



PAE COLECISTITIS

Nombre del Alumno: Víctor Manuel Escandón Aquino

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería

Tema: colecistitis

INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda es un síndrome caracterizado por la inflamación de la vesícula biliar, que clínicamente se manifiesta con dolor abdominal en hipocondrio derecho, acompañado de fiebre y leucocitosis.

Esta inflamación se relaciona la mayoría de las veces con cálculos biliares y barro biliar, aunque existen otros factores desencadenantes como: trastornos de la motilidad, infecciones y tumores.

Se pueden diferenciar 3 formas de colecistitis aguda: litiásica, alitiásica o enfisematosa. El 90-95% de las colecistitis agudas son de origen litiásico y su incidencia es mayor en mujeres de edad adulta, frente al 5-10% que son no litiásicas y son más frecuentes en los hombres.

Entre los síntomas principales se encuentra el dolor abdominal, constante, con predominio en hipocondrio derecho y posibilidad de irradiar hacia escápula y zona dorsolumbar. Este dolor puede ir asociado a náuseas, vómitos y fiebre.

JUSTIFICACION

El estudio de este caso clínico se desarrolla para establecer los cuidados individualizados para concretar los objetivos propuestos para la paciente de 39 años diagnosticada con colecistitis aguda litiásica. Debido al llevar una dieta alta en grasa más una vida sedentaria a logrado un aumento en este padecimiento, incrementándose los ingresos en centros hospitalarios sean privados o públicos.

Es una enfermedad que se observa más en pacientes femeninas, debido a la inestabilidad hormonal que se dan ya sea en el embarazo, administración de anticonceptivos y el periodo menopaúsico.

Utilizaremos la taxonomía NANDA, NIC y NOC para elaborar las intervenciones y metas que se llevaran a cabo en el PAE aplicado a la paciente de 39 años de edad con colecistitis aguda litiásica.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar necesidades y problemas asistenciales del paciente con colecistitis crónica, posterior a la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, para que de esa forma la enfermera pueda intervenir de manera oportuna en el cuidado y tratamiento del mismo.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Valorar y jerarquizar las necesidades del paciente dando a cada uno un seguimiento e intervenciones oportunas.
- Ayudar al paciente a alcanzar la independencia y a integrarse a su sistema de vida lo más pronto posible y en el mejor estado.
- Presentar una propuesta de un plan de atención de Enfermería (PLACE) a pacientes posoperados de colecistectomía

MARCO TEORICO

FISIOPATOLOGÍA ANATOMÍA:

La vesícula biliar es un saco con forma de pera de aproximadamente de 7 a 20 cm de longitud. Está situada en una depresión de la superficie visceral del hígado.

HISTOLOGÍA:

La mucosa de la vesícula biliar esta formada por epitelio cilíndrico simple dispuesto en pliegues semejantes a los pliegues gástricos. La vesícula biliar carece de submucosa. La capa media muscular de la pared está formada por fibras musculares lisas. La contracción de estas fibras por estimulación hormonal expulsa el contenido de la vesícula hacia el conducto cístico. La capa externa es el peritoneo visceral.

FISIOLOGÍA:

Las funciones de la vesícula biliar son almacenar y concentrar la bilis hasta que sea necesaria en el intestino delgado. En el proceso de concentración, la mucosa de la vesícula absorbe agua e iones. 51 Cuando es necesaria la presencia de bilis en el intestino delgado, el músculo liso de la pared de la vesícula se contrae y expulsa la bilis hacia el conducto cístico, el conducto coledoco y finalmente el intestino delgado. Cuando el intestino delgado está vacío, se cierra una válvula localizada alrededor de la ampolla hepatopancreática (ampolla de Vater) que recibe el nombre de esfínter de la ampolla hepatopancreática (esfínter de Oddi), y la bilis acumulada es transportada por el conducto cístico hasta la vesícula biliar, donde se almacena

. BILIS:

Los hepatocitos secretan cada día de 800 a 1000 ml de bilis, un líquido de color amarillo, pardusco o verde aceituna. Tiene un pH de 7.6 – 8.6. La bilis está constituida principalmente por agua y ácidos biliares, sales biliares, colesterol, y fosfolípido denominado lecitina, pigmentos biliares y diversos iones. La bilis es en parte un producto de excreción y en parte una secreción digestiva. Las sales

biliares, que son sales sódicas y potásicas de los ácidos biliares (principalmente ácido cólico y ácido quenodeso xicólico), intervienen en la emulsión, descomposición de grandes glóbulos de grasa en una suspensión de gotitas de grasa de aproximadamente 1 mm de diámetro, y en la absorción de las grasas después de su digestión. Las pequeñas gotitas de grasa presentan una gran área de superficie para la acción de la lipasa pancreática necesaria para la digestión rápida de grasa. El colesterol se hace soluble en la bilis por la acción de las sales biliares y la lecitina. El principal pigmento biliar es la bilirrubina. Cuando los eritrocitos desgastados se rompen, se libera hierro, globina y bilirrubina. El hierro y la globina se reciclan, pero parte de la bilirrubina es excretada en los conductos biliares. La bilirrubina finalmente se degrada en el intestino, y uno de sus productos de degradación (urobilinógeno) es el responsable del color marrón habitual de las heces.

