción en el trabajo
- Crecimiento profesional

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- a) Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- b) Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo
- c) Es dinámico: Responde a un cambio continuo
- d) Es Interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

- e) Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- f) Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.. En la atención de Enfermería son muy diversos y variados, tanto cómo lo son las personas, familiares o comunidades destinatarias de la misma, sus necesidades específicas y los eventuales problemas de la salud que presentan; la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tanto desde una perspectiva asistencial como desde una vertiente pedagógica, detectando los posibles factores de riesgo y brindando la información más oportuna para evitar los peligros que puedan amenazar la salud del paciente familia o comunidad.

Desde una perspectiva holística, que toma en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno, se deben tener en cuenta, las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano.

Cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades ya sea interno (individual) o bien externo (ambiental) priva al individuo de su total autonomía y puede requerir una actuación de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido.

El proceso de atención de enfermería nos permite la aplicación de la base teórica en el ejercicio de la profesión de enfermería, es un planteamiento para resolver problemas de salud, percibidos a través de la observación y contacto con el paciente, se utiliza la reflexión, las capacidades cognoscitivas y técnicas de relaciones interpersonales para satisfacer las necesidades.

Las Etapas del Proceso de Atención de Enfermería son:

Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución, Evaluación.

PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las visitas profesionales, los textos de referencia y los especialistas clínicos, son también fuentes importantes de datos. Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de visto holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interrelación de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

“La Valoración requiere revisar la condición humana, basada en datos que sirvan para diagnosticar problemas reales y potenciales o afirmar un estado de salud. La recolección de datos es la base de la valoración y da una visión amplia sobre la condición del paciente. La toma sistemática y exacta de datos lleva a la identificación de problemas”

Esta parte de la etapa inicial de proceso de enfermería depende en buena parte de la correcta recolección de datos, mediante la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista al paciente, así como en toda otra fuente disponible, se pretende elaborar un inventario de todo aquello referente al enfermo que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la historia clínica, anamnesis, la exploración física, la búsqueda de resultados del laboratorio y otras fuentes.

Las enfermeras y enfermeros deben aplicar requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Fuentes de datos; primarias y secundarias (paciente, familiares).
- Recolección de datos: objetivos y subjetivos de antecedentes actuales.
- Observación.
- Entrevista
- Examen Físico.

Historia clínica: datos de laboratorio.

Esta etapa cuenta con una **valoración** inicial, donde deberemos buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.
- En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:
 - Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
 - Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
 - Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
 - Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recolección de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc....) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).

- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas) y desarrollo de procedimientos.
- Convicciones (ideas, creencias, etc....)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades. Los tipos de datos:

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica, (sentimientos), cefalea, dolor, etc.
- **Datos objetivos:** Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial) hipertermia.
- **Datos históricos - antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.), Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo, (hospitalizaciones previas).²

2. Proceso de Atención de Enfermería.- Cultural S.A. Pàg.173.

SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO

Constituyen las respuestas que tiene el usuario a los problemas de salud, es la expresión del problema que puede ser corregido por las actuaciones de enfermería.

“El diagnóstico de enfermería consiste en un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad, basado en la recogida de datos realizada en la etapa de valoración y su posterior análisis, que permite al personal de enfermería establecer las actuaciones comprendidas dentro de su ámbito de responsabilidad”³.

Una vez realizada la valoración el paso siguiente en el proceso global de enfermería es el de la identificación de las necesidades del paciente y la formulación de los correspondientes diagnósticos de enfermería. El diagnóstico de enfermería es, por tanto, la descripción de los problemas de salud entendida ésta en sentido más amplio, reales o potenciales, que el personal de enfermería, debido a su formación y experiencia, está capacitado y autorizado para identificar, validar y tratar de forma independiente.

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación o la eliminación de las alternativas

2.- Formulación de problemas, diagnóstico de enfermería, problemas interdependientes

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipo de diagnostico hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son reales, de alto riesgo, de bienestar o posibles.

3 ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERÍA. Océano Centrum. Pág. 11.

REAL.- Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.

Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características de lo que define y factores relacionados. EL enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen.

ALTO RIESGO: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otras en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplea los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término “alto riesgo”. Consta de dos componentes, formato, problema, etiología/factores contribuyentes

POSIBLE.- Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir.

DE BIENESTAR.- Es un juicio respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Debe estar presente dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces.

RECOMENDACIONES AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista, legal.
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar aun enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.

- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

TERCERA ETAPA: PLANIFICACIÓN

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

“Los planes de cuidados representan la planificación de los cuidados, no su ejecución”⁴.

Todos los pasos especificados anteriormente constituyen la base sobre la cual planificar las intervenciones de enfermería adecuadas para prevenir, reducir o solventar los problemas del paciente, satisfacer sus necesidades en la medida de lo posible y mejorar globalmente su salud, entendida ésta en sentido holístico.

Esta planificación afecta tanto a los ámbitos de promoción de la salud y preventivo, como al terapéutico y rehabilitador. Exige por parte de los profesionales de la enfermería una sólida preparación, así como la capacidad resolutive suficiente para tomar decisiones y también la actitud de humildad que lleva a consultar lo que se ignora o se duda en la bibliografía disponible o a otros profesionales de la salud.

Jerarquización de prioridades. En esta etapa pueden diferenciarse distintas fases que conviene seguir para actuar de forma lógica y ordenada.

Como ocurre a veces en las áreas de urgencias cuando coinciden en ella varias personas a la vez, cuando un paciente presenta varios problemas o alteraciones de diferente índole, hay que clasificar jerárquicamente los diagnósticos y establecer un orden de prioridades en la actuación, a fin de atender antes a las necesidades o situaciones más graves.

4. CARPENITO L.J. Diagnóstico de enfermería. Tercera Edición. Pág. 70.

Existen criterios para establecer prioridades como son:

-Inmediata o alta, se aplica a las situaciones diagnosticadas que requieren una intervención urgente por estar comprometida la vida del paciente o porque, si no se actúa, se puede deteriorar su salud o la de otros.

-Mediata, secundaria o intermedia, corresponde a aquellas necesidades detectadas en las que no hay compromiso vital ni urgencia extrema pero que requieren atención a medio plazo; tal sería el caso de los cuidados nutricionales necesarios post-cirugía, en un paciente hospitalizado para una intervención ginecológica.

-A largo plazo o baja, se aplica a las situaciones o problemas diagnosticados que no guardan una relación directa con la enfermedad o alteración del paciente pero que pueden afectar a su salud en el futuro.

Es importante resaltar que el orden jerárquico de actuación debe establecerse atendiendo no sólo a las necesidades fisiológicas sino también a las psicológicas. Así mismo el establecimiento de prioridades debe efectuarse, siempre que la situación lo permita, de común acuerdo con el paciente. De ese modo, si nada lo impide, se procurará dar preferencia a las necesidades o problemas que el afectado estime prioritarias, es una forma eficaz de aumentar su vinculación con las medidas que se adopten.

Señalamiento de objetivos

Una vez establecido el orden de prioridades, el siguiente paso consiste en la determinación y registro por escrito de los objetivos que se pretenden cumplir en cada caso con la actuación de enfermería o lo que es lo mismo, cuáles son los resultados que se esperan de dicha actuación.

Esta tarea es fundamental, ya que proporciona una pauta común a todo el personal de enfermería en contacto con el paciente, al conocerse de forma inequívoca el fin último de las intervenciones y, además, permite evaluar la calidad y acierto de la asistencia, al comparar lo previsto con la situación real.

Plan de cuidados de enfermería

“El plan de cuidados de enfermería es el núcleo desde donde la enfermera profesional procesa, recibe, envía y valora la información”⁵

El modelo del propio plan de cuidados ayuda a la enfermera a procesar la información recogida durante las fases de valoración y diagnóstico. El plan de cuidados funciona como un centro receptor, cuando la enfermera lo utiliza para documentar los resultados de la fase de planificación. Facilita la comunicación, al enviar la información conveniente. También proporciona un sistema para evaluar los cuidados que se prestan. Elaborar un plan de cuidados adecuados implica que la enfermera debe tener experiencia en las técnicas de valoración, diagnóstico, comunicación y emisión de juicios.

La redacción de este plan de asistencia es básica para conseguir una buena coordinación entre los profesionales sanitarios, a si como adelantar y dar continuidad a las tareas y permitir una posterior evaluación de la eficacia asistencial.

Muchas instituciones sanitarias disponen de modelos de planes de cuidados de enfermería estandarizados, en otras será necesario recurrir a un modelo consensuado entre todos los profesionales sanitarios, cuyo registro se hará manualmente o del que se dejará constancia informatizada según los recursos del entorno laboral.

La información básica que debe reunir todo plan, independientemente del modelo según el cual se registre, es la siguiente: datos significativos de la valoración, diagnósticos de enfermería relacionados con dichos datos, objetivos y resultados esperados correspondientes a cada diagnóstico, órdenes de enfermería e informe de evaluación. Cuando hay más de un objetivo a conseguir, lo habitual es registrarlos según el orden de prioridades previamente establecido.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Las acciones de enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones

5 IYER Patricia. Proceso de Enfermería. 1986, Pág. 170

localizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.

- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles.

El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema diagnóstico posible.

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en Conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por sí mismos.

CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN

“El componente de ejecución del proceso de enfermería comprende las habilidades necesarias para ejecutar la orden de enfermería”⁶

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir al paciente, al menos idealmente, hacia la optima satisfacción de sus necesidades. En esta fase la relación entre personal de enfermería y el paciente adquiere su máxima significación. En este sentido no solo se debe a la resolución de los problemas de salud concretos del paciente, sino que también resulta

6 CARPENTINO L.J. Diagnóstico de enfermería. Tercera Edición. Pág. 80

fundamental conceder la debida atención a su dimensión como persona, incluyendo sus preocupaciones, temores y ansiedades haciendo conocer las rutinas del centro.

Es aquí en donde realmente se ponen en práctica todas las actuaciones previstas en el plan de cuidados, sin embargo, no se limita sólo a ello. El proceso de enfermería es un todo continuo que requiere una actualización constante de los datos y de los planteamientos, en cada momento para brindar asistencia oportuna. Por este motivo, durante la ejecución se continúa también con la recogida y valoración de información, con el fin de detectar nuevos problemas, calibrar los resultados obtenidos hasta el momento y registrar cualquier dato adicional de relevancia o cualquier cambio en la situación del paciente que obligue a replantear el tipo de cuidados que se le deben prestar, además las propias intervenciones generan muchas veces modificaciones en las respuestas del paciente que aconsejan la revisión del plan de cuidados previsto. Asimismo, durante esta fase es de vital importancia documentar las actividades llevadas a cabo, para facilitar la continuidad y la coherencia de los cuidados, al lograr que todo el personal implicado en la atención de una misma persona disponga de idéntica información, actualizada.

La ejecución, implica las siguientes actividades de enfermería:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son la dirigida hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidado actualizado
- La enferma tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y la familia, así como a otros miembros del equipo.

- En esta fase se realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN

“La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las actuaciones de enfermería.”⁷

La evaluación, consiste en comparar los resultados esperados con los que realmente se han producido. Para ello, se valoran los cambios acontecidos como consecuencia de la actuación de enfermería en relación con los objetivos marcados. Cuando coinciden, se puede llegar a la conclusión de que la asistencia de enfermería se ha ajustado a las necesidades de la persona y ha logrado satisfacerlas. En el caso contrario, el proceso ha fallado en alguna de sus fases y hay que comenzar de nuevo desde el principio. Cabe también la posibilidad de que la evolución del paciente o del grupo evidencien que los resultados están en vías de conseguirse, pero aún no se han logrado; en tales casos, procede valorar de nuevo la situación para decidir qué nuevas medidas conviene adoptar.

Esta evaluación ha de realizarse y registrarse siguiendo los mismos criterios de rigor y concreción ya comentados en relación con la valoración y la descripción de los objetivos y resultado.

Criterios de determinación

1. La evaluación es sistemática y continuada.
2. Las respuestas del cliente a las actuaciones se documentan.
3. Se evalúa la efectividad de las actuaciones en relación con los objetivos.

7 IYER. W. Patricia. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Pág. 249.

4. Se utilizan los datos de la evaluación continuada para revisar diagnósticos, objetivos y el plan de cuidados, según las necesidades.
5. Las revisiones de diagnósticos, objetivos y del plan de cuidados se documentan.
6. El cliente los seres queridos y los prestadores de la atención sanitaria participan en el proceso de evaluación, cuando esté indicado.

La evaluación se puede llevar a cabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del cliente con los objetivos definidos por el profesional de enfermería.

La evaluación se lleva a cabo planteando una serie de preguntas:

1. Se consiguió el objetivo establecido en el plan de cuidados? Tras la obtención de los datos, compare el estado de salud actual del cliente con los objetivos identificados en el plan de cuidados
2. Si la respuesta es no, eran adecuados los objetivos? En ocasiones no se consigue el objetivo, por que el diagnóstico de enfermería o las actuaciones no eran adecuadas. El objetivo que se definió con el cliente puede no ser ya aplicable para las necesidades del cliente. En ocasiones, los cambios en las circunstancias o el estado del cliente invalidan el objetivo y exigen un cambio en el plan de cuidados
3. Se resolvió el diagnóstico de enfermería?
4. Si la respuesta es no, eran exactas las respuestas humanas y los factores relacionados del diagnóstico de enfermería? En ocasiones el cliente no consigue el objetivo porque el diagnóstico de enfermería no es exacto, aplicable o adecuado.
5. Eran adecuadas las actuaciones? Al estudiar y evaluar cada parte del plan de cuidados, a incluidos los objetivos y los diagnósticos de enfermería, juzgará también las actuaciones.

6. Si la respuesta es no, será necesario revisar el plan de cuidados? La evaluación de la consecución de los objetivos lleva al profesional de enfermería a la revisión del plan.

TIPOS DE PLAN DE CUIDADOS.

Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computadorizados.

Individualizado. Los planes de cuidados individualizados son impresos divididos en columnas con los encabezamientos habituales: diagnósticos de enfermería, objetivos del paciente o resultados esperados y actuaciones de enfermería.

Ventajas. Los planes individualizados permiten la documentación de los diagnósticos de enfermería, resultados esperados y actuaciones que son más convenientes para cada paciente en concreto. En ellos no se incluye ninguna información ajena o inaplicable al caso de que se trate.

Inconvenientes. Se tarda más en elaborar un plan de cuidados individualizado, como se explicará más adelante.

Estandarizado.

En multitud de centros distintos se han introducido planes de cuidados estandarizados para facilitar su elaboración y utilización. Este modelo presenta: diagnósticos de enfermería reales, potenciales o posibles, resultados esperados e intervenciones. Los planes de cuidados pueden ser elaborados por el personal de enfermería de un centro o desarrollados a partir de las distintas publicaciones, revistas y libros.

Estos planes de cuidados estandarizados se pueden usar de dos maneras: 1) colocados en un lugar o control central a donde se remiten las enfermeras cuando elaboran planes de cuidados individualizados o 2) colocados directamente encima del Kardex con fecha y firma.

Ventajas: Las ventajas de los planes de cuidados estandarizados son:

1. Normalmente se han elaborado por expertos en materias clínicas que han estudiado cuidadosamente la literatura que existe sobre el tema. Por consiguiente, se convierten en planes estándar para pacientes con diagnósticos concretos. Además, sirven de material educativo a enfermeras que no están familiarizadas con algunos diagnósticos médicos o de enfermería.
2. Reducen el tiempo necesario para escribir planes de cuidados de enfermería, con lo que aumenta la eficacia.

Inconvenientes. El inconveniente principal de un plan de cuidados estandarizado es que no tiene previstas las diferencias individuales entre pacientes con problemas parecidos. Por ejemplo, la primera parte del diagnóstico de enfermería puede ser correcta, pero no se le puede aplicar la etiología, o los resultados esperados no coinciden con las capacidades del paciente, o bien las actuaciones de enfermería incluyen intervenciones no aplicables a un paciente en particular.

Estandarizados con modificaciones.

Los planes de cuidados estandarizados con modificaciones permiten la individualización. Los diagnósticos de enfermería, resultados esperados o actuaciones se especifican mediante espacios en blanco a rellenar.

Ventajas. Los planes de cuidados estandarizados con modificaciones reúnen las ventajas de los planes de cuidados individualizados y los estandarizados. Proporcionan información específica sobre un paciente en concreto y necesitan menor tiempo para cumplimentarse. Además, como destacan las pautas de cuidados, potencian la calidad de la atención prestada y de la documentación.

Inconvenientes. Si no son utilizados de forma correcta, los planes de cuidados estandarizados con modificaciones presentan algunos de los inconvenientes de los planes estandarizados. Aunque tienen espacios en blanco, el que los utiliza puede no hacer uso de

ellos. Por consiguiente, dejan de reflejar las necesidades individuales del paciente. Además, el plan modificado puede contener información extraña sin relación con las necesidades del paciente. Además, el plan modificado puede contener información extraña sin relación con las necesidades del paciente.

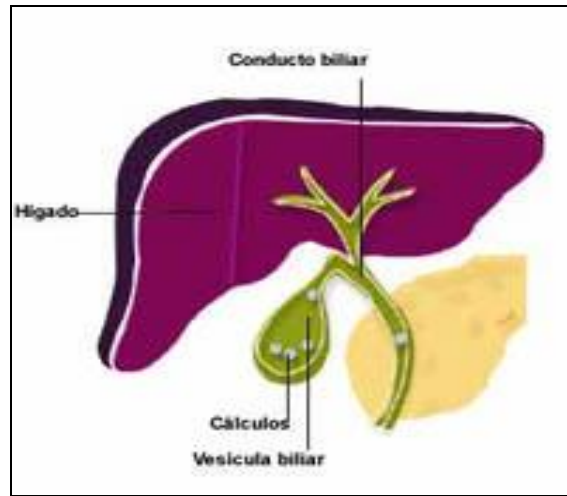
Computarizado.- Los elementos básicos del sistema de un plan de cuidados, diagnósticos de enfermería, resultados esperados y actuaciones de enfermería, también se encuentran en los sistemas automatizados. Se puede elaborar el plan de cuidados de enfermería en la Terminal del cuarto del paciente o en un control central. Una vez contrastada e introducida la información se puede generar una versión impresa diariamente, en cada turno o a petición.

