

*Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras
Servicio de trasplante de órganos sólidos abdominales
Protocolo de actuación de enfermería en el trasplante hepático.
TERCERA EDICIÓN*



*Realizado: Lic: Rosa Rguez Castanedo
Jefa de Enfermeros del Servicio de Trasplantes de órganos sólidos abdominales.
Instructora de Enfermería General*

*Msc: Osiris Berriel Ortiz
Instructora de Enfermería General*

*La Habana
2011*

Hospital clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras
Servicio de trasplantes de órganos sólidos abdominales
Protocolo de enfermería en el trasplante hepático
Tercera edición



“Creer posible algo, es hacerlo cierto “
Septiembre 2011

AGRADECIMIENTOS

A todos los colegas enfermeras /os, que en el transcurso de estos 8 años nos han acompañado y han compartido , esta compleja actividad de donación y trasplante y asisten, intervienen en el quirófano, la terapia intensiva y en el área de hospitalizados en la asistencia directa al enfermo.

Cada uno de ellos con su empeño, amor y dedicación al trabajo han permitido los logros hasta hoy alcanzados.

De igual manera al personal de servicios que siempre han entendido la importancia de sus labores dentro de este grupo multidisciplinario y nos han facilitado el camino a recorrer diario.

Al personal medico de nuestro equipo y de otros servicios, incluso de otras instituciones que nos han tenido en cuenta , como parte de los eslabones, de la cadena, de este proceso donación trasplante.

Agradecemos a nuestros pacientes y familiares la seguridad referida, que han sentido junto a nuestro colectivo.

Agradecemos a todas las personas que de una manera u otra han colaborado por y con nosotros, para que durante estos años hayamos podido dedicarnos a esta extraordinaria actividad.

Agradecemos también a todas las personas que nos han enseñado el camino y nos enseñan aun a mejorar nuestras prácticas diarias; competencia y desempeño profesional, por medio de la investigación el intercambio, socialización y generalización de nuestras experiencias.

A todas las familias de cubanos y cubanas que anónimamente desde cada rincón de la isla de Cuba , han sido solidarios y con un alto grado de humanismo y amor; al donar los órganos; han permitido salvar las vidas de muchos y de mejorar la calidad de vida de otros; nuestro Eterno Agradecimiento.

Autoras

DEDICATORIA

Dedicamos esta tercera edición del protocolo de actuación de enfermería en el trasplante hepático a todo el personal de enfermería del servicio de trasplante del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras que durante todos estos años nos han acompañado en esta dura lucha por evitar la muerte de muchas personas enfermas y de mejorar la calidad de vida de otras , donde han demostrado que con sentido de pertenencia, amor a la profesión, organización en el trabajo disciplina, entrenamientos y experiencia adquirida; sé dan respuestas a soluciones tecnológicas avanzadas ; donde nuestros enfermeros no solo han tenido que superar las barreras morales , éticas y religiosas , como todos los equipos multidisciplinarios en el mundo, sino también la del conocimiento, reconociendo que esta actividad tan compleja no forma parte con profundidad de nuestros planes de estudio y que ha sido asumida con gran entrega por todos, conociendo el compromiso que tenemos con nuestra sociedad, como los responsables de los cuidados, la prevención promoción y la recuperación de todo individuo o familia con problemas de salud, pues a pesar de todo lo que nos falta por andar , nos sentimos orgullosos , de lo que juntos se ha podido lograr.

Dedicamos también este protocolo al personal de nuevo ingreso, a los estudiantes de enfermería del técnico y los de la licenciatura.

Autoras

SINTESIS

El desarrollo científico-técnico que ha ocurrido desde mediado del siglo pasado a nivel mundial, específicamente en el sector de la salud, permitió la incorporación de nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos para el abordaje de los problemas de salud cada vez más complejos, como ha sido el trasplante de órganos, células y tejidos; donde Cuba no se quedó atrás y ha mantenido un desarrollo a partir de la década de los setenta hasta nuestros días, donde el hospital Ameijeiras como precursor de esta actividad tan compleja en el país, ha ido permitiendo notables resultados, con la voluntad sentida de muchos hombres y mujeres de varias generaciones que le han dedicado ha esta labor.

El personal de enfermería dentro del equipo de salud que se desempeña en el servicio, donde se aplican estos procedimientos, debe desarrollar conocimientos y habilidades específicas que le permitan una práctica cuidadora de calidad y libre de riesgo.

La tercera versión del protocolo como las anteriores, permite observar de forma cronológica, la historia y desarrollo del trasplante, los programas, las leyes y regulaciones de la donación y extracción de órganos, células y tejidos en Cuba, como también se definen las indicaciones, contraindicaciones y la selección de los receptores de trasplante hepático en el adulto. Se describe como el personal de enfermería debe actuar en cada momento de las etapas, del proceso diagnóstico terapéutico, la esfera psicológica y educación sanitaria, el preoperatorio inmediato y post operatorio inmediato y mediato.

*En esta presentación se han hecho modificaciones, que han sido respaldadas por las evidencias y conocimientos acumulados lo cual su objetivo es **que el protocolo sea consultado por todo el personal de enfermería, consiguiendo uniformidad en el accionar diario.***

| Contenido | Paginas |
|--|----------------|
| INTRODUCCIÓN | 1-2 |
| DESARROLLO | 3-4 |
| HISTORIA DEL TRASPLANTE EN CUBA. | 5-7 |
| Programas de Trasplantes en Cuba y Hospitales acreditados | 8-9 |
| <i>Trasplante Hepático</i> Indicaciones | 10-13 |
| CONTRAINDICACIONES | 14 |
| Consideraciones generales | 15 |
| Enfermería en el proceso trasplante | 16 |
| Consideraciones generales | 17 |
| <i>CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE EN ESTUDIO</i> | 18-29 |
| Examen Físico | 30-35 |
| <i>ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS</i> | 36-45 |
| PRUEBAS DIAGNOSTICAS | 46-55 |
| Consideraciones generales | 56 |
| Actuación de enfermería en la esfera psicológica y educación para salud | 57-60 |
| Consideraciones generales | 61 |
| Cuidados de enfermería en el preoperatorio inmediato. | 62-63 |
| PREPARACIÓN DE RECEPCIÓN Y MEDIDAS DE AISLAMIENTO | 64-70 |
| Recepción del paciente. Cuidados de enfermería | 71-74 |

| | |
|--|--------|
| Contenido | |
| CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL POST OPERATORIO MEDIATO | 75-81 |
| Consideraciones generales | 82 |
| C omplicaciones del post operatorio mediato del trasplante hepático | 83-85 |
| URGENCIAS EN EL PACIENTE TRASPLANTADO DE HIGADO. | 86 |
| PRINCIPIOS BASICOS | 87 |
| CARACTERÍSTICAS DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS EN EL PACIENTE TRASPLANTADO DE HIGADO | 88-91 |
| Consideraciones generales | 92 |
| DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA | 93-116 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | |
| ANEXOS | |

Introducción:

Los trasplantes de órganos es hoy en día en el mundo, una alternativa terapéutica cada vez más frecuente, por sus buenos resultados a pesar de los requerimientos y exigencias de este proceso; en Cuba no se ha estado ajeno a estos avances y a partir de la década de los 70 que fue realizado el primer trasplante exitoso, se han estado conquistando resultados de forma paulatina, evidentes en las disminuciones de las complicaciones, mayor supervivencias de los injertos y de los pacientes ,lo cual ha tenido relación con las mejoras de las técnicas quirúrgicas, los procedimientos anestésicos, los avances en la inmunosupresión , las experiencias adquiridas en la atención postoperatorias donde la Enfermería ha tenido un papel primordial, como encargada y responsable de los cuidados.

En la Institución Hermanos Ameijeiras a pesar de que sus inicios en la trasplantología fueron en la década de los ochenta, la actividad que tiene relación con nuestro quehacer diario se consolido a partir del 2002 y fundamentalmente en el 2003, como grupo multidisciplinario cuando comenzó la sala de trasplante hepático el 4 de Agosto, inaugurada el día 15 del mismo mes y año; en el 2005 como estrategias de trabajo y reorganización del hospital al grupo se le asignaron otras misiones relacionadas con la actividad y pasa a ser el servicio de trasplante de órganos sólidos abdominales hasta nuestros días.

Los profesionales de la enfermería, que le han dedicado y le dedican su labor a esta especialidad de trasplante, han reconocido su función y responsabilidad ante la sociedad , por lo tanto han asumido la atención integral , específica y personalizada de estos pacientes, con una cuota elevada de amor y de sentido de pertenencia, logrado un trabajo mancomunado en todo el colectivo, permitiendo que con estrategias de los cuidados que se han planteado en el protocolo de actuación, se hayan desarrollados técnicas y procedimientos con éxitos, reflejándose, en la calidad de vida de los pacientes , así como su supervivencia.

Los protocolos de actuación permiten organización, uniformidad en el quehacer diario de los profesionales y de los equipos de trabajo, eleva el nivel científico; en el caso del personal de enfermería, garantiza además; continuidad, seguridad y calidad de los cuidados que se brindan.

El protocolo de actuación de enfermería en el trasplante hepático, de este servicio refleja el accionar en la práctica clínica diaria del enfermero (a), con sus directrices y pautas en el desempeño en cada momento, en las que les ocupa en sus puesto de trabajo, según sus funciones, en el complejo manejo de estos enfermos.

La primera versión, su objetivo fue: **Establecer normas de la labor diaria;** inmersos en regir y organizar las tareas y funciones en un equipo que en su totalidad se enfrentaba nuevo ha esta actividad.

La segunda versión fue : **Consolidar un estilo de trabajo del equipo y lograr del protocolo un gran instrumento ;** ha sido una guía de referencia sólida, , **para el joven colectivo colaboradores, docentes y alumnos con todos los aspectos que fueron incluidos.**

La tercera versión: **Pretende con su actualización y modificaciones continuar organizando, guiando y perfeccionando la actividad diaria de la gestión del cuidado, del equipo para que sea consultado por todo el personal de enfermería, logrando uniformidad en el accionar diario.**

DESARROLLO

GACETA OFICIAL DE LA REPUBLICA DE CUBA.
Edición Ordinaria, La Habana, lunes 22 de febrero de 1988, Año LXXXVI.

Numero 12

Página 177

Consejo de Ministro.
Decreto No. 139

POR CUANTO: La Ley 41, del 13 de Julio de 1983, Ley de l Salud Publica, establece en su disposición final Primera que el Ministerio de Salud Publica someterá a la aprobación del Consejo de Ministros el proyecto Reglamento de la referida ley.

POR CUANTO: El Ministerio de Salud Publica ha sometido a la consideración del Consejo de Ministros las regulaciones que complementan los preceptos de la Ley de la Salud Publica.

POR TANTO: El Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, en uso de las facultades que le han sido conferidas, decreta el siguiente:

REGLAMENTO DE LA LEY DE LA SALUD PÚBLICA.

CAPITULO IV

DE LA DONACION DE ORGANOS, SANGRE Y OTROS TEJIDOS

Artículo 80: La donación de órganos, sangre y tejidos seria un acto de libre y expresa voluntad del donante o de quien lo represente, según el caso, realizado con fines humanitarios, y se acreditara en el carnet de identidad del donante.

Ningún familiar de un fallecido o persona podría revocar la decisión de donación expresada por este en vida.

Artículo 81: Podrían donar los mayores de 18 años de edad que estén en el pleno uso de sus facultades mentales .Los menores de 18 años de edad no incapacitados podrían donar sus órganos y tejidos con la autorización del padre o la madre, o de su representante legal en ausencia de estos. Cuando se produzca un fallecimiento sin que hubiese plasmado en el carnet de identidad la voluntad de donación, los padres o los representantes de estos, o cualquier otro familiar, podrían autorizar la extracción de los órganos y tejidos del fallecido a los fines establecidos en los artículos 41 y 42 de la Ley.

Artículo 82: La extracción de órganos y tejidos donados con fines terapéuticos se ejecutara en las Unidades y antes las autoridades del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con las formalidades establecidas por el Ministerio de Salud Publica.

CAPITULO V DE LOS PROCEDERES MEDICOS EN LOS TRASPLANTES DE ORGANOS Y TEJIDOS.

De los procedimientos médicos en los trasplantes de órganos y tejidos.

Artículo 83: Todo proceder medico en la realización de trasplantes de órganos y tejidos donados estará condicionado a la certificación de la muerte del donante, conforme a la ley, y ajustado a un severo criterio anatomodiagnostico basado en métodos o procedimientos establecidos o adaptados por el Ministerio de Salud Publica.

Artículo 84: A los efectos de la ejecución de los procedimientos médicos a que se refiere el Artículo precedente, corresponderá al Ministerio de Salud Publica dictar las disposiciones por las que se determinen las unidades asistenciales del Sistema Nacional de Salud autorizadas para la realización de trasplantes de órganos y tejidos, así como el personal de alta calificación encargado de la ejecución de tales procedimientos.

Artículo 85 : El Ministerio de Salud Publica será el organismo facultado para dictar las disposiciones jurídicas dirigidas a crear, organizar y poner en funcionamiento los bancos de órganos, tejidos y otras piezas anatómicas donadas, a los fines de la práctica de los procedimientos referidos en el presente capítulo.

HISTORIA DEL TRASPLANTE EN CUBA. RESEÑA HISTORICA

Antecedentes en Cuba

El Dr. Alberto Inclán y Costa, quien fuera presidente del "Patronato de la Prevención y Asistencia de la Poliomielitis y demás afecciones que produzcan deformidades e invalidez" y fundador, en el año 1943, del Instituto de Cirugía Ortopédica de Cuba fue además el precursor de la trasplantología en nuestro país.



En ese entorno, el Dr. Inclán realizó sus trabajos sobre injertos óseos y fue pionero en el mundo en la creación de bancos de tejidos

Trasplante renal

El 24 de febrero de 1970 un grupo multidisciplinario de especialistas, dirigido por el profesor Abelardo Buch, director-fundador del Instituto de Nefrología en Ciudad de La Habana, practicó el primer trasplante de riñón exitoso a un joven de 16 años, Víctor Blanco Conde (con el riñón de un donante cadáver), quien tuvo una supervivencia de más de 20 años.

Trasplante cardíaco

El 9 de diciembre de 1985, un equipo multidisciplinario del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras dirigido por el profesor Noel González Jiménez realizó el primer trasplante cardíaco en Cuba, siendo éste considerado también el primero realizado en un país del tercer mundo.



Trasplante hepático

El primer trasplante de hígado en Cuba se realizó el 26 de enero de 1986, en el Hospital Clínico-Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, por un equipo multidisciplinario encabezado por los cirujanos René Vallejo y José M. de Dios Vidal, en una intervención que duró más de 12 horas y la paciente tuvo 5 días de supervivencia.



El 17 de julio de 1987 se realizó en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas de Cuba un trasplante hepático, cuyo receptor tuvo una supervivencia de 9 meses; considerado el primer trasplante hepático exitoso del país. El equipo quirúrgico estuvo encabezado por los doctores: Leonel González Rapado y Oscar Suárez Savio. En esos años se realizaron 2 trasplantes hepáticos en el Hospital Vladimir Ilich Lenin, de Holguín, por un equipo liderado por el Dr. José Lorenzo. En la década de los 80 no fueron realizados más de 15 trasplantes hepáticos, y los resultados no fueron del todo satisfactorios. A principios de los 90 este proceder dejó de realizarse.

El día 4 de junio de 2000 fue realizado el primer trasplante combinado y simultáneo de hígado y riñón de Cuba, a un paciente afectado por una Enfermedad poliquística hepato – renal.

El día 28 de septiembre de 2001 fue realizado el primer retrasplante en un paciente trasplantado de hígado en Cuba

En el año 2002 el equipo multidisciplinario del Hospital Clínico-Quirúrgico Hermanos Ameijeiras reinicia el programa de trasplante hepático y en el año 2003 en Agosto, se inaugura la Unidad de trasplante hepático de esta institución que hoy día es la Unidad de Órganos Sólidos Abdominales

El Grupo de Trasplante Hepático del Hospital Pediátrico William Soler se formó en el mes de febrero del año 2004.



El primer trasplante efectuado por este grupo se realizó en el Hospital Hermanos Ameijeiras el día 7 de octubre del 2005. El receptor fue un niño de 7 años con una cirrosis hepática criptogénica, al que le trasplantaron un hígado reducido de lóbulo

Trasplante de Páncrea

El primer trasplante páncreas-riñón fue efectuado por especialistas del Instituto de Nefrología el mes de enero de 1986. En junio de ese año se iniciaron los Programas de los Hospitales Hermanos Ameijeiras y el del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. **Reactivado el programa en el Ameijeiras, en el 2006 se realizo un páncreas riñón con éxitos y en el 2008 otro ambos pacientes evolucionan favorablemente y con muy buena calidad de vida, El grupo multidisciplinario fue encabezado por el Dr José Antonio Copo Jorge**

Trasplante Pulmonar

El primer trasplante de pulmón en Cuba se realizó en el año 1989 en el Hospital Clínico-Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, por un equipo multidisciplinario. También fueron realizados en ese hospital, entre los años 1986 y 1990, 3 trasplantes combinados corazón-pulmón liderados por el Dr. Noel González.



*“Crear posible algo, es hacerlo cierto “
Septiembre 2011*

En enero de 2005 se inició el Programa de Trasplante Pulmonar del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, habiéndose realizado 2 con supervivencia actual.

Trasplante de células progenitoras hematopoyéticas en Cuba

Se tiene como antecedentes en Cuba la referencia de 3 niños con aplasia medular en que se intentó el trasplante de médula ósea en el Hospital "Calixto García" alrededor del año 1956, posterior a estos años existieron otros intentos. En 1985 se realizó el primer trasplante de médula ósea alogénico cumpliendo todos los requisitos de las ciencias médicas de ese momento. Se efectuó en el Instituto de Hematología e Inmunología por un equipo constituido por los Drs. Elvira Dorticós, Porfirio

Hernández, Alejandro González y Catalino Ustáriz, y la Lic. Mercedes Reboredo. El paciente tenía una aplasia medular grave, estaba politransfundido y era refractario a las transfusiones de plaquetas.

En la actualidad este proceder se realiza en cuatro centros del país.

Programas de Trasplantes en Cuba y Hospitales acreditados

TRASPLANTE RENAL

- Instituto de Nefrología
- Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas
- Hospital Hermanos Ameijeiras
- Hospital Luís Díaz Soto
- Hospital Pediátrico de Centro Habana
- Hospital Arnaldo Millán (Villa Clara)
- Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce (Camaguey)
- Hospital General Lucia Iñiguez (Holguín)
- Hospital Saturnino Lora (Santiago de Cuba)

TRASPLANTE HEPATICO

- Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas
- Hospital Hermanos Ameijeiras
- Hospital Pediátrico William Soler

TRASPLANTE CARDIACO

- Hospital Hermanos Ameijeiras

TRASPLANTE PULMONAR

- Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas

TRASPLANTE PANCREATICO

- Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas
- Hospital Hermanos Ameijeiras

TRASPLANTE DE CELULAS HEMATOPOYETICAS

- Instituto de Hematología
- Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas
- Hospital Hermanos Ameijeiras
- Hospital Arnaldo Millán (Villa Clara)

TRASPLANTE DE CORNEA

- Instituto Oftalmológico Ramón Pando Ferrer
- Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas
- Hospital Hermanos Ameijeiras
- Hospital Calixto García

Trasplante Hepático

Definición: Es la cirugía que se realiza para reemplazar un hígado enfermo por el hígado sano de un donante.

Donantes cadavéricos y (donantes vivos, extirpando una parte de hígado para trasplantar. En nuestro medio aun no realizamos esta técnica.)

El trasplante de hígado se considera actualmente la terapéutica definitiva para una gran variedad de enfermedades hepáticas agudas irreversibles y crónicas. Los adelantos en la preservación de los órganos, el manejo transoperatorio, las experiencias en las técnicas quirúrgicas, nuevos y más seguros inmunosupresores, así como el reconocimiento y tratamiento oportuno de las complicaciones, permitieron que en 1983 el trasplante hepático dejara de ser un procedimiento experimental, para convertirse en una modalidad terapéutica desde entonces, este procedimiento se realiza en varias partes del mundo y se reporta una sobrevida global de 85-95% a un año...

Selección de los pacientes:

La selección adecuada del receptor, es fundamental para el éxito del procedimiento. En nuestra unidad la responsabilidad, corresponde al comité de receptores integrada por el clínico hepatólogo, gastroenterólogo, cirujanos, nefrólogas, psicóloga, participa también la enfermera jefa.

Indicaciones Generales:

Las indicaciones generales de trasplante hepático pueden subdividirse en tres grandes categorías: bioquímicas, clínicas y calidad de vida. Dentro de las indicaciones bioquímicas se encuentra: bilirrubina sérica mayor a 5 mg/dL (10 mg/dL en enfermedades colestásicas), tiempo de protrombina prolongado > 5 segundos, albúmina sérica < 2.5 mg/dL. Los criterios de calidad de vida son: encefalopatía grave o progresiva, ascitis refractaria, peritonitis bacteriana espontánea hemorragia por hipertensión portal, desnutrición progresiva, prurito intratable, síndrome hepatorenal, incremento de la hipoxemia, enfermedad ósea avanzada, episodios recurrentes de

sepsis biliar en padecimientos colestásicos, neuropatía xantomatosa y corrección de manifestaciones en otros órganos por enfermedades metabólicas hepáticas.

Indicaciones Específicas:

Actualmente, la hepatitis crónica por virus C y cirrosis por alcohol representan las causas más frecuentes de trasplante hepático en adultos, mientras que la atresia de vías biliares y errores congénitos del metabolismo representan la principal indicación en la población pediátrica.

Hepatitis fulminante:

La mortalidad por falla hepática fulminante es superior a 75%, dependiendo de la etiología. Las variables que mejor predicen el pronóstico son la edad, etiología, grado de encefalopatía, duración de la ictericia, nivel máximo de bilirrubinas y tiempo de protrombina. En pacientes con intoxicación por acetaminofeno, el pH arterial y la creatinina al momento del ingreso son factores pronósticos importantes. En la hepatitis viral se ha descrito que la presencia de coma hepático, factor V de la coagulación menor a 20% y edad menor a 30 años representan criterios de muy mal pronóstico sin trasplante hepático. Las principales causas de muerte en pacientes con falla hepática fulminante son el edema cerebral y la hipertensión endocraneal. Por lo tanto, el monitoreo de la presión intracraneal es crítico en la evaluación de los candidatos a trasplante hepático. Episodios aislados de hipertensión endocraneana no son contraindicación para trasplante hepático, pero hipertensión prolongada > 50 mm Hg o presión de perfusión cerebral < 40 mm Hg son contraindicaciones para el procedimiento. La sobrevida actual en trasplante hepático por insuficiencia hepática fulminante es aproximadamente de 75% a un año. Algunos centros en el exterior están utilizando soporte hepático artificial como tratamiento transitorio hasta que puede realizarse el trasplante hepático, los resultados iniciales son buenos, pero continúa siendo un procedimiento experimental. Otros -grupos realizan trasplante hepático auxiliar, procedimiento que no ha tomado gran popularidad en Europa. Finalmente, se ha descrito la posibilidad de trasplante hepático de donador vivo utilizando el lóbulo hepático derecho. Desafortunadamente, la experiencia es limitada, se ha descrito daño en el injerto por hiperflujo y alta demanda metabólica debido a una masa hepática limitada y, por lo tanto, su eficacia continúa en estudio

Cirrosis biliar primaria:

Existen modelos clínico-matemáticos para predecir el curso de esta enfermedad y ayudar a decidir cuándo realizar un trasplante hepático. En general, se considera que el paciente portador de bilirrubina sérica > 10 mg/ dL debe trasplantarse aunque es recomendable individualizar la decisión porque pueden presentarse complicaciones que indiquen realizar el trasplante antes de que se alcancen los niveles de bilirrubina mencionados, como enfermedad ósea avanzada, hemorragia por hipertensión portal, prurito intratable, etc. La sobrevida en estos pacientes es excelente (mayor a 90% a un año y superior a 85% a cinco años) en centros con experiencia. Se ha descrito recurrencia de la enfermedad en el injerto en casos aislados.