REGULACIÓN DE LA SECRECIÓN BILIAR

La secreción de bilis está regulada por factores nerviosos y hormonales. La estimulación vagal del hígado puede aumentar la producción de bilis en más del doble respecto a la tasa basal. La secretina, hormona que estimula la secreción de jugo pancreático rico en iones bicarbonato (HCO_3), también estimula la secreción por los hepatocitos de bilis rica en HCO_3 . Dentro de unos límites, a medida que aumenta el flujo sanguíneo a través del hígado, también aumenta la secreción de bilis. Finalmente, la presencia de grandes cantidades de sales biliares en la sangre también aumenta la tasa de producción de bilis. 53 La Colecistocinina (CCC), hormona que estimula la secreción de jugo pancreático rico en enzimas digestivas, también estimula la contracción de las paredes de la vesícula biliar. Esta acción exprime la bilis almacenada fuera de la vesícula hacia el conducto colédoco. La CCC también produce la relajación del esfínter de la ampolla hepatopancreática, permitiendo el paso de la bilis al duodeno.

ESTADO PATOLÓGICO ANATOMÍA PATOLÓGICA:

La vesícula biliar no tiene mayores cambios en su forma, aunque pueden surgir alteraciones en su pared como consecuencia de la fibrosis dando engrosamiento de la misma; además microscópicamente la mucosa puede mostrar aplanamiento seguramente consecutivo a la atrofia de las vellosidades.

HISTOLOGÍA:

La mucosa presenta áreas de aspecto normal, en otras zonas existen erosión, fenómenos reparativos e hiperplásicos. 54 Se pueden observar algunos grupos de glándulas entre el tejido muscular sin comunicarse hacia la luz vesicular además se pueden apreciar pigmento biliar y cristales compuestos de colesterol.

CUADRO CLÍNICO:

El calcio biliar es el síntoma característico del padecimiento que desde luego se presenta como consecuencia de la obstrucción en el lumen del conducto cístico. El dolor típico de este padecimiento suele ser transitorio, de intensidad variable, de localización en el cuadrante superior derecho del abdomen o epigastrio, algunas veces irradiado al dorso y/o la escápula derecha, pudiendo o no asociarse a náusea o vómito, frecuentemente en relación con el grado de intensidad; su duración puede variar de minutos a horas, cediendo algunas veces en forma espontánea o bien con la administración de medicamentos antiespasmódicos. EXPLORACIÓN FÍSICA: Es el signo de Murphy positivo el dato más importante para orientarnos en el sitio de la patología, la vesícula generalmente no es palpable, aunque el 55 abdomen será fácilmente depresible, lo cual excluye a la agudización del problema.

DIAGNÓSTICO:

Además de los datos clínicos ya expuestos los exámenes de laboratorio suelen ser normales, motivo por el que no son orientadores de enfermedad crónica de la vesícula biliar. La ultrasonografía demuestra la presencia de cálculos y su sensibilidad y especificidad para excluir el diagnóstico de enfermedad aguda es

alrededor del 95%, razones por las que será el método que debe emplearse de primera intención.

TRATAMIENTO:

Contrariamente a la conducta que se sigue en los padecimientos agudos de la vesícula biliar, han surgido nuevos procedimientos para manejar la litiasis vesicular, todos ellos tendientes a minimizar la agresión, como la litotripsia que son ondas de choque extracorpóreas. La colecistectomía laparoscópica abre una nueva era en el tratamiento de los cálculos biliares. Este inquietante procedimiento de ninguna manera excluye el valor de la colecistectomía tradicional, sin embargo, su mayor indicación 56 esta confinada más que todo a los procesos no agudos de la enfermedad aunque de hecho se trata ya de emplearla en el tratamiento de la colecistitis aguda.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA INDICACIONES.