Diseño Individual.- Es estos sistemas, la enfermera elabora un plan de cuidados de forma parecida a la empleada en los planes individualizados manuales. No se impulsa a la enfermera a centrarse en diagnósticos concretos, sino que se proporciona una lista de diagnósticos, resultados esperados y actuaciones que se aplican al paciente en particular. Los resultados esperados y actuaciones adicionales que no se citan en esa lista se añadirán cuando sea necesario.

CAPITULO III

2. ATENCIÓN AL PACIENTE CON AFECCIONES DE VÍAS BILIARES

LA VESÍCULA BILIAR



Es un órgano hueco en forma de pera, se encuentra en la superficie inferior del hígado y tiene una capacidad de almacenar de 30 a 50 mil de bilis.

La vesícula biliar sirve como reservorio de bilis, la bilis producida por el hígado, pasa a la vesícula biliar a través de un pequeño tubo llamado conducto cístico. Las paredes musculares de la vesícula biliar absorben el exceso de agua, cuando es estimulada, se contrae y manda la bilis concentrada a través del conducto biliar hasta el intestino delgado, donde ayudan a la digestión.

FUNCIÓN DE LA VESÍCULA

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

LA BILIS

Es producida por el hígado

Es almacenada temporalmente en la vesícula biliar hasta que es necesaria para el proceso de la digestión, en cuyo momento la vesícula se vacía y la bilis entra en el intestino.

Está formada por los hepatocitos.

Está compuesta por agua, electrolitos como sodio, potasio, calcio, cloruro, bicarbonato; contiene también lecitina; ácidos grasos, colesterol, bilirrubina y sales biliares.

Signos y síntomas de disfunción hepática:

LA ICTERICIA.- Se debe a la concentración excesiva de bilirrubina en la sangre en todos los tejidos, escleróticas y la piel, adquiriendo un color amarillo verdoso.

Hay tres tipos de ictericia:

Ictericia hemolítica.- es debido a la destrucción de eritrocitos que resulta en la acumulación excesiva de bilirrubina en el plasma.

Ictericia hepatocelular.- es debido a la lesión de la células hepáticas para eliminar cantidades normales de bilirrubina de la sangre.

Esta lesión celular proviene de infección como es la: hepatitis A o B.

Por transfusión sanguínea con virus.

Por virus de fiebre amarilla

Por toxicidad medicamentosa

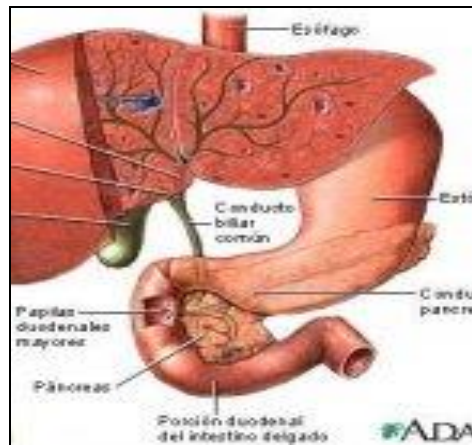
Por sustancias químicas como cloroformo, fósforo, etc.

Ictericia obstructiva.- se debe a la obstrucción del colédoco, causado por un cálculo, por un proceso inflamatorio, por un tumor, o por una glándula de mayor que lo está comprimiendo.

EPIDEMIOLOGIA.- En nuestro país más de 90% de los cálculos biliares son de colesterol. Cálculos pigmentarios puros (sin colesterol) se observan solo en un 7% de los litiecitos.

TRASTORNOS DE LAS VÍAS BILIARES:

La mayor parte de los problemas de los pacientes con problemas de VESICULOPATÍA guardan relación con los cálculos vesiculares tomando el nombre de COLELITIASIS; y cálculos en los conductos biliares denominado COLEDOCOLITIASIS y la inflamación de la vesícula llamada COLECISTITIS



COLECISTITIS

Es la inflamación de la vesícula biliar, puede ser aguda, crónica y es asociable con litiasis biliar y otros obstrucciones del paso de la bilis.

Es más común en mujeres que en hombres, en personas sedentarias y obesas son afectadas con más frecuencia.

COLECISTITIS AGUDA

Definición

La colecistitis aguda es una inflamación aguda de vesícula biliar que se acompaña de dolor y síntomas digestivos. Es una causa muy frecuente de consulta de urgencias y de cirugía en personas mayores.

La vesícula biliar está aumentando de tamaño y se asemeja a un saco distendido. Se produce una inflamación en la pared de la vesícula, esta se torna más gruesa y se edematiza.

La circulación está alterada, el edema y la distensión producen isquemia que puede progresar a necrosis y gangrena.

Puede producir una perforación de la vesícula biliar, puede dar una peritonitis biliar, pancreatitis o formar una fistula (hojas)

COLECISTITIS CRÓNICA

Puede producir cambios estructurales si existen piedras, sino las hay esto no es un proceso infeccioso, sino está relacionado con la pared de la vesícula enferma y tiene un vaciado ineficaz

La colecistitis crónica está causada por la irritación química o mecánica de las piedras a causa de la destrucción de la mucosa.

Las bacterias u otros irritantes quedan atrapadas en los divertículos y mantienen un proceso infeccioso crónico.

Las personas con enfermedad aguda por lo tanto no pueden buscar atención médica inmediata hasta experimentar un dolor por obstrucción biliar o desarrollar ictericia.

CAUSAS

Las colecistitis están producidas en la mayoría de los casos por piedras en la vesícula (cálculos que provoca la obstrucción del conducto cístico (conducto que comunica la vesícula con el tubo digestivo) reteniendo la bilis y provocando la distensión de la vesícula.

La obstrucción y distensión termina provocando la inflamación de la vesícula, siendo frecuente la infección por gérmenes procedentes del tubo digestivo.

Hasta los 50 años, es tres veces más frecuente en mujeres que en varones .Por encima de esta edad, casi se igualan los porcentajes entre los dos sexos.

Dolor en hipocondrio derecho

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Dolor espontáneo agudo la palpación

Rigidez del cuadrante superior derecho del abdomen

Cólicos biliares

Náusea

Vómitos

Hipertermia moderada

Ictericia

Leucocitosis moderada

Métodos de diagnóstico:

Exploración física por el médico

Mediante la historia clínica y la exploración física

Ecografía, radiológica abdominal seriada.

Fórmula leucocitaria más de 12.000 células x mm³

Bilirrubinas sérica elevada

Gammagrafía biliar

Ultrasonografía

Coles cistografía

EVOLUCIÓN

Las colecistitis pueden evolucionar con complicaciones, en especial en personas mayores de 65 años, como la inflamación de las vías biliares, la perforación de la vesícula o la formación de abscesos y fistulas de las vesículas entre otras, que exige la intervención urgente para cirugía general

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

Los objetivos principales son:

Disminuir la incidencia de dolor vesicular mediante:

Reposo

Administrar líquidos por vía intravenoso

Administrar antibióticos y analgésicos

Dieta.- alimentos con poca grasa, incluir frutas, puré de papas, hortalizas que no fermenten con facilidad

Evitar el consumo de alcohol

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

En caso de existir complicaciones, puede ser necesaria la intervención por cirugía abierta denominado COLECISTECTOMÍA.

La COLELAP en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro empieza regularmente desde el octubre del 2003 y se aplica fundamentalmente desde enero 2004

COLELITIASIS

Definición.- Es la formación de cálculos en la vesícula. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Los cálculos en la vesícula se forman de constituyentes sólidos de la bilis.

Las piedras pueden presentarse en ambos sexos ya que cualquier edad, pero más común prevalece después de los 40 años.

Las piedras pueden estar presentes durante años sin síntomas. A veces parecen seguir con la colecistitis crónica.

Existen 3 factores específicos que contribuyen en la formación de la litiasis.

- Factores metabólicos
- Factores estasis
- Factores inflamación

Los pacientes con cálculos del 20 al 50% son asintomáticos el 18% tendrán dolor biliar, el 3% requieren de extirpación de la vesícula biliar. La precipitación de las sales biliares de los pigmentos biliares y del colesterol. La mayor parte de los cálculos de vesícula son de colesterol y pigmentos de bilirrubina

La estasis biliar.- Conduce al estancamiento de la bilis en la vesícula biliar y a una absorción de agua excesiva permitiendo que las sales precipiten fácilmente.

El estado de ayuno reduce la estimulación normal del flujo biliar por la colesistoquinina o colecistocinina.

La inflamación.- Esta ocasiona, una alteración de los constituyentes de la bilis. La mucosa de la vesícula biliar inflamada absorbe la mayoría de los ácidos biliares con una reducción resultante de la solubilidad del colesterol.

Puede que no existan signos de la colelitiasis hasta que los cálculos se queden alejados en el conducto biliar. Después de las comidas se produce eructos por gases.

El cólico biliar puede ocasionar uno de los dolores más fuertes que puede experimentarse. El dolor que está causado por espasmo de los conductos a medida que intentan moverse los cálculos, se irradia a lo largo de la espalda bajo, la escapula y hacia el hombro derecho.

Los cálculos se alojan en cualquier lugar del árbol biliar, se alojan en los conductos biliares obstruyen el flujo biliar y el paciente desarrolla una ictericia.

La ictericia se incrementa a un grado que se calcula que hacia los 75 años una de cada 3 personas tiene cálculos.

También los cálculos causan una presión y una necrosis e infección en las paredes de los conductos biliares.

FISIOPATOLOGÍA

Existen dos tipos de cálculos: los compuestos por pigmentos de bilirrubina y los de colesterol.

Es probable que los primeros se formen porque los pigmentos no conjugados de la bilis se presenten y formen concreciones. El riesgo de aumentar estos cálculos es en personas con cirrosis, hemolisis e infecciones de vías biliares, esto no se puede disolver.

Los cálculos de colesterol son la vasculopatía. El colesterol de la bilis es insoluble en agua. Su solubilidad depende del contenido de ácidos biliares y lecitina (fosfolípidos) de la bilis.

En personas aumenta el colesterol en el hígado, como consecuencia la bilis esta sobre saturada con colesterol. El cual se precipita y forma las concreciones.

La bilis saturada de colesterol se transforma en una sustancia irritante y produce inflamación en la vesícula.

EPIDEMIOLOGIA.- Hay 4 mujeres por cada varón tienen estos cálculos de colesterol por lo común mujeres mayores de 40 años multíparas y obesas, las que consumen anticonceptivos, estrógenos tiene mayor incidencia, ya que tales sustancias aumentan la saturación de colesterol en la bilis.

Hay mayor peligro debido a una deficiente absorción de sales biliares en personas con enfermedades gastrointestinales, fistula con sonda en T, y en personas que han sido sometidas a extirpación o derivación ileal.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los cálculos pueden ser silenciosos, no producen dolor y causan solo síntomas gastrointestinales leves.

TIPOS DE SÍNTOMAS

Propios de la enfermedad vesicular

Causados por la obstrucción al paso de bilis por el cálculo

Estas manifestaciones pueden ser agudas o crónicas.

Luego de la comida con abundante fritos o grasa, surgen molestias epigástricas, como indigestión, distensión abdominal o dolor vago en el cuadrante superior derecho del abdomen, si esta obstruido el conducto quístico la vesícula se inflama y se distiende; existe fiebre y puede haber una masa abdominal palpable, cólicos con dolor intensísimos en el cuadrante superior derecho del abdomen se irradia el dorso o al hombro derecho se acompaña de nauseas y vómitos después de varias horas de haber comido.

El cólico se debe a la contracción de la vesícula, estimulada por grasas lo cual no libera bilis.

En la distensión se pone en contacto con la pared abdominal en los cartílagos costales novenos y décimo del lado derecho lo cual ocasiona el dolor al tacto en el cuadrante mencionado con la inspiración profunda e impide los movimientos adecuados de la inspiración. En el dolor de colecistitis aguda están intensos y necesitan analgésicos.

La ictericia aparece con obstrucción del colédoco la obstrucción del flujo de la bilis al duodeno. La bilis que no llegue al duodeno se observe en la sangre impartiendo a piel y mucosas con color amarillo y acompañado con prurito cutáneo.

La excreción renal de pigmentos biliares de la orina un color oscuro, las heces que ya no tiene pigmentos biliares son grisáceas como la masilla.

La obstrucción interfiere en la absorción de vitaminas liposolubles A, D, E y K por lo tanto presentan hipo vitaminas. La deficiencia de vitamina K interfiere en la coagulación de la sangre.

EVALUACIÓN DIAGNOSTICA

Radiografías abdominales.- Cuando se supone de vesiculopatía y descartar otras causas de los síntomas.

Ultra sonografías.- Sustituidas a la colicistografía por vía bucal sus resultados son rápidos precisos y se utiliza en pacientes con disfunción hepática e ictericia, no exponen a radiación ionizantes. Es precisa en ayunas.

Gammagrafía.- Se introduce por vía endovenosa un radionúclido los hepatosis los captan y luego es excretado por vías biliares con rapidez.

Colesistografía.- La ultrasonografía a sustituido a esta técnica los resultados de esta son dudosas en personas con síntomas crónicos

Colangiopancreatografiam retrograda endoscópica.- Permite la observación directa de las estructuras apreciables solo durante la laparotomía. Esta consiste en la introducción de un endoscopio fibróptico flexible en el esófago hasta proporción descendente del duodeno se inyecta material de contraste en dichos conductos para visualizar y valorar el árbol biliar.⁸

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

El objetivo es disminuir la incidencia de ataques agudos de dolor vesicular y colecistitis con medidas dietéticas y sostén y de ser posible eliminar la causa de la inflamación vesícula.

Medidas de sostén y dieto terapia.

El 80% de pacientes con colecistitis aguda logran disminuir el cuadro mediante el reposo líquidos endovenosos, espiración naso gástrica analgesia y antibióticos.

La dieta administrar se limita a líquidos con poca grasa, leche descremada abundantes proteínas, carbohidratos, según tolere frutas cocidas arroz o tapioca, carnes magras puré de

8 Enfermería médico quirúrgico – B.C. Long- W.J. Phipps 2^{da} edición volumen 2

papa, hortalizas que no se fermenten con facilidad, pan, café o té. Evitar el consumo de huevos, crema de leche, carne de cerdo, alimentos fritos, quesos y aderezos muy grasosos, hortalizas de fácil fermentación y bebidas alcohólicas. Es importante recordar que los alimentos grasosos pueden provocar un ataque.

Farmacoterapia

El ácido quenodesoxicólico ha sido eficaz para disolver. Actúa al inhibir la síntesis y secreción de colesterol por el hígado con lo que desatura la bilis.

Los cálculos disminuyen su tamaño los pequeños desaparecen. La dosis del ácido quenodesoxicólico de acuerdo al peso corporal y es utilizado en pacientes que no acepten la operación.

Los estrógenos anticonceptivos ingeribles clofibrato y colesterol de los alimentos pueden antagonizar los resultados.

Pueden aparecer los cálculos de colesterol, pueden aparecer en menor porcentaje después del tratamiento.

Extracción no quirúrgica de los cálculos

Se está estudiando métodos para tratar los cálculos introduciendo solventes en la vesícula. La introducción de un solvente por una sonda o catéter por vía percutánea directamente en la vesícula, otro puede ser mediante un tubo o dren insertable a lo largo de un trayecto de una sonda T, una sonda tras nasal hasta las vías biliares para disolver los cálculos que no se extrajeron en el procedimiento.

La aplicación de ondas de choque extra corporales.

Ha dado buenos resultados en la fragmentación no quirúrgica. Se aplican repetidamente ondas de choque orientadas al cálculo vesicular y del colédoco para tritularlo, los fragmentos de menor tamaño salen espontáneamente de la vesícula o colédoco, se extrae en por endoscopia o son disueltos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Asistencia preoperatoria

Estudios radiográficos de vesícula, radiografías de tórax, electrocardiograma, pruebas de la función hepática.

Suele administrar vitamina K si es bajo de protrombina

Suele administrar solución glucosadas por vía IV, suplementos de hidrolizados para mejorar la cicatrización de las incisiones y prevenir lesiones hepáticas

Paciente recibe orientación y explicaciones en cuanto a cambios de posición y respiración profunda.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y SISTEMAS DE DRENAJE

Colecistectomía

Se extrae la vesícula después de ligar el conducto y arterias císticas, la operación se hace casi en todos los casos de colecistitis aguda y crónica. En la vesícula se coloca un dren de penrose y se externa por una contrainsición para drenar sangre, líquido serosanguinolento y bilis, se absorben en apósitos.

Coledocostomia

La incisión en el colédoco para extraer los cálculos evacuados estos se introduce una sonda para drenar bilis hasta que desaparece el edema. El tubo está unido a otro para drenar por gravedad.

Colecistostomia

Se realiza cuando hay una reacción inflamatoria aguda dificultando la disección de las vías biliares. Se abre la vesícula y se extrae los cálculos bilis o pus se fija una sonda con sutura en bolsa de tabaco.⁹

9 Médico quirúrgico – L.S. Brunner- D.S. Suddart. 6^{ta} Edición Volumen 2

OBSTRUCCIÓN BILIAR

Es la obstrucción del paso de la bilis al duodeno, por la presencia de un cálculo en el conducto cístico o en el colédoco.

Signos y síntomas:

Hay ICTERICIA: debido a que la bilis no puede llegar al duodeno y es absorbido por la sangre dando una coloración a la piel. y los tejidos un color amarillento,

La orina es de color amarillo oscuro

Las heces son de color grisáceos o de arcilla

Hay náusea después de ingestión de alimentos grasos.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE VÍAS BILIARES:

Preparar al paciente para ecografía, exámenes de laboratorio de bilirrubinas, colesterol, enzimas

Brindar dieta hipo grasa blanda.