Colangitis esclerosante primaria:

A pesar de la existencia de modelos para predecir la sobrevida en esta enfermedad analizando la edad, los niveles de bilirrubina, el grado histológico, y la presencia de esplenomegalia, el típico curso clínico insidioso de la enfermedad puede complicarse en cualquier momento con colangitis bacteriana recurrente, falla hepatocelular, etc., que indiquen realizar con premura el procedimiento. El 0% de los pacientes con esta enfermedad puede desarrollar colangiocarcinoma, que se considera, en general, contraindicación para el trasplante. Los pacientes portadores de enfermedad intestinal inflamatoria crónica inespecífica deben ser evaluados para descartar neoplasia colónica. La sobrevida es también excelente.

Hepatitis auto inmune:

La terapia inmunosupresora ha demostrado prolongar y mejorar la calidad de vida de pacientes portadores de esta enfermedad, pero no retarda la progresión hacia la cirrosis. Aproximadamente 35% de los pacientes con hepatitis auto inmune ya desarrollaron cirrosis y presentan complicaciones secundarias importantes cuando son diagnosticados. La sobrevida posterior al trasplante es muy buena y es similar a la reportada en pacientes con cirrosis biliar primaria. También se ha descrito recurrencia de la enfermedad, la cual es controlada con incremento de glucocorticoides en el esquema inmunosupresor.

Hepatitis crónica por virus B:

En los inicios del trasplante hepático, la hepatitis crónica por virus B representaba una indicación frecuente, en la actualidad se conoce que la recurrencia en el injerto es muy alta y su curso es acelerado hacia la insuficiencia hepática. En algunos centros es una contraindicación para el procedimiento, en otros se utilizan criterios de selección como marcadores de replicación viral negativos y tratamiento con globulina hiperinmune contra el virus B y antivirales con resultados variables; la disponibilidad y costo del medicamento son una limitante importante. Los pacientes con hepatitis fulminante por virus B de la hepatitis tienen mejor pronóstico, probablemente por el bajo índice de

replicación viral. Parece que la edad de adquisición de la enfermedad es también un factor importante reportándose recurrencias hasta de 100% en pacientes que adquirieron la enfermedad a temprana edad.

Hepatitis crónica por virus C

La recurrencia de esta enfermedad en el injerto es casi universal, pero el pronóstico es mucho mejor. Inicialmente se reportaron sobrevidas similares en comparación con pacientes trasplantados por otras hepatopatías; actualmente, está establecido que el curso clínico tiene un amplio espectro que puede ir desde asintomático, alteraciones en pruebas de funcionamiento hepático, hasta falla hepática fulminante en algunos casos. La gran mayoría de los pacientes presenta disfunción manifestada por alteraciones en pruebas bioquímicas. Varios factores han sido identificados como determinantes en la gravedad de la recurrencia postrasplante como genotipo del virus, niveles de viremia pretrasplante, grado de histocompatibilidad con el donador y nivel de inmunosupresión postrasplante. Los reportes de sobrevida a cinco años continúan siendo alentadores aunque se desconoce el curso de la enfermedad a muy largo plazo.

Enfermedades metabólicas

Las enfermedades metabólicas consideradas para trasplante hepático se dividen en dos grandes categorías: las que no se asocian a lesión clínica o histológica del hígado, como hipercolesterolemia familiar homocigoto, deficiencias enzimáticas del ciclo de la urea, hiperoxaluria primaria, etc., y las que se asocian a lesión hepática como enfermedad de Wilson, deficiencia de alfa-I antitripsina, hemocromatosis, enfermedades por almacenamiento del glucógeno, etc. En los dos grupos la sobrevida es excelente (mayor a 85% a cinco años), sin evidencia de recurrencia de la enfermedad excepto en algunos casos de hemocromatosis

Enfermedad hepática por alcohol

Aproximadamente 20% de los trasplantes hepáticos en los Estados Unidos se realizan en pacientes con hepatopatía por alcohol. Inicialmente, se reportó una alta incidencia de recidiva postrasplante, en la actualidad se requiere que el paciente se incorpore a un programa de rehabilitación y permanezca en abstinencia por lo menos 6-12 meses. En la Universidad de Alabama, en Birmingham, se seleccionan, además, aquellos pacientes con gran apoyo familiar, con lo que se tiene una muy baja incidencia de recidiva después del procedimiento. La experiencia global en los Estados Unidos demuestra que en estos pacientes, la sobrevida a uno y cinco años es similar en comparación con la observada en otras hepatopatías. Debe realizarse una adecuada valoración médica para descartar patología asociada al consumo de alcohol como la cardiomiopatía

Neoplasias

El carcinoma hepatocelular representa la principal neoplasia maligna del hígado, las resecciones hepáticas continúan siendo una parte importante del tratamiento, pero en menos de 30% de los casos pueden realizarse. El trasplante hepático ofrece la

posibilidad de curación. Los carcinomas incidentales, que son aquellos menores a 3 cm encontrados durante el estudio histopatológico posterior al trasplante, tienen muy buen pronóstico. Ciertos tipos histológicos de tumores tienen mejor pronóstico como el Fibrolamelar

Los criterios de selección incluyen: enfermedad localizada en el hígado, vena porta y hepáticas permeables, tumor < 5 cm, no más de tres tumores, serología negativa para el virus de la hepatitis B. A diferencia del carcinoma hepatocelular, el colangiocarcinoma está asociado a muy mal pronóstico, independientemente de la selección o tratamiento.

Por lo que se considera, en general, una contraindicación para trasplante hepático. En otras neoplasias hepáticas, como hemangiocarcinomas, se ha reportado una sobrevida muy limitada; los hemangioendoteliomas epitelioides tienen excelente pronóstico, y en los tumores neuroendocrinos metastásicos al hígado continúa siendo controversiales indicación de trasplante hepático, reportándose resultados variables. En casos de hepatoblastoma se ha informado una sobrevida de 50-70% a 70 meses.

Síndrome de Budd-Chiari

El tratamiento médico de esta enfermedad es limitado. Es de gran utilidad realizar biopsia hepática para decidir entre un tratamiento quirúrgico tipo derivativo o trasplante hepático. Se recomienda el tratamiento con cirugía derivativa en pacientes con enfermedad temprana y trasplante hepático cuando se demuestra cirrosis

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

Con base en la experiencia obtenida, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida representa una contraindicación absoluta para trasplante hepático debido a que, independientemente de la cuenta de subpoblaciones de linfocitos T, la gran mayoría de los pacientes mueren a corto plazo por complicaciones relacionadas al síndrome. La enfermedad neoplásica extrahepática tiene muy mal pronóstico posterior al trasplante hepático debido a la inmunosupresión, solamente se consideran las neoplasias neuroendocrinas con metástasis a hígado como indicación para trasplante hepático en determinadas circunstancias. El colangiocarcinoma y el hemangiosarcoma tienen muy mal pronóstico, por lo que en la mayoría de los centros se consideran como contraindicaciones para el procedimiento. En general, la sepsis activa se considera una contraindicación absoluta. La peritonitis bacteriana espontánea es un riesgo continuo en pacientes con ascitis, por lo que debe ofrecerse profilaxis oral con fluoroquinolonas, especialmente en aquellos en los que ha sido previamente documentada. Cuando se diagnostica peritonitis bacteriana espontánea, se acepta realizar el procedimiento después de 3-5 días de tratamiento si la cuenta leucocitaria disminuyó significativamente después del inicio del tratamiento. No deben trasplantarse pacientes con alcoholismo activo y abuso de drogas. El paciente portador de cardiopatía o neumopatía avanzada debe someterse a una rigurosa valoración por múltiples especialistas; la enfermedad coronaria; si es tratada antes del trasplante con revascularización o angioplastia, no se considera contraindicación para trasplante hepático.

El 50% de los candidatos presentan alteraciones en la oxigenación arterial, la enfermedad pulmonar crónica obstructiva o fibrosis pulmonar impiden la realización del trasplante, en cambio, el asma, las alteraciones respiratorias secundarias a ascitis o debilidad muscular no lo contraindican.

Los pacientes con tuberculosis activa deben ser tratados, de preferencia, durante varios meses antes de la cirugía y hasta un año después de la misma. El síndrome hepatopulmonar actualmente no representa una contraindicación absoluta, algunos pacientes requieren varios meses para normalizar la PaO₂ y de suplemento de oxígeno por un tiempo variable. La insuficiencia hepática aguda avanzada con presión intracraneal > 50 mmHg o presión de perfusión cerebral < 40 mmHg se considera una contraindicación absoluta. La hiponatremia severa se asocia a mielinólisis pontina posterior al trasplante hepático por lo que hiponatremia <120 mEq/L se considera una contraindicación absoluta.

Actualmente, la hepatitis crónica por virus C y cirrosis por alcohol representan las causas más frecuentes de trasplante hepático en adultos en Cuba, mientras que la atresia de vías biliares y errores congénitos del metabolismo representan la principal indicación en la población pediátrica.

Trasplante hepático: Consideraciones generales

Insuficiencia hepática, Primariamente hepatocelular, se considera un valor cercano a 5 mg/dL, siempre dependiendo del contexto clínico. Ocasionalmente, pacientes con colestasis avanzada sin evidencia de enfermedad clínicamente descompensada o pacientes con buena función sintética que desarrollan encefalopatía progresiva o que presentan hemorragia por hipertensión portal recurrente son **candidatos a trasplante hepático, por lo que el juicio clínico sobre las condiciones del paciente, más que los parámetros bioquímicos, continúa siendo la base para la selección de los candidatos a trasplante hepático.**

Enfermería en el proceso trasplante

Características que deben distinguir al personal de enfermería que labora en un servicio de trasplante

1. Debe identificarse y gustarle la especialidad
2. Cumplidor de la disciplina y de la ética profesional
3. Ser responsables y tener espíritu de consagración
4. Demostrar habilidades destreza y desempeño acorde a la calificación profesional alcanzada

Enfermería en las diferentes etapas del proceso donación trasplante.

- ❖ Cuidados intensivos (mantenimiento del donante cadáver .Cuidados post trasplante inmediato)
- ❖ Quirófano (extracción e implantación del órgano)
- ❖ Hospitalización y consultas especializadas, preparación del receptor.
- ❖ Preparación del donante vivo. Cuidados pre y post trasplante mediatos.

Los pacientes pueden ingresar en el servicio de trasplantes de órganos sólidos abdominales en diferentes fases del proceso diagnóstico-terapéutico:

- Estudio como posible receptor para trasplante hepático de donante cadáver

- Estudio como posible receptor para trasplante combinado Hígado-Riñón.

Preparación previa a la intervención quirúrgica.

Cuidado del paciente trasplantado, desde que es dado de alta en UCI, hasta el alta hospitalaria.

Consideraciones Generales

El personal de enfermería que labora en servicios de especialidades y en especial el de trasplante debe distinguirse por tener habilidades técnicas y desarrollarlas mediante la adquisición de la experiencia y el conocimiento , tratar al paciente en primer lugar, tener la capacidad de ayudar al enfermo y a sus compañeros , tener visión del futuro ,distribuir su tiempo y energía adecuadamente, en función de los resultados , tener la capacidad de manejar las informaciones en beneficio del paciente y de la institución

Tener la capacidad de trabajar en equipo en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores de la disciplina, legalidades.

Saber reconocer y responder a los dilemas éticos y morales en la práctica diaria

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE EN ESTUDIO COMO POSIBLE RECEPTOR PARA TRASPLANTE DE HIGADO

Estado que puede presentar el paciente a su llegada a la Unidad:

- Puede llegar deambulando, en silla de ruedas o camilla.
- Procedente de admisión, de otro servicio, ya sea sala de hospitalización o una unidad de cuidados progresivos, o de otro hospital de la capital u otra provincia.
- Con estado general conservado, mal estado o depauperado.
- Con coloración de piel y mucosas normal o pálidas o ictericas.
- Con grandes edemas en los cuatro miembros o sólo en los miembros inferiores, o sin edema.
- Con el abdomen globuloso por ascitis o no.
- Con estado neurológico normal o encontrarse irritable, con desorientación, incoherente, con lenguaje disártrico, o francamente encéfalo hepático.
- Con canulación de vena periférica o central e hidratación medicamentosa o sin ella.
- Con sonda vesical o sin ella.
- Con o sin sonda enteral.
- Con o sin signos de desnutrición.

Recursos materiales:

- 1 estetoscopio clínico
- 1 esfigmomanómetro clínico
- 1 termómetro clínico
- 1 pesa con tallímetro
- 1 portasueros
- 2 aros de sueros
- 1 sonda urinaria con bolsa colectora de orina.
- 1 sonda enteral con bolsa colectora.
- 2 trócares no 20 y 18
- 1 flumíter.
- 1 catéter nasal para oxígeno.
- 1 set de paracentesis.
- 1 carro de cura.(con la disposición del material estéril y soluciones)
- Tubos y frascos para cultivos de sangre, orina, heces fecales, secreciones y líquido ascítico.
- Jeringas Desechables una por (calibre 20 ,10, 5, 1 ml)

Recursos humanos:

- 1 enfermero.
- 1 hepatólogo.

- 1 cirujano

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Recepción: Al recibir al enfermo nos identificaremos con él y su familia con el nombre y calificación profesional, le mostraremos la habitación y cama que ocupará. Luego le informaremos sobre las normas hospitalarias y del Servicio con lenguaje claro, que será reforzado al entregarles el documento que detalla la información para el paciente y familiar (Anexo 1).

Valoración inicial: Lo que constatemus visualmente a la llegada del paciente y que luego se complementara, con las demás acciones y los resultados del examen físico que le realicemos, reflejándolo en nuestros datos objetivos en la historia clínica y que forman parte de nuestra ruta crítica.

Control de constantes (signos vitales):

Son aquellos signos que denotan el funcionamiento de los sistemas orgánicos más importantes para el mantenimiento de la vida.

- Temperatura corporal (°C).
- Pulso y frecuencia cardíaca (latidos por minuto).
- Frecuencia respiratoria (respiraciones por minuto).
- Tensión arterial (mm HG).

Material y equipo:

- Bandeja.
- Riñoneras (2)
- Termómetro clínico.
- Esfigmomanómetro y estetoscopio clínico.
- Torundas de algodón o papel sanitario. (4)
- Bolígrafo o lápiz de color.
- Libreta de notas.

Medida de la Temperatura

Temperatura normal. entre 36-37° C

Hipotermia. cifras inferiores a 36° C

Febrícula o décimas de fiebre. . . . entre 37,1° C y 37,9° C

Hipertermia o pirexia.cifras superiores a 38° C

Valoración de los signos clínicos de la fiebre

Los signos clínicos de la fiebre varían dependiendo del estadio, es decir, del comienzo, del curso o de la terminación.

Al comienzo de la fiebre

1. Escalofríos.
2. Temblores, debidos a contracciones músculo esqueléticas fuertes.
3. Palidez de la piel por la vasoconstricción periférica.
4. «Carne de gallina» causada por la contracción de los músculos pilíferos erectores.
5. Aumento de la frecuencia del pulso por incremento del ritmo cardiaco.
6. Elevación de la temperatura rectal aunque la cutánea sea fría.

Durante el curso de la fiebre

1. Los enfermos no manifiestan tener frío o calor.
2. Se quejan de dolor de cabeza.
3. Enrojecimiento cutáneo debido a la vasodilatación periférica, que permite eliminar calor.
4. La piel está caliente al contacto.
5. Sudoración en algunos casos.
6. Irritabilidad o inquietud por la irritación del sistema nervioso central.
7. Desorientación y confusión con temperaturas extremadamente altas; en los niños, convulsiones.
8. Debilidad generalizada y dolor de los miembros.
9. Pérdida de peso si la fiebre se prolonga.
10. Anorexia, náuseas y vómitos.

Dónde se puede tomar la temperatura?

La temperatura se puede tomar en la boca, la axila y el recto.

a) Temperatura bucal

Para tomar la temperatura bucal, el termómetro se coloca bajo la lengua y a un lado de la boca y se le dice al enfermo que lo sujete con los labios.

Hay que esperar de 4 a 6 minutos.

Este procedimiento está contraindicado en enfermos en coma, niños y enfermos con agitación psicomotriz.

b) Temperatura axilar

Para tomar la temperatura en la axila nos tenemos que asegurar de que ésta se encuentra seca.

El termómetro se coloca en el pliegue axilar, debiendo de estar el antebrazo cruzado sobre el tórax. El termómetro ha de estar en contacto directo con la piel.

Esperar 6 ó 7 minutos antes de retirarlo y leerlo.

Cuando dicha zona se encuentre inflamada debemos de escoger otro procedimiento para proceder a la toma de esta constante.

c) Temperatura rectal

Se realiza en pacientes que se encuentren en coma, en niños y en lactantes.

Antes de introducir el termómetro se debe de lubricar.

El termómetro se tiene que introducir unos 3 cm aproximadamente y dejarlo puesto durante 4 ó 5 minutos.

Pasado este tiempo se sacará y leerá la temperatura. A continuación se procederá a su lavado, que se realizará desde el extremo hacia el depósito de mercurio no es usual en nuestro medio medir la temp rectal pero de tener que hacerlo recordar las medidas de limpieza mecánica y química y mantener ese termómetro a partir de ese momento solo para este tipo de medidas.

Al ser la temperatura rectal 0, 5°C más alta que la temperatura axilar, cuando se vaya a anotar en la gráfica se le debe de quitar medio grado o dejar anotado que se trata de una temperatura rectal.

En aquellas situaciones, en la que se observe una inflamación del recto, hemorroides o si el enfermo ha sido intervenido de esa zona recientemente está contraindicada la toma de la temperatura rectal.

Técnica para tomar la temperatura

1. Verificar que la columna de mercurio se encuentra por debajo de los 36° C. En caso contrario, coger el termómetro por la zona opuesta al depósito de mercurio con los dedos índice y pulgar y agitarlo de forma suave hasta que se consiga bajar de los 36°C.
2. Colocar el termómetro teniendo la precaución de que si lo ponemos en la zona rectal después tendremos que dejar escrito dónde la hemos tomado o, a la temperatura que leamos le tendremos que quitar medio grado.
3. Pasado el tiempo necesario se retirará el termómetro y se registrará la temperatura en la gráfica. Nunca se dirá la temperatura al enfermo sin la autorización del médico. En caso de detectar cualquier alteración se le debe de comunicar rápidamente al facultativo.
4. Lavar el termómetro con agua y jabón y desinfectarlo con alcohol al 70%.
5. **Si la escala del termómetro está graduada en grados Fahrenheit y queremos pasar el resultado a grados centígrados, lo que tenemos que hacer es restarle 32 al resultado y luego se multiplica por 5/9. Si lo que queremos es pasar de grados centígrados a grados Fahrenheit, el procedimiento consiste en multiplicar la temperatura por 9/5 y luego sumarle 32.**

Medida del Pulso

El pulso es la onda pulsátil de la sangre producida por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que se aprecia al comprimir con los dedos una arteria.

La Frecuencia del pulso es el número de pulsaciones por minuto. Así se considera:

Frecuencia normal. de 60 a 80 pulsaciones/ minuto

Bradycardia. por debajo de 60 p/m

Pulso acelerado. de 80 a 90 p/m

Taquicardia. por encima de 100 p/m

El Ritmo del pulso indica la regularidad de los latidos. Según el ritmo, el pulso puede ser:

Rítmico: Cuando las pulsaciones se producen a intervalos regulares de tiempo.

Arrítmico: Cuando las pulsaciones se producen a intervalos irregulares de tiempo.

La Amplitud del pulso indica el volumen de sangre expulsado por el corazón en una contracción. Según la amplitud, el pulso puede ser:

Débil o Filiforme: El que es muy fino y escasamente perceptible.

Febril: Pulso característico de la fiebre; suele describirse como pleno y rebotante.

Fuerte: Pulso forzado; pulso de gran amplitud.

Pleno: Pulso que se percibe con facilidad; el que produce gran amplitud en el vaso que se palpa.

Rebotante: Aquel en el que ocurre una expansión mayor de lo normal que luego desaparece rápidamente.

La Tensión del pulso indica la fuerza con que la sangre sale del corazón. Según la tensión del pulso encontraremos:

Blando. Pulso de tensión baja.

Duro. El que se caracteriza por tensión muy elevada.

Elástico. Pulso completo que produce una sensación elástica en el dedo.

De Tensión baja. Pulso con iniciación súbita, duración breve y declinación rápida; se oblitera fácilmente mediante presión.

¿Dónde se puede tomar el pulso?

El pulso se toma por palpación en las zonas del cuerpo donde se hallan las arterias del cuello, cabeza y extremidades. Las arterias donde se suele tomar el pulso son las siguientes: radial (cara anterior de la muñeca), braquial (se toma en la cara interna del músculo bíceps), central (se ausculta en la punta del corazón), temporal (se encuentra por encima del hueso temporal, por delante de la oreja y detrás de la ceja), carótida (situada a ambos lados de la laringe, en la cara anterior del cuello), femoral (situada hacia la mitad de la ingle), pedia (situada en el dorso del pie), poplítea (que recorre los músculos del muslo en la región de la rodilla, fémur, rótula y tibia). El pulso más usado es el radial.

El pulso central o apical es el pulso que se toma directamente sobre el corazón mediante la utilización de un estetoscopio en el quinto espacio intercostal.

El pulso apical-radial requiere de dos personas para ser tomado. Mientras que una se encarga de tomar el apical la otra toma el radial. En condiciones normales ambos coinciden. Cuando no ocurre esto tendremos que pensar que está sucediendo algo de tipo patológico. A la diferencia que obtenemos entre el pulso apical y el radial es a lo que se llama déficit de pulso.

Hay dos razones básicas para tomar el pulso:

1. La valoración del flujo sanguíneo a una zona determinada, por ejemplo, a un pie a través del pedio.

2. Valorar la frecuencia, el ritmo, el volumen y la tensión del pulso, que pueden reflejar un problema general, como una bradicardia.

Factores que afectan a la frecuencia del pulso

La frecuencia cardíaca se expresa en latidos por minuto. Ésta puede verse afectada por los siguientes factores: la edad, el sexo, la digestión, el ejercicio, las emociones, la temperatura y la posición del cuerpo.

Técnica para tomar el pulso radial

El enfermo ha de estar en posesión de Fowler o sentado, en reposo y con el brazo extendido y relajado.

Se coge la muñeca del paciente con los dedos índices, medio y anular, y se comprime la arteria radial mediante una ligera presión contra el hueso. La palpación que se siente es el pulso. Nunca se tomará el pulso con el dedo pulgar, ya que éste tiene pulso propio.

El tiempo que se ha de permanecer tomando el pulso es de 30 segundos siempre y cuando observemos que éste es rítmico. Si la toma se ha realizado durante 30 segundos el resultado lo tenemos que multiplicar por dos.

En caso de que el pulso sea arrítmico se debe de tomar durante un minuto y realizar también una toma del pulso central o apical.

Medida de la Respiración

Durante la inspiración se produce la expansión del tórax y esta expansión es la que nos va a facilitar la toma de esta constante. Según la frecuencia respiratoria, distinguimos:

Eupnea. 12 a 18 respiraciones por minuto (en el adulto)

Taquipnea. . . . cifras por encima a 18 resp. /min.

Bradipnea. . . . cifras por debajo a 12 resp. /min.

Apnea. ausencia de respiración

Tipos de respiraciones

Abdominal. Respiración en la cual intervienen el diafragma y los músculos respiratorios.

Artificial. La que se efectúa por medios artificiales.