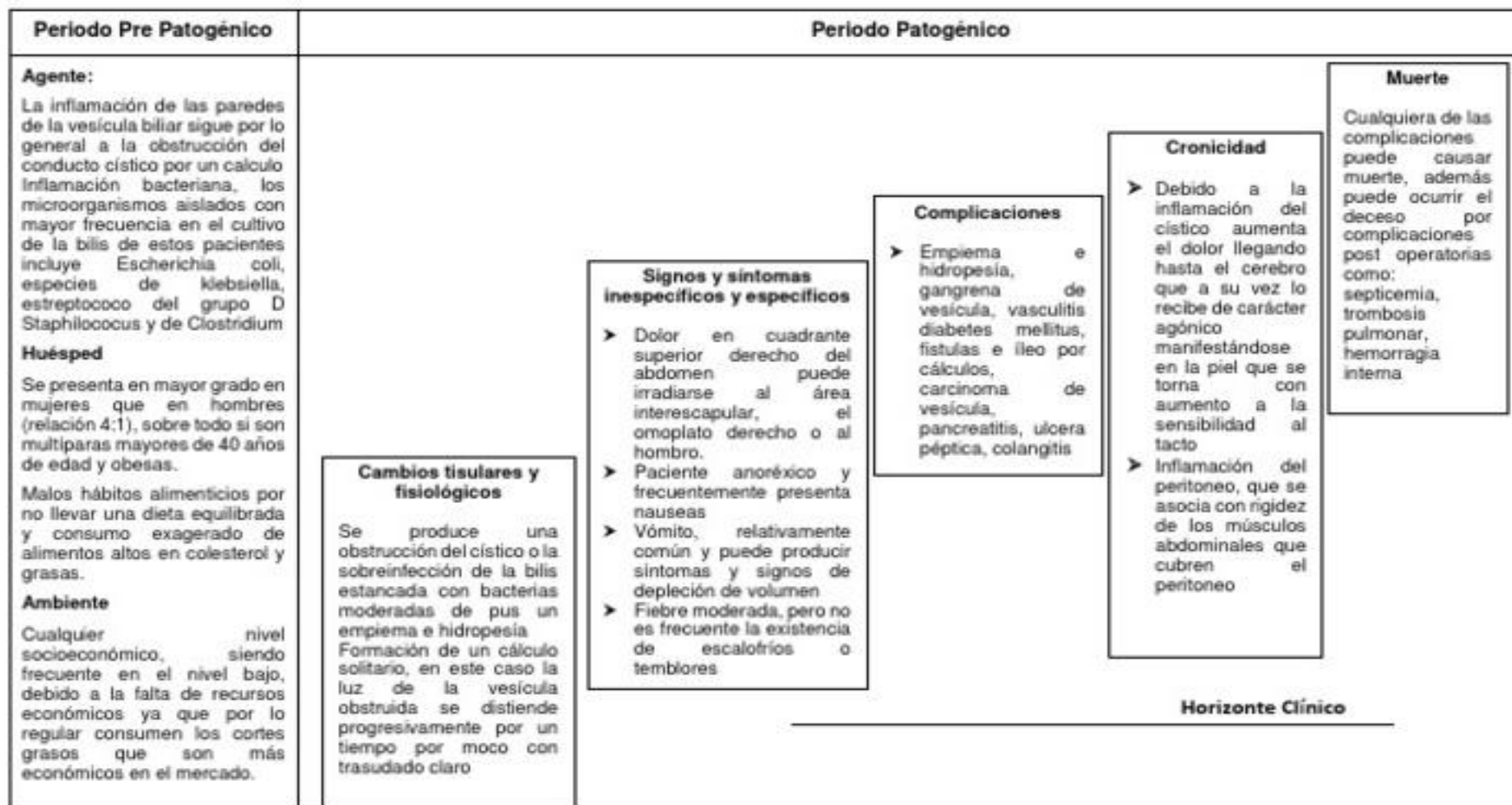
Está indicada una colecistectomía en pacientes sintomáticos con enfermedad comprobada de la vesícula biliar; las indicaciones para colecistectomía laparoscópica son en esencia las de la colecistectomía abierta. Existen ciertas contraindicaciones definitivas, que en la actualidad incluyen peritonitis, obstrucción de intestino delgado, coagulopatía y hernia diafragmática grande. Las contraindicaciones relativas son cada vez menos a medida que aumenta la experiencia quirúrgica de los cirujanos. Esta lista comprende cirrosis, operación intraabdominal previa con adherencias y colecistitis gangrenosa aguda.

PREPARACIÓN PREOPERATORIA.

Después del interrogatorio y examen físico, se comprueba el diagnóstico de afección biliar mediante el examen del abdomen con ultrasonido. Es posible 57 que el resto del tubo digestivo requiera estudios adicionales. Por lo general se solicita una radiografía de tórax y un electrocardiograma y pueden indicar la necesidad de una valoración más amplia de los sistemas cardíaco y pulmonar. Se obtienen las

pruebas sanguíneas de laboratorio habituales y deben incluir un grupo de función hepática y también estudios de coagulación. Se comentan con el paciente los riesgos de la laparoscopia, entre ellos lesiones con el trocar a vísceras o vasos sanguíneos y el peligro de lesiones de los conductos biliares durante la colecistectomía laparoscópica y asimismo la posibilidad de convertirla a una intervención abierta. Aún es necesario definir el tratamiento de pacientes con cálculos biliares y el colédoco. Es común intentar primero una colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER) y esfinterotomía. Si se tiene éxito con la eliminación de cálculos del colédoco, entonces se practica una colecistectomía laparoscópica en etapas. Cuando fracasa el procedimiento de CPER, debe prepararse al paciente para una colecistectomía abierta con exploración del colédoco.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DE COLECISTITIS



CASO CLINICO

Mujer de 83 años que acude a urgencias por dolor abdominal, pico febril de hasta 39°C, malestar general y deposiciones diarreicas. Valorada hace 48h en Urgencias por otro episodio de dolor abdominal y 2 vómitos biliosos sin productos patológicos.

Antecedentes: HTA y colelitiasis.

Medicación habitual: Ramipril 10 mg 1 comp/24h, Adiro 100 mg 1 comp/24h, Pantoprazol 20 mg 1 comp/24h, Deprax 100 mg 1 comp/24h, Risperidona 0,5 mg 1 comp/24h.

Exploración general: tensión arterial: 110/45, frecuencia cardiaca: 85 p.m., temperatura: 36°C, saturación de oxígeno: 97% basal. Paciente consciente y orientada. No ictericia mucocutánea. Abdomen blando y depresible, dolor a la palpación profunda con defensa abdominal, peristaltismo conservado, Murphy positivo, no se palpan masas. No edemas.

Pruebas complementarias: analítica de sangre completa (lactato 5, PCR 23´29, bilirrubina total 2´53) analítica de orina, Rx de tórax, Rx de abdomen y ecografía abdominal en la que se observa vesícula biliar distendida con barro biliar y múltiples litiasis en su interior. Vía biliar de calibre normal.