Evitar el consumo de huevos, cremas, carne de cerdo, alimentos fritos, quesos y alcohol.

Control de signos vitales cada 4 horas o según necesidad.

Mantener líquidos parenterales con electrolitos, vitamina K y los antibióticos.

Valorar el tipo, localización e intensidad del dolor.

Administrar analgésicos (Serial) y anticolinérgicos.

Evitar administrar morfina porque puede producir espasmo del esfínter de Oddi y aumentar las molestias.

Control de ingresos y egresos en cada turno: anotar el color y consistencia de orina, heces contenido gástrico.

Observar si hay ictericia, prurito

Administrar antieméticos para reducir las náuseas.

Mantener en reposo al paciente con la cabecera de la cama elevada para facilitar la función respiratoria.

Preparar al paciente para intervención quirúrgica.

Asistencia de enfermería en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente;

1.- Asistencia preoperatorio:

Realizar estudios radiográficos, ecografías, coléscistografía, radiografía de tórax, electrocardiograma.

Realizar exámenes de sangre bilirrubina, proteínas, tiempo de protrombina, fosfatasa alcalina, transaminasas, colesterol.

Exámenes de orina

Exámenes coproparasitario

Administra vitamina K en caso de advertir concentración baja de protrombina.

Administrar glucosa por vía intravenosa en caso de que el paciente no come bien

Preparar al paciente para intervención quirúrgica en cuanto a cambios de posición, espiración, incisión quirúrgica, tubos de drenajes.

Dar cuidados inmediatos de enfermería para intervención quirúrgica.

2.- Asistencia transoperatorio:

Colecistectomía.- con esta operación se busca aliviar abriendo la vesícula, se extrae los cálculos, la bilis o pus, y en el orificio se sutura un dren para drenaje.

Colecistectomía.- Se extirpa la vesícula, después de ligar el conducto y la arteria císticos.

Coledocostomía.- en esta operación se hace una incisión en el colédoco para extraer cálculos y se deja un dren en T introducido en el conducto para drenaje.

3 Asistencia postoperatoria:

Asistencia inmediata;

Dar los primeros cuidados inmediatos de enfermería, al igual que las otras intervenciones quirúrgicas.

Tan pronto regrese el paciente a la sala general, la enfermera debe conectar el DREN DE DRENAJE a un recipiente de drenaje a un lado de la cama, si no lo hace, puede haber derrame de BILIS alrededor del tubo y pasar a la cavidad peritoneal.

Controlar el tubo naso gástrico y el aparato de aspiración baja intermitente y observe el color y cantidad de drenaje en cada turno.

Controle el tubo en T y el sistema cerrado de drenaje por gravedad; y observe el color y cantidad del drenaje en cada turno, informe el médico si hay más de 500 ml x día; puede indicar obstrucción.

“Controlar ingresos y egresos en cada turno; vigilar retención urinaria.

Administrar analgésicos para ayudar al paciente a moverse y respirar profundamente.

Administrar antibióticos ordenados por el médico.

Mantener en NPO.

Mantener los líquidos parenterales con electrolitos.

Control de la incisión cada 2 horas, para detectar aumento del drenaje o hemorragia.

Asistencia mediata Post operatorio

Control de signos vitales en cada turno

Control de herida quirúrgica y realizar curación diaria.

Mantener hidratado al paciente por vía intravenosa según indique el médico

Observar todos los días las heces en pacientes con drenaje biliar, dejando constancia su color

Control de ingresos y egresos las 24 horas

Brindar dieta blanda, hipo grasa, rica en carbohidratos y proteínas

Prevenir complicaciones pulmonares en todos los pacientes con incisiones abdominales alta, por lo que es necesario enseñarle a respirar profundamente cada hora para ventilar en forma apropiada los pulmones.

Alentar a la de ambulación temprana para evitar tromboflebitis y atelectasia pulmonar

En personas obesas aplicar un vendaje abdominal para brindar comodidad al paciente.

Educar al paciente para que abandone el hospital en dos semanas: en cuanto a dieta, medicación y problemas que pueden presentarse en el hogar en cuanto a ictericia, orina Oscura, heces pálidas, prurito, signos de inflamación como dolor o fiebre, comunicar al médico de inmediato.

Tratamiento del tubo en T:

Tubo en T. es un tubo colocado para eliminar el exceso de bilis, reducir la cantidad del flujo biliar hacia el .intestino y prevenir el flujo retrógrado de bilis al hígado tras una exploración del colédoco.

Conectar el tubo en T a un sistema cerrado de drenaje por gravedad situado por debajo de la incisión.

Fijar la conexión con cinta adhesiva para evitar tensiones hacia el punto fijado y permitir libertad de movimiento.

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA: Orientado a establecer cómo se lleva a cabo la aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes con trastornos de vías biliares que acuden a la sala de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

INVESTIGACIÓN DE CAMPO.- Ya que la investigación se realizó en el mismo lugar en donde se produjeron los acontecimientos esto es en la sala de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

DOCUMENTAL: Basada en la revisión de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de colecistitis y de colelitiasis que acudieron al servicio de cirugía de noviembre 2007 a abril del 2008

POBLACIÓN Y MUESTRA

5 enfermeras que trabajan en el servicio de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro.

70 historias clínicas: 48 Historias clínicas de pacientes con colecistitis
22 Historias clínicas de pacientes con colelitiasis

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos concretos que se utilizó en esta investigación para recabar la información se basó en la encuesta y revisión documental de las historias clínicas

INSTRUMENTO: CUESTIONARIO, HISTORIAS CLÍNICAS.

PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El análisis de los resultados, se lo realiza mediante los cuadros estadísticos empleando en el programa computarizado de Word, Excel se procedió a un análisis comparativo de los datos obtenidos del cuestionario y de la revisión de la historia clínica respaldándonos en el marco teórico.

CAPITULO V

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

COLECISTITIS

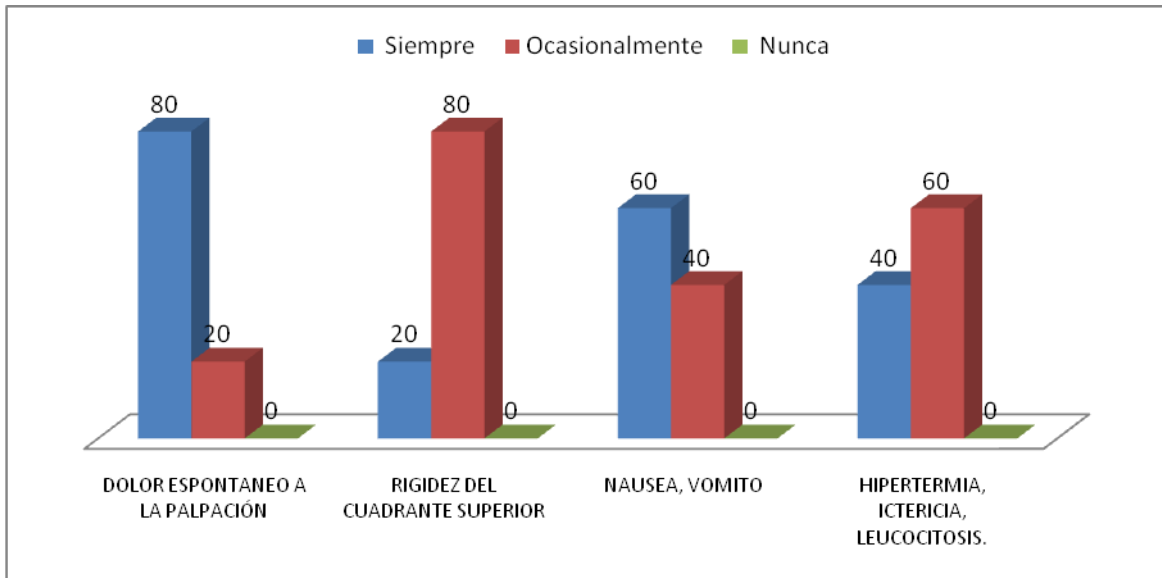
TABULACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR PARTE DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA

VALORACIÓN POR PARTE DE LAS ENFERMERAS A LOS PACIENTES CON COLECISTITIS

CUADRO N° 1

INDICADORES	ESCALAS							
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		Total	
VALORACIÓN	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%
DOLOR ESPONTANEO A LA PALPACIÓN	4	80	1	20	0	0	5	100
RIGIDEZ DEL CUADRANTE SUPERIOR	1	20	4	80	0	0	5	100
NAUSEA, VOMITO	3	60	2	40	0	0	5	100
HIPERTERMIA, ICTERICIA, LEUCOCITOSIS.	2	40	3	60	0	0	5	100

GRAFICO 1



FUENTE: Encuestas a enfermeras en la sala de cirugía del HANM

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS.- De las enfermeras encuestadas el 80% manifiestan realizar siempre la valoración de dolor espontáneo a la palpación, náusea y vómito al ingreso del paciente con diagnóstico de colecistitis que corresponde a 60 %, siendo más común en mujeres que en los hombres.

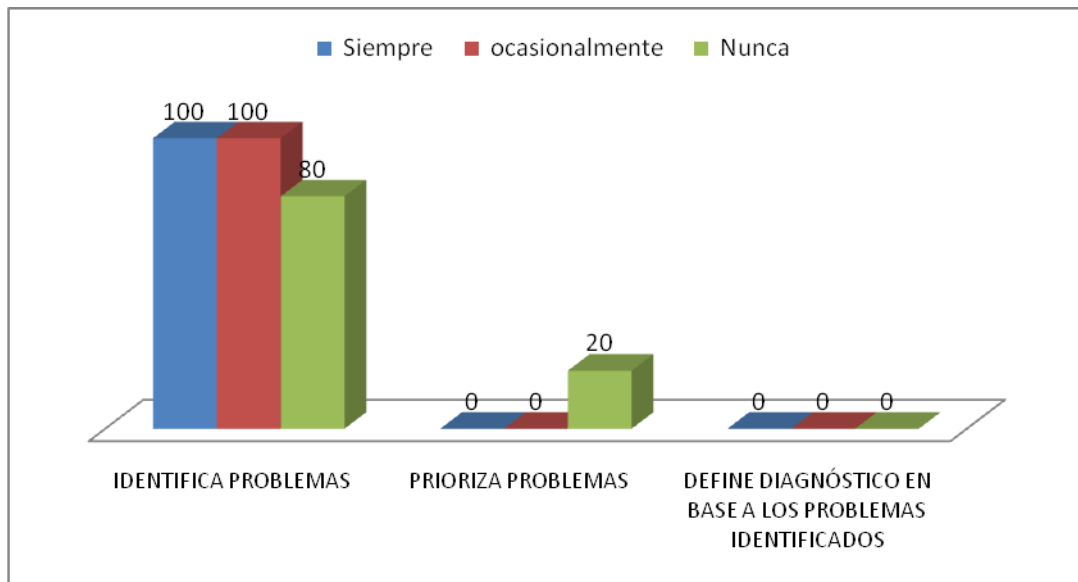
Ocasionalmente 80% de las enfermeras dentro de la valoración toman en cuenta la rigidez del cuadrante superior derecho así como la presencia de ictericia, hipertermia, leucocitosis durante la estancia hospitalaria, basándose en los resultados de los exámenes de laboratorio y la observación directa al paciente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON COLECISTITIS

CUADRO N° 2

INDICADOR	ESCALAS							
DIAGNOSTICO	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		Total	
	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%
IDENTIFICA PROBLEMAS	5	100	0	0	0	0	5	100
PRIORIZA PROBLEMAS	5	100	0	0	0	0	5	100
DEFINE DIAGNÓSTICO EN BASE A LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS	4	80	1	20	0	0	5	100

GRAFICO 2



FUENTE: Encuestas a enfermeras en la sala de cirugía del HANM

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

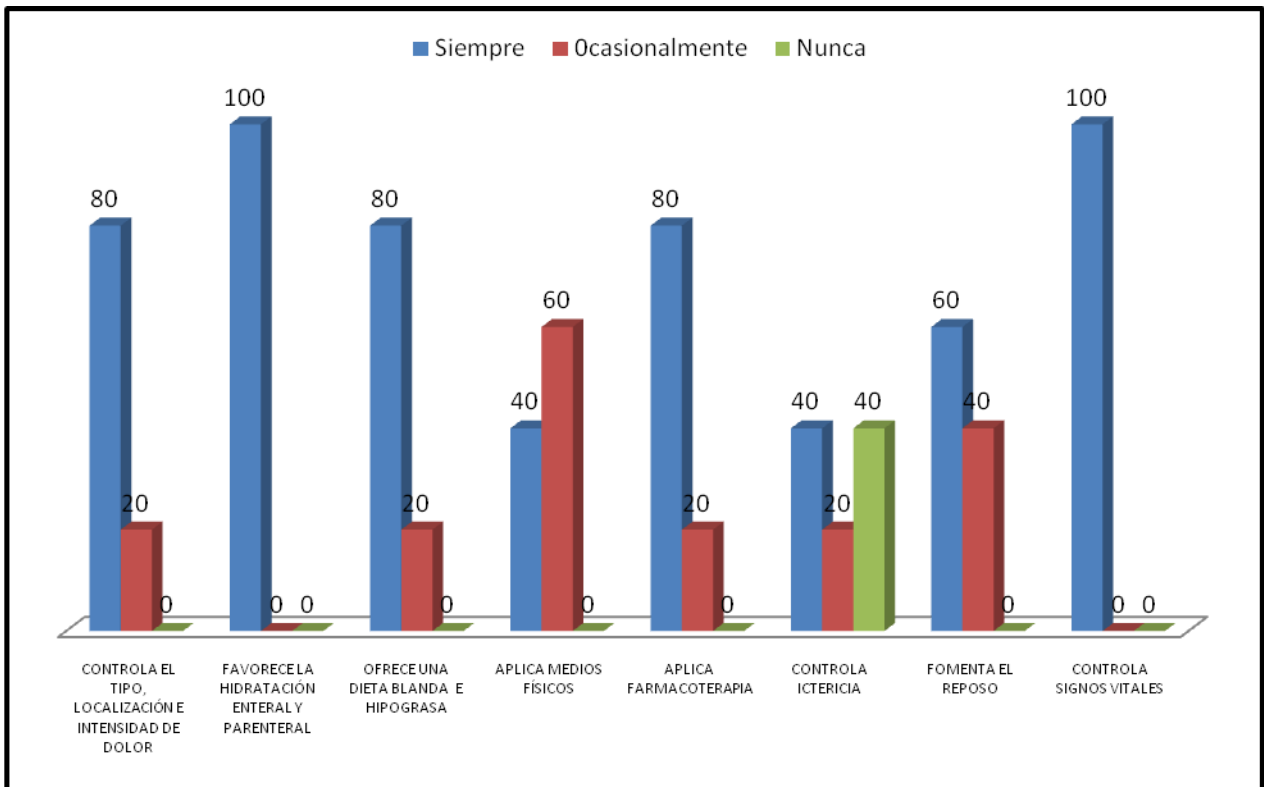
ANÁLISIS.- En cuanto a la etapa de diagnóstico los profesionales encuestados refieren realizar siempre la identificación de los problemas, los priorizan que corresponde a un 100% y define diagnósticos en base a los problemas identificados con un 80%; de lo cual no se ha encontrado en la historia clínica datos que demuestren lo respondido por las enfermeras. Etapa esta que consiste en un punto de partida para la planificación de los cuidados de enfermería durante la estancia del paciente y la satisfacción de sus necesidades. Y 20% refieren realizar ocasionalmente la definición de diagnósticos en base a los problemas identificados.

PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON COLECISTITIS

CUADRO N° 3

INDICADORES	ESCALAS							
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		Total	
PLANIFICACIÓN	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%
CONTROLA EL TIPO, LOCALIZACIÓN E INTENSIDAD DE DOLOR	4	80	1	20	0	0	5	100
FAVORECE LA HIDRATACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL	5	100	0	0	0	0	5	100
OFRECE UNA DIETA BLANDA E HIPOGRASA	4	80	1	20	0	0	5	100
APLICA MEDIOS FÍSICOS	2	40	3	60	0	0	5	100
APLICA FARMACOTERAPIA	4	80	1	20	0	0	5	100
CONTROLA ICTERICIA	2	40	1	20	2	40	5	100
FOMENTA EL REPOSO	3	60	2	40	0	0	5	100
CONTROLA SIGNOS VITALES	5	100	0	0	0	0	5	100

GRAFICO 3



FUENTE: Encuestas a enfermeras en la sala de cirugía del HANM

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS.- De las enfermeras encuestadas la mayor parte manifiestan realizar siempre la planificación para favorecer la hidratación enteral y parenteral, control signos vitales que corresponde a 100%, control de tipo localización e intensidad de dolor, ofrecer una dieta blanda e hipograsa, aplicación de farmacoterapia a los pacientes con colecistitis que corresponde a 80%

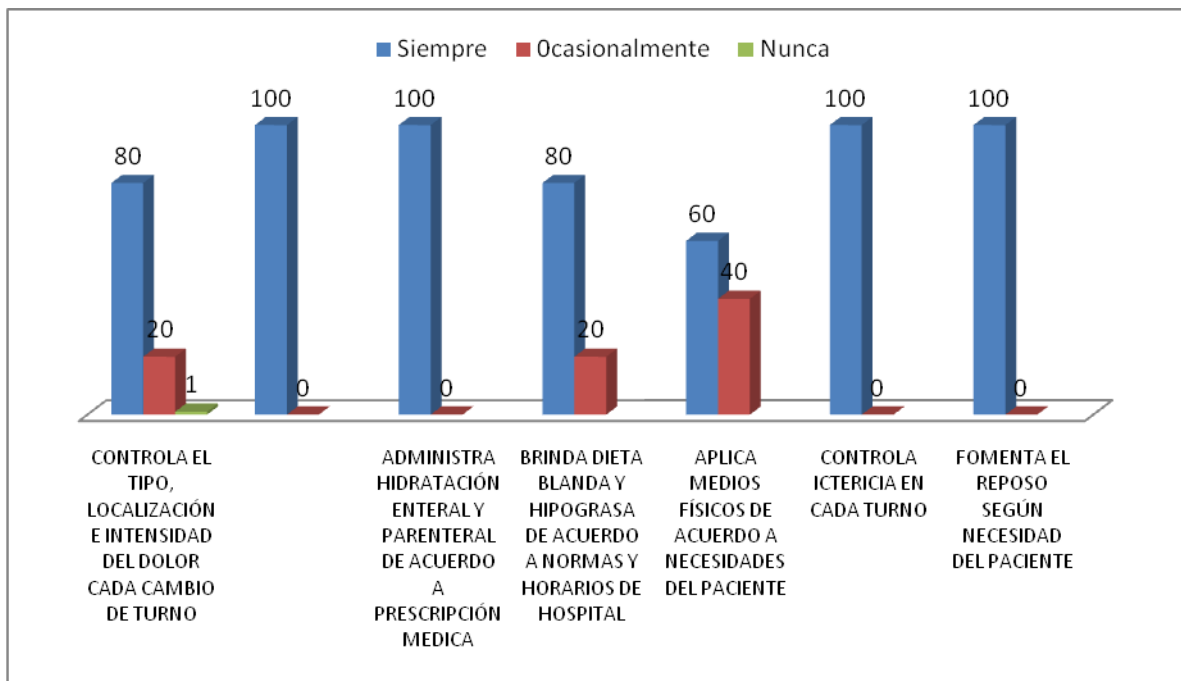
Ocasionalmente las enfermeras hacen la planificación para la aplicación de medios físicos con un porcentaje del 60%, son acciones propias de la enfermera para el alivio del dolor, cambios de posición que contribuyen al alivio de dolor y a bajarla fiebre. Nunca realizan la planificación para el control de ictericia que corresponde a 40%. Todos los pasos especificados anteriormente constituyen la base sobre la cual se planifica las intervenciones de enfermería para prevenir, reducir o solventar dolor de los pacientes con colecistitis.

EJECUCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON COLECISTITIS

CUADRO N° 4

INDICADORES	ESCALAS							
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		Total	
EJECUCIÓN	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%
CONTROLA EL TIPO, LOCALIZACIÓN E INTENSIDAD DEL DOLOR CADA CAMBIO DE TURNO	4	80	1	20	0	0	5	100
ADMINISTRA HIDRATACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL DE ACUERDO A PRESCRIPCIÓN MEDICA	5	100	0	0	0	0	5	100
BRINDA DIETA BLANDA Y HIPOGRASA DE ACUERDO A NORMAS Y HORARIOS DE HOSPITAL	5	100	0	0	0	0	5	100
APLICA MEDIOS FÍSICOS DE ACUERDO A NECESIDADES DEL PACIENTE	4	80	1	20	0	0	5	100
CONTROLA ICTERICIA EN CADA TURNO	3	60	2	40	0	0	5	100
FOMENTA EL REPOSO SEGÚN NECESIDAD DEL PACIENTE	5	100	0	0	0	0	5	100
CONTROLA SIGNOS VITALES EN CADA TURNO Y PRN	5	100	0	0	0	0	5	100

GRAFICO 4



FUENTE: Encuestas a enfermeras en la sala de cirugía del HANM

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS.- En esta etapa es en donde realmente se ponen en práctica todas las actuaciones previstas en la planificación de enfermería. Al analizar este gráfico podemos observar que siempre ejecutan en relación a: hidratación enteral y parenteral de acuerdo a prescripción médica, brindan una dieta blanda y hipograsa de acuerdo a normas y horarios del hospital, fomenta el reposo según necesidad del paciente, controla signos vitales en cada turno y PRN al 100%. Controlar el tipo, localización e intensidad del dolor cada cambio de turno, aplicación de medios físicos de acuerdo a necesidades del paciente que corresponde a 80% .Por lo tanto son las normas fundamentales en la atención del paciente con colecistitis que ingresan al servicio de cirugía .Ocasionalmente realiza control de ictericia que corresponde a 40%

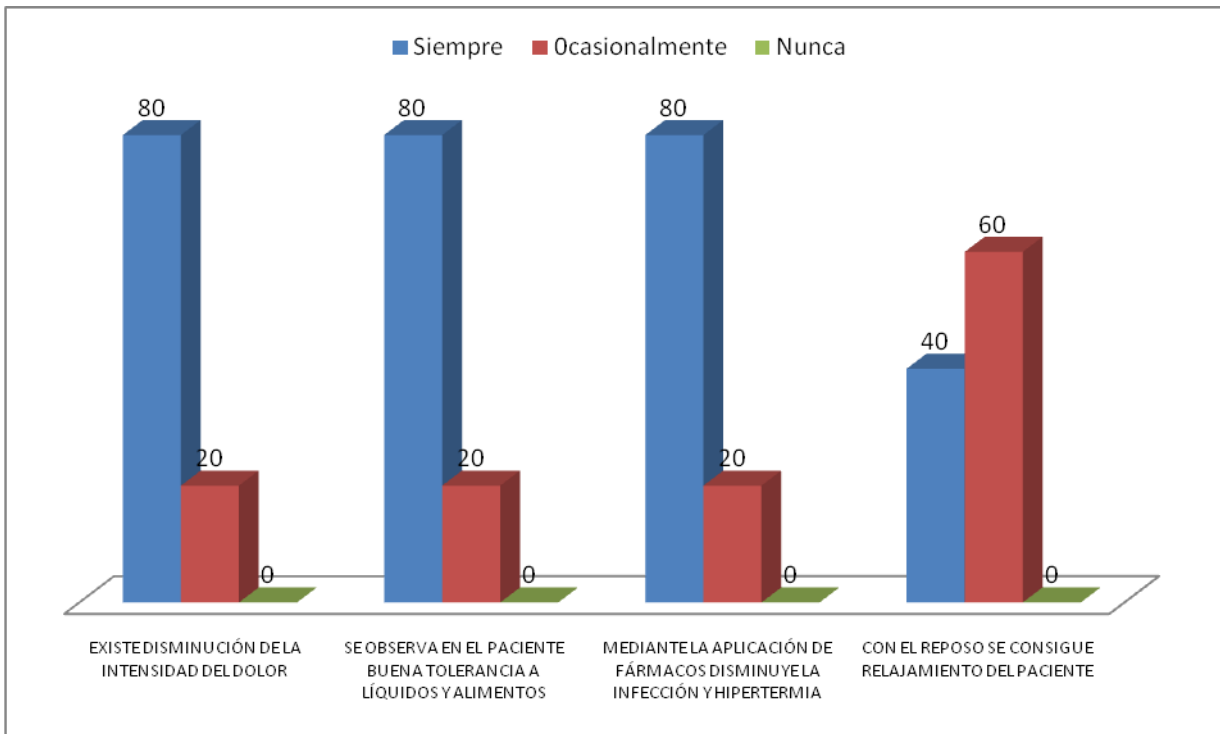
Asimismo, durante esta fase es de vital importancia documentar las actividades llevadas a cabo, para facilitar la continuidad y la coherencia de los cuidados, al lograr que todo el personal sea responsable de la atención de una misma persona disponga de idéntica información y actualizada.

EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON COLECISTITIS

CUADRO N° 5

INDICADORES	ESCALAS							
EVALUACIÓN	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		Total	
	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%
EXISTE DISMINUCIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR	4	80	1	20	0	0	5	100
SE OBSERVA EN EL PACIENTE BUENA TOLERANCIA A LÍQUIDOS Y ALIMENTOS	4	80	1	20	0	0	5	100
MEDIANTE LA APLICACIÓN DE FÁRMACOS DISMINUYE LA INFECCIÓN Y HIPERTERMIA	4	80	1	20	0	0	5	100
CON EL REPOSO SE CONSIGUE RELAJAMIENTO DEL PACIENTE	2	40	3	60	0	0	5	100

GRÁFICO 5



FUENTE: Encuestas a enfermeras en la sala de cirugía del HANM

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS.- La última etapa de proceso de enfermería consiste en la evaluación después de haber ejecutado los cuidados; en el caso específico del paciente con colecistitis las enfermeras responden que siempre evalúan la disminución de la intensidad del dolor, la tolerancia de líquidos y alimentos y la disminución de la infección e hipertermia mediante la aplicación de fármacos correspondiente a un 80% ,y ocasionalmente 60% evalúan al paciente con colecistitis que consigue relajamiento con el reposo. Datos que se puede evidenciar en los formularios 022, (kardex), en el formulario 020 (signos vitales) de la historia clínica mediante los reportes de enfermería registrado en el formulario 005 (evolución y prescripciones médicas)

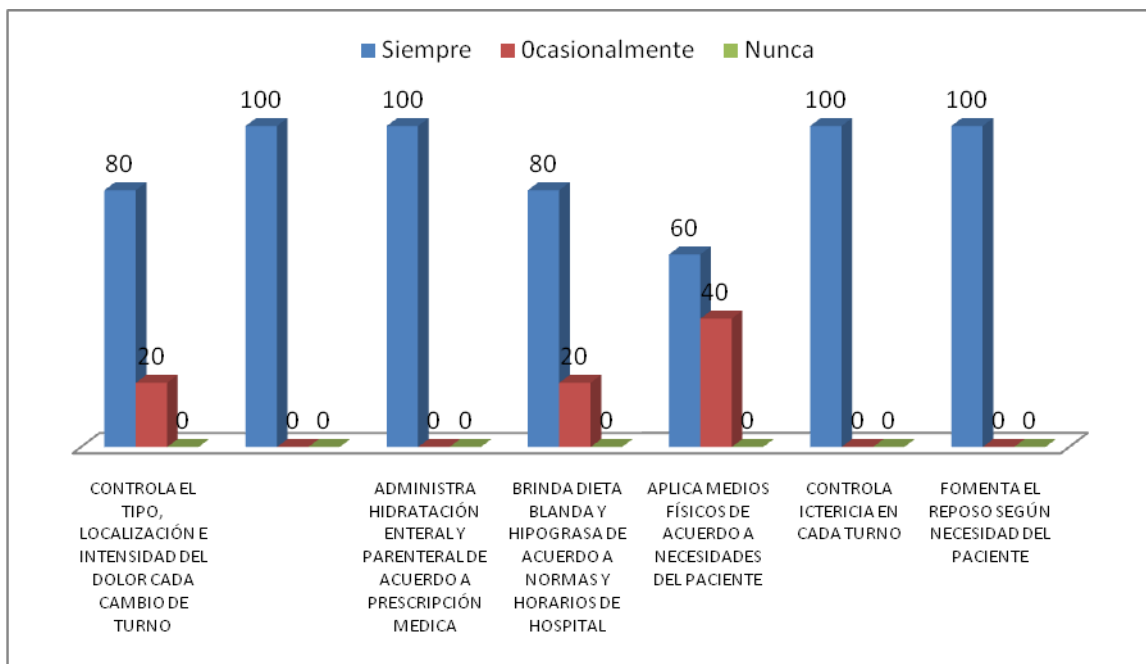
TABULACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR PARTE DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA A PACIENTES CON COLELITIASIS

VALORACIÓN POR PARTE DE LAS ENFERMERAS A LOS PACIENTES CON COLELITIASIS

CUADRO N° 6

INDICADORES	ESCALAS							
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		Total	
VALORACIÓN	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%
DOLOR BILIAR TIPO CÓLICO IRRADIADO A ESPALDA HOMBRO DERECHO	5	100	0	0	0	0	5	100
ERUCTOS POR GASES DESPUÉS DE INGERIR FRITOS O GRASAS	1	20	3	60	1	20	5	100
ICTERICIA CON PRURITO CUTÁNEO	1	20	4	80	0	0	5	100
MOLESTIAS EPIGÁSTRICAS, INDIGESTIÓN, DISTENSIÓN ABDOMINAL.	2	40	3	60	0	0	5	100
HIPERTERMIA, MASA ABDOMINAL PALPABLE.	1	20	2	40	2	40	5	100
NAUSEA, VOMITO, COLURIA, HECES DE COLOR GRISÁCEAS	3	60	1	20	1	20	5	100

GRÁFICO 6



FUENTE: Encuestas a enfermeras en la sala de cirugía del HANM
ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS.- La fase de valoración es la etapa inicial del proceso de enfermería requiere máxima exactitud para la correcta recolección de datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente. En el siguiente cuadro observamos que la mayor parte de las enfermeras encuestadas manifiestan realizar siempre la valoración de dolor biliar tipo cólico irradiado a espalda hombro derecho que corresponde a 100% seguido por náusea, vómito, coluria, heces de color grisáceas al ingreso del paciente con diagnóstico de colecistitis que corresponde a 60 %.

Ocasionalmente 80% de las enfermeras dentro de la valoración toman en cuenta: ictericia con prurito cutáneo, eructos por gases después de ingerir fritos o grasas, molestias epigástricas, indigestión, distensión abdominal.

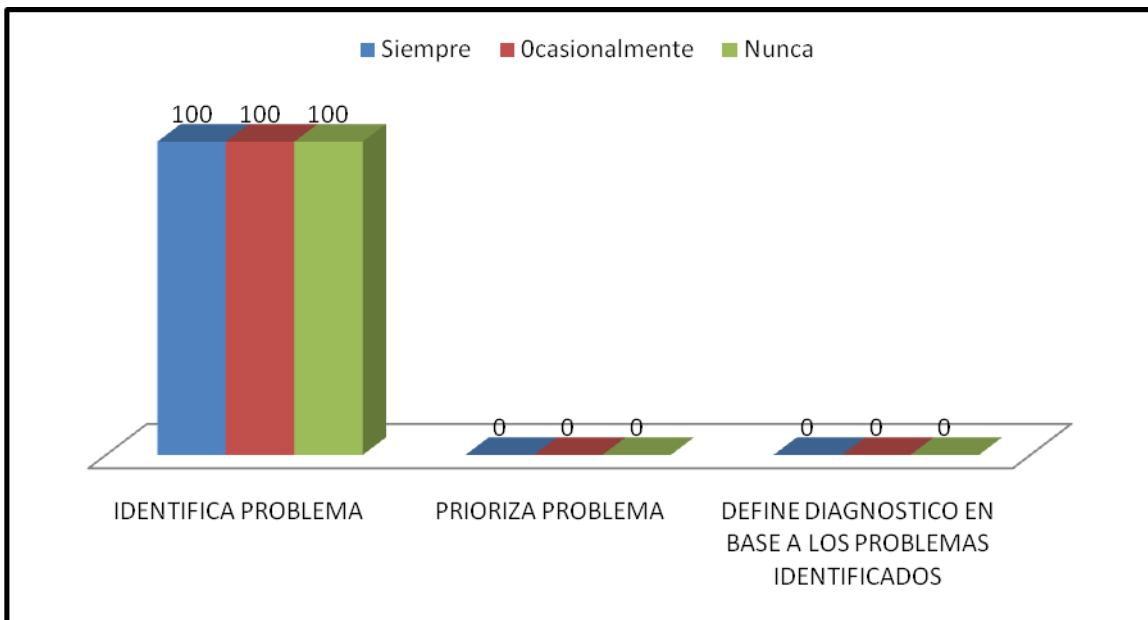
Nunca las enfermeras dentro de la valoración toman en cuenta, la hipertermia, masa abdominal palpable que corresponde a 40%.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON COLELITIASIS

CUADRO N° 7

INDICADORES	ESCALAS							
DIAGNÓSTICOS	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		Total	
	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%
IDENTIFICA PROBLEMA	5	100	0	0	0	0	5	100
PRIORIZA PROBLEMA	5	100	0	0	0	0	5	100
DEFINE DIAGNOSTICO EN BASE A LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS	5	100	0	0	0	0	5	100

GRÁFICO 7



FUENTE: Encuestas a enfermeras en la sala de cirugía del HANM

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

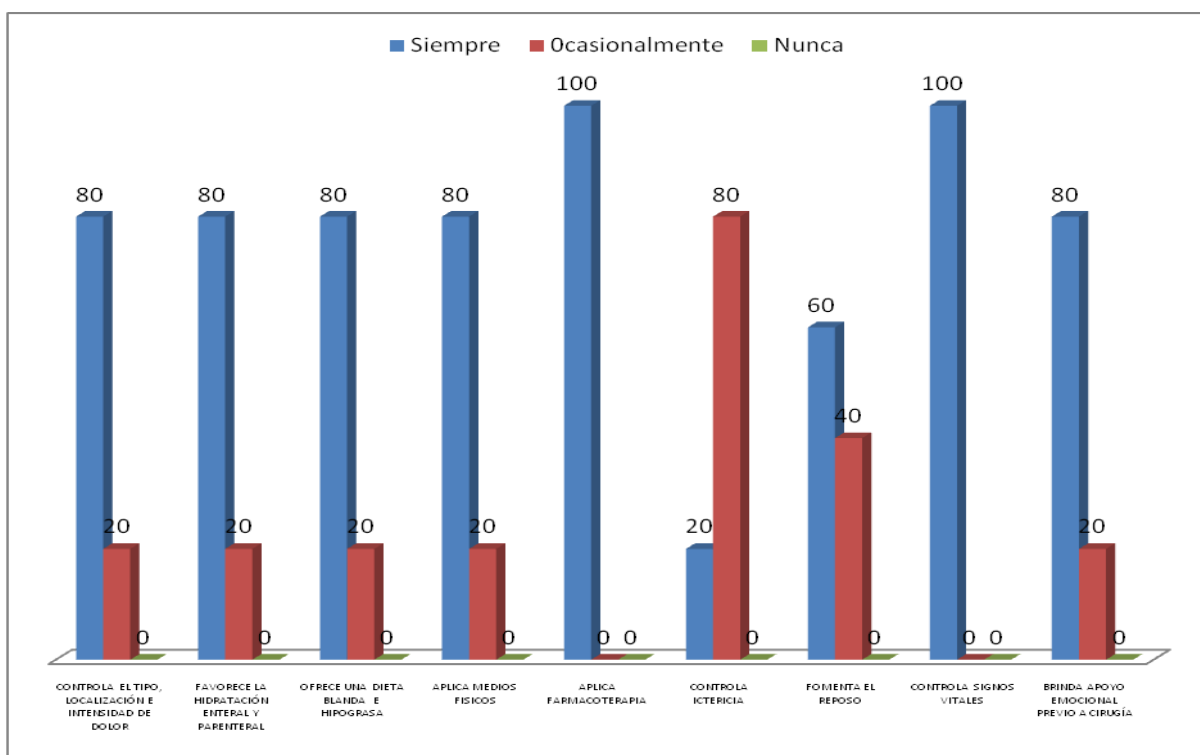
ANÁLISIS.- En cuanto a la etapa de diagnóstico los profesionales encuestados refieren realizar siempre la identificación de los problemas, los priorizan y define diagnósticos en base a los problemas identificados; que corresponde a 100% de lo cual no se ha encontrado en la historia clínica, como en los formularios 005 y 022 datos que demuestren lo respondido por las enfermeras. Esta etapa es un enunciado definitivo, claro, y conciso del estado del salud y los problemas del paciente, que puede ser modificados con la intervención propia de la enfermera.

PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON COLELITIASIS

CUADRO N° 8

INDICADORES	ESCALAS							
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		Total	
PLANIFICACIÓN	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%
CONTROLA EL TIPO, LOCALIZACIÓN E INTENSIDAD DE DOLOR	4	80	1	20	0	0	5	100
FAVORECE LA HIDRATACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL	4	80	1	20	0	0	5	100
OFRECE UNA DIETA BLANDA E HIPOGRASA	4	80	1	20	0	0	5	100
APLICA MEDIOS FÍSICO	4	80	1	20	0	0	5	100
APLICA FARMACOTERAPIA	5	100	0	0	0	0	5	100
CONTROLA ICTERICIA	1	20	4	80	0	0	5	100
FOMENTA EL REPOSO	3	60	2	40	0	0	5	100
CONTROLA SIGNOS VITALES	5	100	0	0	0	0	5	100
BRINDA APOYO EMOCIONAL PREVIO A CIRUGÍA	4	80	1	20	0	0	5	100

GRÁFICO 8



FUENTE: Encuestas a enfermeras en la sala de cirugía del HANM

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS.- En esta fase, sobre la base de los datos recabados en la etapa de valoración y en el diagnóstico de enfermería establecido, se planifica con las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados previamente. De los datos obtenidos en el siguiente cuadro observamos que siempre existe planificación por el personal de enfermería para la aplicación de farmacoterapia, control de signos vitales que representa el 100%; controla el tipo, localización e intensidad de dolor, favorece la hidratación enteral y parenteral ofrece una dieta blanda e hipo grasa, aplica medios físicos, brinda apoyo emocional previo a cirugía que corresponde al 80%

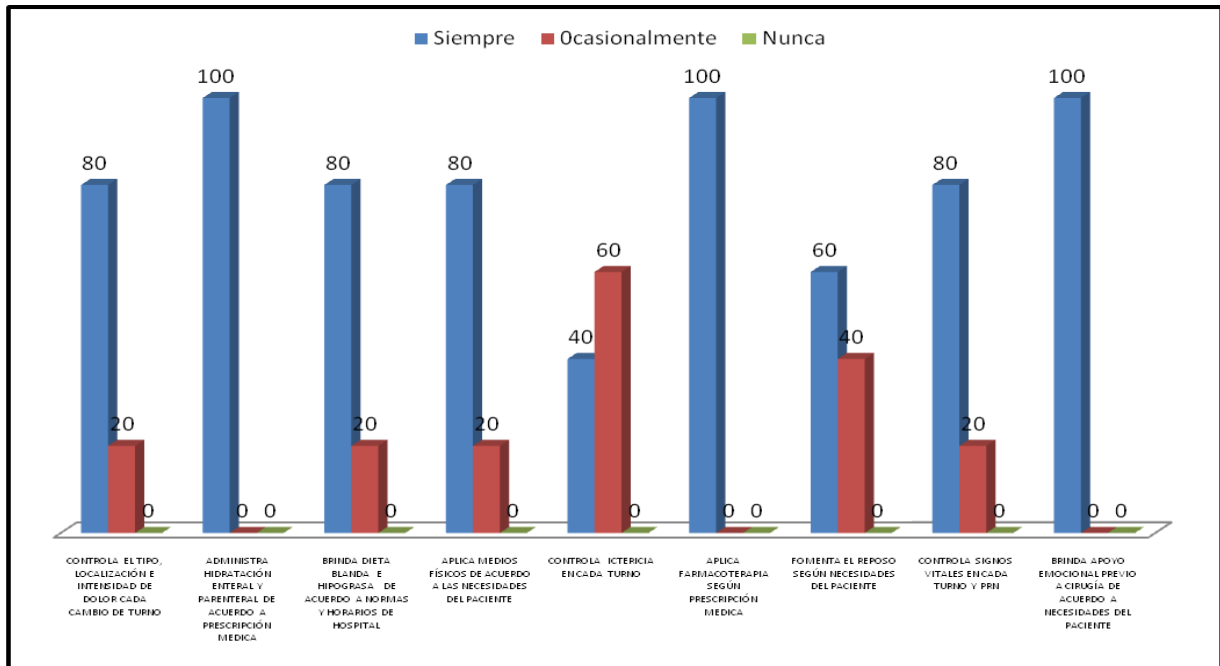
Ocasionalmente el personal de enfermería dentro de la planificación toma en cuenta, el control de ictericia, y fomentar el reposo. Y podemos verificar hasta qué punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la planificación, a la par que se incorpora nuevos datos surgidos de la evolución del estado del paciente.

EJECUCIÓN DE ENFERMERÍA

CUADRO N° 9

INDICADORES EJECUCIÓN	ESCALAS							
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		Total	
	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%
CONTROLA EL TIPO, LOCALIZACIÓN E INTENSIDAD DE DOLOR CADA CAMBIO DE TURNO	4	80	1	20	0	0	5	100
ADMINISTRA HIDRATACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL DE ACUERDO A PRESCRIPCIÓN MEDICA	5	100	0	0	0	0	5	100
BRINDA DIETA BLANDA E HIPOGRASA DE ACUERDO A NORMAS Y HORARIOS DE HOSPITAL	4	80	1	20	0	0	5	100
APLICA MEDIOS FÍSICOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE	4	80	1	20	0	0	5	100
CONTROLA LA INGESTA Y ELIMINACIÓN CADA CAMBIO DE TURNO	3	60	2	40	0	0	5	100
CONTROLA ICTERICIA EN CADA TURNO	2	40	3	60	0	0	5	100
APLICA FARMACOTERAPIA SEGÚN PRESCRIPCIÓN MEDICA	5	100	0	0	0	0	5	100
FOMENTA EL REPOSO SEGÚN NECESIDADES DEL PACIENTE	3	60	2	40	0	0	5	100
CONTROLA SIGNOS VITALES EN CADA TURNO Y PRN	4	80	1	20	0	0	5	100
BRINDA APOYO EMOCIONAL PREVIO A CIRUGÍA DE ACUERDO A NECESIDADES DEL PACIENTE	5	100	0	0	0	0	5	100

GRÁFICO 9



FUENTE: Encuestas a enfermeras en la sala de cirugía del HANM

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS.- Al analizar este gráfico podemos observar que la mayoría del personal que labora en el servicio ejecutan siempre en cuanto a: hidratación enteral y parenteral de acuerdo a prescripción médica, aplicación de farmacoterapia según prescripción médica, brindar apoyo emocional previo a cirugía de acuerdo a necesidades del paciente que corresponde a 100% ,así mismo en cuanto al control de tipo, localización e intensidad de dolor cada cambio de turno, dieta blanda e hipograsa de acuerdo a normas y horarios de hospital , aplicación de medios físicos de acuerdo a las necesidades del paciente, controla signos vitales en cada turno y PRN alcanzando a 80% .

El control de ictericia en cada turno representa el 60% que realiza ocasionalmente.

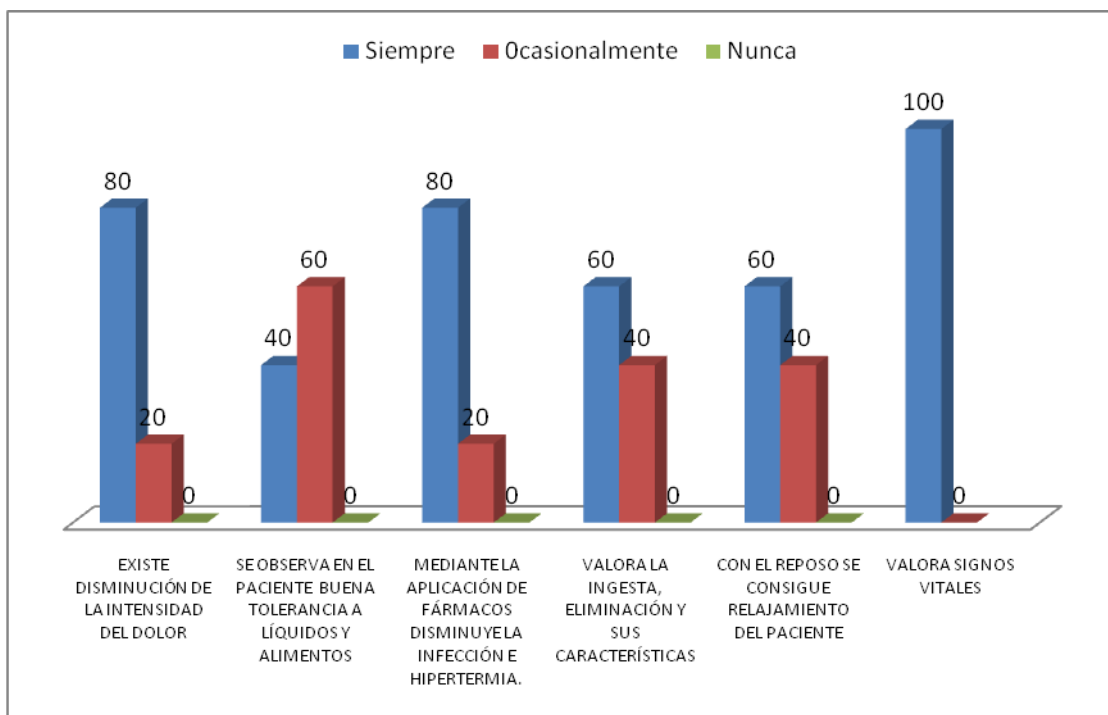
Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir el paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades

EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA

CUADRO N° 10

INDICADORES	ESCALAS							
EVALUACIÓN	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		Total	
	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%	Enfermeras	%
EXISTE DISMINUCIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR	4	80	1	20	0	0	5	100
SE OBSERVA EN EL PACIENTE BUENA TOLERANCIA A LÍQUIDOS Y ALIMENTOS	2	40	3	60	0	0	5	100
MEDIANTE LA APLICACIÓN DE FÁRMACOS DISMINUYE LA INFECCIÓN E HIPERTERMIA.	4	80	1	20	0	0	5	100
VALORA LA INGESTA, ELIMINACIÓN Y SUS CARACTERÍSTICAS	3	60	2	40	0	0	5	100
CON EL REPOSO SE CONSIGUE RELAJAMIENTO DEL PACIENTE	3	60	2	40	0	0	5	100
VALORA SIGNOS VITALES	5	100	0	0	0	0	5	100

GRÁFICO 10



FUENTE: Encuestas a enfermeras en la sala de cirugía del HANM

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS.- La evaluación es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. El presente cuadro nos indica sobre la evaluación del personal de enfermeras que labora en el servicio de cirugía realiza a los pacientes con colelitiasis, evaluación siempre realiza: signos vitales a 100% si esta en los parámetros normales o existe alteración de la misma, si existe disminución de la intensidad de dolor, mediante la aplicación de fármacos disminuye la infección e hipertermia que corresponde a 80%

Para de esta manera saber sobre las principales necesidades que tiene el paciente y poder disminuir las afecciones que constituye un proceso largo. En él se está evaluando el grado de conocimiento que tiene el personal mediante un proceso sistémico y organizado que comprende un conjunto de acciones educativas orientadas al cambio y mejoramiento de acuerdo a los conocimientos, habilidades y actividades del personal.

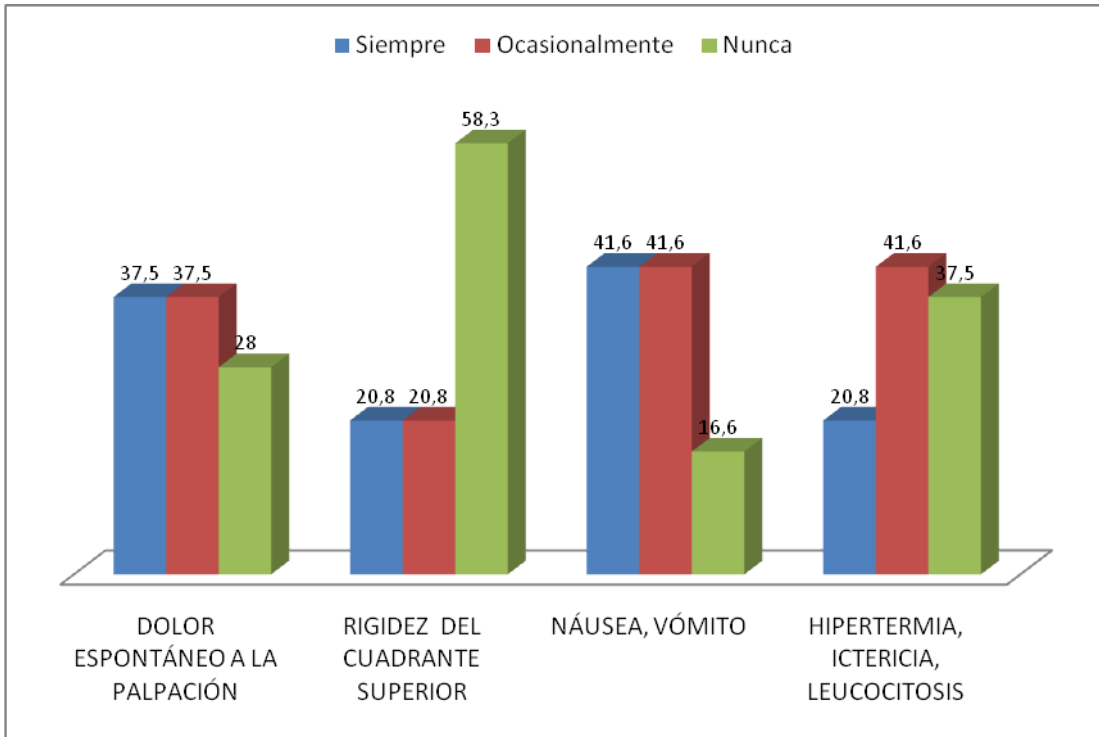
Se observa que las enfermeras en un 60% evalúan que los pacientes con una buena tolerancia a líquidos y alimentos.

**TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA DE LOS REGISTROS
DE LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA EN RELACIÓN AL PROCESO DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON: COLECISTITIS Y
COLELITIASIS.
VALORACIÓN EN PACIENTES CON COLECISTITIS.
VARIACIÓN DE ENFERMERÍA**

CUADRO N° 1

INDICADORES	ESCALA							
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		Total	
VALORACIÓN	#	%	#	%	#	%	#	%
DOLOR ESPONTÁNEO A LA PALPACIÓN	18	37.50	18	37.50	12	28.0	48	100
RIGIDEZ DEL CUADRANTE SUPERIOR	10	20.80	10	20.8	28	58.3	48	100
NÁUSEA, VÓMITO	20	41.60	20	41.60	8	16.6	48	100
HIPERTERMIA, ICTERICIA, LEUCOCITOSIS	10	20.80	20	41.60	18	37.5	48	100

GRÁFICO 1



Fuente: Historia Clínica total 48

Elaborado por: Internas Rotativas de Enfermería

ANÁLISIS.- Al revisar las historias clínicas de los pacientes que tiene colecistitis se ha encontrado en el formulario 005 (hoja de evolución) la valoración mediante los reportes de enfermería en forma sintética, datos como náusea y vómito en un porcentaje de 41.6%, de igual manera en el mismo formulario encontramos dolor espontáneo a la palpación en un porcentaje de 37.5%.

