

## PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

### HISTORIA DE ENFERMERIA

#### DATOS SOCIALES BASICOS

Paciente adulto M.J.R.C. de 29 años de edad, sexo femenino de nacionalidad mexicana que estudió carrera profesional, profesora la religión católica, estado civil soltera, con domicilio en la actualidad en: Blvd. Luis Encinas # 496 entre Periférico -- Oriente y Blvd. Los naranjos colonia "Los naranjos", tel. 13-04 85. Nacida en esta ciudad de Hermosillo.

Actualmente la paciente no pertenece a ningun grupo social siendo sus preferencias oír música y leer todo tipo de lectura. Ocupa el sexto lugar de seis hijos.

#### DATOS FISIOLOGICOS BASICOS

Su peso actual es de 86kgr., su talla 1.66mts., su capacidad auditiva, visual, gustativa y olfatoria son normales, su lenguaje y expresión es clara y correcta, la paciente refiere no haber tenido nunca problemas para la movilización, siendo su mano dominante la derecha. Con respecto a su eliminación intestinal y urinaria refiere que son normales tanto en número como características, en la actualidad tanto sus evacuaciones como orina son de color amarillo fuerte y con olor característico a la eliminación de penicilina.

---

Dedica de 7 a 8 horas diarias de sueño lo que es suficiente para una persona adulta, durante la tarde dedica de 1 a 2 horas para el descanso.

#### FORMAS ORDINARIAS DE VIDA COTIDIANA

Se observa a la paciente con buena higiene personal, refiere que el baño y cambio de ropa son diarios, sus uñas están cortas y limpias, el aseo bucal lo realiza 3 veces al día. Con respecto a su alimentación antes de la cirugía, refiere haber consumido todo tipo de alimento, hoy en día su alimento es una dieta baja en grasas y sin condimentos.

Su actividad recreativa es ir al cine, asistir a partidos de beisbol, así como leer y oír música. Refiere no fumar ni consumir bebidas alcohólicas.

#### ESTUDIO DE LA SITUACION SOCIOECONOMICA

La colonia donde vive la paciente está ubicada al oriente de la ciudad, cuenta con la mayor parte de las calles pavimentadas, con todos los servicios públicos como agua potable, luz, teléfono, drenaje, alcantarillado, carro recolector de basura que pasa dos veces por semana; el transporte público a los que se tiene acceso son: Multirutas, circuito norte, ruta 8, ruta 1.

La casa donde habita es propia y colinda al norte con la colonia "El ranchito" al sur con el parque recreativo "La saucedita" al este con la presa "Abelardo L. Rodriguez" y al oeste con

la colonia "Revolución".

El material de que esta construída la vivienda es de ladrillo,techo de loseta y cuenta con 2 recámaras,cocina,comedor,sala y baño; la casa cuenta con piso de vinil. La iluminación y ventilación es natural (ventanas y puertas) y artificial (focos y cooler) y cuenta con agua potable intradomiciliaria por tubería,así como drenaje,lo que facilita la disposición de excretas No existe flora nociva solo plantas de ornato,la fauna nociva - que existe son mosquitos,moscas y cucarachas. La paciente tiene un animal doméstico (perro).

La autoridad de la familia está a cargo del papá,siendo -- sus miembros:

Papá	56 años	casado	trabaja
Mamá	58 años	casada	hogar
Hermana	42 años	casada	trabaja
Hermana	38 años	casada	trabaja
Hermano	36 años	casado	trabaja
Hermano	34 años	casado	trabaja
Hermana	30 años	soltera	trabaja
Paciente	29 años	soltera	trabaja

La paciente refiere no tener problemas familiares ni con los vecinos.

Su situación económica es estable ya que la paciente tiene un trabajo fijo con un sueldo de 1,980.00 mensuales, siendo suficiente ya que la mayor parte de los miembros de la familia trabajan, distribuyéndose el total de los ingresos en alimentos, ropa, recreación y accesorios para el hogar.

#### ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Herencia: Refiere la paciente que la abuela materna murió de cáncer vesicular, un tío materno de cáncer pancreático, desconociendo otras muertes por enfermedades patológicas.

La mamá es cardiópata-hipertensa controlada, al papá se le detectó recientemente diabetes y se encuentra en tratamiento.

#### PERSONALES NO PATOLOGICOS

Su menarquia fue a los 12 años de edad siendo sus períodos menstruales regulares, no ha iniciado su vida sexual activa. Refiere haber recibido el cuadro de inmunizaciones completo.

#### PERSONALES PATOLOGICOS

Las enfermedades que ha padecido son las más comunes como gripe, amigdalitis y gastroenteritis viral, remitidas estas con tratamiento médico sin llegar a la hospitalización.