Valoración

VALORACIÓN CEFALOCAUDAL

- 1- **CABEZA:** . Examine cabello describiendo color, textura, distribución, fragilidad, implantación, caída o alopecia. Presencia de heridas, vendajes, drenajes u otro dispositivo. Estado de conciencia (somnolencia, obnubilación, estupor, coma, estado vegetativo, muerte cerebral).
- 2- **CARA:** observe simetría, color, presencia de lesiones, manchas, lunares, movimientos, vitíligo, diaforesis, expresión (tranquilidad, dolor, parálisis).
- 3- **NARIZ:** inspeccionar presencia de aleteo nasal, permeabilidad de fosas nasales, secreciones (color, cantidad, consistencia), sondas (tipo, utilidad, permeabilidad, dispositivos para administrar oxígeno, catéter nasal, humidificador).
- 4- **OJOS:** Inspeccione pupilas, tamaño, simetría y reflejos al rayo de luz (isocoria, midriasis, miosis y anisocoria). Estado de los ojos (cerrados, muy abiertos, desorbitados, con desviación,). Presencia de dispositivos visuales.
- 5- **PARPADOS:** Observe color, ptosis, edema palpebral, exoftalmia, entropión (el parpado se pliega sobre sí mismo contra el globo ocular).
- 6- **BOCA Y GARGANTA:**
 - A) Labios: observe coloración, edema (cianótica o pálida).
 - : coloración (rosada, pálida), xerostomía (sequedad)y semi hidratación.
 - C) Boca: sialorrea, producción de esputo, hemoptisis, hematemesis, olor (ácido, metálico, halitosis).
 - D) Dientes: inspeccione la existencia de caries, exceso de placa, falta total o parcial de piezas, prótesis y dispositivos dentarios, hiperplasia, palidez gingival, gingivitis, gingivorragia, periodontitis.

7.- CUELLO: buque señales de infección (piel rojiza, drenado, olor fuerte, hinchazón), señales de acumulación de mucosidad, respiración rápida y ruidosa o profunda, cianosis

8.- TORAX: observe la expansión torácica (simetría, duración de la inspiración y espiración, frecuencia, ritmo), profundidad de la respiración (normal, taquipnea, bradipnea, hiperventilación) y existencia de ginecomastia y/o mastectomía.

9.- ABDOMEN: inspeccione presencia de dolor a la palpación con foco en hipocondrio derecho

10.- GENITALES: . de acuerdo a edad y sexo,

11.- EXTREMIDADES INFERIORES: observe tamaño, forma, simetría, integridad cutánea, prominencias óseas (laterales de las rodillas, maléolos, talones, alteraciones de las superficies de la piel, deterioro de la movilidad física.

TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

14 NECESIDADES

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN LAS NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

La siguiente valoración se hace de acuerdo con las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson:

1. Necesidad de oxigenación: la paciente presenta buenos niveles de saturación basal, no necesita soporte ventilatorio.
2. Necesidad de alimentación e hidratación: La paciente ha presentado un cuadro de vómitos biliosos. Comenzará en dieta absoluta y aporte de líquidos intravenosos para posteriormente probar tolerancia con una dieta líquida.
3. Necesidad de eliminación: presenta diarreas de varios días de evolución. El patrón miccional no está alterado. La paciente es autónoma para ir al baño.
4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada: es independiente para levantarse y acostarse. En planta requiere de ayuda parcial debido a su debilidad general.
5. Necesidad de sueño y descanso: en ocasiones precisa de ayuda farmacológica vía oral para dormir.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse: independiente para el acto de vestirse y aseo personal.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal: a su llegada al hospital pico febril de 39°C. Posteriormente se mantiene afebril.
8. Necesidad de higiene e integridad de la piel: normohidratada.
9. Necesidad de evitar los peligros del entorno: preocupación por el ingreso y el proceso de la enfermedad.
10. Necesidad de comunicarse: autónoma para la comunicación.
11. Necesidad de vivir según creencias y valores: no se valora.
12. Necesidad de trabajar y sentirse realizado: no se valora.
13. Necesidad de participar en actividades recreativas: no se valora.
14. Necesidad de aprendizaje: Desinformación, se requiere de la colaboración de la familia y su propia colaboración para comprender el proceso de la enfermedad.

DIAGNOSTICO

Diagnostico

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA
(PROBLEMA) (P)

Dolor agudo (00132)

DEFINICIÓN

Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

ETIQUETA n (PROBLEMA) (P)

Hipertemia (00007)

DEFINICIÓN

Temperatura corporal por encima del rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

(00214) Comodidad deteriorada

DEFINICIÓN

Falta percibida de tranquilidad, alivio y trascendencia de dimensiones físicas psicoespiritual, ambiental y/ o social

Etiqueta (problema) (P) **Riesgo de infección**

Definición:

Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

PLANIFICACION

DOMINIO 12. CONFORT	CLASE 1. CONFORT FÍSICO	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA (PROBLEMA) (P) <u>Dolor agudo (00132)</u> Pág. 576 DEFINICIÓN Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses.		(1605) Control del dolor Dominio: 4 Conocimiento y conducta de la salud Clase: Q Conducta de salud Pág. 273	(160502) Reconoce el comienzo del dolor. (160515) Describe el dolor. (160509) Reconoce los síntomas asociados del dolor. (160513) Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	MANTENER A: AUMENTAR A:
FACTORES RELACIONADOS (ETIOLOGÍA) • Lesión por agentes biológicos • Lesiones por agentes físicos • Uso inapropiado de agentes químicos		(2008) Estado de comodidad Dominio: 5 Salud percibida Clase: U Salud y calidad de vida Pág. 374	(200801) Bienestar físico. (200802) Control de síntomas. (200804) Entorno físico.	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	MANTENER A: AUMENTAR A:

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) • Cambios en el apetito • Diaforesis • Conducta expresiva • Expresión facial del dolor • Conducta defensiva • Postura para aliviar el dolor • Verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor • Alteración de los parámetros fisiológicos • Dilatación pupilar	(2102) Nivel del dolor Dominio: 5 Salud percibida Clase: V Sintomatología a Pág. 466	(210210) Frecuencia respiratoria. (210211) Frecuencia cardíaca apical. (210212) Presión arterial. (210214) Sudoración (210206) Expresiones faciales de dolor. (210223) Irritabilidad.	1 ☐ Desviación grave del rango normal 2 ☐ Desviación sustancial del rango normal 3 ☐ Desviación moderada del rango normal 4 ☐ Desviación leve del rango normal 5 ☐ Sin desviación del rango normal	MANTENER A: AUMENTAR A:
--	---	--	--	---------------------------------------

INTERVENCIÓN: Administración de analgésicos (2210)

CAMPO: 2 Fisiológico: complejo.