De Biot. Respiración caracterizada por periodos irregulares de apnea alternados con periodos en los que se efectúan cuatro o cinco respiraciones de profundidad idéntica; se observa en pacientes víctimas de hipertensión craneal.

De Bouchut. Respiración en la que la fase inspiratoria es más breve que la fase espiratoria; se observa en niños víctimas de bronconeumonía.

De Cheyne-Stokes. Respiración caracterizada por intensificación y disminución de la profundidad respiratoria, con periodos de apnea que recurren con regularidad. Se observa especialmente en caso de coma resultante de afección de los centros nerviosos.

Diafragmática. La efectuada principalmente por el diafragma.

Estertorosa. La que se acompaña de ruidos roncantes anormales.

Fetal. Intercambio de gases a través de la placenta.

Laboriosa. La que se efectúa con dificultad.

Suprimida. Respiración sin ningún ruido apreciable, como puede ocurrir en caso de consolidación extensa del pulmón o derrame pleural.

Torácica. Respiración efectuada por los músculos intercostales y torácicos de otro tipo.

Cuando se esté midiendo la respiración no sólo hay que fijarse en la frecuencia respiratoria, sino también en el tipo de respiración que presenta el paciente y anotar todo en la hoja de incidencias de Enfermería.

Factores que afectan a la frecuencia respiratoria

Entre los factores que modifican la frecuencia respiratoria tenemos: el ejercicio, la presencia de una enfermedad y la edad.

Técnica para tomar la respiración

Como ya se dijo en la introducción del tema a la hora de medir las respiraciones no se le debe de informar al paciente acerca de lo que se está haciendo ya que entonces respiraría más deprisa y obtendríamos un dato incorrecto.

Se coge la muñeca del paciente como si se le fuera a tomar el pulso, y la situamos sobre su tórax, para poder de esta forma percatarnos de sus expansiones torácicas.

Durante un minuto se cuentan todas las expansiones que realice.

Se anota en la gráfica del enfermo.

Tensión Arterial.

Principios fundamentales

La Tensión Arterial (TA) es el resultado de la presión que la sangre ejerce al circular, en el interior de las arterias, y la resistencia que la pared arterial ejerce sobre la sangre circulante.

La TA se mide en milímetros de mercurio (mm Hg)

Existen dos valores a registrar de la TA; un valor máximo que corresponde a la Presión Sistólica (conocida como máxima) y un valor mínimo correspondiente a la Presión Diastólica (conocida como mínima).

La Tensión Sistólica corresponde a la Sístole Cardíaca, que es el momento de contracción ventricular y refleja el bombeo que el corazón realiza en cada contracción muscular.

En un adulto joven y sano la presión sistólica es de 120 a 140 mm de Hg. aproximadamente.

La Tensión Diastólica se refiere al momento de diástole (relajación del corazón) y refleja la resistencia que las arterias ejercen sobre la columna de sangre que circula por ellas.

La Presión Diastólica en condiciones normales para un adulto joven y sano oscila entre 70 y 80 mm. Hg. Se dice que la Presión Diastólica es la $1/2 + 1$ de la Presión Sistólica.

Los valores de la TA van aumentando progresivamente con la edad. Los ancianos tienen cifras de TA en torno a los 160/90 mm. Hg. considerándose esta cifra normal.

Cuando las cifras de TA están entre los valores medios considerados normales para cada grupo de edad se habla de Normotensión. Si las cifras están elevadas se habla de Hipertensión y si son bajas de Hipotensión.

La TA se registra en la gráfica de constantes vitales en columna azul de ser normal y en columna roja de no serlo.

Es aconsejable para tomar la TA que el paciente:

Se halle en reposo, por lo menos unos 20 minutos antes.

Se haga fuera de las comidas.

Siempre con el mismo aparato, vigilando que esté bien calibrado.

A las mismas horas cada día de ser diarios o en los horarios establecidos por el medico.

La medición debe hacerse estando el paciente sentado de no resistir el decúbito supino, preferiblemente que se encuentre acostado.

Técnica para tomar la tensión

El método auscultatorio es más preciso y recomendable que el método palpatorio.

1. Comprobar que el paciente no está fatigado. Debe haber estado en reposo los últimos 20 minutos y no estar nervioso.
2. Colocar el brazo del paciente en extensión, apoyado sobre una superficie.
3. Enrollar el manguito en uno de los brazos por encima de la flexura del codo. Hay que cuidar el tamaño del manguito. En los niños debe usarse un manguito pediátrico. Para los adultos obesos debe usarse un manguito más ancho que el estándar.
4. Colocar la membrana del estetoscopio sobre la arteria humeral a la altura del pliegue del codo.
5. Tomar el pulso radial al paciente de la forma indicada.
6. Cerrar la válvula de seguridad de la pera del manguito e hinchar el brazaletes por encima de 200 mm de Hg. hasta que las pulsaciones que estamos tomando desaparezcan.
7. Abrir la válvula lentamente para permitir la salida de aire del brazaletes y que la compresión ejercida sobre el brazo disminuya progresivamente.
8. La primera pulsación que se registra en el estetoscopio y en la arteria radial corresponde a la Presión Sistólica. Llega un momento en que los pulsos desaparecen, es decir, no se auscultan. El valor que marca el tensiómetro en ese momento en que se produce esa ausencia es la Presión Diastólica.
9. Anotar los valores. Pasarlos a la gráfica de la TA

▪ Nivel de consciencia:

Al entrevistar al paciente nos podemos percatar de si se encuentra:

- Consciente: alerta y en perfecta relación con el medio.
- Obnubilado: despierto, nos puede decir su nombre, edad, dirección (si no es complicada), obedece órdenes sencillas, pero lo notamos confuso y es incapaz de mantener relación alerta con el medio.

- Estuporoso: la consciencia está más tomada que en la obnubilación, puede variar desde el estupor superficial (confusión y desorientación), hasta el profundo (sólo responde a estímulos dolorosos, en ocasiones con excitación psicomotora)
- .Comatoso: estado patológico en el que se ven afectadas las funciones cerebrales conciencia-motilidad-sensibilidad y las funciones vegetativas; puede ir desde el coma ligero al profundo.

- **Ascitis y edemas:**

Se sospecha ascitis por el abdomen globuloso, con presencia de onda líquida; los edemas, cuando no son evidentes, pueden detectarse por la presencia de Godet.

- **Ingesta y eliminación:**

Se preguntará al enfermo o sus familiares acerca del estado de su apetito, los alimentos que ingería, sus preferencias dietéticas y, si intolerante, comprobarlo.

En cuanto a la eliminación, si orina y defeca con alguna dificultad, la frecuencia y las características de las excretas.

- **Color de piel y mucosas:**

Evaluar la presencia de palidez, íctero, subíctero, hematomas, arañas vasculares o eritema palmar.

- **Estado bucal:**

Estimar la presencia de sepsis evidente, ausencia de piezas, existencia de prótesis y la frecuencia de las evaluaciones estomatológicas.

- **Tratamiento habitual:**

Conocer los medicamentos que consumen el enfermo y sus dosis, para poder identificar la aparición de posibles reacciones adversas a los mismos, así como para brindar información acerca de posibles cambios en el mismo.

Estos aspectos se profundizan son validos, y los profundizan con la técnica del examen físico general.

▪ **Estado nutricional:**

Peso y talla: Se preguntará el peso habitual del paciente, para lo cual se le realizará la siguiente pregunta: “¿Cuál ha sido su peso durante los últimos 6 meses?” y se le pesará. Se consignará el resultado en kilogramos. El resultado de la medición de la talla se consignará en centímetros. Se observará pérdida o ganancia de masa muscular y grasa.

Medidas antropométricas: Son aquellas que se utilizan para determinar el peso y la talla del cuerpo humano.

Las medidas antropométricas mas utilizadas en el examen fisico son el peso y la talla esta responsabilidad la asume el personal de enfermería.

El conocimiento exacto de ambos parámetros es **esencial para calcular dosis de medicamentos, anestesia y valorar el estado nutricional.**

Ponderaciones:

Medición del peso: el peso es el registro del resultado de la acción de la gravedad sobre los cuerpos por lo que es la medida antropométrica más utilizada.

Objetivos:

Valorar el crecimiento y desarrollo teniendo en cuenta las desviaciones en el peso.

Valorar el estado nutricional.

Registrar en la HC el peso del paciente para determinar la conducta a seguir.

Administrar adecuadamente las dosis de los medicamentos en correspondencia con el peso del paciente.

Precauciones:

El local debe tener buena iluminación, ventilación un tamaño adecuado y privacidad.

La balanza siempre debe ser la misma para evitar que aparezcan diferentes resultados.

La balanza debe permanecer en el mismo lugar, en un nivel plano.

Cada vez que se proceda a pesar debe ponerse al fiel la balanza.

La balanza debe estar calibrada y engrasada.

Tener en cuenta la diferencia del peso del papel, servilleta o paño que se coloque sobre la balanza o pesa.

Registrar el peso a la misma hora del día preferiblemente en ayunas o de lo contrario 3hrs como mínimo después de haber ingerido alimentos.

El paciente debe evacuar vejiga e intestinos dentro de sus posibilidades.

El paciente debe estar con la menor cantidad de ropas posibles, descalzo y no tener objetos pesados en los bolsillos

Recursos materiales

Pesa

Paño, servilleta o papel

Lápiz, bolígrafo

Historia clínica u hoja de evaluación y evolución del paciente.

Procedimiento:

- Sitúe el paño limpio o estéril en el caso que lo requiera o servilleta en la plataforma de la pesa para proteger el paciente de agentes externos.
- Ayude al paciente a que mantenga el mínimo de ropa y a quitarse los zapatos
- Observe la oscilación de la aguja hasta que se detenga y quede en equilibrio
- Coloque al paciente en la plataforma de la pesa de pie y con ambos brazos extendidos a lo largo del cuerpo.
- Pese al enfermo que este usando muletas, con ellas y después las muletas solas, reste el peso de las muletas al peso del enfermo para obtener el peso correcto.
- Lea cuidadosamente la numeración o cifra que marca, colóquese frente al instrumento en línea recta para evitar los errores de la visión
- Compare el peso actual con el anterior y anótelos en la HC antes de bajar al paciente de la báscula.
- Ayude a bajar al paciente, vístalo y acomódelo.

Mensuraciones: Consiste en la medición del cuerpo humano y se harán tomando en consideración las siguientes aspectos.

Talla

Perímetro torácico

Perímetro abdominal

Perímetro de miembros (brazos, muslos, piernas)

Talla: Es la medida antropométrica de la longitud del cuerpo humano desde la cabeza hasta el calcáneo

Objetivos:

Valorar el crecimiento y desarrollo del individuo

Determinar la conducta a seguir en correspondencia con el resultado de la medición

Precauciones:

Debe observarse que el tallmetro o la cinta métrica estén completos sus cifras o números.

La cinta métrica se debe colocar en un lugar plano posición vertical de forma tal que el principio de la cinta quede al ras con el suelo.

El paciente se pondrá de pie de espalda al tallimetro, si la talla del paciente excede los 150cm se utilizan 2 cintas métricas una se colocara a partir del piso y la otra se hará coincidir con las marcas del metro de la primera, dejándolo fijo en la pared.

El enfermo debe de estar cómodo y descalzo, en los cabellos no puede llevar rolos, peinados altos sin otros aditamentos.

Rectifique los resultados de la medición.

Recursos materiales:

- Tallimetro o cinta métrica
- Paño o servilleta o papel
- Lápiz o bolígrafo
- Historia clínica

Procedimiento:

Ayude al paciente a ponerse cómodo y quitarse los zapatos.

Coloque un paño, servilletas papel sobre la plataforma de la pesa o donde va a situar al paciente, para protegerlo de los agentes externos.

Coloque al paciente de pie, con la cabeza los hombros y los talones pegados a la pared o superficie lisa, sin doblar las rodillas los brazos deben estar extendidos a lo largo del cuerpo, la cabeza debe estar levantada y la vista dirigida frente.

Toque la cabeza del paciente con la escuadra o cartabón, forme un ángulo recto en relación a la cinta métrica.

Sitúese frente a la cinta métrica para evitar errores en la lectura y anote la cifra que esta por debajo de la marca.

Coloque al paciente de pie en la plataforma de la pesa (previamente cubierta) con ambos brazos extendidos al lado del cuerpo, sin doblar las rodillas y con la vista dirigida al frente (si lo mide con el tallimetro que esta junto a la pesa)

Perímetro: Contornos de una figura geométrica de un espacio cualquiera (es sinónimo de vuelta) los perímetros que se miden en el cuerpo humano tienen como característica común que se realizan con la cinta métrica.

Perímetros toracico, abdominal, miembros superiores y inferiores.

Toracico: La cinta métrica debe rodear el tórax por delante, por encima, de las tetillas y por detrás por la posición infraescapular.

Abdominal: Es la medida alrededor del abdomen, tomada a nivel de la región umbilical.

Miembros superiores e inferiores (brazos, muslos y piernas) medir las dimensiones de la periferia de diferentes segmentos cilíndricos de las extremidades.

- **Condiciones socio laborales y familiares:**

Debemos conocer, por medio del paciente o su familia, si tiene vínculo laboral, si es ayudado socialmente, cómo es la funcionalidad familiar, la existencia de hijos, hermanos, cónyuge, amigos.

Examen Físico

El Examen Físico es la exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos llevados consigo mismo, tales como: termómetro clínico, estetoscopio, y esfigmomanómetro entre los más utilizados.

Métodos para el Examen Físico.

En el Examen Físico intervienen los 4 métodos de la exploración clínica: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, complementados por la termometría clínica, la esfigmomanometría, y si es posible la exploración de la sensibilidad y los reflejos.

Inspección: Es la apreciación con la vista desnuda o cuando más con la ayuda de una lente de aumento, del aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de su superficie externa, como también de algunas cavidades o conductos accesibles por su amplia comunicación, ejemplo: boca y fauces.

Palpación: Es la apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimientos de la región explorada, ello valiéndonos de la sensibilidad táctil, térmica y vibratoria, así como de los sentidos de presión y estereognosico de las manos.

Percusión: Consiste en la apreciación por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo. Puede ser practicada golpeando la superficie externa del cuerpo con las manos desnudas, o valiéndose de un martillo especial.

Auscultación: Consiste en la apreciación con el sentido de la audición, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón, o por la entrada y salida de aire en el sistema respiratorio, o por el tránsito en el tubo digestivo, o finalmente por cualquier otra causa.

Material y equipo:

Para la realización del Examen Físico se hace necesario el auxilio de algunos materiales y equipos:

- Estetoscopio clínico: para la auscultación tanto del Aparato Respiratorio como Cardiovascular, así como los ruidos hidroaéreos (R.H.A.) en el abdomen.
- Esfigmomanómetro: para la medición de la Tensión Arterial (T.A.).
- Termómetro clínico: para la medición de la temperatura corporal.
- Depresor: para el examen de la cavidad bucal.
- Torundas: para diferentes usos durante el examen: secar la región axilar, limpiar el termómetro antes de realizar la lectura, etc.
- Paraban: Para cuidar la privacidad del paciente.
- Sabana: para guardar el pudor y cuidar la privacidad del paciente.

Precauciones:

1. Crear todas las condiciones previamente:
2. Tener en cuenta el estado del paciente:
3. Garantizar la privacidad del paciente:
4. Respetar el pudor del paciente:
5. Mantener al paciente lo más ligero posible de ropas:
6. Garantizar la adecuada iluminación:
7. Evitar las corrientes de aire:
8. Realizarlo preferentemente alejado de las comidas

9. Seguir el orden céfalo – caudal:

Partiendo del principio de que las regiones o zonas superiores son mas limpias que las inferiores, al realizar el examen físico debemos seguir dicho orden, desde la región cefálica hasta la caudal, y si por alguna razón tenemos que regresar hacia arriba, debemos lavarnos las manos nuevamente antes de volver a tocar al paciente, lo cual de no hacerlo constituye una violación importante de principios.

Partes del Examen Físico:

Consta de 3 partes a saber:

1. Examen Físico General.(Aspectos a examinar):
 - Constitución.
 - Deambulaci3n.
 - Decúbito.
 - Marcha.
 - Peso y Talla.
 - Fascie.
 - Faneras (pelos y unas).
 - Piel. (coloraci3n).
 - Circulaci3n colateral.
 - Tejido Celular Subcutáneo. (T.C.S.).
 - Temperatura. ()

Examen Físico General.

Patrón Normal: Paciente normo lineo que deambula sin dificultad, fascie y marcha no característicos de proceso patológico alguno. Guarda decúbito activo indiferente. Pelos de buena implantación y distribución normal. No alopecias. Unas con estrías longitudinales, no lúnulas, no Onicomicosis. Piel acorde a su edad, raza y sexo. No manchas ni lunares. No presencia de circulación colateral. Tejido Celular Subcutáneo no infiltrado. Temperatura: 36, 8 Oc. Peso habitual: 172 libras. Peso actual; 168 libras. Talla: 171 cms.

Desde el primer contacto visual con el paciente y valiéndonos de la inspección, podemos ir evaluando aspectos generales tales como

A). Constitución: El individuo puede ser:

- Brevilineo: De tronco bien desarrollado con extremidades cortas y gruesas. Poca estatura y son corpulentos.
- Normo líneas: Son bien proporcionados.
- Longilineos: Desarrollo desproporcionado de los miembros y el tronco pequeño.

B). Deambulación:

- Deambula sin dificultad.
- Deambula con dificultad.

- No deambula. (sillón, camilla).

C). Decúbito: Se refiere a la posición del paciente en la cama:

- Decúbito supino o dorsal. (acostado sobre su espalda).
- Decúbito ventral o prono. (acostado boca abajo).
- Decúbito lateral. (derecho o izquierdo).

El decúbito puede ser también:

- **Pasivo:** El paciente yace pasivamente sobre su espalda, con tendencia generalmente a deslizarse hacia la pielera de la cama, o hacia cualquier otro lado. Coloca la posición en que se le coloca en la cama. Se encuentra habitualmente en los casos en que el enfermo ha perdido el conocimiento o se halla sin fuerzas o extremadamente debilitado.
- **Activo:** Es aquel en el cual el paciente participa por su propia voluntad y fuerza y puede ser indiferente o forzado según se modifique o no a voluntad sin inconveniente o molestia.

D). Marcha: De gran valor diagnóstico sobretodo en las enfermedades del Sistema Nerviosos. Se debe observar no solo el modo de caminar, sino también la posición del cuerpo, el movimiento de los brazos y la actitud de la cabeza. Entre ellas: marcha guadanante, marcha ataxica, marcha cerebelosa, etc.

E). Fascie: El aspecto y/o configuración de la cara, la expresión facial o fisonómica es de vital importancia en el examen físico, así:

- Sistema Respiratorio: fascie adenoidea, fascie neumónica, etc.
- Sistema Cardiovascular: fascie aortica, etc.
- Sistema Digestivo: **fascie hepática, etc.**

➤ etc.

F). Coloración de la piel: Varía en dependencia de la edad, raza, sexo, y lugar del cuerpo. Entre las alteraciones que podemos encontrar: palidez, rubicundez, seudo ictericia, melanodermias, vitíligo, manchas acrómicas, cianosis, ictericia, etc.

G). Faneras:

- **Pelos:** Debemos observar: cantidad, distribución, implantación y calidad, de acuerdo a su edad, raza y sexo en cuero cabelludo, cejas, pestañas, barba, bigote, axilas y pubis.
- **Uñas:** Debemos observar: forma, aspecto, resistencia, crecimiento y color. Puede haber: Onicofagia (se come las unas), Onicodistrofia (deformidades en las uñas), Onicomycosis (hongos en las uñas).

H). Circulación colateral: Cuando existe un obstáculo por obstrucción, compresión o estrechamiento a la circulación sanguínea en los grandes vasos arteriales o venosos, todos los vasos que se anastomosan con el tronco afectado se dilatan considerablemente en un esfuerzo para compensar la dificultad circulatoria existente. Esta dilatación vascular es visible en los vasos superficiales a merced de los cuales se restablece en parte la circulación sanguínea interrumpida por el obstáculo, se conoce con el nombre de circulación colateral.

I). Tejido Celular Subcutáneo: Normalmente en el se encuentra el tejido adiposo, por lo que se debe observar si el paciente mantiene su peso normal o si esta delgado por haber disminuido o desaparecido su panículo, o por el contrario, si esta obeso por haber aumentado el mismo. Se debe comprobar el peso. Puede haber:

- **Edemas:** Si el líquido que ocupa los espacios intersticiales se encuentra patológicamente aumentado. (edema cardíaco, renal, nutricional, etc).
- **Mixedema:** El Tejido Celular Subcutáneo se encuentra infiltrado por una sustancia dura y elástica de naturaleza mucoide. No deja godet, se acompaña de sequedad y descamación de la piel, fragilidad y escasez de pelos.
- **Enfisema subcutáneo:** Existe en el Tejido Celular Subcutáneo determinando la deformidad y aumento de volumen de la región, es gas, casi siempre aire, hay crepitación característica a la palpación.

J). Temperatura: Como lo describe la técnica ()

K). Peso y Talla: Como lo describe la técnica

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Hemograma, leucograma, conteo de plaquetas.
- VSG.
- Glicemia, Creatinina.
- ASAT, ALAT, FAL, GGT, Bilirrubina, Proteínas totales, Albúmina.
- Coagulograma completo.
- Urea, Ácido úrico.
- Lipidograma completo.
- Electroforesis de proteínas.
- Ionograma, Gasometría (el día del trasplante).
- Serologías: VDRL, AgHBs, AcVHC, VIH, CMV, EBV, Toxoplasma, Herpes Virus.
- Toxoplasma.
- PTG 2 horas.
- Grupo y factor.
- Addis de 2 horas, Proteinuria de 24 horas, Filtrado glomerular.
- Urocultivo, Heces fecales.
- Mantoux, si es necesario.
- Pruebas funcionales respiratorias.
- Rayos X de tórax.
- Ultrasonido abdominal y Doppler hepático.
- EKG, Ecocardiograma.
- EEG
- Laparoscopia y biopsia hepática.
- Duodenoscopia.
- Alfafetoproteína.
- Calcio y Fósforo.
- Arteriografía TAC, RMN (si tumor hepático sospechado o confirmado).

-Si trombosis portal: Venografía del eje espleno-mesentérico-portal.

Interconsultas con: Estomatología-Máxilofacial, Psicología-Psiquiatría, Grupo de Apoyo Nutricional.

El estudio para el trasplante combinado hígado riñón es el mismo solo que se añade el ultrasonido abdominal y Doppler renal, que de ser necesario se realiza angiotap.

Al concretarse el estudio y el paciente pase a formar parte de la lista de espera se garantizara la actualización de las vacunas.

Toxoide tetánico

Hepatitis C

Todas estas pruebas y valoraciones se harán en un período de 7 a 10 días, en el menor tiempo posible, para evitar prolongar la estadía hospitalaria.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y DIAGNÓSTICAS.

Actuación, de Enfermería para la toma de muestras biológicas

Identificación y comprobación

Del paciente al que se le van a realizar los procedimientos para la toma de muestras biológicas.

Del aspecto físico del área en la que se van a realizar.

De los impresos de petición analítica.

De los materiales y medios a emplear.

De los requerimientos y preparación previa del paciente para las determinaciones solicitadas.

De las condiciones especiales que requieren las determinaciones solicitadas.

Preparación del paciente

Explicarle con antelación suficiente y en función de la preparación que requieran las determinaciones solicitadas, qué es lo que se le va a hacer, en términos que pueda comprender.

Explicarle en qué forma ha de colaborar y la importancia de su colaboración.

Proporcionarle la información necesaria respecto al significado de las determinaciones que van a realizarsele.

Proporcionarle la necesaria intimidad para los procedimientos que vayan a realizarsele.

Si los procedimientos a realizar precisan descubrir sus genitales, cubrir adecuadamente al paciente y extremar las medidas de respeto y delicadeza para con las mismas.