PERCEPCION DEL PACIENTE ACERCA DE SU ENFERMEDAD, ESPECTATIVAS Y PREOCUPACIONES

La paciente se muestra tranquila y optimista en su pronóstico ya que tiene conocimientos acerca de su enfermedad, tratamiento y recuperación, por lo tanto participa en su tratamiento ayudando así a su más pronta recuperación.

DESCRIPCION DEL PADECIMIENTO DEL PACIENTE Y SU TRATAMIENTO

La paciente inicia su padecimiento actual hace aproximadamente un mes y medio antes del diagnóstico definitivo, esto en el mes de octubre de 1995; presentando la siguiente sintomatología: Dolor e hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho el cual se le irradiaba a escápula del mismo lado acompañado de náuseas y meteorismo por lo que acude a consulta externa al Centro Médico Dr. Ignacio Chavéz, siendo atendida por médico general el cual confirma sintomatología mediante la exploración física, sospechando la presencia de una colecistitis aguda, por lo que decide realizarle exámenes de laboratorio y canalizarla con los resultados a consulta con cirugía indicándole tratamiento temporal con ranisen 150 mgr. cada 12 horas V.O. y postan 400 mgr. cada 8 horas V.O.

El especialista decide realizar un ultrasonido abdominal superior ya que los exámenes practicados no presentan alteraciones.

---

El ultrasonido abdominal superior mostró la presencia de un cálculo de aproximadamente 1.5 cm. alojado en el cuello del cístico lo que causaba el proceso inflamatorio de la vesícula, por lo que el especialista decide programarla para cirugía (colecistectomía).

La paciente decide consultar al especialista en cirugía laparoscópica, por tener conocimientos de que la recuperación con esta técnica es más temprana.

El médico cirujano, valora a la paciente y decide programarla para practicarle colecistectomía laparoscópica el día 8 de noviembre de 1995, indicándole antibioticoterapia una semana antes de la cirugía con ciprofloxacilina 500 mgr. cada 8 hrs. V.O. analgésico ibuprofeno 400 mgr. cada 8 hrs. V.O. y un antiemético metoclopramina 10 mgr. cada 8 hrs. V.O., así como la realización de exámenes pre-operatorios y la donación de una unidad de sangre para el trans-operatorio.

#### RESUMEN DE LA EVOLUCION DEL PACIENTE

Ingresa al servicio de cirugía el día 7 de noviembre a las 18 hrs., programada para colecistectomía laparoscópica, se le realizan los cuidados pre-operatorios por el equipo de salud.

Cursó con signos vitales estables, se prepara área quirúrgica, se practica venopunción para iniciar con solución glucosada al 5% para 12 hrs. en M.S.D. y se toman muestras para cruzar --

unidad de sangre total para el trans-operatorio.

El médico general encargado del servicio, lleva a cabo el - interrogatorio y exploración de la paciente elaborando su histo- ria clinica e indica dieta blanda por la noche y ayuno total a partir de las 6 hrs. am. del día siguiente. Durante las 12 --- hrs. anteriores a la intervención, la paciente se muestra tran-- quila con signos vitales estables.

El día 8 de noviembre alrededor de las 13:30 hrs. la pa--- ciente es preparada física y psicológicamente para su traslado a la sala de operaciones y es acompañada por la enfermera. Es recibida en quirófano por el equipo médico y de enfermería. Se realiza cirugía bajo anestesia general, utilizando técnica lapa- roscópica con 3 abordajes y utilizando presión neumática de 12 a 14 mm Hg., encontrándose durante el acto quirúrgico una vesícu- la grande y tensa además de un cálculo de 1.5 cm. en el cuello cístico el cual es traído sin complicaciones al igual que la ve- sícula, durante el trans-operatorio la paciente se mantuvo esta- ble y no se presentaron incidentes ni accidentes.

Se mantuvo alrededor de 90 min. en la sala de recuperación para después trasladarla a su unidad en estado conciente y sin referir molestias iniciándose los cuidados post-operatorios.

Se inicia tratamiento con solución mixta 1000 ml. para -- 8 hrs. así como antibiótico amikacina 500 mgr. cada 12 hrs., --

analgésico dolac 30 mgrs. cada 6 hrs. y antiemético primperam 10 mgr. cada 8 hrs. todos por vía intravenosa.

No refiere molestias las primeras horas después de la intervención, 7 hrs. después presenta dolor de regular intensidad acompañado de náuseas por lo que fué necesario administrar el analgésico y antiemético antes mencionados.

Pasa la noche del 8 de nov. tranquila iniciando por la mañana con dieta blanda sin grasas, lácteos ni huevo la cual tolera. Recibe visita por parte del médico cirujano el cual realiza exploración física, encontrándose que el dolor había cedido por completo y la herida quirúrgica se encontraba sin signos de infección, con buena eliminación urinaria y cursando con signos vitales estables por lo que decide egresar a la paciente, con tratamiento de sostén, primperam 10 mgr. cada 8 hrs. y dolac 30 mgr. cada 8 hrs. los dos por V.O.