CLASE: H Control de fármacos.

DEFINICIÓN: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

PÁGINA: 51

ACTIVIDADES

18

- Establecer patrones de comunicación efectivos entre el paciente, la familia y los cuidadores para lograr un manejo adecuado del dolor.
- Monitorizar el dolor de los pacientes con alteraciones de comunicación (p. ej., niños, ancianos, con alteraciones cognoscitivas, psicóticos, enfermos críticos, que no hablen el idioma del país, demencia).
- Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado del paciente utilizando una escala de medición del dolor apropiada.
- Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales.
- Poner en práctica medidas para reducir los efectos adversos de los analgésicos (p. ej., depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad bucal, estreñimiento, irritación gástrica).
- Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Evaluar y documentar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.
- Administrar antagonistas de los opiáceos (p. ej., naloxona) para la depresión respiratoria o sedación no deseada, si está indicado.
- Instruir al paciente y a su familia sobre el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas para la implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.
- Involucrar a la familia y allegados en medidas de control del dolor tales como masajes simples o técnicas de aplicación de calor/frío.

INTERVENCIÓN: Manejo ambiental: confort (6482)

DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico.

CLASE: E Fomento de la comodidad física.

DEFINICIÓN: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

PÁGINA: 250

19

ACTIVIDADES

- Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.
- Preparar la transición del paciente y de la familia dándoles una cálida bienvenida al nuevo ambiente.
- Proporcionar una habitación individual si la preferencia y necesidad del paciente (y de la familia) son el silencio y el descanso, si es posible.
- Atender inmediatamente las llamadas del timbre, que siempre debe estar al alcance del paciente.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
- Ofrecer la elección, siempre que sea posible, de sociales y visitas.
- Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.
- Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar las cejas; aplicar cremas dérmicas, o limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal).
- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo).
- Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.
- Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes (heces diarreicas o drenaje de heridas).
- Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a los pacientes y sus familias, según corresponda.

INTERVENCIÓN: Monitorización de los signos vitales (6680)

DOMINIO: 4 Seguridad

CLASE: V Control de riesgo

DEFINICIÓN: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

PÁGINA: 341

20

ACTIVIDADES

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar la presión arterial mientras el paciente está acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.
- Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda.
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.
- Palpar los pulsos apical y radial al mismo tiempo y anotar las diferencias, según corresponda.
- Observar si hay pulso paradójico.
- Observar si hay pulso alternante.
- Observar si hay pinzamiento o aumento de la tensión diferencial.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- Monitorizar los ruidos pulmonares.
- Monitorizar la pulsioximetría.
- Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Observar si se presenta la tríada de Cushing (aumento de la tensión diferencial, bradicardia y aumento de la presión sistólica).
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

DOMINIO 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN	CLAS E 6 TERMOREGULACIÓN	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA n (PROBLEMA) (P) Hipertemia (00007) DEFINICIÓN Temperatura corporal por encima del rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.		(0800) Termorregulación Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: I Regulación metabólica Pág. 581	(080013) Frecuencia respiratoria. (080001) Temperatura cutánea aumentada. (080003) Cefalea. (080004) Dolor muscular. (080005) Irritabilidad.	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	MANTENER A: AUMENTAR
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS • Apnea • Coma • Convulsiones • El lactante no mantiene la succión • Estupor • Hipotensión • Irritabilidad • Letargia • Piel caliente al tacto • Piel ruborizada • Postura anormal • Taquicardia • Taquipnea • Vasodilatación FACTORES RELACIONADOS • Actividad vigorosa • Deshidratación • Vestimenta inapropiada		(2010) Estado de comodidad física Dominio: 5 Salud percibida Clase: U Salud y calidad de vida Pág. 375	(201001) Control de síntomas. (201002) Bienestar físico. (201010) Temperatura corporal. (201014) Respiración dificultosa. (201015) Disnea.	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	MANTENER A: AUMENTAR
		(0602) Hidratación Dominio: 2 Salud Fisiológica	(060201) Turgencia cutánea. (060202) Membranas mucosas húmedas. (060211) Diuresis. (060215) Ingesta de líquidos. (060205) Sed.	1 -Nunca demostrado 2 -Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 - Frecuentemente	MANTENER A:
		Clase: G Líquidos y electrolitos Pág. 426		demostrado 5 Siempre demostrado	

INTERVENCIÓN: Monitorización de los signos vitales (6680)

DOMINIO: 4 Seguridad

CLASE: V Control de riesgos

DEFINICIÓN: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

PÁGINA: 341

ACTIVIDADES

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar la presión arterial mientras el paciente está acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.
- Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda.
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.
- Palpar los pulsos apical y radial al mismo tiempo y anotar las diferencias, según corresponda.
- Observar si hay pulso paradójico.
- Observar si hay pulso alternante.
- Observar si hay pinzamiento o aumento de la tensión diferencial.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- Monitorizar los tonos cardíacos.
- Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
- Monitorizar los ruidos pulmonares.
- Monitorizar la pulsioximetría.
- Observar si se producen esquemas respiratorios anormales (Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, apnéustico, atáxico y suspiros excesivos).
- Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Monitorizar si hay cianosis central y periférica.
- Monitorizar la presencia de acropaquias.
- Observar si se presenta la tríada de Cushing (aumento de la tensión diferencial, bradicardia y aumento de la presión sistólica).
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

INTERVENCIÓN (NIC): Tratamiento de la fiebre (3740)

DOMINIO: 2 Fisiológico: Complejo

CLASE: M Termorregulación

DEFINICIÓN: Tratamiento de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal causado por pirógenos endógenos.