Ayudar al paciente para que adopte la mejor posición para la realización de los procedimientos.

Si la obtención de las muestras biológicas puede ser realizada por el paciente, extremar las medidas de información y proporcionarle los elementos adecuados para ello.

Preparación del material y equipo para la obtención de las muestras

Reunir todo el material necesario para la obtención de las muestras y comprobar que es el adecuado para las determinaciones solicitadas.

Asegurar que los materiales se conserven en condiciones de esterilidad, antes y después de la ejecución de los procedimientos para la obtención de las muestras, en aquellos casos que así lo exijan.

Identificar los recipientes en los cuales van a recogerse las muestras biológicas.

Comprobar que la petición de analítica se encuentra debidamente cumplimentada, con todos los datos requeridos en la misma, en letra clara y legible.

Durante los procedimientos:

Observar al paciente e intentar conocer sus temores con relación a los procedimientos que vamos a desarrollar. Intentar ganarse su confianza y tranquilizarle para obtener su colaboración.

Mantener las agujas o materiales que puedan suponer fuente de ansiedad, sobre todo en los niños, fuera del alcance su vista tanto como sea posible.

Dar ayuda física a la persona para que adopte la postura más adecuada en la obtención de la muestra.

Cerciorarse adecuadamente de la viabilidad para la obtención de la muestra, no procediendo a la ejecución del procedimiento si no se tiene completa seguridad sobre ello.

Actuar con rapidez y confianza; con firmeza pero amablemente.

Si la toma de muestra, por su especial complejidad, no la realiza el personal de Enfermería, colaborar con el personal Facultativo en la obtención del mismo y en la garantía de los requisitos que hay que cumplir para asegurar la calidad de la muestra y dar la atención adecuada a la persona a la que se le obtiene.

Observar, en todo momento, las reacciones del paciente durante el procedimiento y actuar de forma adecuada, en caso de que se produzcan situaciones no previstas.

Después de los procedimientos:

Estará al tanto el enfermero(a) responsable del paciente de las posibles alteraciones observadas en la muestra.

Aplicar las medidas de Enfermería necesarias para que no existan riesgos posteriores a la obtención de las muestras, de forma que el paciente tenga el máximo de comodidad y el mínimo de inconvenientes.

Observar con toda atención la posible aparición de reacciones adversas en el paciente especialmente si la obtención ha sido traumática, compleja, delicada o difícil.

Anotar toda la información necesaria en los registros de Enfermería y en aquellos otros que fuese necesario en cada caso.

Asegurar el envío al laboratorio de las muestras biológicas en el menor tiempo posible y con los requerimientos indicados en los protocolos y procedimientos correspondientes, así como toda la información complementaria que fuese necesaria para un exacto conocimiento de las circunstancias específicas que pudiesen acontecer en cada caso.

Estudios complementarios sanguíneos:

Muestras de sangre arterial y venosa

Consiste en la extracción de una pequeña cantidad de sangre de una arteria, vena o capilar, para análisis de laboratorio.

Fundamento:

Determinar los elementos normales de la sangre por análisis de la muestra.

Cuantificar los gases sanguíneos para investigar la eficacia de la ventilación.

Investigar en la sangre la presencia de sustancias extrañas.

Punción capilar: se realiza en el pulpejo del dedo o en el lóbulo de la oreja, previamente desinfectados, con una lanceta de Frankel o una lanceta desechable esterilizada.

Punción venosa: en la sangre venosa se pueden hacer diversos estudios analíticos, ya sean desde el punto de vista hematológico, bioquímico, microbiológico e inmunológico. El personal que realiza la técnica es el técnico de laboratorio u o el personal de enfermería.

Generalmente, para la extracción venosa (si el estudio a realizar es bioquímico), el paciente debe de estar en ayunas de 10 a 12 horas.

Análisis de hematología y hemoquímica:

Se informará al paciente desde el día anterior que se le realizarán estas pruebas, cómo se realizará el procedimiento y quién lo realizará. Tendrá que estar en ayunas. La técnica de laboratorio hará la extracción sanguínea y se llevará las muestras, excepto las de Microbiología, que serán llevadas por la secretaria de la Unidad.

Prueba de Tolerancia a la Glucosa de 2 horas:

Se le informará desde el día anterior al enfermo de la realización de esta prueba, de cómo se realizará el proceder y o quién y dónde se hará, así como que tiene que encontrarse en ayunas.

El enfermo amanecerá en ayunas y acudirá, acompañado por un familiar, al laboratorio central del hospital (sótano) a las 7:00 a.m. Allí se le extraerá sangre una primera vez y se le brindará un vaso de agua azucarada, para repetirle la extracción después de una hora. El resultado de esta prueba será reclamado y recibido por la secretaria de la Unidad.

Gasometría arterial:

Punción Arterial: se realiza para medir la presión de los gases en sangre (gasometría arterial = GSA, gasometría venosa = GSV).

El sitio más utilizado para este tipo de extracción es la arteria radial, pudiéndose extraer también de otras arterias como la femoral. La jeringa debe ser previamente heparinizada (la heparina es un anticoagulante que evita la coagulación de la sangre).

Una vez desinfectado el lugar de punción se palpa la arteria con los dedos índices y medio, de la mano que quede libre.

Cuando se perciba la pulsación, se inserta la aguja en el espacio que queda entre los dos dedos, en un ángulo de 45 - 90 °C.

Se puede asentar la muñeca sobre la superficie próxima al sitio de punción con objeto de controlar mejor los movimientos de la mano. La extremidad del paciente debe estar lo más extendida posible. La cantidad usual para una muestra es de 2 a 4 ml y debe ser enviada de forma inmediata al laboratorio ya que si no es así se alteran los valores

*Recordar la desinfección mecánica con (agua y jabón) eliminar con agua clara.

*desinfección química con (alcohol y yodopovidona)

Complementarios de orina**Proteinuria de 24 horas y Filtrado Glomerular:**

El enfermo recogerá toda la diuresis del día en frascos que se le facilitarán,

preparados con preservio para este fin. No deberá alterar su ritmo diurético

ingiriendo más líquidos de lo acostumbrado. Comenzará la recogida a las 8:00 a.m.

de un día y concluirá a la misma hora del siguiente. Al enviar las muestras, en la

solicitud se anotará el peso actual del paciente.

Conteo de Addis de 2 horas:

Se le entregarán al paciente los frascos necesarios con preservio.

El enfermo debe levantarse temprano en la mañana y desechará la orina acumulada en vejiga, para luego comenzar a orinar de 6:00 a.m. a 8:00 a.m. o de 8:00 a 10:00 a.m., acumulando la diuresis de 2 horas.

Cituria y Parcial de orina:

Es la recogida de una muestra única de orina -generalmente la primera de la mañana, por ser la más concentrada- para su estudio bioquímico elemental o básico (investigación de presencia de glucosa, cuerpos cetónicos, sangre, proteínas, pH, densidad, sedimento...). no necesariamente el frasco tiene que ser estéril

Urocultivo:

La muestra de orina que se recoge es la de la mitad de la micción, para así evitar la contaminación de la muestra por microorganismos que se hospedan normalmente en la uretra distal, ya que la corriente inicial de orina los arrastra

Se le brindará al enfermo el frasco estéril con las indicaciones para la toma de la muestra. En el horario de la mañana, previo aseo de genitales con agua, jabón

Las mujeres se limpian la vulva con una solución limpiadora (agua yodada) de delante hacia atrás. Se separa el labio uretral y se descarta una pequeña cantidad de orina al principio de la micción y se recoge la muestra de la mitad de la misma en un recipiente estéril, el cual se cierra inmediatamente.

En los hombres se retira el prepucio y se lavan el glande y el área que envuelve el meato. Este se limpia en movimiento circular hacia fuera, pues de otra manera se desplazan los microorganismos del orificio hacia las vías urinarias. Después de la limpieza se procede a la recogida de la orina.

*Es imprescindible explicar de forma clara y sencilla al enfermo y su familiar los

detalles, del procedimiento para que logre recoger la muestra debidamente esto es en el caso que pueda realizarlo solo.

*En caso de que el enfermo tenga sonda vesical es necesario realizar un buen aseo de genitales en ambos casos como anteriormente se explica y luego realizar una desinfección con yodopovidona de la zona proximal de la sonda de lo sucio a lo limpio retirar con torundas estériles residuos del yodo esta técnica es aséptica (uso de guantes estériles) luego colocar el frasco estéril evitando contaminaciones.

*Recordar siempre que se le vaya dar uso al yodo consultar con el enfermo o familiar historia de sensibilidad al mismo.

Toma de muestras para estudios microbiológicos:

La muestra debe ser representativa del proceso infeccioso.

Debe recogerse una cantidad suficiente para asegurar un examen apropiado.

Deben tomarse en dispositivos estériles y herméticos.

Todas las muestras deben ser transportadas lo antes posible al Laboratorio de Microbiología.

Cada recipiente conteniendo la muestra debe ir identificado con el nombre del paciente y acompañado de la orden, con todos los datos con letra clara y legible.

Instrucciones para la recogida de muestras

La toma de muestras para examen microbiológico debe realizarse mediante hisopo, jeringa, tubos o frascos, dependiendo del tipo de muestra y del examen que se deba realizar.

Hisopos: tienen la ventaja de ser económicos y la recogida de la muestra y el transporte de la misma son fáciles. La desventaja está principalmente en la escasa cantidad de muestra que se toma, no siendo suficiente para el estudio microscópico y múltiples cultivos (debe haber, al menos, 10 millones de microorganismo en un hisopo para detectarlos mediante tinción de Gram).

Jeringa: deben utilizarse para todo tipo de líquidos y fluidos, constituyendo, a la vez, un mecanismo de transporte si, previamente extraído el aire, la tapamos con un tapón de goma.

Vial de transporte para anaerobios: existe una amplia gama de estos viales ya comercializada, que contiene una atmósfera de CO₂ e indicador que cambia de color en condiciones aerobias.

Tubos y frascos: existe una gran variedad para el transporte de líquidos y tejidos, deben ser estériles, con cierre hermético (no algodón o celulosa) e irrompibles.

Heces fecales:

El estudio microbiológico de las heces se llama coprocultivo. El personal que realiza la técnica es el personal de Enfermería.

La muestra tiene que ser de heces recién emitidas, y la cantidad mínima necesaria para que sea adecuada tiene que ser de 1 ó 2 gramos, en el caso de tratarse de heces formadas o pastosas, y entre 5 y 10 ml en el caso de que sean líquidas. Para la muestra se escogerán aquellas porciones que contengan sangre, moco o pus. Son inadecuadas las muestras contaminadas con orina. Una vez recogida la muestra se enviará al laboratorio en un periodo inferior a 30 minutos desde su emisión. En caso de que no se pueda enviar en ese período de tiempo se conservará en la nevera.

Los diferentes estudios que se pueden llevar a cabo son:

Estudio bacteriológico: deben recogerse en recipiente estéril y enviarse rápidamente al laboratorio para su procesamiento, ya que muchos patógenos intestinales pueden morir o enmascarar su presencia por el sobrecrecimiento de la flora microbiana normal.

Estudio parasitológico: debe recogerse la muestra de heces en recipiente estéril y hermético, y enviar al laboratorio al menos tres muestras tomadas en días distintos. El resultado negativo de una sola muestra es de valor limitado.

Examen de oxiuros: la muestra debe tomarse a primera hora de la mañana antes de la defecación y lavado. Se realiza previa separación de los glúteos.

Se le entregarán al enfermo un, o los frasco, estériles y depresores estériles. La primera deposición de la mañana la realizará en una cuña estéril y la recogerá con ayuda de un depresor habiéndole explicado correctamente el proceder a el y su familiar. En el caso del enfermo encontrarse con limitaciones la enfermera es la encargada de realizar el proceder.

Otras complementarios como toma de muestras de esputo, exudados, cultivos de heridas, lesiones, cultivos de muestra de liquido cefalorraquídeo y ascítico, hemocultivos, no están dentro del protocolo a realizar pero no hemos estado exentos

de tener que realizarlos, en algún momento que ha sido necesario o apoyar en su realización por tanto es necesario que conozcamos el proceder correcto. (21)

A la extracción de sangre para cultivo se le denomina **hemocultivo** y se suele realizar cuando el paciente tiene un pico de febril y se quiere detectar cual es el microorganismo causante. Normalmente, cuando se solicita un hemocultivo se acompaña también de un antibiograma, mediante el cual se nos muestran los antibióticos a los que el germen detectado es resistente y a los que es sensible.

Una vez detectado a qué antibióticos es sensible el germen se instaura la pauta antibiótica más oportuna.

La vena elegida para el hemocultivo no debe tener conectada ningún catéter venoso.

Las venas más utilizadas para una punción son la vena cubital o la cefálica, y la basílica en el brazo

Hemocultivo

Material necesario para la extracción de un hemocultivo:

Guantes estériles. (2 pares)

Solución de povidona yodada.

Hibitane alcohólico.

Gasas estériles. (4 paquetes de torundas)

Riñonera estéril 2 (1 Riñonera para deshecho)

Agua y jabón

Jeringas de 5 ó 10 ml (preferentemente de 10 ml).

3 agujas (para cada muestra)

- Ligadura

- 6 frascos de hemocultivo para aerobios y anaerobios (3 de cada tipo).en nuestro medio recogeremos según muestras indicadas por el facultativo de evidencias de hipertermia lo ideal es 3 muestras seguidas cada 15 mts.

Procedimiento:

Información al paciente del proceder que se le realizara.

Lavado de manos

Desinfección de los tapones de los frascos de hemocultivo con agua y jabón luego alcohol hibitane.

Verificar zona a puncionar en miembros superiores.

Desinfección mecánica de la zona elegida.

Colocación de la ligadura.

Colocación de los guantes y desinfección de la zona elegida para la punción con yodopovidona (preguntar al enfermo o familiar si no es alérgico antes del proceder).

Realizar una primera punción y extraer de 5 a 10 ml de sangre.

Retirar la ligadura y presionar de manera directa en la zona de la punción.

Cambiar la aguja usada para la punción por otra nueva, e introducir la sangre en el frasco elegido.

A los 15 minutos de la primera extracción se realiza una segunda punción y, pasados otros 15 minutos, se realiza la tercera y última punción. Tras la primera punción se puede administrar el antitérmico que tenga prescrito.

Tras cada punción se etiquetan debidamente los frascos, se apunta la hora de la extracción y se numeran del uno al tres. Una vez obtenidas las tres muestras se envían al laboratorio con la orden correspondiente. Si los frascos no se envían inmediatamente al laboratorio, se mantendrán en una estufa de cultivo a 36-37 °C; nunca se refrigeran en la noche los enviaremos al laboratorio del quinto piso
*Recordar los procedimientos de la desinfección mecánica y química como están establecidos

Muestra de esputos

El esputo es una mezcla de secreciones del tracto respiratorio inferior y superior. En este tipo de muestra adquiere especial relevancia la forma en que se recoge, debido a la gran facilidad con que se puede contaminar por la flora orofaríngea (esto puede evitarse si se recomienda al enfermo que se lave la boca con solución salina o agua templada antes de proceder a la recogida de la toma de muestra. Nunca se debe usar antisépticos). Si es difícil conseguir que el enfermo expectore, se le puede ayudar colocándole en la posición más adecuada para el drenaje, y diciéndole que tosa a la vez que le golpeamos suavemente en la zona de la que se sospeche la existencia de patología pulmonar. Otra forma de facilitar la expectoración es mediante la administración de nebulizaciones de una solución hipertónica de cloruro sódico (de 5 a 10%) calentada (esputo inducido). Esta solución tiene como fin humedecer el aire que va al tracto respiratorio inferior facilitando la capacidad de los cilios para ascender las secreciones deshidratadas, viscosas y gruesa como es necesario medicar al enfermo en este caso previamente se consulta con el facultativo por si esta de acuerdo o toma otra decisión.

Se recomienda recoger el primer esputo de la mañana en envase estéril con cierre de rosca. Si no es enviado rápidamente (se debe de enviar en un período inferior a dos horas) al laboratorio debe conservarse en nevera a 4° C. Se recomienda obtener un volumen de 5 a 10 ml cuando sea posible.(21)

Muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR):

La extracción del LCR (es el líquido que llena los ventrículos cerebrales y los espacios subaracnoideos del cerebro y de la médula espinal. Su color es transparente, la presencia de sangre le da color rojizo y la infección hace que aparezca turbidez) se conoce como punción lumbar, espinal o raquídea.

Cuando se decide proceder a su realización, es para fines diagnósticos o terapéuticos. Decimos que se realiza con fines diagnósticos cuando lo que se pretende es investigar los componentes del líquido o medir la presión del LCR. Por contra, se dice que se realiza con fines terapéuticos cuando lo que se pretende es tratar de disminuir la presión existente, introducir aire o ejecutar la raquianestesia.

El lugar de punción adecuado es entre las vértebras lumbar 3, lumbar 4 y lumbar 5 (L-3, L-4, L-5). Lo más frecuente es entre L-3 y L-4.

El personal encargado de ejecutar la técnica es el Facultativo. Se considera técnica aséptica.

La posición que debe de adoptar el paciente es decúbito lateral, al borde de la cama y con la espalda arqueada, apoyando, incluso, la cabeza en las rodillas (posición fetal).

Durante la ejecución de la técnica se debe prestar especial atención al estado de consciencia y a la ventilación del enfermo. Si el paciente llegara a presentar mareos o cefalea intensa se procederá a la interrupción de la misma.

La presión inicial normal del LCR es de 60-180 mm H₂O, según el tipo de manómetro.

Procedimiento:

Informar al paciente de lo que se le va a hacer y de la importancia de su colaboración.

Colocar al paciente en la posición adecuada.

Desinfectar la piel con povidona yodada hasta la cresta ilíaca.

El médico (vestido de forma estéril) será el encargado de colocar los paños estériles (uno lo colocará debajo del paciente y el otro en la zona de la punción).

Al sacar el fijador del trocar recogerá la muestra del LCR o aplicará el manómetro para conocer la presión del líquido. El líquido que va fluyendo del trocar se reparte en varios tubos: para microbiología, bioquímica, anatomía patológica, etc.

Una vez retirado el trocar se presiona en la zona de punción con una gasa estéril.

Se pinta de nuevo la zona de punción y se cubre con un apósito estéril.

Seguidamente se coloca al paciente en la posición de decúbito supino y sin almohada (como mínimo dos horas).

Durante las primeras horas posteriores a la ejecución de la técnica se debe controlar la presión arterial

Una vez recogida la muestra debe ser trasladada inmediatamente al laboratorio para su procesamiento. El transporte puede realizarse en un tubo de ensayo estéril o preferentemente en un vial de transporte que contenga un medio adecuado. En caso de que no se pueda enviar a laboratorio, la muestra se conservará siempre a 37° C, nunca se mantendrá a temperatura ambiente ni se guardará en nevera.

Muestra de Exudados

Los exudados abarcan una variedad de muestras que requieren un procesamiento distinto dependiendo de su origen. Los microorganismos que se encuentran en los exudados van a estar condicionados por el lugar de la lesión y las áreas adyacentes de la misma. Por tanto, las órdenes deben llegar perfectamente cumplimentadas con el diagnóstico clínico, tipo de muestra enviada y tratamiento antibiótico.

La obtención de la muestra la lleva a cabo generalmente el técnico de microbiología o el personal de enfermería y siempre la va realizar con fines diagnósticos.

Exudados de heridas:

Las infecciones de heridas son generalmente debidas a bacterias y, ocasionalmente, a micobacterias y hongos. Los hisopos rara vez contienen material suficiente para examen microscópico y cultivos, pero en caso de obtener una muestra con ellos, éstos deben utilizar un medio de transporte adecuado. Lo más correcto es realizar la toma de la muestra (en caso de pus y exudados) mediante aspirado con aguja y jeringa. Antes de proceder al aspirado de zonas profundas para la obtención de pus, se debe limpiar la

superficie de la herida con suero fisiológico. El volumen mínimo necesario es entre 1 y 10 ml (en caso de que la muestra sea líquida).

Cuando la muestra obtenida sea insuficiente, se procederá a inyectar suero salino y a aspirarlo nuevamente en la jeringa obtenida. Dicha muestra debe ser enviada al laboratorio en un período inferior a dos horas, requiriendo para ello de la utilización de medios de transporte que hagan posible la conservación de la muestra a temperatura ambiente hasta su procesamiento.

Exudados de accesos:

El profesional de Enfermería se encargará de preparar el material necesario para la toma de la muestra (paños gasas estériles, guantes estériles, antiséptico, frasco estéril, jeringa y agujas estériles).

Para obtener la muestra se procederá a la desinfección de la zona (primero se realizará con alcohol y después con povidona yodada -Betadine-) mediante movimientos circulares, y desde la zona donde se va a realizar la punción hacia afuera. Posteriormente se procederá a la extracción de la muestra de forma aséptica, mediante la punción y posterior aspiración. La cantidad mínima necesaria para que la muestra sea adecuada se encuentra entre 5 y 10 ml. Una vez recogida la muestra debe ser enviada de inmediato a laboratorio. En caso de no ser posible el envío inmediato, se debe conservar en estufa a 35-37 °C y, si no existiese estufa, se mantiene a temperatura ambiente. (El proceder de puncionar el medico al no ser que se nos haya orientado)

No se debe refrigerar.

*En nuestro medio al utilizar el hisopo (aplicador) al no ser previa indicación recogeremos la muestra en tubo de ensayo seco y estéril, del mismo modo los cultivos de punta de catéter, drenajes, sondas.(21)

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Para la realización de todas las pruebas, la Asistente de Pacientes del servicio es la responsable del traslado de los enfermos y sus familiares a los diferentes departamentos del hospital, con la documentación necesaria completa incluyendo historia clínica.

.ECOGRAFÍA O ULTRASONIDO DE HEMIABDOMEN SUPERIAOR Y DOPPER HEPATICO (USHAS)

Debe ser el primer examen que se realice a un paciente con sospechas clínicas de problemas en el hígado y vías biliares es un examen dinámico no invasivo y puede servir para evaluar dilatación de la vía biliar y extra hepática. ()

ACCIONES DE ENFERMRIA.

- 1- Informar al paciente, el día antes del procedimiento, acerca de la realización y en que consiste la prueba.
- 2- Orientar ayuna de 12 horas al paciente

LAPARASCOPIA

Consiste en la inspección de la cavidad abdominopelviana y de los órganos que contiene, a través de un instrumento óptico (laparoscopio), que precisa de la realización previa de un neumoperitoneo, que amplía la superficie de exploración, la maniobrabilidad del instrumental e impide daños viscerales a la penetración del mismo. Permite, además de la exploración, la toma de muestras y la realización de maniobras diagnósticas y terapéuticas.(22)

ACCIONES DE ENFERMRIA.

1. Informar al paciente, el día antes del procedimiento, acerca de la realización del mismo, dónde y por quién, y brindar respuesta a sus interrogantes. El enfermo debe estar en ayunas.
2. Preparar: bandeja, riñonera estéril, cuchilla, máquina de rasurar, torundas estériles, agua y jabón.
3. Lavar la pared abdominal con agua y jabón, usando torundas estériles.

4. Rasurar el hemiabdomen inferior, incluyendo zona umbilical, en el sentido de los vellos y teniendo cuidado de no lesionar la piel.
5. Limpieza de la máquina y cuchilla en riñonera estéril, cada vez que sea necesario.
6. Secar la piel con toalla.
7. Es importante contar antes del procedimiento, cuando se va a realizar biopsia hepática, con un coagulograma reciente. De este tener valores anormales, el enfermo deberá ser preparado antes de la laparoscopia con hemoderivados (plasma) y repetirse el estudio, ya que de mantenerse alterados, la prueba se diferiría.

Después de la Laparoscopia:

ACCIONES DE ENFERMERIA.