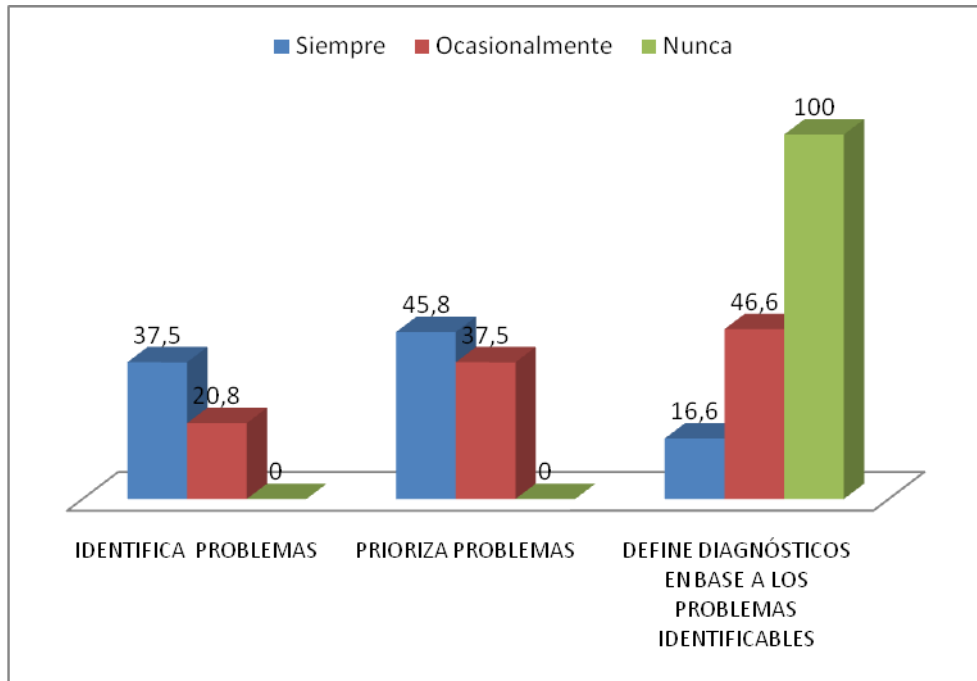
De manera Ocasional las enfermeras registran náusea y vomito, así como Hipertermia, ictericia y leucocitosis en un porcentaje de 41.6 0%. En los reportes de enfermería se evidencia que los pacientes con colecistitis no presentan rigidez del cuadrante superior que corresponde a un 58.3%

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

CUADRO N° 2

INDICADORES	ESCALA							
DIAGNOSTICO	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
IDENTIFICA PROBLEMAS	18	37.5	22	45.8	8	16.6	48	100
PRIORIZA PROBLEMAS	10	20.8	18	37.5	20	46.6	48	100
DEFINE DIAGNÓSTICOS EN BASE A LOS PROBLEMAS IDENTIFICABLES	0	0	0	0	48	100	48	100

GRÁFICO 2



Fuente: Historia Clínica total 48

Elaborado por. Internas Rotativas de Enfermería

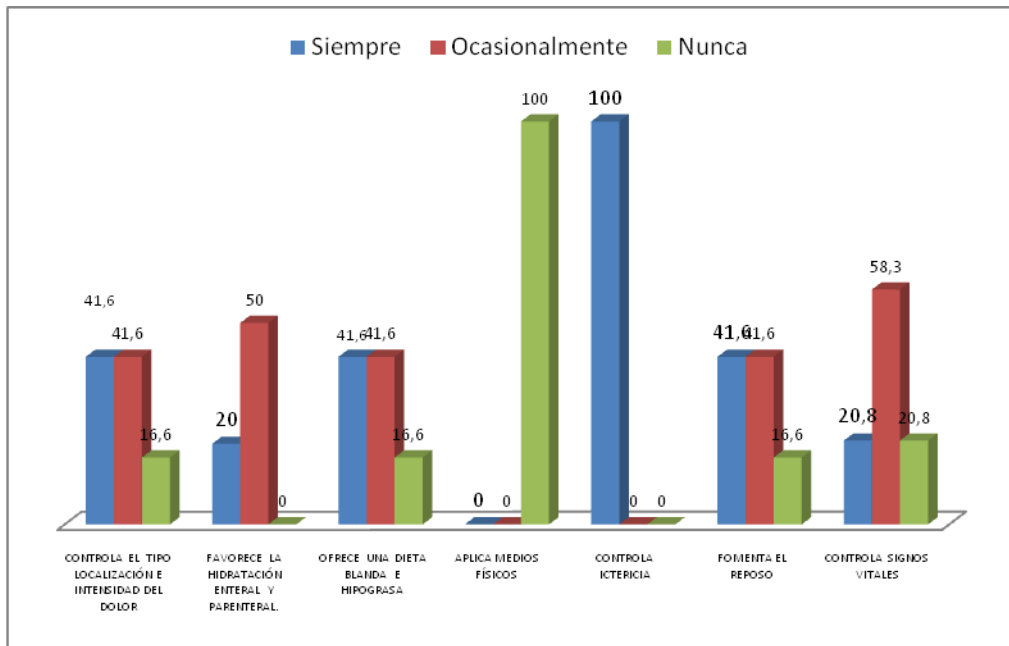
ANÁLISIS: .- Revisando el presente cuadro podemos evidenciar que en los formularios 005(hoja de evolución) donde la enfermera realiza su reporte de enfermería se encuentra una identificación de problemas como dolor, ictericia, hipertermia con un porcentaje del 37.5% en forma sintética. Ocasionalmente se encuentra el 45.8% de una Identificación de problemas, y una priorización de problema en un 37.5% en el formulario antes mencionado, y en ningún formulario hay una evidencia de la realización de los diagnósticos.

PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA

CUADRO N° 3

INDICADORES PLANIFICACIÓN	ESCALA							
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
CONTROLA EL TIPO LOCALIZACIÓN E INTENSIDAD DEL DOLOR	20	41.6	20	41.6	8	16.6	48	100
FAVORECE LA HIDRATACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL.	24	50	24	50	0	0	48	100
OFRECE UNA DIETA BLANDA E HIPOGRASA	20	41.6	20	41.6	8	16.6	48	100
APLICA MEDIOS FÍSICOS	0	0	0	0	48	100	48	100
CONTROLA ICTERICIA	48	100	0	0	0	0	48	100
FOMENTA EL REPOSO	20	41.6	20	41.6	8	16.6	48	100
CONTROLA SIGNOS VITALES	10	20.8	28	58.3	10	20.8	48	100

GRÁFICO 3



FUENTE: HISTORIA CLÍNICA TOTAL 48

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

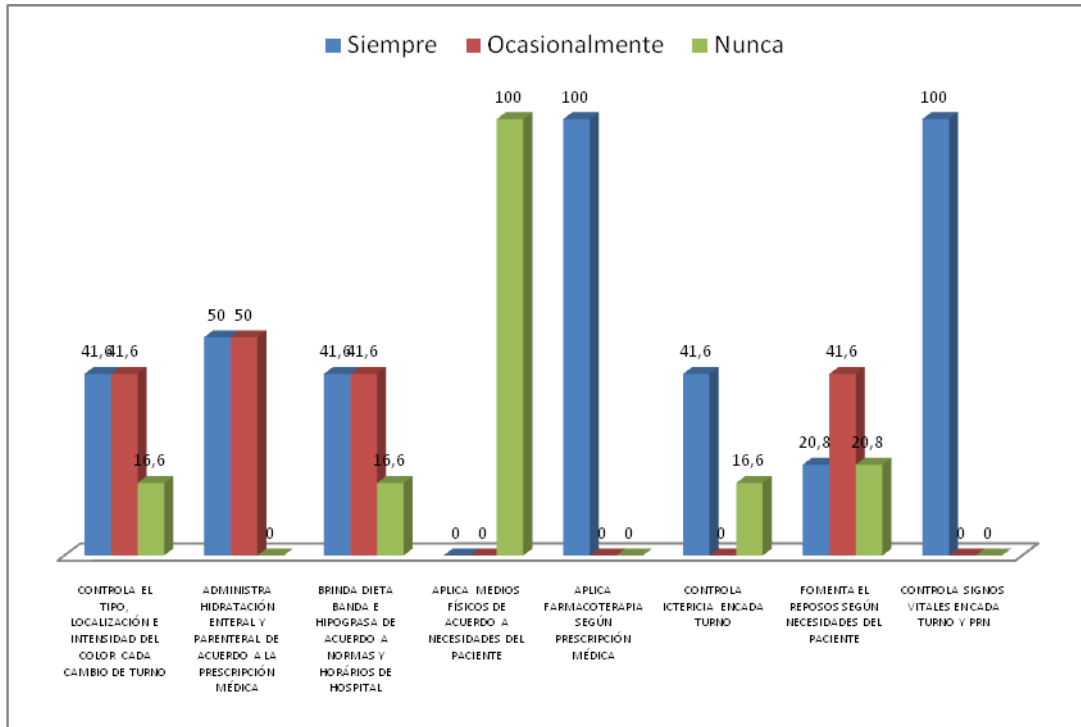
ANÁLISIS.- En las Historias Clínicas revisadas de los pacientes con Colecistitis evidenciamos en el formulario 005(hoja de evolución) existe un control de ictericia dándonos un porcentaje del 100 . Ocasionalmente según el formulario 020 (hoja de signos vitales) existe un control de signos vitales al 58.3%, mientras que favorece la hidratación enteral y parenteral corresponde al 50% que se observa en el formulario 022 (kardex) Según el formulario 005 (hoja evolución) y 020 (signos vitales) no existe una aplicación de medios físicos que corresponde al 100% ya que son acciones propias de la enfermera.

EJECUCIÓN DE ENFERMERÍA

CUADRO N°4

INDICADORES EJECUCIÓN	ESCALA							
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
CONTROLA EL TIPO, LOCALIZACIÓN E INTENSIDAD DEL COLOR CADA CAMBIO DE TURNO	20	41.6	20	41.6	8	16.6	48	100
ADMINISTRA HIDRATACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL DE ACUERDO A LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA	24	50	24	50	0	0	48	100
BRINDA DIETA BANDA E HIPOGRASA DE ACUERDO A NORMAS Y HORARIOS DE HOSPITAL	20	41.6	20	41.6	8	16.6	48	100
APLICA MEDIOS FÍSICOS DE ACUERDO A NECESIDADES DEL PACIENTE	0	0	0	0	48	100	48	100
APLICA FARMACOTERAPIA SEGÚN PRESCRIPCIÓN MÉDICA	48	100	0	0	0	0	48	100
CONTROLA ICTERICIA EN CADA TURNO	20	41.6	20	0	8	16.6	48	100
FOMENTA EL REPOSOS SEGÚN NECESIDADES DEL PACIENTE	10	20.8	28	41.6	10	20.8	48	100
CONTROLA SIGNOS VITALES EN CADA TURNO Y PRN	48	100	0	0	0	0	48	100

GRÁFICO 4



Fuente: Historia Clínica total 48

Elaborado por: Internas Rotativas de Enfermería

ANÁLISIS.- Al analizar este cuadro podemos observar que en el formulario 022 (kardex) se registra la aplicación de farmacoterapia, y control de signos vitales en cada turno y PRN en un 100% y la hidratación enteral y parenteral al 50% de acuerdo a la frecuencia de los horarios de administración que como normas se maneja en el servicio.

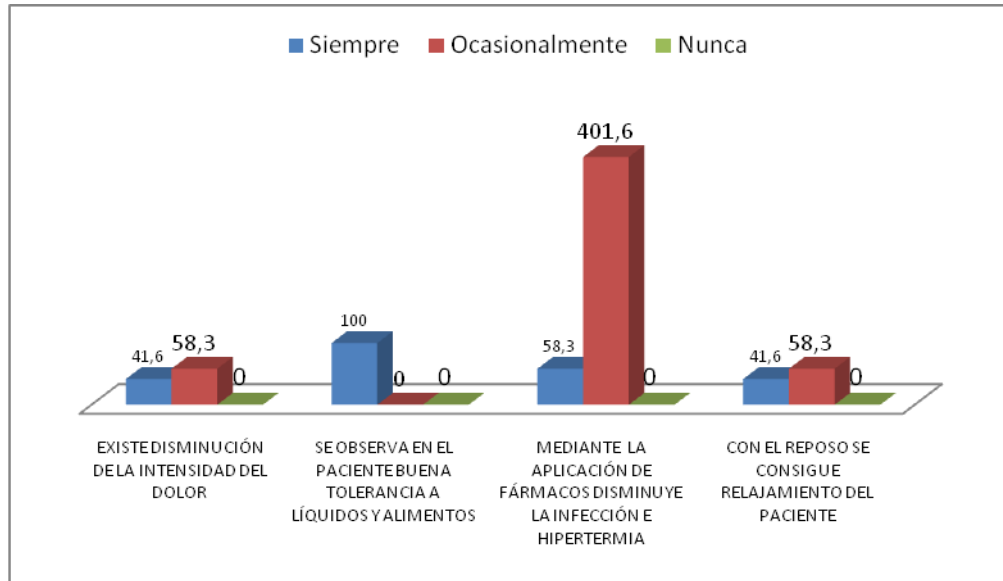
Ocasionalmente según el formulario 022 (kardex) se evidencia que existe administración de hidratación enteral y parenteral de acuerdo a la prescripción médica con un 50%. En el formulario 005 (hoja de evolución) no hay evidencia en la aplica medios físicos con el 100%, siendo estas acciones propias de la enfermera en los pacientes con colecistitis no hay constancia

EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA

CUADRO N° 5

INDICADORES EVALUACIÓN	ESCALA							
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
EXISTE DISMINUCIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR	20	41.6	28	58.3	0	0	48	100
SE OBSERVA EN EL PACIENTE BUENA TOLERANCIA A LÍQUIDOS Y ALIMENTOS	48	100	0	0	0	0	48	100
MEDIANTE LA APLICACIÓN DE FÁRMACOS DISMINUYE LA INFECCIÓN E HIPERTERMIA	28	58.3	20	41.6	0	0	48	100
CON EL REPOSO SE CONSIGUE RELAJAMIENTO DEL PACIENTE	20	41.6	28	58.3	0	0	48	100

GRÁFICO 5



FUENTE: HISTORIA CLÍNICA TOTAL 48

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

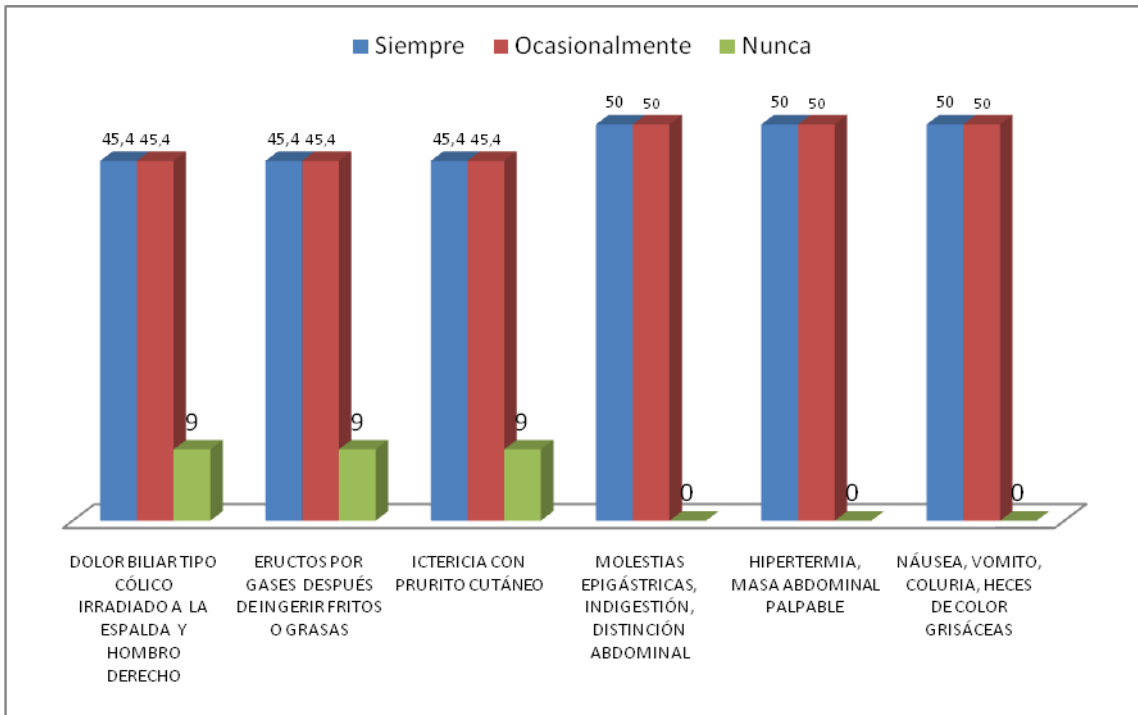
ANÁLISIS.- De acuerdo a este cuadro donde consta la última etapa de proceso de enfermería que es la evaluación después de haber ejecutado los cuidados; en el caso específico del paciente con colecistitis, en los reportes de enfermería revisados se evidencia en forma sintética sobre la tolerancia de líquidos y alimentos que corresponde a 100% en el formulario 005 (hoja evolución) y la disminución de la infección e hipertermia mediante la aplicación de fármacos que corresponde a 58.3%, en el formulario 022 (hoja de kardex), y ocasionalmente evalúan al paciente con colecistitis que consigue relajamiento con el reposo, y que existe disminución de la intensidad del dolor en un 58,3% en el formulario 005 (hoja de evolución).

VALORACIÓN EN PACIENTES CON COLELITIASIS

CUADRO N° 6

INDICADORES VALORACIÓN	ESCALA							
	Siempre		Ocasional mente		Nunca		total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
DOLOR BILIAR TIPO CÓLICO IRRADIADO A LA ESPALDA Y HOMBRO DERECHO	10	45.4	10	45.4	2	9	22	100
ERUCTOS POR GASES DESPUÉS DE INGERIR FRITOS O GRASAS	10	45.4	10	45.4	2	9	22	100
ICTERICIA CON PRURITO CUTÁNEO	10	45.4	10	45.4	2	9	22	100
MOLESTIAS EPIGÁSTRICAS, INDIGESTIÓN, DISTENCIÓN ABDOMINAL	11	50	11	50	0	0	22	100
HIPERTERMIA, MASA ABDOMINAL PALPABLE	11	50	11	50	0	0	22	100
NÁUSEA, VOMITO, COLURIA, HECES DE COLOR GRISÁCEAS	11	50	11	50	0	0	22	100

GRÁFICO 6



FUENTE: HISTORIA CLÍNICA TOTAL 22

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS.- Al revisar las historias clínicas en pacientes que presentan colelitiasis se ha encontrado en el formulario 005, (hoja de evolución), mediante los reportes de enfermería en forma sintética datos como molestias epigástricas, indigestión, distensión abdominal hipertermia, masa abdominal palpable, náusea, vómito, ictericia, heces de color grisáceas, que representan el 50%.