PÁGINA: 427

ACTIVIDADES

- Controlar la temperatura y otros signos vitales.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos.
- Administrar medicamentos o líquidos i.v. (p. ej. antipiréticos, antibióticos y agentes antiescalofríos).
- No administrar aspirinas a los niños.
- Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta cálida para la fase de escalofríos y ropa o ropa de cama ligera para las fases de fiebre y de defervescencia).
- Fomentar el consumo de líquidos.
- Facilitar el reposo, aplicando restricciones de actividad, si es preciso.
- Administrar oxígeno, según corresponda.
- Aplicar un baño tibio con esponja con cuidado (es decir, administrarlo a los pacientes con fiebre muy alta, pero no durante la fase de defervescencia y evitar en los pacientes que tengan frío).
- Aumentar la circulación del aire.
- Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de la afección causante de la fiebre (p. ej., crisis comicial, disminución del nivel de consciencia, anomalías electrolíticas, desequilibrio acidobásico, arritmia cardíaca y cambios celulares anómalos).
- Garantizar que se controlan otros signos de infección en los ancianos, pues pueden presentar solo febrícula o ausencia de fiebre durante las infecciones.
- Garantizar que se aplican las medidas de seguridad si el paciente desarrolla agitación o delirio.
- Humedecer los labios y la mucosa nasal secos.

INTERVENCIÓN (NIC): Regulación de la temperatura (3900)

DOMINIO: 2 Fisiológico: Complejo

CLASE: M Termorregulación

DEFINICIÓN: Consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del rango normal.

PÁGINA: 392

28

ACTIVIDADES

- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda.
- Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice.
- Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.
- Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Envolver al bebé inmediatamente después del nacimiento para evitar la pérdida de calor.
- Envolver a los lactantes de bajo peso al nacer en plástico (p. ej., polietileno, poliuretano) justo después de nacer mientras aún están cubiertos por líquido amniótico, si es adecuado y siguiendo el protocolo del centro.
- Poner un gorro de malla para evitar la pérdida de calor del recién nacido.
- Colocar al recién nacido en incubadora o calentador, si es necesario.
- Mantener la humedad al 50% o más en la incubadora para reducir la pérdida de calor por evaporación.
- Precalentar los objetos (p. ej., mantas, cobertores) situados cerca del lactante en la incubadora.
- Enseñar al paciente a evitar el agotamiento por el calor y los golpes de calor.
- Comentar la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de enfriamiento, según corresponda.
- Enseñar al paciente, sobre todo a los ancianos, acciones encaminadas a evitar la hipotermia por exposición al frío.
- Explicar al paciente los signos de agotamiento por calor y el tratamiento de urgencia adecuado, si es el caso.
- Explicar al paciente los signos de hipotermia y el tratamiento de urgencia adecuado, según corresponda.
- Utilizar un colchón de calentamiento, mantas calientes y un ambiente cálido para elevar la temperatura corporal, según corresponda.
- Utilizar un colchón de enfriamiento, mantas de agua circulante, baños tibios, compresas de hielo o aplicación de compresas de gel, así como un cateterismo intravascular de enfriamiento para disminuir la temperatura corporal, según corresponda.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
- Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos.
- Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.
- Conservar la normotermia en pacientes recién fallecidos que sean donantes de órganos mediante el incremento de la temperatura del aire ambiente, el uso de lámparas de infrarrojos de calentamiento, aire caliente o mantas de agua, o mediante la instilación de líquidos i.v. calentados, según sea apropiado.

MINIO 12: COMODIDAD	CLASE 2: CONFORT AMBIENTAL	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA (00214) Comodidad deteriorada Pag.560 DEFINICIÓN Falta percibida de tranquilidad, alivio y trascendencia de dimensiones físicas psicoespiritual, ambiental y/ o social		2008 Estado de comodidad: entorno Dominio 05: Salud percibida Clase U: salud y calidad de vida Pag.374	(200904) Satisfacción con el entorno físico (200910) Privacidad (200914) Adaptaciones ambientales necesarias	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 - Levemente comprometido 5 - No comprometido	MANTENER A: AUMENTAR A: 33
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) ❖ Ansiedad ❖ Deterioro del sueño ❖ Dificultad relajante		1211 Nivel de ansiedad Dominio 03: Salud psicosocial Clase M: Bienestar psicológico Pág. 452	(121102) Impaciencia (121105) Inquietud (121114) Dificultad para resolver problemas.	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 - No comprometido	MANTENER A: AUMENTAR A:
❖ Expresa descontento de la situación		3007 Satisfacción del paciente/ usuario: entorno físico Dominio 05: Salud percibida Clase EE: Satisfacción con los cuidados Pag.541	(301401) Conocimiento y experiencia del personal de enfermería (301407) Interés por el paciente/ usuario por parte del personal de enfermería (301422) Cuidados para mantener el aseo personal	1 No del todo satisfecho 2 Algo satisfecho 3 Moderadamente satisfecho 4 Muy satisfecho 5 completamente satisfecho	
❖ Expresa sentir calor					MANTENER A:
❖ Expresa sentir frío					AUMENTAR A:
❖ Expresa sentir hambre					
❖ Expresa sentir incómodo					
❖ Incapacidad para relajarse					
❖ Escalofrío					