1. Recepción del paciente en sala.
2. Traslado a su habitación, donde será acostado en decúbito lateral, lo que contribuirá a la atenuación de las molestias asociadas al neumoperitoneo. Si sólo se realizó la laparoscopia, puede deambular e ingerir dieta normal.
3. Garantizar alivio del dolor.

Biopsia hepática

Consiste en la toma de un fragmento del hígado con el objetivo de realizar su estudio anatomopatológico. Puede realizarse durante el acto laparoscópico o por vía percutánea, a ciegas. (22)

ACCIONES DE ENFERMERIA.

- 1-Se le informará al enfermo el día antes de la realización del procedimiento y se le explicarán las características del mismo, aclarando sus dudas al respecto.
- 2-l paciente acudirá al estudio en ayunas y con el hemiabdomen derecho rasurado.

Después de la biopsia:

ACCIONES DE ENFERMERIA.

1. Recepción del paciente en sala.
2. Traslado hacia su cama, donde reposará en decúbito lateral derecho durante 2 horas, lo que favorecerá la consolidación de coágulo en el trayecto del trocar de biopsia. Posteriormente, decúbito indiferente, pero garantizando el reposo durante 24 horas.
3. Medir los parámetros vitales cada hora durante 3 horas continuas y luego cada 6 horas, con el objetivo de detectar cualquier alteración hemodinámica.
4. Evaluar la coloración de piel y mucosas.
5. De existir algún signo o síntoma sugestivo de complicación, solicitar evaluación por el médico de asistencia o de guardia.
6. Escribir con letra clara y legible todos los datos de la evaluación del enfermo posterior a la prueba.

Esófago-gastro-duodenoscopia:

Inspección intraluminal del esófago, estómago y duodeno, mediante la progresión transbucal de un instrumento flexible de fibra óptica con una cámara colocada en su extremo. Permite apreciar el estado de las mucosas de los órganos del tubo digestivo descritos, así como de sus pliegues, esfínteres y la ampolla de Váter, y evaluar la motilidad de los mismos. Permite también asociarle toma de muestras para biopsias y algunos procedimientos terapéuticos.(22)

ACCIONES DE ENFERMIA.

1- Se le informará al paciente, el día previo a la realización del estudio, dónde, cuándo y por quién será hecho el mismo y se le brindarán respuestas a sus interrogantes.

2 El enfermo debe tener 12 horas de ayuno y no haber fumado.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

Endoscopia digestiva alta la que se le asocia manipulación del área de la ampolla de Váter para, con la combinación auxiliar de radiografías contrastadas, detectar visualmente alteraciones del duodeno, páncreas y la vía biliar y realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos endoluminales no quirúrgicos sobre estos

órganos (esfínterotomías, extracción de cálculos y otros elementos, toma de biopsias, colocación de endoprótesis, etc.). (22)

ACCIONES DE ENFERMERIA.

- 1- Se informará al enfermo sobre las características y detalles (lugar, hora, médico responsable) del procedimiento, el día antes de realizarlo.
- 2- Se avisará a anesthesiólogo del equipo de trasplantes la hora de la prueba el día antes de la misma, para garantizar que auxilie con sedación durante la ejecución de la misma.
- 3- El enfermo debe tener 12 horas de ayuno y de no haber fumado.
- 4- En la mañana del estudio, antes de trasladarse al departamento de Radiología, se le administrará antibiótico (como profilaxis según indicación medica)

Después de la CPRE:

ACCIONES DE ENFERMERIA.

1. Recepción del enfermo.
2. Traslado a su cama, donde reposará en decúbito supino con Fowler de 15°.
3. Garantizar alivio de dolor con la consulta medica
4. Garantizar ayuno del enfermo hasta que se le indique restablecer la vía oral. Ante la interrogante del enfermo por la prohibición de ingestión de alimentos, debe responderse que luego de la manipulación realizada durante el proceder puede producirse inflamación del páncreas (pancreatitis), lo cual se puede exacerbar con la ingestión de alimentos.
5. Monitorizar parámetros vitales cada 2 horas durante 8 horas.
6. Garantizar la determinación de niveles sanguíneos de amilasa a las 6:00 p.m. del día del estudio y 6:00 a.m. del siguiente, y su valoración por el médico.
7. Autorizar la ingestión de alimentos sólo después de la realización de los complementarios y por orientación médica.

8. Anotar con letra clara y legible en la historia clínica los datos de la evolución del enfermo.

Paracentesis

Evacuación de líquido ascítico de la cavidad peritoneal con fines diagnósticos y terapéuticos. (22)

ACCIONES DE ENFERMERIA.

- 1-Se informará al enfermo de las características del procedimiento y se aclararán sus dudas al respecto.
- 2-Se procederá al mismo en la Unidad de Enfermería o en la cama del paciente, en dependencia de su estado general, extremando las medidas de asepsia y antisepsia.

Material y equipo:

- Set de paracentesis (1).
- 4 paquetes de torundas estériles.
- Solución antiséptica (yodopovidona).
- Trócar nº 14 (2).
- Lidocaína 2% (1 bulbo).
- Equipo de venoclisis (1).
- Frascos estériles.
- Tubos de ensayo estériles para cultivos, estudio bacteriológico y cito químico.

-Guantes estériles (2 pares).

-Guantes de manipulación

-Apósito mediano (1).

-Esparadrapo.

Acciones de enfermería:

1. Ayudar al enfermo a colocarse en decúbito supino sobre la camilla.
2. Realizar desinfección mecánica y rasurar el abdomen si fuese necesario.
3. Apoyar al médico en el proceder y garantizar todo el material.
4. Observar el líquido ascítico drenado y sus características y realizar los cambios de frasco cada vez que se haga necesario.
5. Evaluar el estado general del enfermo durante el procedimiento y monitorizar los parámetros vitales cada media hora.
6. Al concluir el drenado, retirar el trócar por orden médica y cubrir el punto de punción con un apósito, y hacer ligera compresión al colocar el esparadrapo.
7. Escribir con letra clara y legible en la historia clínica los detalles del proceder, la evolución del enfermo, la cantidad del líquido y sus características.
8. Garantizar que las muestras del líquido sean llevadas por la Secretaria de la Unidad a los laboratorios central, de Microbiología y Anatomía Patológica, según las indicaciones con la documentación completa y frascos y tubos de ensayos bien clasificados y rotulados.

TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA.

Es la toma de imágenes de rayos X desde muchos ángulos. Dichos rayos son detectados por el escáner y analizados por medio de un ordenador que, a su vez, reconstruye los datos en imágenes del área del cuerpo examinada. Dichas imágenes se pueden ver en un monitor o se pueden reproducir como fotografías. Un escáner para tomografía computarizada es una máquina independiente con un gran orificio en el centro. El paciente se acuesta sobre una camilla que se desliza dentro de dicho orificio. Los pacientes que tengan dificultades con los espacios cerrados, como los que se encuentran en los escáneres para resonancia magnética, generalmente no tienen problema con este tipo de examen.

El radiólogo decide si es necesario inyectar un medio de contraste en una vena periférica para evaluar ciertos órganos y enfermedades de una mejor manera. ()

TC ABDOMINAL (TC significa tomografía computarizada) es un método imagenológico que utiliza rayos X para crear imágenes transversales del área ventral.

Cuáles son los riesgos

Una TC abdominal generalmente no se recomienda para mujeres embarazadas, ya que puede causarle daño al feto. Las mujeres que estén o puedan estar embarazadas deben hablar con el médico para determinar si en lugar de este procedimiento se puede utilizar la ecografía.

Las tomografías computarizadas y otros procedimientos con rayos X son estrictamente controlados y regulados para garantizar que se utilice la menor cantidad de radiación. Las TC realmente crean bajos niveles de radiación ionizante, que tiene el potencial de causar cáncer y otras anomalías. Sin embargo, el riesgo asociado con cualquier gammagrafía individual es pequeño y se incrementa a medida que se llevan a cabo numerosos estudios adicionales.

En algunos casos, una TC todavía se puede hacer si los beneficios superan ampliamente a los riesgos. Por ejemplo, puede ser más arriesgado no someterse al examen, especialmente si el médico cree que la persona podría tener cáncer.

El medio de contraste utilizado con mayor frecuencia es a base de yodo. Una persona alérgica a este elemento puede experimentar náuseas, estornudo, vómitos, picazón o ronchas. En muy raras ocasiones, el medio de contraste puede causar anafilaxia (una reacción alérgica potencialmente mortal).()

ATENCION DE ENFERMERÍA.

1-Cerciorarse de que antes de coordinar la TAC se debe verificar que exista en su expediente clínico debidamente archivado.

2-Orientar ayuna de 12 horas y explicar que este procedimiento se realiza sin contraste y independencia del criterio del radiólogo se puede hacer contrastada, que este contraste contiene yodo. Y las vías de administración del mismo pueden ser orales o intravenosas, que la selección del procedimiento lo determina el radiólogo en el departamento de Rx después de realizar la TAC simple.

3-Interrogar al paciente, si es alérgico al yodo, de serlo solicitar la interconsulta con el alergista para que le indique el tratamiento de desensibilización.()

COLONOSCOPIA

La colonoscopia prueba con fines diagnósticos y terapéuticos que no se encuentra en el diseño del protocolo de estudio pero que sin embargo hemos tenido enfermos que se le ha realizado.

Es un examen interno del colon (intestino grueso), empleando un instrumento llamado colonoscopio.

Forma en que se realiza el examen

El colonoscopio es una pequeña cámara adherida a una sonda flexible. A diferencia de la sigmoidoscopia, que evalúa únicamente el tercio inferior del colon, la colonoscopia examina el colon en toda su extensión.

La persona se acuesta sobre su costado izquierdo con las rodillas flexionadas hacia el tórax. Luego de haber recibido un sedante y un analgésico, se inserta el colonoscopio a través del ano y se avanza suavemente hasta la parte más baja del intestino delgado.

Se insufla aire a través del colonoscopio para brindar una mejor visualización y se puede utilizar la succión para retirar secreciones.

Dado que se obtienen mejores imágenes a medida que se va sacando el colonoscopio, se realiza una evaluación más cuidadosa durante el retiro de este instrumento. Se pueden tomar muestras de tejido con pinzas pequeñas para biopsia insertadas a través del colonoscopio. Asimismo, los pólipos se pueden extirpar con asas metálicas para electrocauterización y se pueden tomar fotografías.

Igualmente, se pueden realizar procedimientos especializados tales como una terapia láser. ()

ATENCION DE ENFERMERIA

Comunicar al paciente la prueba que se le va a realizar y la preparación que lleva. En nuestro centro y en algunas entidades de ciudad la preparación del colon se realiza con solución collin, es inocuo y no repleta los electrolitos del organismo. Por lo que el día antes de la prueba se le oferta al paciente cuatro litro de esta solución comenzando su preparación a partir de las 4 PM 1 vaso c/15 minutos asta completar los 4 litros.

La dieta el día anterior será líquida y no incluirá leche, yogurt, ni helados ni caldos con grasas.

En los casos que no existan la materia prima para este producto se preparará de la forma tradicional que comienza tres días antes de la prueba.

Se iniciara la preparación 3 días antes de la prueba.

-El enfermo durante estos días no puede ingerir leche, ni derivados.

- Se le brindara dieta liquida, refrescos caldos colados, jugos de frutas

- El 1ro y 2do día beberá además 8vasos de agua de las 11am a las 11pm.
- 1er día administrar a las 9pm enema evacuante de 1,5 lts
- 2do día a las 12m 2 tab. de bisacodil, a las 3pm un supositorio de glicerina administrar a las 9pm enema evacuante de 1,5 lts
- 3dia 12m aceite resino o mineral 2 onzas; 4pm 2 tab. de bisacodil o dorbantilo ; 8pm un supositorio de glicerina; 9pm administrar a las 9pm enema evacuante de 1,5 lts hasta que el agua salga clara sin residuos de materia fecal se repetirá esta acción
- El día de la prueba se mantendrá en ayunas y no fumar.

ARTERIOGRAFÍA

La arteriografía es un proceso de diagnóstico por imagen cuya función es el estudio de los vasos arteriales que no son visibles mediante la radiología convencional. Se habla de arteriografía cuando el objeto de estudio son las arterias, si fueran las venas se habla de flebografía, ambas técnicas se agrupan en lo que se conoce como angiografía.

Esta técnica se basa en la administración por vía intravascular, es una técnica invasiva, de un contraste radiopaco. Los rayos X no pueden atravesar el compuesto por lo que se revela en la placa radiográfica la morfología del árbol arterial así como sus distintos accidentes vasculares, émbolos, trombosis, aneurismas, estenosis.()

ATENCION DE ENFERMERÍA ANTES DE LA PRUEBA.

1-Comunicarle al paciente que esta en ayuna y se ofertara una dieta ligera el día antes de la prueba en la comida.

2-Se le explicara en que consiste el proceder que se va a realizar.

3-Verificar que el paciente no es alérgico al yodo, de serlo coordinar la interconsulta con alergia para el tratamiento de desensibilización

4-Rasurar la región inguinal Derecha.

5-Enviar al paciente con su historia clínica al departamento de imaginología.()

ATENCION DE ENFERMERÍA DESPUES DE LA PRUEBA.

1-Recepcionar al paciente a su llegada del departamento de imaginología, revisando la información del proceder que se realizó.

2-Acostar al paciente en decúbito supino, medir los signos vitales, pedíos y poplíteos, además de verificar la temperatura del miembro en que se realizo la punción. El grado de frialdad de la temperatura del miembro y la ausencia del pulso pedio nos hace sospechar que se pueda estar instalando un trombosis arterial.

3-Revisar que el vendaje compresivo este seco y bien ajustado, es decir que no se halla aflojado durante su traslado de departamento de Rx a la unidad de hospitalización.

4-Orientara al paciente que deba realizar reposo absoluto por 24 horas.

5-Abrigar el miembro con una colcha para devolver la temperatura del miembro ya que esta prueba se realizan en departamentos con temperaturas bajas y es obvio que a la llegada del paciente el miembro se encuentre hipotérmico.

6-Medir la temperatura del miembro, pulsos pedio y poplíteo cada 1 hora en las primeras cuatro horas y continuar cada 4 horas el reto de las 24 horas. Lo que permitirá detectar de forma temprana cualquier signo y síntomas de complicación, de esto presentarse comunicar de inmediato a la guardia para iniciar el tratamiento sin perdidas de tiempo.

7-Observar signos y síntomas que evidencien sangramiento.

8-Consignar todo lo observado en la historia clínica expresado en datos negativos y positivos iniciar el proceso de atención de enfermería.()

QUIMIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA

Prueba con fines terapéuticos que no se encuentra en el diseño del protocolo de estudio pero que sin embargo hemos tenido enfermos que se le ha realizado en el servicio con patologías del hígado

Esta terapia consiste en la administración, selectiva o súper selectiva, de un cóctel de fármacos, en sesiones únicas o repetidas .Estos fármacos son de dos tipos: agentes quimioterapéuticos y aceite yodado, en diferentes combinaciones. Los quimioterápicos más utilizados son: cisplatino, doxorubicina y mitomicina, agentes poco eficaces en el carcinoma hepatocelular cuando son usados por vía sistémica.

La utilización exclusiva de fármacos es insuficiente, por lo que debe combinarse con oclusivos vasculares, siendo las más utilizadas las partículas de polivinilalcohol y gelita. Cuando se utilizan agentes quimioterapéuticos de esta manera, se logra una alta concentración local, al bloquear el flujo arterial al tumor y al combinarlo con el agente oleoso se logra una permanencia prolongada de los agentes quimioterapéuticos. 16

El resultado es que se trata el tumor pero con menor incidencia de efectos sistémicos.

El etiodol (agente oleoso) no tiene actividad antitumoral, sin embargo, puede permanecer en el tumor por semanas o meses, por la ausencia de células de Küpfer; además, debido a su naturaleza oleosa, sirve como depósito para los agentes quimioterapéuticos .El fundamento para utilizar la oclusión vascular es que el tumor se perfunde principalmente a través de la arteria hepática. Al bloquear esta arteria se consigue una necrosis isquemia y eso aumenta el contacto entre el tumor y los agentes quimioterapéuticos. El examen histológico de un vaso que ha sido embolizado con

polivinilalcohol permite apreciar una arteritis bastante marcada, con reacción inflamatoria en la pared vascular, que también se encuentra alrededor de las partículas embolizadas, con formación de células gigantes y obliteración vascular. Esta prueba se realiza a través de la arteriografía por lo cual el enfermero debe cerciorarse antes de enviar el paciente a la prueba que tenga el calculo de la dosis de fármaco a utilizar en el procedimiento que se efectuará. ()

El electroencefalograma EEG el enfermo es necesario que se realice aseo del cabello, temprano en la mañana y no colocarse luego ningún producto.

La prueba funcional respiratoria y la radiografía de tórax solo informar el día antes de su realización

Consideraciones Generales

Para el personal de enfermería es importante conocer el estado del paciente que se va a recibir. Mientras mayor sea la información que se obtenga del enfermo, mejor y más eficaz será la recepción, y la asistencia que brindemos, dado que por las características de estos enfermos y del servicio es conveniente evitar negligencias.

La evaluación inicial que se le realice al enfermo a su ingreso y el examen físico tal y como se describe en el protocolo, nos permitirá al equipo multidisciplinario tener una valoración mas amplia de los problemas de salud y las necesidades afectadas del enfermo

Evitemos con nuestra gestión de enfermería y del cuidado estancias prolongadas en el servicio durante el estudio, garantizando la comunicación adecuada al paciente y sus familiares de los complementarios a realizarse así como la preparación eficiente de todas las pruebas diagnosticas y terapéuticas

**Actuación de enfermería en la esfera psicológica y educación para salud
con el receptor de trasplante hepático.**

Los enfermos, que han sido incluidos en el protocolo de estudio como posibles receptores de trasplante hepático, luego de concluirse el estudio, se reúne el comité de receptores, realizan su análisis y discusión del caso y de ser aprobado ,se reúnen con

el enfermo y familiares, le explican con detalles lo que arrojo definitivamente el estudio y las pautas a seguir de ahí en adelante, de ratificar el paciente su deseo de ser trasplantado, leerá detenidamente el **consentimiento informado** y lo firmara al igual que el familiar o responsable.

Desde este momento el caso ingresara a formar parte de la lista de espera, como receptor. Será dado de alta, para su hogar y en el defecto que sea un paciente que viva en el interior del país de difícil el acceso rápido para su localización, el medico de asistencia les sugiere que de tener familiares en la capital del país seria lo mejor, su estancia en ella, las situaciones mas complejas, donde no existen ninguna de las alternativas mencionadas anteriormente, se les ubica en un hotel de alojamiento hospitalario que se gestiona mediante el coordinador del hospital.

Antes de retirarse el paciente y familiares del hospital nosotros el personal de enfermería tenemos la **responsabilidad** durante su estancia, de brindar **apoyo psicológico**, teniendo en cuenta que estos enfermos crónicos, sufren mucho y que en ocasiones tienen manifestaciones de rechazo, irritabilidad, inadaptados, introvertidos, hostiles, y en situación de toxinas en algunos como (encefalopatía), abstinencia al alcohol, esto les suele provocar perdida de la capacidad intelectual, deterioro de la memoria, la conducta, por lo tanto, a pesar de que contamos con una psicóloga en el grupo, y que realiza su labor específica de excelente manera, el personal de enfermería, es quien mas tiempo esta con el enfermo, entonces es necesario tener conocimiento, de cómo ellos pueden reaccionar y porque y en función de esto, actuar sin descanso logrando:

Minimizar su sufrimiento, enseñándolos a convivir con su enfermedad.

Observando la parte mejor del problema, conversarles en positivo.

Brindarles seguridad, mostrando profesionalidad, confianza, empatía por ellos y logrando contestar sus interrogantes, de temores.

Motivarlos: Sugiriéndoles búsqueda de alternativas sencillas y soluciones a su problemática.

Del mismo modo tenemos que actuar con los familiares que también sufren por el hijo, hermano, padre, madre en fin por un enfermo crónico en este caso del hígado y se sienten angustiados, en ocasiones culpables porque ven depauperarse su familiar y se sienten impotentes, ante tal situación por lo que ellos también en ocasiones se mostraran ansiosos, irritables, agotados y hay que ayudarlos, creándoles un clima calido de acogida para que se sientan apoyados y evitar que en alguna medida le **trasmitan su angustia al paciente**.



Educación para la salud

Cito de Virginia Henderson una de las teóricas de la enfermería mundial” La salud representa calidad de vida, por ello es necesario disponer de información”

Dándole continuidad a la teoría de Henderson y como función de la enfermera ,es necesario que estemos preparados,mediante la superación continua ,para lograr informar y educar desde el punto de vista sanitario a nuestros pacientes correctamente ,en nuestros casos es necesario asistirlos durante el tiempo que estén en estudio y enseñarles el modo de vida que deben llevar en casa, mientras esperan el trasplante y se le explicara los detalles y el modo en que deben actuar ante el llamado de que serán intervenidos quirúrgicamente y luego de que sean trasplantados , siendo concientes ,de que este es el único modo de lograr que los pacientes estén bien preparados ,para enfrentar el proceso y puedan cooperar y colaborar con su evolución, que se sientan como parte del proceso.

Educación para la salud al paciente con insuficiencia hepática crónica.

Les enseñaremos la importancia:

De la higiene de piel y mucosas :Aseo diario de la piel y cavidades con agua templada ,teniendo en cuenta que estos casos por lo general ,suelen tener impregnación de bilirrubina y tienen íctero, por lo que suelen sentir prurito ,se rascan y pueden provocarse infecciones en la piel, del mismo modo como complicaciones de la misma enfermedad la piel sufre cambios y son proclives a cambios como (resequedad , escamosas , sufren lesiones ,les recomendaremos que ante tales síntomas acudan al facultativo ,que nunca se mediquen.

Cuidados con la **dieta: Es necesario que cumplan estrictamente con la que tienen indicada** que no la trasgredan, que conozcan que es necesario una dieta balanceada, que cuando tengan síntomas de descompensación como edemas, aumento del íctero, aumento del volumen del abdomen, su dieta tiene que ser, baja de sal, hipoproteica tanto animal o vegetal .Señalar como algo muy importante la no ingesta de bebidas alcohólicas. Y lo importante de la higiene de los alimentos.

Cumplimiento de la medicación: Se les explica de forma sencilla el uso de los medicamentos, que tienen y la importancia del cumplimiento de sus horarios y constancia.

Conocimiento de la enfermedad: Nos apoyaremos en el facultativo para que le expliquen detalladamente los pormenores de su enfermedad y luego nosotros ante alguna duda si estamos preparados para la respuesta la aclararemos.



Educación sanitaria al receptor.

Le enseñaremos modo de vida y actuar mientras la espera del trasplante en casa.

Higiene personal y ambiental: Se le explicara que es necesario su aseo personal diario evitando infecciones en la piel.

Se le explicara que no puede estar cerca de personas con infecciones respiratoria o de otra índole evitando su contagio, que no puede estar cerca de sitios en construcción, donde existan animales, vegetación abundante, su habitación tiene que ser limpiada diariamente y de igual manera eliminando todas las posibilidades de posibles infestaciones.

Dieta: Cumplir estrictamente la que tengan programada por su medico, no trasgredirla, prohibido las bebidas alcohólicas, los alimentos de dudosa procedencia, quesos caseros (estas advertencias evitando infecciones gastrointestinales de tipo parasitaria o microbiana) de igual modo y por idéntica razón tienen que beber el agua hervida, lavar bien las frutas, los vegetales con abundante agua bajo la pila.

Medicación: Cumplimiento estricto de la ingesta de los medicamentos por el método emitido por el facultativo. (Se le explicara los detalles de cada uno de ellos y sus cuidados)

Preparación física: Para favorecer la función respiratoria.

Se le brindara los conocimientos y entrenamientos para conseguir una preparación física respiratoria.se le aconsejara.
Ejercicios diafragmáticos, ejercicios de expansión con la técnica del soplido y inspiración forzada; se le brindara un globo para insuflar durante la etapa pre operatoria.