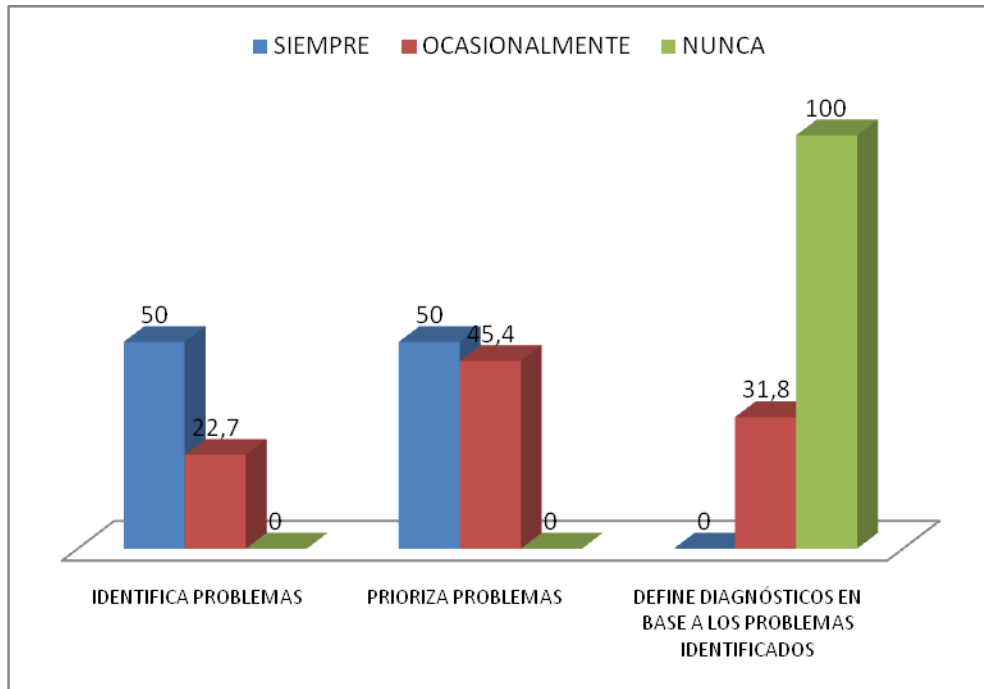
Ocasionalmente se presentan molestias epigástricas, indigestión, distensión abdominal hipertermia, masa abdominal palpable, náusea, vómito, ictericia, heces de color grisáceas, que corresponde al 50%, en un porcentaje del 9% encontramos que los pacientes que acuden a esta sala no presentan dolor biliar tipo cólico irradiado a la espalda y hombro derecho, eructo por gases después de ingerir fritos o grasas además ictericia con prurito cutáneo en el formulario 005 (hoja de evolución).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

CUADRO N° 7

INDICADORES	ESCALA							
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	SIEMPRE		OCASIONAL MENTE		NUNCA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
IDENTIFICA PROBLEMAS Y	11	50	11	50	0	0	22	100
PRIORIZA PROBLEMAS	5	22.7	10	45.4	7	31.8	22	100
DEFINE DIAGNÓSTICOS EN BASE A LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS	0	0	0	0	22	100	22	100

GRÁFICO 7



FUENTE: HISTORIA CLÍNICA TOTAL 22

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

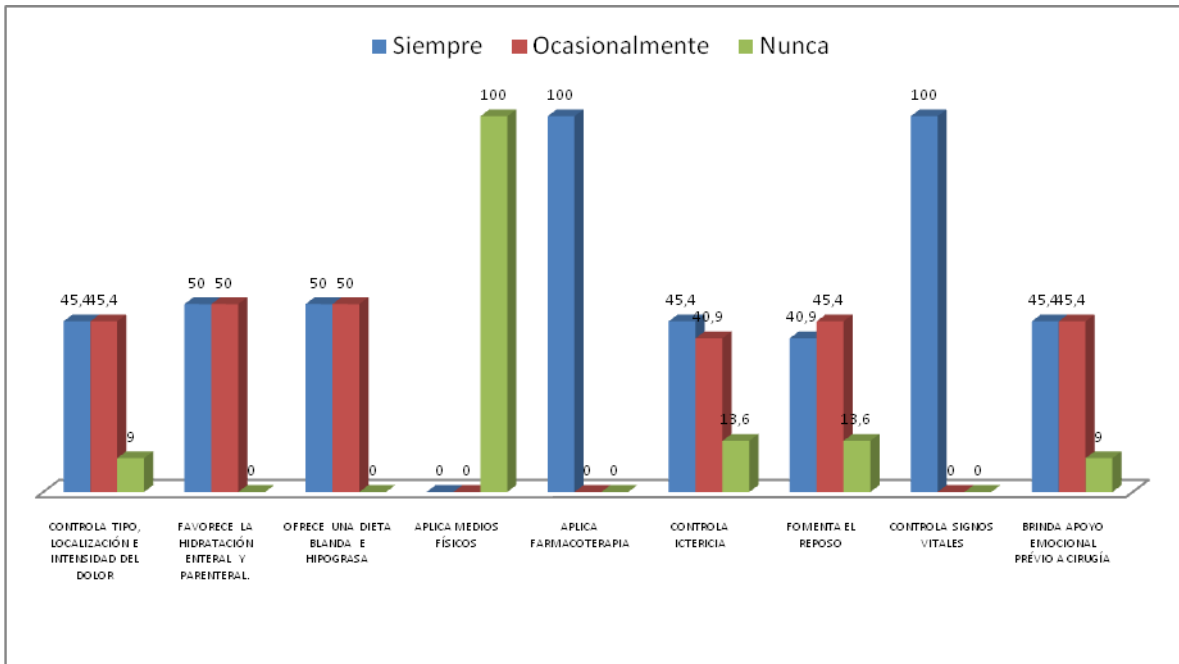
ANÁLISIS: .- Revisando el presente cuadro podemos evidenciar que en los formularios 005 (hoja de evolución), se encuentra una identificación de problemas como, dolor, ictericia con un porcentaje del 50% en forma sintética. Ocasionalmente se encuentra el 50%, de una Identificación de problemas y la priorización de problema en un 45,4% en el formulario antes mencionado, y en ningún formulario hay una evidencia de la realización de los diagnósticos.

PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA

CUADRO N° 8

INDICADORES	ESCALA							
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
CONTROLA TIPO, LOCALIZACIÓN E INTENSIDAD DEL DOLOR	10	45.4	10	45.4	2	9	22	100
FAVORECE LA HIDRATACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL.	11	50	11	50	0	0	22	100
OFRECE UNA DIETA BLANDA E HIPOGRASA	11	50	11	50	0	0	22	100
APLICA MEDIOS FÍSICOS	0	0	0	0	22	100	22	100
APLICA FARMACOTERAPIA	22	100	0	0	0	0	22	
CONTROLA ICTERICIA	10	45.4	9	40.9	3	13.6	22	100
FOMENTA EL REPOSO	9	40.9	10	45.4	3	13.6	22	100
CONTROLA SIGNOS VITALES	22	100	0	0	0	0	22	100
BRINDA APOYO EMOCIONAL PRÉVIO A CIRUGÍA	10	45.4	10	45.4	2	9	22	100

GRÁFICO 8



FUENTE: HISTORIA CLÍNICA TOTAL 22

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

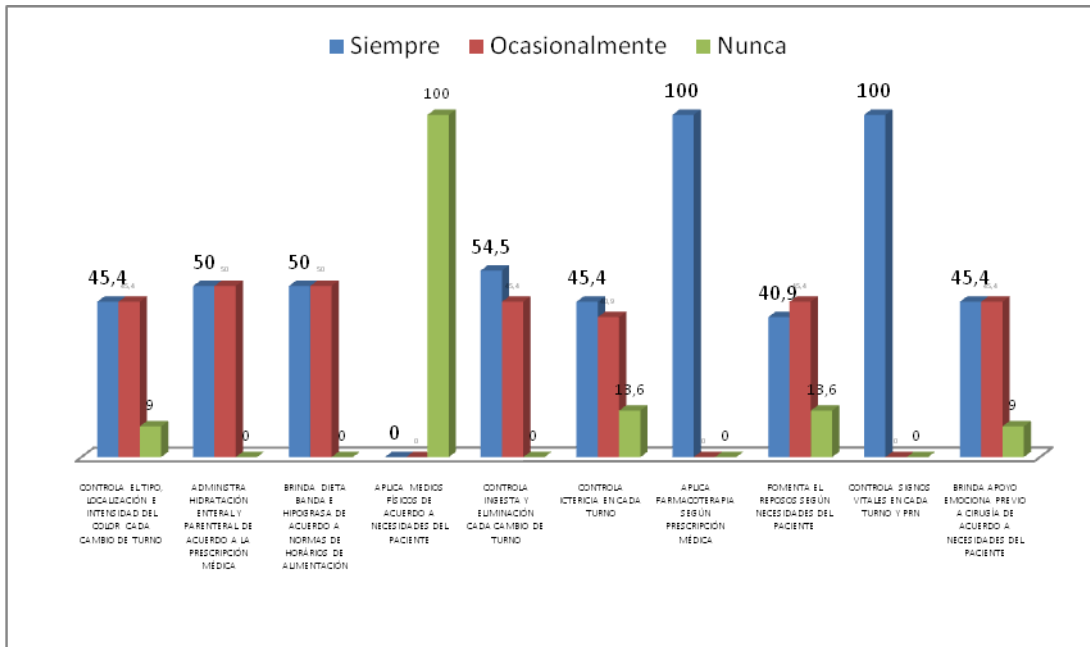
ANÁLISIS.- En las Historias Clínicas revisadas de los pacientes con Colelitiasis evidenciamos en el formulario 022(hoja de kardex), existe la aplicación de farmacoterapia y igual manera un control de signos vitales correspondiendo al 100%, constando en el formulario 020(hojas de signos vitales).Ocasionalmente según el formulario 022(hoja de kardex), favorece la hidratación enteral y parenteral que corresponde al 50% y una dieta blanda e hipograsa corresponde al 50% y consta en el formulario 020(hoja de signos vitales), Según el formulario 005(hoja de evolución) y 020(hoja de signos vitales), no existe una aplicación de medios físicos que corresponde al 100% ya que estas acciones son propias de la enfermera.

EJECUCIÓN DE ENFERMERÍA

CUADRO N° 9

INDICADORES	ESCALA							
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
CONTROLA EL TIPO, LOCALIZACIÓN E INTENSIDAD DEL COLOR CADA CAMBIO DE TURNO	10	45.4	10	45.4	2	9	22	100
ADMINISTRA HIDRATACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL DE ACUERDO A LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA	11	50	11	50	0	0	22	100
BRINDA DIETA BANDA E HIPOGRASA DE ACUERDO A NORMAS DE HORARIOS DE ALIMENTACIÓN	11	50	11	50	0	0	22	100
APLICA MEDIOS FÍSICOS DE ACUERDO A NECESIDADES DEL PACIENTE	0	0	0	0	22	100	22	100
CONTROLA INGESTA Y ELIMINACIÓN CADA CAMBIO DE TURNO	12	54.5	10	45.4	0	0	22	
CONTROLA ICTERICIA EN CADA TURNO	10	45.4	9	40.9	3	13.6	22	
APLICA FARMACOTERAPIA SEGÚN PRESCRIPCIÓN MÉDICA	22	100	0	0	0	0	22	100
FOMENTA EL REPOSOS SEGÚN NECESIDADES DEL PACIENTE	9	40.9	10	45.4	3	13.6	22	100
CONTROLA SIGNOS VITALES EN CADA TURNO Y PRN	22	100	0	0	0	0	22	100
BRINDA APOYO EMOCIONAL PREVIO A CIRUGÍA DE ACUERDO A NECESIDADES DEL PACIENTE	10	45.4	10	45.4	2	9	22	100

GRÁFICO 9



FUENTE: HISTORIA CLÍNICA TOTAL 22

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

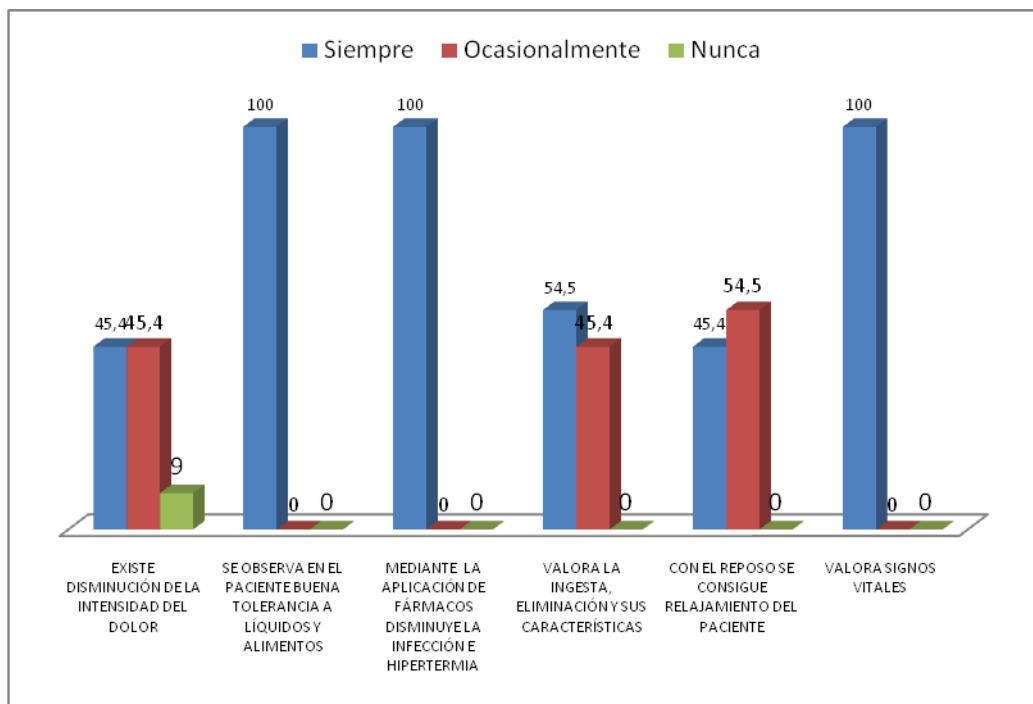
ANÁLISIS.- al analizar este cuadro podemos observar que en el formulario 022(hoja de kardex),se registra la aplicación de farmacoterapia según prescripción médica correspondiendo al 100% y la hidratación enteral y parenteral en un 50% de acuerdo a la frecuencia de los horario de administración que como normas se maneja en el servicio. Ocasionalmente según el formulario 022 (hoja de kardex), se evidencia que existe una administración de fármacos y una hidratación enteral y parenteral de acuerdo a la prescripción médica con un 50%. En el formulario 005(hoja de evolución), vemos que no aplica medios físicos con el 100%, ya que son acciones propias de la enfermera y no hay un registro para su constancia, pero de acuerdo a las encuestas realizadas refieren que siempre realiza en un 80%

EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA

CUADRO N° 10

INDICADORES EVALUACIÓN	ESCALA							
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
EXISTE DISMINUCIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR	10	45.4	10	45.4	2	9	22	100
SE OBSERVA EN EL PACIENTE BUENA TOLERANCIA A LÍQUIDOS Y ALIMENTOS	22	100	0	0	0	0	22	100
MEDIANTE LA APLICACIÓN DE FÁRMACOS DISMINUYE LA INFECCIÓN E HIPERTERMIA	22	100	0	0	0	0	22	100
VALORA LA INGESTA, ELIMINACIÓN Y SUS CARACTERÍSTICAS	12	54.5	10	45.4	0	0	22	100
CON EL REPOSO SE CONSIGUE RELAJAMIENTO DEL PACIENTE	10	45.4	12	54.5	0	0	22	100
VALORA SIGNOS VITALES	22	100	0	0	0	0	22	100

GRÁFICO 10



FUENTE: HISTORIA CLÍNICA TOTAL 22

ELABORADO POR: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS.- De acuerdo a este cuadro la última etapa de proceso de enfermería consiste en la evaluación después de haber ejecutado los cuidados; en el caso específico del paciente con colelitiasis, en las historias clínicas revisadas en los reportes de enfermería y en las indicaciones se evidencia en forma sintética todos estos datos de acuerdo a los formularios 022(kardex), 005(hoja de evolución), 020(hoja de signos vitales), encontramos que el personal de enfermería evalúan: la tolerancia de líquidos y alimentos y la disminución de la infección e hipertermia mediante la aplicación de fármacos , evalúan los signos vitales que corresponde a 100%.

Ocasionalmente evalúan al paciente con colelitiasis que consigue relajamiento con el reposo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

En cuanto a las encuestas realizadas a las enfermeras, el 80% responden que siempre realiza la aplicación del proceso de atención de enfermería en los pacientes con trastornos de vías biliares, de los cuales no encontramos evidencias escritas que demuestren lo indicado.

No se ha encontrado en la revisión de las Historias clínicas evidencias de que se aplica el proceso de atención de enfermería por parte del personal de enfermeras en forma planificada, continua y sistemática por cada uno de los pacientes con colecistitis y colelitiasis que demanda los cuidados de enfermería, sin embargo existen acciones registradas en forma aislada en diferentes formulario como son prescripciones médicas, kardex y signos vitales que son manejadas a diario por las enfermeras en la Sala de Cirugía.

Revisados de los registros de las Historia Clínicas no se ha encontrado un documento legal incorporado a la historia clínica que permita el registro de las acciones específicas de la enfermera en relación al cuidado de los pacientes con colecistitis, colelitiasis y donde se puede registrar cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería

RECOMENDACIONES

- Plantear al personal de enfermeras del servicio de cirugía que elabore el Proceso de Atención de Enfermería de acuerdo a la patología, que le permita en forma planificada y continúa la aplicación del proceso de atención de enfermería al usuario con problemas de vía biliares. Registrar las acciones de enfermería en un formato propio para las patologías motivo de estudio: colecistitis y colelitiasis.
- Capacitación continúa sobre el proceso de atención de enfermería y sus etapas integrando los conocimientos tanto en el servicio como en la docencia.
- Las autoridades deben gestionar ante las instituciones respectivas para incluir en la historia clínica un formulario de constancia de las actividades propias que realiza las enfermeras, donde se demuestre las competencias de la enfermera en relación a los cuidados que ejecuta a los pacientes con trastornos de vías biliares.