DESCRIPCION CEFALOCAUDAL

DX. MEDICO COLECISTITIS AGUDA POST-QUIRURGICA

Paciente adulto de sexo femenino, que se encuentra deambulando con edad cronológica de 29 años igual a la que aparenta, de complexión física robusta. Con estado de conciencia alerta con actitud cooperadora, estado de ánimo tranquila, ubicada en -- las 3 esferas. De tez blanca y uniforme que se encuentra en -- buenas condiciones tanto de higiene como de hidratación.

Sus signos vitales:

Temperatura axilar	36.2°C.
Pulso	83 x'
Respiración	20 x'
Tensión Arterial	120/80 mm/Hg.

Somatometria

Talla	1.66 mts.
Peso	86 kgr.

Paciente normocéfalo, cuero cabelludo blanco, cabello castaño claro entrecano y delgado, bien implantado y distribuido, con buen estado higiénico. Las cejas son de color café oscuro escasas, pero bien implantadas. Ojos con buena agudeza visual, movimientos normales, pupilas con buena reacción a la luz, presenta leve coloración icterica en ambas escleróticas, refiere que toda

la familia la presenta. Oídos con buena agudeza auditiva, pabellones auriculares sin alteraciones y de tamaño normal, conducto auditivo externo en buen estado de higiene. Nariz chica con fosas nasales simétricas y permeables, distingue bien los olores. Labios delgados y rosados, lengua de características y tamaño normal ambos bien hidratados. Cavidad oral en buenas condiciones higiénicas sin ausencia de piezas dentales, con buena capacidad para masticar, saborear y deglutir los alimentos. La voz es clara y con buen tono.

Cuello cilíndrico y simétrico con movimientos normales, tráquea centrada y móvil con pulso carotídeo presente.

Tórax amplio con buena expansión torácica y adecuada ventilación de campos pulmonares, con presencia de cicatriz queloide en región subclavicular izquierda a nivel de la línea interna. Mamas medianas y simétricas, pezón y areola mamaria con pigmentación normal.

Extremidades torácicas de tamaño adecuado simétricas, con buena movilización, con pulsos distales presentes, con regular tejido adiposo en ambos antebrazos, coloración de la piel uniforme con el resto del cuerpo, con buen tono muscular.

Abdomen amplio con regular tejido adiposo leve distensión por la presencia de meteorismo. Con frecuencia presenta náuseas con pérdida de continuidad de la piel por heridas quirúrgicas

---

cas encontrándose una en la zona del flanco derecho de aproximadamente 1.5 cm., en el epigastrio es de aproximadamente 1.5 cm., y la última en la región inferior de la cicatriz umbilical de aproximadamente 2.5 cm., encontrándose las tres heridas con datos de irritación, pero sin signos de infección con buen estado higiénico.

Extremidades inferiores simétricas con regular tejido adiposo en muslos, con buena movilización y capacidad para la deambulación.

Espalda y glúteos sin alteraciones.

cas encontrándose una en la zona del flanco derecho de aproximadamente 1.5 cm., en el epigastrio es de aproximadamente 1.5 cm., y la última en la región inferior de la cicatriz umbilical de aproximadamente 2.5 cm., encontrándose las tres heridas con datos de irritación, pero sin signos de infección con buen estado higiénico.

Extremidades inferiores simétricas con regular tejido adiposo en muslos, con buena movilización y capacidad para la deambulación.

Espalda y glúteos sin alteraciones.

#### DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- 1.- Alteración en el bienestar, asociado al dolor en el cuadrante superior derecho relacionado con el proceso quirúrgico.
- 2.- Alteración de la nutrición, menor a los requerimientos corporales relacionados con náuseas y vómitos, asociado a la mala absorción de grasas.
- 3.- Meteorismo debido a la disminución de la motilidad intestinal y a la mala absorción de grasas.
- 4.- Afección de la integridad de la piel relacionado con la incisión quirúrgica.
- 5.- Alteración de la integridad cutánea relacionada con la irritación de heridas quirúrgicas asociado al tipo de sutura -- que se utilizó en la cirugía.

PLAN DE ATENCION

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

DX. COLECISTITIS AGUDA POST-QUIRURGICA

NOMBRE: M.J.R.C.

SEXO: femenino

SERVICIO: cirugía

EDAD: 29 años

FECHA: 8 de noviembre de 1995.

1.- P.R. Dolor en el cuadrante superior derecho.

F. Relacionado con el proceso quirúrgico.

P.P. Ansiedad.