Todo esto le explicaremos del mismo modo al acompañante o responsable, para asegurarnos de su cumplimiento y que conozcan, que de realizarse todo como se le establece, mejor preparado orgánicamente estará para la operación y menos riesgos quirúrgicos tendrán, al igual que se evitaran complicaciones antes y después.

Le resumiremos como será la operación , mas menos el tiempo de duración , que serán atendidos en la terapia intensiva por 72 horas o más, según su evolución y de como será su estancia en la misma , los procederes que hay ,se le realizaran, el comportamiento que debe de asumir el paciente en el post operatorio , (mantenerse tranquilo ,cooperativo ,referir malestares , dolor, de sentirlos para que sea asistido rápidamente , que eviten ansiedad y que **logren sentirse seguros**)

También resaltaremos la importancia de que se encuentren siempre localizables, que de tener que salir de provincia, es necesario que lo informen al medico, de igual forma cuando se sientan mal de salud; conversaremos sobre el proceso ante la alerta del posible trasplante, de como se les avisara, y se les transportara hacia el hospital y los accesorios que deben tener preparados para ese dia.

Es bueno hacerles conocer que después del **trasplante serán personas sanas, pero con limitaciones** por ende durante su post operatorio mediato, **continuaremos educándolos.** (El documento de información y aprendizaje al receptor se encuentra en el anexo 3)

CONSIDERACIONES GENERALES

Nuestro objetivo, es que el paciente, y familiares durante su estancia hospitalaria no se sientan agobiados y que lo que les preocupaba o desconocían a su ingreso deje de ser un obstáculo, para su mejor evolución y al alta, los que se marchan como receptores logren ir para casa, con otra visión y versión del problema, sabiéndose mejor preparados emocionalmente y psicológicamente para enfrentar el trasplante.

Cuidados de enfermería en el preoperatorio inmediato.

El enfermo y su familia, luego de ser localizados en su hogar por vía telefónica por el Coordinador del hospital, y de haber sido informados sobre la posibilidad de ser trasplantado ese día, serán trasladados hacia el hospital por el compañero designado en Transporte.

El personal de enfermería de turno, que siempre será informado previamente del posible trasplante a realizar, se mantendrá atento y en espera del enfermo y su acompañante, con todas las condiciones creadas y preparadas.

El enfermo llegará acompañado por familiar, con su equipaje personal y, desde el punto de vista psicológico y emocional lo observaremos preocupado, ligeramente estresado, quizás con algunas interrogantes, que el personal de enfermería debe esclarecer con lenguaje tranquilizador, respuestas cortas y entendibles, mostrando mucha seguridad y confianza en los procedimientos a realizarle.

En ocasiones el enfermo que se encuentra en espera del injerto esta hospitalizado en la unidad y evidentemente hay varias partes de este proceso que se obviarán naturalmente viabilizando lo demás

Recursos materiales:

- Esfigmomanómetro (1).
- Estetoscopio clínico (1).
- Termómetro clínico (1).
- Pesa con tallímetro (1).

- Porta sueros (1).
- Aros de suero (1
- Jeringuillas desechables c 5cc, 20cc, 10cc, 1cc.
- Módulo para rasurado (1).
- Jabón de hibiscrub
- Hibitane hidroalcoholico
- Modulo de ropa completo (2 sabanas, 1funda. 1pijama, 1tohalla)
- Medicamentos propios del protocolo.
- Vendajes elásticos 2

Recursos humanos:

- Enfermero/a (1).
- Médico hepatólogo/clínico (1)

Acciones de enfermería

1. Se elegirá una habitación confortable y sin otro ocupante.
2. Se vestirá la cama con un módulo completo.
3. Se le brindará la bienvenida al enfermo a su llegada a la Unidad y se le guiará hacia la habitación designada.
4. Se le informarán los detalles referentes a la preparación preoperatoria.
5. Se entregará al familiar la orden de ingreso y se le guiará hacia el departamento de Admisión en busca de la Historia Clínica.

6. Se localizará e informará a los técnicos de laboratorio, departamento de radiología y electrocardiograma de la llegada del enfermo para que se le realicen los estudios del pretrasplante inmediato.
7. Peso y talla, según lo normado, si su estado lo permite.
8. Medición de parámetros vitales, según lo establecido.
9. Breve entrevista al paciente y familiar, donde se indagará sobre su estado de salud en los últimos días, sobre el mantenimiento estricto del tratamiento médico, el cumplimiento higieno-dietético y las características y tiempo transcurrido desde la última ingestión de alimentos. Evaluación clínica del estado general del paciente, la presencia de ascitis y edemas y la concomitancia o no de alguna alteración intercurrente.
10. Rasurado completo del tórax, abdomen y pelvis, regiones inguinales y axilas, con la técnica normada.
11. Limpieza intestinal (enema evacuante) si es indicado.
12. Se garantizará aseo personal amplio del enfermo con agua tibia y jabón de tipo hibiscru enjuagar con agua clara y luego aplicación en toda la superficie corporal de solución antiséptica de Hibitane Hidroalcohólico, esperar 5 minutos y realizar secado con toalla sin frotar.
13. Se garantizará cepillado de dientes preoperatorio.
14. Canalización de vena periférica y administración de antibiótico profiláctico (se cumplirá dependiendo de lo orientado por el medico)
15. Escribir con letra clara y legible todos los datos obtenidos en la entrevista, todas las acciones realizadas y el estado en que el paciente es enviado hacia el quirófano.
16. Garantizar que, después de cumplirse todo lo establecido y haberse evaluado por el clínico de asistencia, los estudios complementarios solicitados, el paciente sea trasladado a la Unidad Quirúrgica por el camillero, con toda la documentación necesaria, historia clínica, resultados de complementarios, ecg, radiografía de tórax, y 2 vendajes elásticos para que le coloquen en los miembros inferiores en el quirófano el Trifamox, mas 1bb de Anfotericin)

PREPARACIÓN DE RECEPCIÓN Y MEDIDAS DE AISLAMIENTO

Para recibir al paciente de la terapia intensiva, se precisa una habitación de las destinadas a tal efecto, para cumplir las **medidas de aislamiento**.

Antes de la preparación de la recepción del paciente, es necesario e imprescindible confirmar que se haya realizado la limpieza de la habitación, por la responsable de esta actividad, que es la regidora, con las normas establecidas.

La limpieza amplia de paredes, ventanas, suelos, con abundante agua, detergente y cloro al 5% o lejía, al igual que los muebles, con los útiles de limpieza destinados para cada una de esas habitaciones, reforzándose la teoría que se realice de lo más limpio del local a lo más sucio.

Nos aseguraremos de que se ha realizado bien, la limpieza y de que no hayan quedado restos de olor a las soluciones. Una vez realizada la limpieza se restringe el paso a la habitación, solo tendrá acceso la enfermera (o) que prepara la recepción del enfermo y del que lo va a recibir apoyado por el jefe del turno.

Preparación de la habitación para la recepción del paciente.

La desinfección mecánica de mesas metálicas y equipos médicos.

1- **Desinfección Mecánica:** Significa quitar de las superficies la suciedad, grasa y microorganismos que normalmente hay en ellas, lo cual suele lograrse produciendo abundante espuma y luego enjuagar y secar.

Esta profilaxis es aplicable a cualquier instrumental, persona, objetos y equipos.

2- **Desinfección química** de mesas metálicas para colocar material estéril (mesa de mayo, mesa del pte y todas las superficies de los equipos que se encuentren en la habitación para utilizar con el enfermo, minibar, porta sueros, porta batas, porta guantes, repisas para la colocación del material, la cama, el colchón.)

Desinfección Química: Es la destrucción de agentes patógenos por medio de soluciones.

En la preparación la solución utilizada es, el formol y el Sporidicin

En el mantenimiento diario, con solución de Sporidicin.

Material a utilizar para la desinfección mecánica

- ❖ Carro o bandeja para transportar el material
- ❖ 2 palanganas (1 para el agua limpia y otra para el agua sucia)
- ❖ Paños, toallitas para mojar, enjabonar y enjuagar (6 como mínimos)
- ❖ Paños, toallitas para secar (6 como mínimo)
- ❖ Detergente
- ❖ 1 Mesa de apoyo

Material a utilizar para la desinfección química

- ❖ Solución de formol, Solución de Sporidicin
- ❖ Cubeta y recipiente estéril
- ❖ Gasas estériles (6)
- ❖ Torundas de gasa estéril (6)
- ❖ Pinza estéril (2)
- ❖ Guantes estériles (2 pares)
- ❖ Cesto para deshecho

De ser una época propicia por el clima, de infecciones respiratorias del tractus respiratorio alto, de haberse realizado algún proceso constructivo, en la sala o en la habitación, de haber hecho estancia algún trasplantado que tuvo complicaciones de tipo infeccioso utilizamos también la desinfección química con técnica de vaporización con la solución de Propilenglicol.

Material.

- ❖ Recipiente de cristal o porcelana resistente al calor
- ❖ Hornilla eléctrica o similar
- ❖ Jeringuilla de cristal de 50 ml
- ❖ Fósforo
- ❖ Mesa auxiliar

Es importante e imprescindible que cumplamos con todas estas medidas, de manera conciente y de igual modo las que desarrollemos junto al enfermo, teniendo en cuenta que las mismas han favorecido que pese a lo inmunocomprometidos que se encuentran nuestros enfermos, nuestros índices de infección nosocomial son bajos a pesar de que nuestra unidad, no cuenta con las características constructivas ideales como:

1. Extensión de 250 pies cuadrados.
2. Debe estar "sellada" constructivamente, vigilar fugas o entradas por puertas, techo y ventanas.
3. Puertas con mecanismos de auto cierre, preferiblemente de manera automática y paralelo a las paredes (no puertas batientes)
4. Parámetros para el Sistema de Aire:
 - El aire suministrado deberá pasar por dos bancos de filtros. El primer banco deberá tener como mínimo un 30 % de eficiencia y el segundo un mínimo del 99.97 % (filtro biológico)
 - Habitación en presión positiva continua con relación a los pasillos
 - La temperatura de 24°C. ()

Una vez terminada la desinfección , recogeremos el material empleado en dicho proceder , nos realizaremos amplio lavado de manos y con el apoyo del jefe de turno o jefas de enfermería se ira colocando en las repisas todo el material desechables que se utilizara , lencería estéril blanca y verde y todos los set y material de cura las soluciones de uso parenteral etc.

Recursos materiales necesarios para la habitación donde se realizara la recepción.

Modulo de ropa:

- ❖ Sabanas- 2
- ❖ Funda - 1
- ❖ Toalla - 2
- ❖ Pijama de hombre o mujer -1
- ❖ Ropón -1
- ❖ Tirante - 2
- ❖ Hule - 1
- ❖ Frazada -1

Modulo de ropa verde.

- ❖ Batas de cirujano -4
- ❖ Pijamas verde - 2
- ❖ Gorros - 4
- ❖ Cubre boca -4
- ❖ Lonetas – 3
- ❖ Fundas de mayo -2
- ❖ Paños medianos -2

Soluciones:

- ❖ Hibiscrub (para el lavado de manos) - 1fsc
- ❖ Jabón - 1
- ❖ Alcohol al 70 % (para la cura de herida y puntos de punción)- 1 fsc
- ❖ Cloro al 1% (para desinfección de urinario y cuña del dia y manchas de sangre) - 1fsc
- ❖ Agua destilada estéril (para el reservorio del flumíter, para el aseo bucal, y utensilios personales del pte “cubiertos, vaso” - 5fscs
- ❖ Yodo povidona (para la cura de herida y Pts de punción) -1fsc
- ❖ Hibitane alcohólico -1fsc para la desinfección de manos de no contar con el hibiscrub

De necesitar otra por indicación médica se solicitara.

Material de cura

- ❖ Apositos especiales - 3
- ❖ Apositos medianos - 2
- ❖ Torundas de gasa - 10 pts
- ❖ Torundas de algodón - 5 pts
- ❖ Aplicadores - 3 pts
- ❖ Depresores - 2 pts
- ❖ Vendaje de gasa - 1
- ❖ Rollo de esparadrapo - 1
- ❖ Vendaje elástico -2 (para los miembros inferiores)

Material para toma de muestras:

- ❖ Fscos para hemocultivos – 3
- ❖ Tubos secos para cultivos estériles -4
 - Tubos con caldo - 2
 - Fscos para urocultivos - 1
 - Fscos para esputo - 1

Equipos médicos y no médicos

- ❖ Flumíter: -1
- ❖ Aspiradora – 1
- ❖ Bomba infusora -1
- ❖ Bomba perfusora – 1
- ❖ Monitor no invasivo -1 (con sus accesorios)
- ❖ Ventilador Mark 7 (para los aerosoles)-1
- ❖ Termómetro - 1
- ❖ Esfigmomanómetro - 1
- ❖ Estetoscopio - 1
- ❖ Mesa de mayo - 1
- ❖ Cama eléctrica-1
- ❖ Sillón de ruedas-1
- ❖ Porta suero-2
- ❖ Escabel -1
- ❖ Aros de suero-4
- ❖ Regla de pvc-1
- ❖ Copa graduada-1 o Biker 3
- ❖ Cuña estéril-1
- ❖ Pato estéril-1
- ❖ Desfibrilador (teniendo en cuenta el estado del pte)
- ❖ Palanganas estériles metálicas o plásticas -2
- ❖ Cubo esmaltado-1
- ❖ Vasitos de medida para medicamentos-2

Instrumental

- Set de yugular - 1
- Set de sutura- 1
- Set de retirar puntos -1
- Set de punción abdominal -1
- Set de nebulizadores - 1
- Riñoneras -2
- Algodonera -1
- Set de cura- 2
- Viajeras- 1
- Porta pinza- 1
- Tijera de mayo -1

- Tijera abotonada - 1

Material desechable

- Catéter de oxígeno- 2
 - Tramos de goma - 2
 - Colectores de orina-5(se le dará uso para la recolección de los drenajes de ser necesario)
 - Bolsas para drenajes -4
 - Equipos de venoclisis - 5 (2 de ellos para la infusora)
 - Extensores - 3
 - Cuenta gotas -3
 - Guantes desechables - 1 caja
 - Guantes estériles - 15 pares
 - Jeringuillas desechables - 1ml- 3
 - 5ml- 8
 - 10ml- 8
 - 20ml-10
 - 50ml-2
 - Sondas de aspiración - 5
 - Catéter cavafix - 1
 - Sondas de levin- 2 (diferentes calibres no finas)
 - Sondas vesical- 2 (calibres 16 y 20)
 - Sonda rectal - 1
 - Trocar - 1 No 20 1 No 14 1 No 18
 - Bisturí - 1
 - Suturas - 4 con aguja

Soluciones para la vía parenteral

- Dextrosa al 5% 500ml - 3 fscos
 - Dextrosa al 5% 1000ml - 3 fscos
 - Cloro sodio 0.9% 500ml - 2 fscos
 - Cloro sodio 0.9% 1000ml - 2 fscos
 - Gelafusin - 1fscos
 - Hemoes - 1fscos
 - Dextran 40 - 1fscos
 - Dextrosa al 30% - 1fscos
 - Dextrosa al 10 % -1fscos
 - Manitol 20% - 1fscos

Crema

- Heparina sodica - 1 tubo(aplicar en hematomas post punciones)
- Nitrofurazona - 1 tubo (aplicar en los puntos de punción de ser necesario)

Otros

- Salbutamol 0.5% - 1 fsco (para aerosol)
- Insulina lenta - 1fsco
 - Insulina simple - 1fsco
 - Lidocaina al 2 % -2 bb
 - Heparina sodica -1 bb

Utensilios de uso del paciente

- Aseo personal completo (de preferencia todo nuevo)
- Vaso de cristal
- Cubiertos metálicos

Otros

- **papel estéril**
- Cesto para ropa sucia-1
- Nylon para basura-2
- Cesto para las botas-1
- Cesto para basura-2
- Recipiente para aguja y objetos punzantes-1
- Recipiente para jeringuillas sucias-1

Una vez mas se realizara lavado de manos y procederá a vestir las mesas auxiliares metálicas , mesas de mayo con paños estéril y se colocara el material a utilizar con el paciente, cubriéndolo con dichos paños, este proceso se realizara portando porta estéril y guantes.

De igual manera se vestirá la cama del enfermo , con modulo estéril.

Cama post operatoria: Es la destinada a recibir al paciente después del acto quirúrgico.

El hecho de contar con todos estos recursos en la habitación, tiene como objetivos fundamentales.



Evitar imprevisiones e improvisaciones en la recepción del pte, contar con todos los recursos necesarios en el momento que se precisen y fundamental cumplir con el aislamiento, evitando el acceso innecesario de personal en el local, contribuyendo a brindar cuidados de calidad.

Estando seguros de que esta completamente preparada la habitación, observando cada detalles y consultando con el protocolo de actuación el enfermero(a) que realizara la recepción , se duchara y se vestirá con ropa de aislamiento antes de que llegue el paciente. Estando todos los recursos humanos y materiales preparados se llamara a la unidad de terapia (UCI) para que el paciente sea trasladado para nuestro servicio.

Recepción del paciente. Cuidados de enfermería

El enfermero(a) que trabajara con el trasplantado le estará esperando en la habitación vestido con porta estéril para el aislamiento invertido

Aislamiento invertido: es la técnica de aislamiento en que el paciente es protegido de los gérmenes que lo rodean.

Recibiremos al paciente procedente de terapia luego de su estancia en esa unidad de 48 hs o 72 según la evolución



En sillón de ruedas, acompañado por los médicos de asistencia con la historia clínica medicamentos, radiografías.

Llegara con abordaje venoso profundo, mediante catéter de dos luces (yugular generalmente) hidratación medicamentosa, herida quirúrgica abdominal, con 4 drenajes en ocasiones 3 (drenaje biliar o kert, drenaje hepático, drenajes subfrenicos derecho y izquierdo) dependiendo de la técnica quirúrgica empleada contara con sonda en t y uno de los dos subfrenico no; sonda vesical y en menos ocasiones sonda enteral



El enfermero responsable, le dara la bienvenida al paciente se le identificara , y procede a acomodarlo , despojándolo de manera gentil de la ropa, que trae de la terapia y colocándole la estéril que se tiene lista , luego se le monitoriza para estar pendientes de los parámetros vitales y conocer exactamente aparte de la clínica en el estado hemodinámico en que se encuentra , registrándose ritmo cardiaco, frecuencia respiratoria , frecuencia respiratoria , tensión arteria no invasiva y presión parcial de oxígeno (PO2)

Se trata de la monitorización habitual de carácter no invasivo realizado en pacientes de unidades de críticos y quirófano. La monitorización electrocardiográfica es una técnica para la medición del ritmo cardiaco y de la Frecuencia Cardiaca, empleada para la detección de arritmias e isquemia del miocardio.

La monitorización del E.K.G. registra las señales eléctricas emitidas durante la actividad cardiaca de modo continuo. Todos los E.K.G. utilizan un sistema de una o más derivaciones diseñadas para registrar la actividad eléctrica. Una derivación consiste en tres electrodos: un electrodo positivo, uno negativo y una toma de tierra que evita interferencias eléctricas de fondo en el trazado. Para cumplir su función la calidad de la señal debe ser excelente, por lo que se recomienda:

La piel vellosa debe rasurarse para optimizar la adherencia y reducir el dolor durante el cambio de las chapillas.

La humedad y grasa se eliminan con la aplicación de alcohol durante 10 segundos, dejando secar a continuación.

Evitar humedecer las chapillas

Utilización de enchufes apropiados)

Colocación adecuada de los electrodos

Una buena colocación permite una señal máxima con mínimas interferencias. II. Las zonas de colocación más comunes son:

Junto a la línea medio clavicular derecha, justo por debajo de la clavícula tercer espacio-

Junto a la línea medio clavicular izquierda, justo por debajo de la clavícula tercer espacio

Sexto y séptimo espacio intercostal en la línea medio clavicular izquierda.

Evitar colocar los electrodos en las zonas destinadas a las palas del desfibrilador. Conservar las chapillas antes de ponerlos dentro de la bolsa protectora, evitando que se seque el gel.

El cambio de chapillas se realizará cuando pierdan adherencia o cada 24 horas coincidiendo con la higiene matinal. Procurar variar su colocación para evitar irritar la piel.

Ajuste de alarmas.

Dependiendo del tipo de monitor se adaptarán los límites de las alarmas a las necesidades de cada paciente.

Comprobar que las alarmas están activadas.

Adaptar el volumen de alarmas, favoreciendo el descanso nocturno.

Información al paciente

Explicarle con lenguaje comprensible que observaremos su ritmo cardíaco de forma continua a través de unos electrodos conectados por medio de cables al monitor

Darle una explicación sencilla acerca de las alarmas

Indicarle que trate de no tirar de los electrodos ni de los cables.

En caso de ausencia o defecto de señal en primer lugar se examinará al paciente. Si no se detecta la fuente del error, se revisarán los electrodos y que los cables estén bien puestos. Por último, se revisara el monitor.

Con estos electrodos nos permite visualizar también la curva del ritmo

El oxímetro de pulso accesorio que contempla el equipo, es necesario conocer que el sensorio del mismo es extremadamente sensible, ha circunstancias externas y extremas por lo tanto tendremos en cuenta:

- Colocarlo preferiblemente en el dedo índice, de no ser posible otro
- El dedo no puede estar húmedo, sudoroso, frío.
- Cuando existe inestabilidad del gradiente térmico no es útil.

La tensión arterial se registrara con el manguillo que también trae adjunto el equipo teniendo de igual modo las precauciones de:

- Colocarlo en brazo derecho si es posible y si no estamos en presencia de fistula arteriovenosa.
- Que el miembro no se encuentre húmedo
- No demasiado ajustado
 - Precisar que en el monitor se haya programado los tiempos de medida debidamente al igual que las alarmas.

Procederemos, tomar las muestras de hemocultivos, urocultivos, cultivos de los drenajes, esputo si es necesario con la técnica descrita y se realizaran los cambios de accesorios (llaves de 3 vías ,bolsas colectoras , equipo de venoclisis , todo nuevo) se realizara cura de la herida quirúrgica de observarse signos de sepsis también se recogen muestras todos los cultivos en estos casos coleccionarlos en tubos secos estériles

Es posible que este enfermo haya permanecido el mayor tiempo acostado, que sentado y sin deambular, en este caso se le colocan las vendas elásticas en ambos miembros inferiores para prevenir la trombosis venosas, hasta que comience a deambular por la habitación.

CONSIDERACIONES GENERALES

Una preparación de la habitación y recepción del paciente eficiente, garantiza evitar imprevisiones e improvisaciones al recibir al paciente, fluidez en las maniobras contribuyendo a brindar cuidados de calidad y seguridad en la atención

**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL
POST OPERATORIO MEDIATO
DEL PACIENTE TRASPLANTADO
HEPATICO**



- 1) **Observación continua e impedir mediante pericia y la gestión de los cuidados, posibles complicaciones y satisfacer todas las necesidades del paciente**
- 2) Cumplir estrictamente, informar y hacer cumplir las normas de aislamiento protector.
- 3) Precaución universal de especial relevancia el lavado de manos antes y después de entrar en la habitación y el uso de guantes.
- 4) Realizar baño en cama diario, hasta que el enfermo pueda levantarse al baño y siempre auxiliado por el enfermero
 - Cambio diario de ropa estéril del enfermo y las veces que se haga necesario.
 - La ropa por un periodo de 7 días será estéril, si fuera pulsado con esteroide se mantendrá la medida por mas tiempo.