CAPITULO VI

PROPUESTA



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**UN PLAN EDUCATIVO SOBRE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE VÍAS
BILIARES. DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERAS DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA
MONTENEGRO**

AUTORAS:

ELENA CUBI

CHELA GLADYS

JENNY FLORES

DIRECTOR DE TESIS: LIC. ELENA VALDIVIESO

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de atención de enfermería permite a las enfermeras brindar cuidados de enfermería de manera racional, lógica y sistemática contribuyendo restablecer la salud del usuario.

Luego de haber concluido con este trabajo investigativo de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los pacientes con trastornos de vías biliares, hemos observado que no existe el cumplimiento del proceso de atención de enfermería por no haber un formulario que evidencie el desempeño de las enfermeras, para dar cumplimiento en forma organizada , planificada y sistematizada, por lo tanto se ha planificado planes educativas sobre la correcta aplicación del proceso de atención de enfermería en los pacientes con los trastornos de vías biliares

JUSTIFICACIÓN

El proceso de atención de enfermería es la base para el desarrollo de las actividades de las enfermeras para dar continuidad a la atención, realizarla en forma organizada y planificada.

El objetivo principal del proceso de enfermería en los pacientes con trastornos de vías biliares, es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia. El proceso de enfermería implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo es el paciente. La enfermera, corrobora sus datos con el paciente, participando conjuntamente en el proceso. Ello ayuda al paciente a enfrentarse con los cambios en su salud, tanto reales como potenciales y su consecuencia es la atención sanitaria individualizada.

Con la finalidad de mejorar la atención de enfermería nos hemos propuesto plantear este Plan educativo sobre el proceso de atención de enfermería con interacción directa del personal de enfermería, que permitirá mejorar la atención de los paciente, aminorar los días de estadía en el servicio.

Las Internas Rotativas de la Universidad Estatal de Bolívar que realizamos el Internado Rotativo en el Hospital Provincial Docente “Alfredo Noboa Montenegro” planteamos esta propuesta para el personal de enfermeras con el fin de mejorar la calidad de atención y que exista evidencias de las actividades realizadas por las enfermeras en paciente con trastornos de vías biliares.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Capacitar al personal de enfermería de la sala de cirugía del Hospital Provincial Docente Alfredo Noboa Montenegro sobre el proceso de atención de enfermería a paciente con trastorno de vías biliares para la pronta recuperación del usuario en un periodo de 3 meses en el año 2009

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer la atención de enfermería aplicando el proceso de atención de enfermería.
- Intercambiar experiencia y conocimientos sobre el proceso de atención de enfermería en pacientes con trastornos de vías biliares.
- Proponer un formato para constancia de las actividades propias que realizan las enfermeras, que evidencien su desempeño y la aplicación del proceso de atención de enfermería en relación a colecistitis y colelitiasis

RESULTADOS ESPERADOS

Personal de enfermería capacitado en proceso de atención de enfermería en paciente con trastornos de vías biliares.

El personal de enfermería de la sala de cirugía aplica el proceso de atención de enfermería en la atención a pacientes con trastornos de vías biliares.

El proceso de atención de enfermería sea fortalecido en el servicio de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro.

El personal de enfermeras de la sala de cirugía realiza el Proceso de Atención de Enfermería y lleven correctamente el formulario de las actividades propias para la atención del paciente con colecistitis y colelitiasis, de acuerdo a los datos estadísticos son las más frecuentes en el servicio.

METODOLOGÍA

La metodología que se aplicará en la ejecución de la presente propuesta será las siguientes.

Exposiciones sobre los temas que ameriten profundizar

Dinámicas grupales

Trabajos individuales en base a los temas expuestos

Evaluaciones periódicas

BENEFICIARIOS

La propuesta educativa beneficiaria de manera directa al personal de enfermeras de la sala de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, de manera indirecta beneficiará a los pacientes y familiares que asisten al Hospital en especial a esta Sala.

RESPONSABLES:

Internas Rotativas De Enfermería

Personal del Servicio de Cirugía

VIABILIDAD:

La presente propuesta educativa es viable, por la predisposición por parte del personal y la líder de enfermeras, así como también hay el interés por parte de las enfermeras que brinda cuidado directo al paciente.

RECURSOS Y PRESUPUESTOS

RECURSOS HUMANOS

- Internas rotativas de enfermería
- Enfermeras
- Conferencistas invitados

RECURSOS MATERIALES

- Papeles
- Computadora,
- Marcadores, papelotes,
- Cd
- Pizarrones
- Papel periódico
- Borradores
- Cinta Maskin
- Enfocus
- Copias

RECURSOS ECONÓMICOS PRESUPUESTO)

ARTICULO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
PAPELES RESMA	4	4.50	180.00
MARCADORES	50	0.60	30.00
CD	20	1.50	30.00
ESPEROS	20	0.25	5,00
LÁPIZ	30	0.25	7.50
BORRADORES	5	0.20	5.20
PAPEL PERIÓDICO	20	0.10	2.00
INTERNET	30	1.00	30.00
ROLLO FOTOGRAFICO	3	3.50	10,50
FOLLETOS	20	40	60.00
IMPRESIONES	400	0.25	100.00
ANILLADOS	40	1.00	40.00
CUADERNOS	30	1.00	30.00
INFOCUS	3	25.00	75.00
PAGO A CONFERENCISTAS	24	400	9.600
REFRIGERIOS	1500.000
VIÁTICOS	100.00
TOTAL			5.687.00

SOSTENIBILIDAD DE PROPUESTA

La sostenibilidad es totalmente factible debido a que su costo es bajo y puede ser financiado por el hospital mediante actividades de autogestión.

EJES TEMÁTICOS

UNIDAD I

- **TRASTORNOS DE VÍAS BILIARES**
- Función de la vesícula
- La bilis
- Signo y síntoma

UNIDAD II

- Trastornos de vías biliares
- Colecistitis y colelitiasis
- Concepto
- Clasificación
- Causa
- Manifestaciones clínicas
- Tratamiento

UNIDAD III

- Proceso de atención de enfermería: en pacientes con trastornos de vías biliares
- Manifestaciones clínicas de trastornos de vías biliares
- Pautas para la valoración en los pacientes con trastornos de vías biliares
- Diagnóstico de enfermería en pacientes con trastornos de vías biliares
- Acciones de enfermería en paciente con trastornos de vías biliares
- Evaluación de la eficacia en los pacientes con trastornos de vías biliares
- Taller participativo sobre la aplicación del proceso de atención de enfermería mediante la aplicación del formato sugerido.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Aprobación de la propuesta	x											
Elaboración del tríptico informativos	x											
Distribución del tríptico informativos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Conferencias y talleres	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Evaluación de la propuesta		x	x				x	x				
Ejecución de la propuesta					x	x	x			x	x	x
Evaluación final de la propuesta												x

**FORMATO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA A PACIENTES CON COLECISTITIS**

Nombre.....EdadN° H.CL.....

TURNOS							
VALORACIÓN	AM		PM		NOCHE		OBSERVACIONES
	Realiza	No realiza	Realiza	No realiza	Realiza	No realiza	
Dolor espontáneo agudo a la palpación							
Rigidez del cuadrante superior derecho							
Nauseas, vomito							
Hipertermia, Ictericia, Leucocitosis							
Otros datos de importancia							
Formule diagnósticos							
Planifique las acciones							
Ejecución de acciones por turno							
Evaluación del estado de salud por turno							

**FORMATO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA A PACIENTES CON COLELITIASIS**

Nombre.....EdadN° H.CL.....

VALORACIÓN	TURNOS						OBSERVACIONES
	AM		PM		NOCHE		
	Realiza	No realiza	Realiza	No realiza	Realiza	No realiza	
Dolor biliar tipo cólico irradiado a espalda y hombro derecho.							
Eructos por gases después de ingerir fritos o grasas							
Ictericia con prurito cutáneo.							
Molestias epigástricas, indigestión, distensión abdominal.							
Hipertermia, masa abdominal palpable.							
Nausea, vómito, coluria, heces de color grisáceas							
Formule diagnósticos							
Planifique las Acciones							
Ejecución de acciones por turno							
Evaluación del estado de salud por turno							

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de Enfermería LEXUS. 2003, España Barcelona
- Luverne Wolf Lewis Fundamentos de Enfermería, Segunda Edición Harla México.
- Manual de Enfermería de Zamora, Primero Edición 2006, Colombia Bogotá.
- IYER W. Patricia, Proceso de Enfermería 1989
- ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERÍA, Océano Centru.
- CARDENITO L.J. Diagnóstico de Enfermería Tercera edición. Madrid.- Editorial Interamericana.- 1993
- http://www.fisterra.com/salud/infoconse/colecistitis_aguda.asp
- L.S. BRUNNER- D.S. SUDDART MÉDICO QUIRÚRGICO –. 6^{TA} EDICIÓN VOLUMEN 2
- LIC. CONSUELO MONTERO. MANUAL DE CIRUGÍA
- DICCIONARIO DE MEDICINA OCÉANO MOSBY
- Luis MT. Diagnostico de enfermería. Un instrumento para la práctica asistencial Barcelona Editorial Dogma, 1993.
- http://www.abcmedicus.com/articulo/pacientes/id/33/pagina/1/colecistitis_colelitiasis.html
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000273.htm>
- http://es.wikipedia.org/wiki/Ves%C3%ADcula_biliar
- Registro de las historias clínicas del hospital Alfredo Noboa Montenegro

ANEXOS

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO ESCUELA DE ENFERMERIA

Cuestionario dirigido al: Personal de enfermeras que laboran en la sala de cirugía del hospital Provincial Docente “Alfredo Noboa Montenegro”.

INSTRUCTIVO

La información recolectada será confidencial y la finalidad es recabar datos que servirán exclusivamente para el trabajo de grado previo la obtención del título de licenciadas en Ciencias de la Enfermería. En relación a la aplicación del proceso de atención de enfermería a pacientes con vesiculopatías que ingresan al servicio.

Conteste la respuesta que considere correcta en el casillero de su elección que esta ubicada al lado derecho de la opción respectiva.

CUESTIONARIO

PACIENTES CON COLECISTITIS

Realiza	- Dolor espontaneo a la palpación	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
Valoración en		
relación a:	- Rigidez del cuadrante superior	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Nausea, vómito.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Hipertermia, Ictericia, Leucocitosis.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
Formula	- Identifica problemas.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
Diagnóstico de		
Enfermería	- Prioriza problemas.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>

	- Define diagnóstico en base a los problemas identificados.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
Realiza		
Planificación	- Controla el tipo localización e intensidad del dolor.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
en base a:		
	- Favorece la hidratación enteral y parenteral	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Ofrece una dieta blanda e hipograsa.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Aplica medios físicos.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Aplica farmacoterapia	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Controla ictericia.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Fomenta el reposo.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Controla signos vitales.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
Ejecuta las		
acciones en	- Controla el tipo, localización e intensidad del dolor cada cambio de turno.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
relación a:		
	- Administra hidratación enteral y parenteral de acuerdo a prescripción médica.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Brinda dieta blanda e hipograsa de acuerdo a normas de horarios de alimentación.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Aplica medios físicos de acuerdo a necesidades del paciente.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>

Realiza evaluación del paciente	- Controla ictericia en cada turno.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Fomenta el reposo según necesidad del paciente.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Controla signos vitales en cada turno y PRN	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Existe disminución de la intensidad del dolor.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Se observa en el paciente buena tolerancia a líquidos y alimentos.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Mediante la aplicación de fármacos disminuye la infección E hipertermia.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Con el reposo se consigue relajamiento del paciente.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>

PACIENTE CON COLELITIASIS

Realiza valoración en relación a:	- Dolor biliar tipo cólico irradiado a espalda y hombro derecho.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Eructos por gases después de ingerir fritos o grasas.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Ictericia con prurito cutáneo.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>
	- Molestias epigástricas, indigestión, distensión abdominal.	<i>Siempre Ocasionalmente Nunca</i>

	- Hipertermia, masa abdominal palpable.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Nausea, vómito, coluria, heces de color grisáceas.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
Formula diagnósticos de enfermería	- Identifica problemas.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Prioriza problemas.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Define diagnósticos en base a los problemas identificados.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
Realiza planificación en base a:	- Controla el tipo, localización e intensidad del dolor.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Favorece la hidratación enteral y parenteral.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Ofrece dieta blanda e hipograsa.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Aplica medios físicos.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Aplica farmacoterapia.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Controla ictericia.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Fomenta el reposo.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Controla signos vitales.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Brinda apoyo emocional previo a cirugía.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>

Ejecuta las acciones en relación a:	- Controla el tipo, localización e intensidad de dolor cada cambio de turno.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Administra hidratación enteral y parenteral de acuerdo a prescripción médica.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Brinda dieta blanda e hipograsa de acuerdo a normas de horario de alimentación.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Aplica medios físicos de acuerdo a necesidades del paciente.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Controla la ingesta y eliminación cada cambio de turno.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Controla ictericia en cada turno.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Aplica farmacoterapia según prescripción médica.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Fomenta el reposo según necesidades del paciente.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Controla signos vitales en cada turno y PRN.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Brinda apoyo emocional previo a cirugía de acuerdo a necesidades del paciente.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
Realiza evaluación del paciente	- Existe disminución de la intensidad del dolor.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>
	- Se observa en el paciente buena tolerancia a líquidos y alimentos.	<i>Siempre</i> <i>Ocasionalmente</i> <i>Nunca</i>

Siempre
Ocasionalmente
Nunca

- Mediante la aplicación de fármacos disminuye la infección e hipertermia.

Siempre
Ocasionalmente
Nunca

- Valora la ingesta, eliminación y sus características.

Siempre
Ocasionalmente
Nunca

- Con el reposo se consigue relajamiento del paciente.

- Valora signos vitales.

Siempre
Ocasionalmente
Nunca

DATOS OBTENIDOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS SOBRE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NOVIEMBRE 2007

Dg. Médico	# H. Cl.	Valoración	Dg. de Enf.	Planificación	Ejecución	Evaluación
Colecistitis	73912	En el formulario 005 en la nota de ingreso inf. sint.	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	85762	En el formulario 005 en la nota de ingreso inf. sint.	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis + Colecistectomía	61695	En el formulario 005 en la nota de ingreso inf. sint.	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	85739	En el formulario 005 en la nota de ingreso inf. sint.	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005

Colecistitis	85609	En el formulario 005 en la nota de ingreso inf. sint.	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	25021	En el formulario 005 en la nota de ingreso inf. sint.	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis y Colelap.	80053	En el formulario 005 en la nota de ingreso inf. sint.	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	85880	En el formulario 005 en la nota de ingreso inf. sint.	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005

DICIEMBRE 2007

Dg. Médico	# H. Cl.	Valoración	Dg. de Enf.	Planificación	Ejecución	Evaluación
Colecistitis	2154	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis + Colelap	14580	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis + Colecistectomía	861451	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis + Colelap.	61138	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	86330	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	84589	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005

Colecistitis	85922	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	61264	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis + Colecistectomía	86353	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	02423	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No hay evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005

ENERO 2008

Dg. Médico	# H. Cl.	Valoración	Dg. de Enf.	Planificación	Ejecución	Evaluación
Colecistitis + Colelap.	12065	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	51757	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	29452	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	86633	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis		En el formulario 005 en la nota de ingreso	No existe evidencia en	En el formulario 022 existe información de	No existe evidencia en el formulario 022	Información sintética en el formulario 005

	85398	existe inf. sintética	ningún formulario de H. Cl.	medicación e hidratación	(reverso)	
Colecistitis + Colelap.	4276	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis Aguda	86802	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005

FEBRERO 2008

Dg. Médico	# H. Cl.	Valoración	Dg. de Enf.	Planificación	Ejecución	Evaluación
Colelitiasis + Colelap.	527113	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis + Colecistectomía	84131	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	30176	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis	29695	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis + Colecistitis + Colelap + Colecistectomía abierta	87042	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005

Colecistectomía	24540	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis + Colesistectomía	86949	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis + Colecistectomía	85398	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis + Colecistectomía	77227	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis + Colecistectomía	86990	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005

MARZO 2008

Dg. Médico	# H. Cl.	Valoración	Dg. de Enf.	Planificación	Ejecución	Evaluación
Colecistitis	87253	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Existe información sintética en el formulario 005
Colecistitis + Colelap.	87223	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	18447	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	87383	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	86341	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis + Colelap	58576	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005

Colecistitis + Colelitiasis	13651	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colecistitis	57286	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Coledocolitiasis	87597	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis	87533	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis	87510	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis	87544	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe inf. sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005

ABRIL 2008

Dg. Médico	# H. Cl.	Valoración	Dg. de Enf.	Planificación	Ejecución	Evaluación
Colelitiasis	87853	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe información sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Existe información sintética en el formulario 005
Colelitiasis + Colelap.	52161	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe información sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis + Colectomía	16841	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe información sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis + Colectomía	87306	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe información sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis	87540	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe información sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis	87468	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe información sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005

Coledocolitisias	87733	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe información sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis	87900	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe información sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis	25336	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe información sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis	3052	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe información sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelicistitis + Colelitiasis	83358	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe información sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005
Colelitiasis + Colelap.	1029	En el formulario 005 en la nota de ingreso existe información sintética	No existe evidencia en ningún formulario de H. Cl.	En el formulario 022 existe información de medicación e hidratación	No existe evidencia en el formulario 022 (reverso)	Información sintética en el formulario 005

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDADES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O
Primer encuentro del internado rotativo primera parte: Justificación, objetivos, problema, hipótesis Variables, operacionalización de las variables	X →									
Segundo encuentro de internado rotativo con directores: Segunda parte: marco teórico y diseño metodológico			X →							
Tercer encuentro internado rotativo con los directores: Tercera parte :Tabulación y análisis de la información				X →						
Cuarto encuentro internado Rotativo con directores Cuarta parte : Propuesta							X →			
Quinto encuentro de internado rotativo Quinta parte :desarrollo de la propuesta							X →			
Sexto encuentro de internado rotativo con directores: Presentación primer borrador a directores de tesis									X →	

Entrega de borradores al CIE									15	
Certificados por los directores (3 anillados)										
Corrección y calificación por tribunales del CIE									30	
Entrega de los trabajos revisados										→
Defensa										→