Schock neurogénico.

OBJETIVO PARA EL PACIENTE

El paciente manifestará disminución del dolor en 6hrs.

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Administración de analgésico dolac 30 mgr. I.V. cada 6 hrs.
- Posición semifowler.
- Medir y valorar signos vitales cada 2 hrs.
- Corroborar si el dolor disminuyó.
- Orientar al paciente para evitar actividades que incrementen el dolor.

EJECUCION

Enfermera encargada y pasante de enfermería.

EVALUACION

El objetivo se logró ya que la paciente no manifestó dolor

2.- P.R. Náuseas

F. Relacionado con la mala absorción de grasas.

P.P. Vómito.

Desequilibrio hidroelectrolítico.

OBJETIVO PARA EL PACIENTE

El paciente no presentará náuseas en un período de 8 hrs.

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Adm. de antiemético primperam 10 mgr. I.V. cada 8 hrs.
- Posición semifowler.
- Orientar al paciente y familiares para que la paciente -  
ingiera alimentos bajos en grasas y condimentos.
- Pedir al paciente que respire lentamente por la boca.

EJECUCION

Enfermera encargada y pasante de enfermería.

EVALUACION

Objetivo logrado, la paciente no presentó náuseas en este -  
período.

3.- P.R. Meteorismo.

F. Relacionado con la mala absorción de grasas.

P.P. Distensión abdominal.

Dolor abdominal.

OBJETIVO PARA EL PACIENTE

El paciente manifestará disminución o ausencia de meteorismo en 8 hrs.

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Asugurar la ingesta de una dieta baja en grasas.
- Motivar al paciente a la deambulaci3n.

EJECUCION

Enfermera encargada y pasante de enfermeria.

EVALUACION

Este objetivo se logro con las medidas tomadas.

4.- P.R. Afecci3n de la integridad de la piel.

F. Relacionado con las incisiones quirurgicas.

P.P. Infecci3n.

OBJETIVO PARA EL PACIENTE

El paciente recuperara la integridad de la piel en 10 dias.



---

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Curación de las heridas quirúrgicas cada 24 hrs.
- Mantener seca el area con cambio de gasa P.R.N.
- Orientar al paciente para la ingesta de alimentos ricos en proteínas.

EJECUCION

Enfermera encargada y pasante de enfermería.

EVALUACION

El objetivo fué logrado ya que las heridas cicatrizaron en este período.

- 5.- P.R. Alteración de la integridad cutánea relacionado con --  
irritación en sitios de heridas quirúrgicas.  
F. Asociado con el material utilizado (vicryl).  
P.P. Retraso en el proceso de cicatrización.

OBJETIVO PARA EL PACIENTE

El paciente no presentará datos de irritación en heridas -  
quirúrgicas en un período de una semana.

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Curación de heridas quirúrgicas cada 24 hrs.
- Cambio de gasa P.R.N.

---

EJECUCION

Paciente o familiar.

EVALUACION

La irritación desapareció totalmente en una semana.

6.- P.R. Disminución en la ingesta de todo tipo de alimento.

F. Temor a presentar náuseas y vómito.

P.P. Debilidad

Retraso en su recuperación.

Anemia.

OBJETIVO PARA EL PACIENTE

El paciente consumirá una dieta balanceada.

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Orientar al paciente y familiares sobre la dieta adecuada que llevará durante su rehabilitación.

EJECUCION

Pasante de enfermería.

EVALUACION

El objetivo se logró ya que el paciente quedó convencido e ingiere dieta prescrita.

#### VISITAS DOMICILIARIAS

El día 10 de noviembre de 1995 se realiza la primera visita domiciliaria para recabar información y observar la evolución y recuperación de la paciente.

Se detectó durante la entrevista que continuaba llevando el tratamiento prescrito por el médico y que sólo continuaba presentando ocasionalmente náuseas en forma discreta al igual que meteorismo por lo que tomo la decisión de disminuir la ingesta de todo tipo de alimentos por temor; por lo que se le brindó orientación sobre la alimentación.

El 15 de noviembre se llevó a cabo la segunda visita, percatándonos de que los problemas detectados anteriormente (náuseas meteorismo) habían desaparecido; solo que ahora presentaba irritación en sitio de heridas quirúrgicas, se mantuvo en comunicación con el médico tratante, quien le explico que la irritación presentada se debía al tipo de sutura que se utilizó en la cirugía (vickyl) por lo que se dio orientación sobre los cuidados de las heridas quirúrgicas como es la curación cada 24 hrs. y cambio de gasa P.R.N.

La última visita se realizó el 22 de noviembre, encontrando a la paciente restablecida e incorporada a su trabajo y solo evitando realizar grandes esfuerzos físicos y llevando una dieta baja en grasas y sin condimentos.