❖ Expresa miedo				
-----------------	--	--	--	--

INTERVENCIÓN: Manejo ambiental: confort (6482)

CAMPO 01: Fisiológico

CLASE E: Fomento de la comodidad física

DEFINICIÓN: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima

- Determinar los objetivos del paciente y de la familia4s manipulación del entorno de una comodidad óptima
- Tener en cuenta la ubicación del paciente de múltiples camas (compañerismo de habitación con preocupaciones ambientales similares cuando del posible
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodo de reposo
- Proporcionar retirar mantas para fomentar la comodidad
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro
- Proporcionar un ambiente tranquilo y de apoyo
- Ofrecer la elección siempre que sea posible de actividades sociales y visitas
- Determinar las fuentes de incomodidad como
- vendajes mojados posición de la sonda, vendaje constrictivo, ropa de cama arrugadas y factor ambiental irritante
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona si fuese posible
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directamente en sus ojos
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad del paciente
- Vigilar la piel, especialmente prominencias corporales, por si hubiera signos de presión e irritación
- Evitar exponer la piel o mucosa o factores irritantes.

INTERVENCIÓN: Apoyo emocional (5270)

CAMPO 03: Conductual

CLASE M: Ayuda para el afrontamiento

DEFINICIÓN: Proporciona seguridad, aceptación y ánimo en momento de tensión

PÁGINA: 74

31

ACTIVIDADES

- Realizar afirmaciones, empáticas o de apoyo
- Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones
- Abrazarte o tocar al paciente para proporcionar apoyo
- Apoyar el uso de mecanismo de defensas adecuados
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira y tristeza
- Animar al paciente a que se exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza
- Escuchar las experiencias de sentimientos y creencias
- Facilitar la identificación por parte del paciente por patrón habitual de afrontamiento de los temores
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de la fase del duelo
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
- Permanecer con el paciente, y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de ansiedad

DOMINIO 11. SEGURIDAD/ PROTECCIÓN	CLASE 1. INFECCIÓN.	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<u>Etiqueta (problema) (P)</u> Riesgo de infección (pág. 488) <u>Definición:</u> Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud. <u>Factores relacionados (causas) (E)</u> ➤ Dificultad para manejar dispositivos invasivos a largo plazo. ➤ Dificultad para manejar el cuidado de las heridas. ➤ Motilidad gastrointestinal disfuncional. ➤ Alimentación exclusiva con fórmula. ➤ Deterioro de la integridad cutánea. ➤ Acceso inadecuado a equipos de protección individual. ➤ Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones de salud pública. ➤ Higiene inadecuada del entorno. ➤ Alfabetización en salud inadecuada. ➤ Higiene inadecuada.		Dominio (4) Conocimiento y conducta de salud. Clase (T) Control de riesgo. Código 1902 Control de riesgo Pág. 165	190220 Identifica los factores de riesgo. 190207 Sigue las estrategias de control de riesgo. 190201 Reconoce los factores de riesgo personales	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	MANTENER A: 49 AUMENTAR A:
		Dominio (2) Salud fisiológica Clase (L) Integridad tisular. Código 1102 Curación de la herida por primera intención Pág. 564	110201 Aproximación cutánea. 110213 Aproximación de los bordes de la herida. 110214 Formación de la cicatriz	1. Ninguno. 2. Escaso. 3. Moderado 4. Sustancial. 5. Extenso.	MANTENER A: AUMENTAR A:

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES (NIC)	CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES (NIC)
INTERVENCIÓN: 3660 Cuidados de las heridas CAMPO: Fisiológico: complejo. CLASE: I Control de la piel/heridas DEFINICIÓN: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación. PÁGINA: 131	INTERVENCIÓN: 6540 Control de infecciones. CAMPO: 4 Seguridad CLASE: V Control de infecciones. DEFINICIÓN: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos. PÁGINA: 113
INTERVENCIONES. • Despegar los apósitos y el esparadrapo. • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Medir el lecho de la herid, según corresponda. • Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda. • Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario. • Administrar cuidados de la ulcera cutánea, si es necesario. • Aplicar una crema adecuada para la piel/lesión, según corresponda. • Aplicar un vendaje apropiado al tipo de la herida. • Reforzar el apósito si es necesario. • Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. • Cambiar la posición del paciente como mínimo cada 2 horas, según corresponda. • Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda. • Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura. • Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidados de la herida. • Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de	INTERVENCIONES. • Distribuir la superficie correspondiente por paciente. según las directrices de los Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC). • Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por el paciente. • Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro. • Aislar al paciente con enfermedades transmisibles. • Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas del lavado de manos. • Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. • Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea adecuado. • Lavarse las manos antes y después de los cuidados de paciente. • Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. • Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado. • Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de vías centrales. • Garantizar una manipulación adecuada de todas las iv. • Fomentar una ingesta nutricional adecuada. • Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado. • Administrar un agente de inmunización, cuando sea adecuado. • Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

EJECUCION

Diagnostico	Actividades
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA (PROBLEMA) (P) <u>Dolor agudo (00132)</u> Pág. 576 DEFINICIÓN Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses	(1605) Control del dolor Dominio: 4 Conocimiento y conducta de la salud Clase: Q Conducta de salud Pág. 273 (2008) Estado de comodidad Dominio: 5 Salud percibida Clase: U Salud y calidad de vida Pág. 374 (2102) Nivel del dolor Dominio: 5 Salud percibida Clase: V Sintomatología Pág. 466
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) ETIQUETA n (PROBLEMA) (P) <u>Hipertemia (00007)</u> DEFINICIÓN Temperatura corporal por encima del rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.	(0800) Termorregulación Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: I Regulación metabólica Pág. 581 (2010) Estado de comodidad física Dominio: 5 Salud percibida Clase: U Salud y calidad de vida Pág. 375