- 5) Pesarlo cada dos días con la técnica descrita.
- 6) **Garantizar dietas de bajas cargas bacterianas, controlando que la alimentación de estos casos sea:**



- Las comidas estén bien cocidas y esterilizadas mediante las medidas de vaporización en el micro durante 2 mts, servidas en el recipiente personal del pte y cubiertos con papel estéril.
- No puede ingerir frutas crudas, ni con ningún deterioro, el agua tiene que beberla estéril, embotellada o hervida el hielo se obtendrá de agua hervida, y el pan tostado.
- Los jugos serán envasados, bien protegidos y nunca de origen cítrico
- Evitar que ingiera alimentos de origen desconocido o procedencia dudosa.
- Evitar que ingieran frutos secos, verduras crudas, embutidos, quesos frescos.

Recomendaciones de la OMS

- 1) Escoger los alimentos sometidos a procesos tecnológicos de forma que se mantenga la higiene
- 2) Comprobar que los alimentos estén bien cocidos
- 3) Consumir los alimentos cocinados en menos de dos horas
- 4) Conservar los alimentos cocinados en condiciones adecuadas en frigorífico a menos de 5 grados
- 5) Recalentar bien los alimentos cocinados hasta alcanzar 70 grados en el centro del producto
- 6) Lavar minuciosamente frutas, verduras y hortalizas
- 7) Asegurar la calidad del agua de bebida
- 8) Evitar el contacto de alimentos crudos y cocidos .Pueden producirse contaminaciones cruzadas

- 9) Mantener limpias las superficies donde se cocino y se manipulan los alimentos.
- 10) Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y plagas en general.

7) Garantizar que los complementarios indicados, por el medico de asistencia, se

Realicen en los horarios establecidos.

- Por la técnicas del laboratorio del quinto piso y el enfermero(a) responsable, en el caso de las extracciones para la ciclosporinemia

Extracción de analítica con las técnicas correcta



- La toma de muestra para la ciclosporinemia CO, se realizara antes de la toma del medicamento el neoral en este caso será a las 6am.
- La ciclosporinemia C2 se realiza la toma de muestra, dos horas después de la ingestión del neoral, será a la 8am se realizara con las técnicas descritas utilizando 1ml de sangre y se vierte en los tubos diseñados para estas muestras o una balita con anticoagulante.

8) Monitorear parámetros vitales según lo indicado:

- Primer dia ----cada 1 hra
- Segundo dia-----cada 2hrs
- Tercer y cuarto dia ---cada 4 hrs.
- Apartir del quinto dia---cada 8 o 12 hrs. asi se mantendrá hasta el alta hospitalaria

9) Control de la diuresis:

- Se contabilizara cada 12 hrs. mientras tenga la sonda vesical.(se realizara de modo diferente teniendo en cuenta la indicación del facultativo)
- Cuando la micción sea espontánea, será en el momento en que se efectuó.

10) Realizar cura diaria:

- De la herida quirúrgica, centro venoso, y puntos de incersion de los drenajes
- Dejar inscrito en el esparadrapo la fecha de la cura y nombre del enfermero (a)

Las curas se realizaran con las técnicas descritas



11) Cambio diario de las llaves de tres vías. Colectores, bolsas, equipos de venoclisis

12) Llevar registro de enfermería de manera estricta hasta que sea necesario según evolución del pte

- Garantizar claridad limpieza de todos los datos inscritos en la hoja, cumpliéndose los códigos establecidos para su llenado.(Anexo 4)
- Garantizar mediante el apoyo del registro de enfermería un buen examen físico cada 8 hrs.

13) **Cumplir indicaciones médicas respetando los horarios y forma de administración fundamentalmente la inmunosupresión, que tiene que ser estrictamente**



- **Esteroides**---tabletas de 5mg, de 20mg en el desayuno.
- **Micofenolato y el prograf (tracolumus)** -----MMF(capsulas de 250mg y de 500mg) prograf (capsulas de 0,5mg, 1mg, 5mg) una hora antes o 2 después de las comidas.
- **Ciclosporina** en todas sus formas de presentación siempre se brinda a las 6 a.m. y 6pm en vaso de cristal disuelta en leche o jugo no cítrico la preparación tiene que ser con cuchara metálica
Forma de presentación suspensión fscos de 50ml 100mg/ml, capsulas gelatinosas de 25mg, 50mg, 100mg)
- **Cada vez que el enfermo ingiera los inmunosupresores o que se alimente, que se realice enjuague con nistatina en suspensión y luego lo degluta para evitar esofagitis por hongo o candidas.**
- Observar y estar al tanto de reacciones adversas a los medicamentos y signos de intolerancia a los inmunosupresores.

*“Creer posible algo, es hacerlo cierto “
Septiembre 2011*

Al administrar el medicamento, siempre tendremos en cuenta la regla de los cinco correctos:

- Fármaco correcto.
 - Enfermo correcto.
 - Dosis correcta.
 - Horario correcto.
 - Vía correcta. (21)
-
- Con los pulsos de esteroide la **administración de metilprednisolona** por vía parenteral, es necesario conocer que se necesitan cumplir acciones específicas como:

Preparación del medicamento con medidas asépticas.

Administrarlo mediante bomba controladora de infusión.

Medir tensión arterial antes del proceder, durante y después.

Control de la glucemia

14) **Cuantificar drenajes:**

Cada 12 hrs., vigilar cantidad, calidad, color y descartar sangramientos



- Hay que vigilar la cuantía de los drenajes abdominales estar atento ante la aparición de hemorragia post quirúrgica.

- En muchas ocasiones puede drenar líquido ascítico mas sangre; en estos casos la cuantía es importante pero la hemorragia escasa. Ante la duda realizar hematocrito de los drenajes.
- Ante la hemorragia avisar urgente a la guardia médica de Cirugía.
- Por el drenaje biliar o sonda en T hay que vigilar las características de la bilis color viscosidad, cantidad .Una bilis espesa y de color oscuro, indica una buena función del hígado trasplantado, una bilis clara escasa y acuosa nos indica mal funcionamiento del injerto.

15) Garantizar al retirar drenajes, catéteres, sondas, cultivarlos y enviar rápidamente para microbiología con la secretaria del servicio. (Como esta descrito).

16) **Sentar al paciente fuera del lecho** después que sea autorizado y estimularlo ayudándolo a deambular dentro de la habitación

17) Realizarle fisioterapia respiratoria cada 4 horas con maniobras gentiles

Orientar al paciente que realice ejercicios respiratorios con dispositivo (inspirómetro) de contar en ese momento con el, o insuflando globo , cada una hora.



18) Observar signos y síntomas de problemas de salud o complicaciones.

19) Al retirar el aislamiento, se autorizara un acompañante dentro de la habitación con cambio de 24 hrs., previamente: Se le explicaran las normas a seguir dentro de la habitación y con su familiar.

- 20) **Brindar diariamente apoyo psicologico** y educación sanitaria al paciente y familiares para que estén bien informados y colaboren durante y después con su auto cuidado.

Se retomara la formación que había comenzado en el preoperatorio, con las recomendaciones para el alta, con el objetivo de que el paciente se marche hacia su hogar bien preparado al igual que la familia, esta información se complementara por escrito. En general habrá que instruir al paciente y familiares sobre:

- ✓ Cuidados de la higiene en general, corporal y bucal.
- ✓ Cuidados de la herida y drenaje kehr.
- ✓ Dieta
- ✓ Tratamiento medicamentoso forma de administración, efectos adversos
- ✓ Medidas de prevención, cuidados de la piel
- ✓ Actitudes ante hábitos tóxico

- ✓ Recomendaciones generales incorporación laboral, relaciones sexuales, deporte, viajes Situaciones de alarma (fiebre, trastorno digestivos, trastornos respiratorios neurológico)

CONSIDERACIONES GENERALES

Ha representado un gran reto, para el equipo de enfermería, poder brindar los cuidados específicos, especiales y personalizados que estos pacientes requieren, por ser el personal que mas tiempo permanece junto a ellos, en cada una de las etapas del proceso, pues se ha tenido que tener la capacidad de aceptar la responsabilidad individual del aprendizaje; asumiendo que esta especialidad no es de las mas antiguas dentro de las ciencias medicas y que aun, no esta incluida en su totalidad en los procesos de formación profesional añadiendo que el trasplante hepático es un proceder quirúrgico altamente complejo y que requiere que el enfermero posea conocimientos y habilidades.

Ante cada uno de los esfuerzos, ha sido para todos reconfortante los resultados, cuando observamos que nuestros enfermos, llegan de recorrer un camino pedregoso, de vivir el día a día con su enfermedad y luego disfrutan junto a nosotros su familia y la sociedad el bienestar de sentirse saludables.

C omplicaciones del post operatorio mediato del trasplante hepático

El personal de enfermería, de la unidad de trasplante aunque hemos tenido que enfrentar algunas en nuestros casos y cuando han sido severas el enfermo a sido trasladado para la UCI, tenemos la obligación de conocer cada una de los complicaciones , sus signos y sintomatología con detalles, para estando alertas enfrentarlas con pericia técnica y poder avisar al facultativo y explicar los pormenores habiendo ya realizado acciones independientes y dependientes que se nos este autorizado legalmente.

Es importante, que los enfermeros de la unidad sepan que los pacientes trasplantados de hígado, que nosotros recibimos a las 72hrs, se encuentran en estado grave aun, por lo que es necesario, estar bien entrenados, alertas para evitar sorpresas y saber, que de nosotros depende la vida del paciente.

Posibles complicaciones del post operatorio .Intervenciones de enfermería

Complicaciones Respiratorias: derrame pleural, atelectasia, neumotórax, neumopatias inflamatorias. Las intervenciones de enfermería serán: manejo de las vías aéreas, monitorización de la ventilación (PO2) y cumplimiento de la fisioterapia respiratoria de manera gentil, ante signos de tos, expectoración productiva de características sospechosa recoger muestra; avisar e informar al facultativo.

Dolor: fundamentalmente en la zona del implante, abdomen tórax. Las intervenciones de enfermería serán: (Referir al facultativo ante cualquier signo o síntomas...cumplir tratamiento de analgésico indicado).

Reacciones medicamentosas: se traduce en prurito, rash, temblores, nauseas, diarreas. (Observe, verifique, avise al facultativo y cumpla indicaciones)

Metabólicas: Hipercalcemia, hipo-hipernatremia, hipocloremia, hipomagnisemia, acidosis metabólica, alcalosis metabólica, hipo-hiperglicemia. Las intervenciones de enfermería serán: Interpretar los resultados de la analítica y avisar al medico.

Control estricto del cumplimiento de los electrolitos.

Observar signos y síntomas de hiperglicemias, que pudrían estar dadas por la administración de los bolos de esteroides o de ingesta de los mismos, descartando diabetes post trasplante.

Neurológicos: se traducen en cambios de conducta irritabilidad, (patologías cerebro vasculares encefalopatía, síndrome de desmielinización osmótica, lesiones del sistema nervioso periférico, efectos neurotoxicos de los inmunosupresores).

- ✓ La hiponatremia severa se asocia a **mielinólisis pontina** posterior al trasplante hepático por hiponatremia <120 mEq/L
- ✓ Controlaremos estrictamente el estado neurológico.
- ✓ Actuación ante la sensibilidad periférica alterada.
- ✓ Ayuda en los autocuidados.
- ✓ Administración de analgésicos.

Infección: se traducen en cambios hemodinámicos, hipertermia (los gérmenes mas frecuentes bacterias y hongos) es imprescindible el cumplimiento de Control de infecciones.

. Las intervenciones de enfermería serán:

Cuidados estrictos de la asepsia y antisepsia.

Cuidados del drenaje.

Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso: Cuidados del catéter urinario, cuidados de herida quirúrgica.

Complicaciones Hematológica: Trombocitopenia, Leucopenia, Anemia, leucocitosis.

Las intervenciones de enfermería será tener control de la analítica.

Episodios de rechazo: este puede ser de tres tipos atendiendo al tiempo que tarda en producirse.

• **Hiperagudo:** deterioro brusco de la función del injerto después de un corto periodo De buena función hepática. Puede relacionarse con edad avanzada del donante, Tiempo de isquemia fría y el uso de aminas.

• **Agudo:** suele aparecer entre el sexto día y la sexta semana postrasplante. Puede ser Asintomático o presentar ictericia y bilis por Kehr en menor cantidad y peor calidad. Fiebre. Diarreas. Su diagnostico definitivo será por BIOPSIA HEPÁTICA (prueba que Consiste en tomar una muestra del hígado y mandarla a analizar a anatomía patológica)

• **Crónico:** se manifiesta entre la tercera semana y el sexto mes, suele ir precedido de Varios episodios de rechazo agudo que no han respondido bien al tratamiento y su Diagnostico definitivo será por BIOPSIA HEPÁTICA. El tratamiento del rechazo abarca desde el aumento o cambio de los inmunosupresores,

Administración de glucocorticoides y en última instancia el re trasplante

· **Complicaciones Cardiacas:** arritmias, hipertensión arterial
Las intervenciones de enfermería serán: Monitorización hemodinámica Control de electrolitos.

· **Complicaciones Abdominales:** Íleo paralítico, hemorragia intraabdominal o gastrointestinal, diarrea.
Las intervenciones de enfermería incluyen: Cuidados de los drenajes, Cuidados de la herida: Control de la evacuación intestinal, control estricto del balance y la hemodinamia; avisar al medico urgente.

· **Complicaciones Renales:** oligoanuria, anuria, poliuria
Las intervenciones de enfermería serán: Cuidados de la sonda vesical, control de la diuresis
Control de la hipervolemia y de la hipovolemia.
Control de la analítica

· **Complicaciones Vasculares:** vena porta (estenosis y trombosis), vena Cava (estenosis y trombosis), Arteria hepática (estenosis y trombosis) Las intervenciones de enfermería en este caso serán: cumplimiento de indicaciones médicas, Interpretación de datos de laboratorio, transportarlo a las distintas pruebas (ECO DOPLER, TAC, RM, Arteriografía...y de ser necesario preparación quirúrgica.

· **Complicaciones Biliares:** fugas y fistula biliar, estenosis biliar, obstrucción biliar.
Las intervenciones de enfermería requeridas serán: Cuidados del drenaje, avisar al facultativo ante la presencia de algún signo o síntoma cambios importantes en la calidad del drenaje. Y de ser necesario trasportarlo a las distintas pruebas ganmagrafia hepatobiliar e incluso de ser necesario, la realización de Colangiografía trans-Kher. en el quirófano.

PRINCIPIOS BASICOS EN LAS URGENCIAS EN EL PACIENTE TRASPLANTADO DE HIGADO.

URGENCIAS: Se definen como la necesidad apremiante de realizar una ejecución.

CONSIDERACIONES GENERALES

Los cuidados , observación continua, del paciente trasplantado de hígado no difiere de manera general al que se tiene en los pacientes críticos, aunque evidentemente que estos casos, tienen sus especificidades y es necesario tener conocimiento de las enfermedades preoperatoria y de esa manera estar preparados para las posibles complicaciones , amen de las que están descrita ante esta operación.

URGENCIAS MEDICA: Se define como toda situación en que lleva al paciente, testigo o familiar, a solicitar asistencia medica inmediata

EMERGENCIAS: Se corresponde con una situación donde existe un peligro inmediato, real o potencial para la vida del paciente y riesgo de secuelas graves permanentes, si no recibe atencion calificada de inmediato

Al valorar estos conceptos se pueden definir como la valoración, el diagnostico tratamiento de problemas observados, actuales o potenciales, súbitos o apremiantes,

físicos o psicosociales que se presentan por episodios de manera aguda .Estos problemas pueden precisar cuidados mínimos o medidas de soporte vital ,educación al paciente ,referencia o traslado adecuado y conocimiento de las implicaciones legales

Cualquier desequilibrio entre el medio interno y externo del individuo ,puede hacerse lo suficientemente grave para necesitar atención de urgencia y es la enfermera la primera persona que vea al paciente, por lo tanto exige que se encuentre preparada (o) para evitar improvisaciones ,para salvar la vida ,conservar las funciones del paciente proporcionando alivio y sostén vital ; aspectos estéticos y privacidad ,garantizando con nuestra labor que el resultado del mismo tenga un carácter humanístico y científico.

PRINCIPIOS BASICOS

1-Las urgencias pueden anticiparse. Debe saberse lo suficiente acerca del paciente para saber cuando su estado esta empeorando; esto implica saber el diagnostico y cuales son los signos de alarma; es necesario que mantenga una observación continua.

2-La enfermera será la primera persona que vea al paciente en caso de urgencia.

3-La apreciación del caso debe ser tan rápido como su actuación

4-Sus movimientos han de ser rápidos y precisos para que no añadan confusión a la situación

5-Debera reunir datos de apreciación de enfermería para cuando el medico llegue.

6-Comunicar de forma concisa y exacta lo que ha estado ocurriendo y las acciones de enfermería que se han brindado.

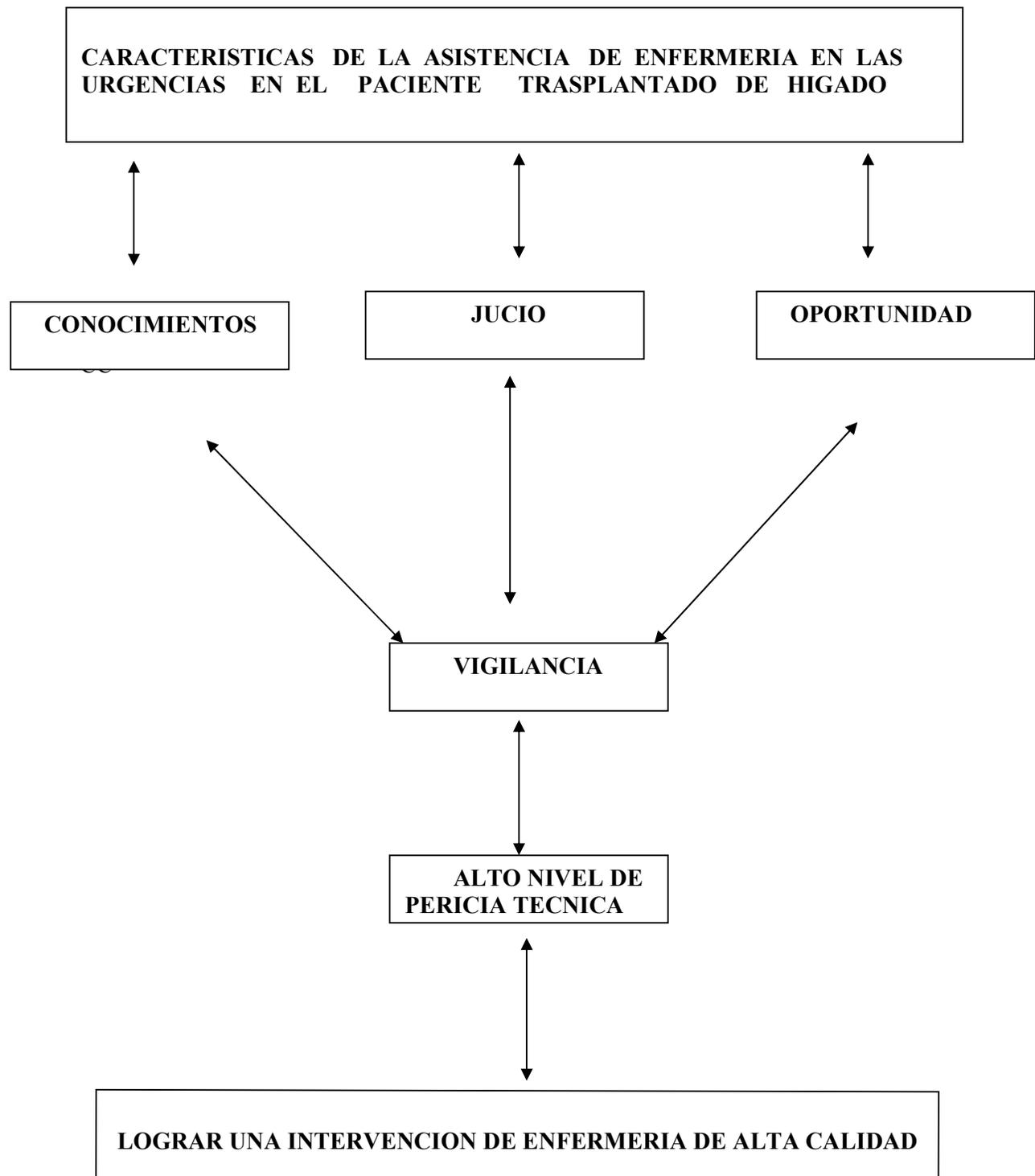
7-Es responsabilidad de toda enfermera tener preparado para su uso, todos los elementos del equipo de urgencia, saber donde se encuentran en el área de trabajo y como utilizarlos.

8-Estara particularmente atenta a los síntomas que rebasan la urgencia o los que están en contradicción con esta, para saber cuando y como debe intervenir

9-Ayudara al paciente en todo lo que sea posible para que se sienta menos desconcertado, teniendo en cuenta que una palabra oportuna en el momento acertado hace que el paciente y sus familiares se sientan seguros

10-Teniendo en cuenta que toda urgencia es psicológicamente traumática por su mismo carácter repentino, el equipo de urgencia debe trasmitir a la victima un sentimiento de seguridad

11-Constituye una experiencia necesaria de aprendizaje tanto para la enfermera individual como para los miembros del equipo revisar con sentido critico la situación de urgencia después del acontecimiento y ver cuales mejoras pueden realizarse.



**CARACTERISTICAS DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN LAS URGENCIAS
EL PACIENTE TRASPLANTADO DE HIGADO**

CONOCIMIENTOS

entrenamiento

→ *Desempeño y competencia profesional capacitación*

JUCIO

Saber ser, saber hacer

→ *Actuar con razonamiento lógico ante el problema*

OPORTUNIDAD

→ *Priorizar y saber clasificar entre urgente y emergente.*

VIGILANCIA

Saber que observar y como

→

**ALTO NIVEL DE
PERICIA TECNICA**

Habilidades, destreza, seguridad, y confianza

→

LOGRAR UNA INTERVENCION DE ENFERMERIA DE ALTA CALIDAD

→ *De cumplir*

con estas condiciones, los resultados del accionar de enfermería sin dudas, serán eficientes

Papel de enfermería en la en la emergencia clínica

El personal de enfermería debe disponer todos los materiales y medios necesarios esterilizados que garanticen la primera asistencia la primera asistencia en un paciente con parada cardiorespiratoria. Estos cuidados incluyen:

Capacitación necesaria para brindar la RCPC en ausencia del medico y dominar los elementos técnicos básicos, así como identificar las principales arritmias y su tratamiento.

Garantizar oxigenación inmediata para mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

Realizar canalización venosa para mantener una vía de acceso en caso de ser necesaria la administración de medicamentos de urgencias.

Mantener listos los equipos de electrocardiograma, desfibrilador, monitor.

Evitar la incorrecta ejecución de técnicas de enfermería que provoquen una bronco aspiración, con la realización de medidas oportunas .En caso de ser necesario sé debe colocar levin.

Si no existe contraindicación el enfermero debe colocar una sonda vesical para medir la diuresis

Informar con rapidez al medico de una emergencia clínica

Brindar apoyo emocional al paciente y familiares

Garantizar higiene, iluminación y condiciones del lugar

Mantener estrecha vigilancia de los signos vitales y cuadro clínico del paciente con el objetivo de prevenir cualquier complicación.()

Disponer de los fluidos necesarios en el lugar para el establecimiento de la terapia según protocolo

Reconocer y actuar ante cualquier complicación que se produzca

Tener preparado el carro de reanimación ante la posibilidad de que el paciente presente un paro cardíaco.