	(0602) Hidratación Dominio: 2 Salud Fisiológica electrólitos Pág. 426
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA (00214) Comodidad deteriorada Pag.560 DEFINICIÓN Falta percibida de tranquilidad, alivio y trascendencia de dimensiones físicas psicoespiritual, ambiental y/ o social	2008 Estado de comodidad: entorno Dominio 05: Salud percibida Clase U: salud y calidad de vida Pag.374
	1211 Nivel de ansiedad Dominio 03: Salud psicosocial Clase M: Bienestar psicológico Pág. 452
	3007 Satisfacción del paciente/ usuario: entorno físico Dominio 05: Salud percibida Clase EE: Satisfacción con los cuidados Pag.541
<u>Etiqueta (problema) (P) Riesgo</u> <u>de infección (pág. 488)</u> <u>Definición:</u> Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.	Dominio (4) Conocimiento y conducta de salud. Clase (T) Control de riesgo. Código 1902 Control de riesgo Pág. 165
	Dominio (2) Salud fisiológica Clase (L) Integridad tisular. Código 1102 Curación de la herida por primera intención Pág. 564

EVALUACION

DIAGNOSTICO	ACTIVIDADES	FUNDAMENTACION
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) ETIQUETA (PROBLEMA) (P) <u>Dolor agudo (00132)</u> Pág. 576 DEFINICIÓN Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses	(1605) Control del dolor Dominio: 4 Conocimiento y conducta de la salud Clase: Q Conducta de salud Pág. 273	Con las intervenciones de enfermería se logró disminuir el dolor con la administración de analgésicos, el ambiente confort y la constante vigilancia del nivel del dolor nos permitió mitigar el malestar
	(2008) Estado de comodidad Dominio: 5 Salud percibida Clase: U Salud y calidad de vida Pág. 374	
	(2102) Nivel del dolor Dominio: 5 Salud percibida Clase: V Sintomatología Pág. 466	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) ETIQUETA n (PROBLEMA) (P) <u>Hipertemia (00007)</u> DEFINICIÓN Temperatura corporal por encima del rango normal diurno	(0800) Termorregulación Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: I Regulación metabólica Pág. 581	La paciente en la valoración se detectó que tenía temperatura por arriba de lo normal sin embargo se ogra mitigar con
	(2010) Estado de comodidad física Dominio: 5 Salud percibida	

a causa del fallo de la termorregulación.	Clase: U Salud y calidad de vida Pág. 375	medicamentos antipiréticos logrando mantener la temperatura dentro de los rangos normales
	(0602) Hidratación Dominio: 2 Salud Fisiológica	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA (00214) Comodidad deteriorada Pag.560 DEFINICIÓN Falta percibida de tranquilidad, alivio y trascendencia de dimensiones físicas psicoespiritual, ambiental y/ o social	2008 Estado de comodidad: entorno Dominio 05: Salud percibida Clase U: salud y calidad de vida Pag. 374	Con un ambiente confort y ambiente de seguridad y con la facilidad de la presencia de la familia se logró que nuestra paciente adulta mayor se mantuviera más codo y de esta manera evita la presencia de la ansiedad
	1211 Nivel de ansiedad Dominio 03: Salud psicosocial Clase M: Bienestar psicológico Pág. 452	
	3007 Satisfacción del paciente/ usuario: entorno físico Dominio 05: Salud percibida Clase EE: Satisfacción con los cuidados Pag. 541	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u> Riesgo de infección (pág. 488) <u>Definición:</u> Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.	Dominio (4) Conocimiento y conducta de salud. Clase (T) Control de riesgo. Código 1902 Control de riesgo Pág. 165	Con las intervenciones de enfermería y el manejo farmacológico se busca disminuir la presencia de infección
	Dominio (2) Salud fisiológica Clase (L) Integridad tisular. Código 1102 Curación de la herida por primera intención Pág. 564	

--	--

CONCLUSIONES

La colecistitis aguda litiásica es más frecuente en mujeres que en los hombres, su causa es la litiasis biliar. Con el uso del modelo de valoración de Virginia Henderson identificamos los patrones alterados y mediante la pirámide de Kalish, evidenciamos las necesidades alteradas de supervivencia tales como son: el dolor, la temperatura y la ansiedad. Mediante los cuidados brindados a la paciente se logra reducir el nivel de dolor 2/10, además, de con el apoyo de medicación prescrita controlar la fiebre y mediante información claro sobre la terapéutica bajar el nivel de ansiedad.

- Bibliografía
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman , J. M., & Wagner, C. M. (2014). NIC. España: ELSIVER.
- Centeno Fornies , X. (2017). Vesícula Biliar. Obtenido de CENTRO MEDICO TEKNON: <http://www.teknon.es/es/especialidades/centeno-fornies-xavier/vesicula-biliar> Colecistitis. (23 de 01 de 2017).
- Obtenido de RadiologyInfo.org para pacientes: <https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=cholecystitis> Galloso Cueto, G. L. (08 de 08 de 2012). Factores que influyen en la conversión de la colecistectomía video laparoscópica a cirugía tradicional.
- Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572012000400005 Scielo: Gargallo Puyuelo, C., Aranguren, F., & Simón Marco, M. (s.f.). Colecistitis Aguda. Elsevier.