Medios necesarios en el área de atención a la emergencia clínica para su utilización en una emergencia primaria

- a) Bolsa resucitadora con careta de tres tamaños
- b) Monitor
- c) Desfibrilador
- d) Medios para la oxigenación
- e) Medicamentos de primeros usos medicación de urgencia
 - a. Adrenalina
 - b. Atropina
 - c. Lidocaína, procainamida, amioradona
 - d. Bicarbonato de sodio
- f) Tubos endotraqueales de todos los tamaños, laringoscopio con espátulas de varias capacidades
- g) Equipo para marcapaso
- h) Sondas naso gástricas y vesicales
- i) Suturas
- j) Equipos y medios para el abordaje venoso
- k) Equipo de aspiración ()

CONSIDERACIONES GENERALES

*La enfermera ocupa un papel preponderante en las urgencias
La enfermera debe estar bien calificada, entrenada y preparada para
abordar las urgencias en todos sus delicados aspectos
La enfermera debe ser capaz de brindar eficientemente al paciente soporte
vital, psicológico y humano en estas situaciones críticas.*

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

00193 Descuido personal (2008)

Características definitorias:

Higiene personal inadecuada. Higiene del entorno inadecuada. No adherencia a las actividades relacionadas con la salud.

Factores relacionados:

Deterioro cognitivo (demencia). Depresión. Dificultad para el aprendizaje. Temor a la institucionalización

00162. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (2002)

Características definitorias:

Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos (prevención o tratamiento). Describe la reducción de factores de riesgo. Manifiesta deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad (tratamiento, prevención de secuelas). Expresa mínimas dificultades con los tratamientos prescritos. No hay una aceleración inesperada de los síntomas de la enfermedad.

00078. Gestión ineficaz de la propia salud (1994, 2008)

Características definitorias:

Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria, Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, en su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud, verbaliza deseos de manejar la enfermedad, verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos.

Factores relacionados:

Complejidad del sistema de cuidados de salud. Complejidad del régimen terapéutico. Conflicto de decisiones. Dificultades económicas. Demandas excesivas (Ej. individuales, familiares). Conflicto familiar. Patrones familiares de cuidado de la salud. Inadecuación del número de claves para la acción. Déficit de conocimientos. Régimen. Percepción de barreras. Impotencia. Percepción de gravedad. Percepción de susceptibilidad. Percepción de beneficios. Déficit de soporte social.

00099. Mantenimiento ineficaz de la salud. (1982)

Características definitorias:

*Falta demostrada de conocimiento con respecto a las prácticas sanitarias básicas; falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios internos o externos; información u observación de incapacidad para asumir la responsabilidad de cubrir las prácticas sanitarias básicas en algunas o en todas las áreas de los patrones funcionales; historia de falta de conductas generadoras de salud; información u observación de falta de equipo, dinero y/o otros recursos; información y observación del deterioro de los sistemas de apoyo personal.

Factores relacionados:

Ausencia o alteración significativa de las habilidades de comunicación (escrita, verbal y/o mediante gestos); falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos; deterioro perceptual/cognitivo (falta total o parcial de habilidades motoras); afrontamiento individual inefectivo; sufrimiento espiritual incapacitante; falta de recursos materiales.

00163. Disposición para mejorar la nutrición (2002)

Características definitorias:

La actitud hacia el acto de beber es congruente con los objetivos de salud. La actitud hacia el acto de comer es congruente con los objetivos de salud. Aporte adecuado de líquidos. Aporte adecuado de alimentos. Ingestas irregulares. Manifestación de conocimientos sobre elecciones saludables de líquidos. Manifestación de conocimientos sobre elecciones saludables de alimentos. Expresa deseos de mejorar la nutrición. Seguimiento de un estándar apropiado para los aportes (Ej. La pirámide alimentaria o las guías educativas. Seguridad en la preparación de los líquidos. Seguridad en la preparación de los alimentos. Seguridad en el almacenaje de los líquidos. Seguridad en el almacenaje de los alimentos

(00002) Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades (1975-2000)

Características definitorias:

Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado; peso corporal inferior en el 20 % o más al ideal; informe de ingestión de nutrientes inadecuado, menor que el aporte diario recomendado (ADR); debilidad de los músculos requeridos para la masticación o la deglución; informe o evidencia de falta de alimentos; aversión a comer; informe de alteración del sentido del gusto; saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos; dolor abdominal con afección o sin ella; dolorimiento; inflamación de la cavidad bucal; fragilidad capilar; dolores cólicos abdominales; diarrea y/o esteatorrea; sonidos abdominales hiperactivos; falta de interés por los alimentos; incapacidad subjetiva para ingerir alimentos; palidez de las membranas mucosas y conjuntivas; mal tono muscular; excesiva caída del pelo; falta de información; información incorrecta; conceptos erróneos.

Factores relacionados:

Incapacidad para ingerir o digerir los alimentos o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o económicos.

(00001) Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades. (1975-2000)

Características definitorias:

Peso superior en el 10 % al igual para su talla y constitución corporal; *peso superior en un 20% al ideal para su talla y constitución corporal; pliegue cutáneo del tríceps superior a 15 mm en los hombres y a 25 mm en las mujeres; nivel de actividad sedentario.

Información u observación de patrón alimentario disfuncional: asociación de los alimentos con otras actividades; concentrar la toma de alimentos al final del día; comer en respuesta a claves externas como la hora del día, situación social; comer en respuesta a claves internas distintas al hambre, por ejemplo, la ansiedad.

Factores relacionados:

Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.

00178 Riesgo de deterioro de la función hepática (2006)

Definición:

Riesgo de disminución de la función hepática que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo:

Medicamentos hepatotóxicos (p. ej., paracetamol, estatinas). Coinfección por VIH. Abuso de sustancias (p. ej., alcohol, cocaína). Infecciones víricas (p. ej., hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, virus de Epstein-Barr).

00179. Riesgo de nivel de glucemia inestable (2006)

Definición:

Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre.

Factores de riesgo:

Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes (p. ej., plan de acción). Nivel de desarrollo. Aporte dietético. Monitorización inadecuada de la glucemia. Falta de aceptación del diagnóstico. Falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes (p. ej., plan de acción). Falta de plan terapéutico de la diabetes (p. ej., plan de acción). Manejo de la medicación. Estado de salud mental. Nivel de actividad física. Estado de salud física. Embarazo. Períodos de crecimiento rápido. Estrés. Aumento de peso. Pérdida de peso.

00195. Riesgo de desequilibrio electrolítico (2008)

Definición:

Riesgo de cambio en el nivel de electrolitos séricos que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo:

Diarrea. Disfunción endocrina. Desequilibrio de líquidos (p. ej., deshidratación, intoxicación por agua). Deterioro de los mecanismos reguladores (p. ej., diabetes insípida, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética). Disfunción renal. Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (p. ej., medicamentos, drenajes). Vómitos.

00160. Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos. (2002)

Definición:

Patrón de equilibrio entre el volumen de líquidos y la composición química de los líquidos corporales que es suficiente para satisfacer las necesidades físicas y puede ser reforzado.

Características definitorias:

Deshidratación, manifiesta el deseo de mejorar el balance de líquidos, Buen turgor cutáneo, ingesta adecuada para las necesidades diarias, membranas y mucosas hidratadas, no evidencia de edemas, no hay una sed excesiva, densidad específica dentro de la normalidad, peso estable, orina de color pajizo, la diuresis es adecuada en relación con la ingesta

00027 Déficit de volumen de líquidos. (1978,1996)

Definición:

Estado en que la persona experimenta deshidratación vascular celular o intracelular.

Características definitorias:

Cambios en la diuresis; cambios en la concentración de la orina, aumento o pérdida súbita de peso; disminución del llenado venoso; hemoconcentración; cambios en los niveles de sodio sérico.

Posibles características:

Hipotensión, sed, aumento de la frecuencia del pulso, disminución del turgor de la piel; disminución del volumen/presión del pulso; cambio del estado mental; aumento de la temperatura corporal; piel y membranas mucosas secas; debilidad.

Factores relacionados:

Pérdida activa del volumen de líquido: fallo de los mecanismos reguladores.

00026 Exceso de volumen de líquidos. (1982, 1996)

Definición:

Estado en que la persona experimenta un aumento de la retención de líquidos y edema.

Características definitorias:

Edema; derrame; anasarca; aumento de peso; falta de aliento; aporte superior a la pérdida; sonido cardíaco (5/3); congestión pulmonar (radiografía de tórax), sonidos respiratorios anormales; estertores; cambio del patrón respiratorio; cambio en el estado mental; disminución de la hemoglobina y del hematocrito; cambios en la presión sanguínea; cambios en la presión venosa central, cambios en la presión de la arteria pulmonar; distensión de la arteria yugular, reflejo hepatoyugular positivo, oliguria, cambios de la gravedad; azoemia; alteración de los electrolitos; agitación.

Factores relacionados:

Compromiso de los mecanismos reguladores; exceso de aporte de líquidos; exceso de aporte de sodio.

00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos. (1978)

Definición:

Estado en que la persona presenta riesgo de experimentar deshidratación vascular, celular o intracelular.

Factores de riesgo:

Edades extremas; extremos ponderales; pérdidas excesivas a través de las vías normales (ejemplo, diarrea); pérdida de líquidos a través de las vías anormales (ejemplo, catéter permanentes); desviaciones que afecten el acceso a los líquidos o la ingestión o la absorción de estos (ejemplo, la inmovilidad física); factores que influyen sobre la necesidad de líquidos, por ejemplo: estados hipermetabólicos de conocimientos respecto al volumen de líquidos, medicamentos (diuréticos).

00025 Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos. (1998, 2008)

Definición:

Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales y/o intracelulares. Se refiere a pérdida o aumento de líquidos corporales o ambos.

Factores de riesgo:

Cirugía abdominal, ascitis, quemaduras, obstrucción intestinal, pancreatitis, sufrir una aféresis, sepsis, lesión traumática (ej. fractura de cadera)

00016 Deterioro de la eliminación urinaria. (1973, 2006)

Definición:

Estado en que una persona experimenta trastorno en la eliminación urinaria.

Características definitorias:

Disuria; polaquiuria; incontinencia; Nicturia; retención urinaria.

Factores relacionados:

Multicausalidad, que incluyen obstrucción anatómica e infección del tracto urinario. Deterioro sensitivo-motor.

00023. Retención urinaria. (1986)

Definición:

Estado en el que una persona experimenta vaciado incompleto de la vejiga.

Características definitorias:

Mayores: distensión vesical; micciones frecuentes de poca cantidad o ausencia de diuresis.

Menores: sensación de repleción vesical; goteo, orina residual, disuria; incontinencia por rebosamiento.

Factores relacionados:

Obstrucción; alta presión uretral causada por detrusor débil; inhibición del arco reflejo; esfínter potente.

00013. Diarrea. (1975, 1998)

Definición:

Estado en que la persona experimenta un cambio en los hábitos intestinales normales, caracterizado por la frecuente eliminación de heces sueltas, líquidas y no formadas.

Características definitorias:

Dolor abdominal; dolores cólicos abdominales; aumento de la frecuencia de sonidos intestinales; eliminación mínima de tres deposiciones líquidas por día; calambres; heces líquidas y sueltas; urgencia para defecar.

Posibles características. Cambios de color de las heces.

Factores relacionados:

Psicológicos: Ansiedad. Alto grado de estrés.

Situacionales: Efectos adversos de los medicamentos. Abuso del alcohol. Contaminantes. Abuso de laxantes. Irradiación. Toxinas. Viajes. Alimentación por sondas.

Fisiológicos: Procesos infecciosos. Inflamación. Irritación. Malabsorción. Parasitismo.

00011. Estreñimiento. (1975, 1998)

Definición:

Estado en que la persona experimenta un cambio en sus hábitos intestinales normales, caracterizado por disminución en la frecuencia y/o por la eliminación de heces duras y secas.

Características definitorias:

Disminución del nivel de actividad; frecuencia inferior al patrón habitual; heces de consistencia dura; masa palpable; informes de sensación de presión en el recto; informes de sensaciones de repleción rectal; esfuerzo excesivo para defecar. Posibles características. Dolor abdominal; detrimento del apetito; dolor de espalda; cefaleas; interferencia con la vida diaria; uso de laxantes.

Factores relacionados:

Funcionales: Debilidad de los músculos abdominales. Negación habitual de la urgencia para defecar. Uso inadecuado del inodoro (p. ej. Falta de tiempo, postura para la defecación, privacidad). Hábitos de defecación irregulares. Actividad física insuficiente. Cambios ambientales recientes.

Psicológicos: Depresión. Estrés emocional. Confusión mental.

Farmacológicos: Antiácidos que contengan aluminio. Anticolinérgicos. Anticonvulsivos. Antidepresivos. Agentes antilipémicos. Sales de bismuto. Carbonato cálcico. Bloqueantes de los canales del calcio. Diuréticos. Sales de hierro. Sobredosis de laxantes. Antiinflamatorios no esteroideos. Opiáceos. Fenotiazidas. Sedantes. Simpaticomiméticos.

Mecánicos: Desequilibrio de electrolitos. Hemorroides. Enfermedad de Hirschsprung (megacolon congénito agangliónico). Deterioro neurológico. Obesidad. Obstrucción posquirúrgica. Embarazo. Agrandamiento prostático. Absceso rectal. Fisura rectal o anal. Úlcera rectal. Rectocele. Tumores.

Fisiológicos: Cambios en el patrón de alimentación. Cambio en el tipo de alimentos ingeridos. Disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal. Deshidratación. Dentición inadecuada. Higiene oral inadecuada. Aporte insuficiente de fibras. Aporte insuficiente de líquidos. Malos hábitos alimenticios.

00015. Riesgo de estreñimiento. (1998)

Definición:

Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

Factores de riesgo:

- *Funcionales:*

Negación habitual de la urgencia para defecar, ignorar de forma avituallada urgencia de defecar, cambios ambientales recientes, uso inadecuado del inodoro (ej. falta de tiempo, postura para la defecación, privacidad), hábitos de defecación irregulares, actividad física insuficiente, debilidad de los músculos abdominales.

- *Psicológicos:*

Depresión, estrés emocional, confusión mental.

- *Fisiológicos:*

Cambios en los patrones de alimentación habituales, cambios en los alimentos habituales, disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal, deshidratación, dentición inadecuada, higiene oral inadecuada, aporte insuficiente de fibras, aporte insuficiente de líquidos, malos hábitos alimentarios.

- *Farmacológicos:*

Antiácidos que contengan aluminio, anticolinérgicos, anticonvulsivos, antidepresivos, agentes antilipémicos, sales de bismuto, carbonato de calcio, bloqueantes de los canales del calcio, diuréticos, sales de hierro, abuso de laxantes, antiinflamatorios no esteroideos, opiáceos, fenotiazidas, sedantes, simpaticomiméticos.

- *Mecánicos:*

Desequilibrio electrolítico, hemorroide, enfermedad de Hirschsprung (megacolon congénito agangliónico), deterioro neurológico, obesidad, obstrucción posquirúrgica, embarazo, agrandamiento prostático, absceso rectal, fistula rectal o anal, estenosis rectal o anal, prolapso rectal, úlcera rectal, rectocele, tumores.

00197. Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (2008)

Definición:

Riesgo de aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

Factores de riesgo:

Cirugía abdominal. Envejecimiento. Ansiedad. Cambio en la alimentación. . Cambio en el agua. Disminución de la circulación gastrointestinal. Diabetes mellitus. Intolerancia alimentaria (p.ej., al gluten, a la lactosa). Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Inmovilidad. Infección (p. ej., bacteriana, parasitaria, vírica). Agentes farmacológicos (p. ej., antibióticos, laxantes, narcóticos/opiáceos, inhibidores de la bomba de protones). Prematuridad. Sedentarismo. Estrés. Preparación insalubre de alimentos.

00030. Deterioro del intercambio de gases. (1980, 1996, 1998)

Definición:

Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar pulmonar (alvéolos pulmonares y el sistema vascular).

Características definitorias:

Gasometría arterial anormal; pH arterial anormal; Respiración anormal (Frecuencia, ritmo, profundidad). Color anormal de la piel (pálida, cianótica). Disminución del dióxido de carbono. Diaforesis. Disnea. Cefalea al despertar. Hipercapnia. Hipoxemia. Hipoxia. Irritabilidad. Aleteo nasal. Somnolencia. Taquicardia. Trastornos visuales.

Factores relacionados:

Desequilibrio ventilación-perfusión. Cambios de la membrana alveolo-capilar.

00096 Deprivación de sueño. (1998)

Definición:

Períodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).

Características definitorias:

Confusión aguda, agitación, ansiedad, apatía, agresividad, somnolencia diurna, disminución de las capacidades de funcionamiento, fatiga, nistagmus pasajero, alucinaciones, temblor de las manos, aumento de la sensibilidad al dolor.

Factores relacionados:

Cambio de las etapas del sueño relacionado con el aumento de edad, demencia, parálisis familiar del sueño, actividad diurna inadecuada, síndrome de hipersomnolencia nerviosa central idiopática, narcolepsia, pesadilla, prácticas parentales no inductoras al sueño, movimientos periódicos de las extremidades (ej. síndrome de las piernas inquietas, mioclonía nocturna), malestar prolongado (físico, psicológico), persistencia de una higiene del sueño inadecuada, uso prolongado de estimulantes farmacológicos o diuréticos, apnea del sueño, terrores nocturnos, sonambulismo, enuresis nocturna, erecciones dolorosas durante el sueño, síndrome vespertino,

asincronía circadiana mantenida, estimulación ambiental sostenida, persistencia de un entorno para el sueño incómodo o desconocido.

00095. Insomnio. (2006)

Definición:

Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Características definitorias:

Observación de cambios de la emotividad. Observación de falta de energía. Aumento del absentismo (p. ej., trabajo/escuela). El paciente informa de cambios de humor. El paciente informa de disminución de su estado de salud. El paciente informa de disminución de su calidad de vida. El paciente informa de dificultad para concentrarse. El paciente informa de dificultad para conciliar el sueño. El paciente informa de dificultad para permanecer dormido. El paciente informa de insatisfacción con el sueño (habitual). El paciente informa del aumento de los accidentes. El paciente informa de la falta de energía. El paciente informa de sueño no reparador. El paciente informe de trastornos del sueño que tienen consecuencias al día siguiente. El paciente informa de despertarse demasiado temprano.

Factores relacionados:

Patrón de actividad (p. ej., tiempo, cantidad). Ansiedad. Depresión. Factores del entorno (p. ej., ruido ambiental, exposición a la luz del día/oscuridad, temperatura/ humedad ambiental, entorno no familiar). Temor. Siestas frecuentes durante el día. Cambios hormonales relacionados con el sexo. Duelo. Higiene del sueño inadecuada (habitual). Toma de estimulantes. Toma de alcohol. Deterioro del patrón de sueño normal (p. ej., viaje, trabajo por turnos). Sueño interrumpido. Medicamentos. - Responsabilidades parentales. Malestar físico (p.ej., dolor, falta de aliento, tos, reflujo gastroesofágico, náuseas, incontinencia/urgencia). Estrés (p. ej. patrón de alta concentración antes del sueño).

00198. Trastorno del patrón del sueño (2006)

Definición:

Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

Características definitorias:

Cambio en el patrón normal de sueño. Quejas verbales de no sentirse bien descansado. Insatisfacción con el sueño. Disminución de la capacidad para funcionar. Informes de haberse despertado. Informes de no tener dificultad para conciliar el sueño.

Factores relacionados:

Humedad, temperatura ambiental. Responsabilidades como cuidador. Cambio en la exposición a la luz diurna-oscuridad. Interrupciones (p. ej., administración de terapias, control, pruebas de laboratorio). Falta de intimidad/control del sueño. Iluminación. Ruidos. Olores nocivos. Sujeciones físicas. Compañero de sueño. Mobiliario desconocido en el dormitorio.

00097. Déficit de actividades recreativas. (1980)

Definición:

Estado en que una persona experimenta disminución del interés o de la participación en actividades recreativas o de ocio.

Características definitorias:

Afirmaciones de la persona de: aburrimiento, deseos de tener qué hacer, qué leer, etc.; pasatiempos habituales que no pueden llevarse a la práctica en el hospital.

Factores relacionados:

Falta de actividades recreativas en el entorno, como ocurre en las hospitalizaciones a largo plazo; tratamientos frecuentes y largos.

00091. Deterioro de la movilidad en la cama. (1998, 2006)

Definición:

Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.

Características definitorias:

Deterioro de la habilidad para: pasar de la posición supina a la sentada, posición sentada a la supina, de la posición supina a la prona, de la posición prona a supina, posición supina a sentada con las piernas estiradas, posición sentada con las piernas estiradas a supina, cambiar de posición por sí mismo en la cama, cambio de posición sobre uno u otro costado

Factores relacionados:

Deterioro cognitivo, deterioro del estado físico, conocimientos deficientes, limitaciones ambientales (Ej. tamaño de la cama, tipo de cama, equipo de tratamiento, sujeciones) falta de fuerza muscular, deterioro músculo esquelético, deterioro neuromuscular, obesidad, dolor, medicamento sedantes.

00085. Deterioro de la movilidad física. (1973, 1998)

Definición:

Estado en que la persona experimenta una limitación de la movilidad para el movimiento físico independiente.

Características definitorias:

Incapacidad para moverse a voluntad dentro del entorno físico, que incluyen la movilidad en la cama, traslados y deambulación; resistencia a intentar movimientos; limitación de la amplitud de movimientos; disminución de la fuerza, control y/o masa muscular; imposición de restricciones de movimientos, incluyen protocolos mecánicos o médicos; deterioro de la coordinación.

Factores relacionados:

Intolerancia a la actividad/disminución de la fuerza y resistencia al dolor /malestar; deterioro perceptual/ cognitivo; deterioro neuromuscular; deterioro músculo esquelético; depresión/ansiedad severas.

Clasificación sugerida para el nivel funcional:

0. Completamente independiente.
1. Requiere el uso de equipo o dispositivos.
2. Requiere de otra persona para ayudar, supervisión o enseñanza.
3. Requiere ayuda de otra persona y de equipo o dispositivos.
4. Dependiente, no participa en la actividad.

00100. Retraso en la recuperación quirúrgica. (1998, 2006)

Definición:

Aumento del número de días del post operatorio requerido por una persona para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, salud y el bienestar.

Características definitorias:

Dificultad para moverse en el entorno, evidencia de la interrupción de la curación de la herida quirúrgica (Ej. enrojecimiento, induración, drenaje inmovilidad), fatiga, pérdida del apetito con náuseas, pérdida del apetito sin náuseas, percepción de que se requiere más tiempo para recuperarse, retraso en la reanudación del trabajo o las actividades laborales, necesidad de ayuda para completar el autocuidado, informes de malestar, informes de dolor.

Factores relacionados:

Procedimiento quirúrgico extenso, obesidad, dolor, infección postoperatoria de la zona quirúrgica, expectativas preoperatorios, procedimiento quirúrgico prolongado.

00092. Intolerancia a la actividad. (1982)**Definición:**

Estado en que una persona tiene insuficiente energía psicológica o fisiológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Características definitorias:

Informes verbales de fatiga o debilidad; frecuencia cardíaca o presión arterial anormal como respuesta a la actividad; malestar o disnea de esfuerzo; cambios electrocardiográficos que reflejan arritmias o isquemias.

Factores relacionados:

Reposo en cama/inmovilidad; debilidad generalizada; estilo de vida sedentario; desequilibrio entre aporte/demanda de oxígeno.

00032. Patrón respiratorio ineficaz. (1980, 1996, 1998)**Definición:**

Estado en que el patrón de inhalación y/o exhalación de una persona no permite la inflación o vaciado pulmonar adecuado.

Características definitorias:

Falta de aliento; taquipnea; frémito; gasometría anormal; cianosis; tos; aleteo nasal; cambios en la profundidad respiratoria; asunción de la posición en trípede; respiración con los fruncidos/fase espiratoria prolongada; aumento del diámetro anterior; uso de los músculos accesorios; alteración de la expansión torácica.

Factores relacionados:

Deterioro neuromuscular; dolor; deterioro musculoesquelético; deterioro de la percepción; deterioro cognitivo; ansiedad; disminución de la energía, posición corporal; hiperventilación; síndrome de hipoventilación; inmadurez neurológica; obesidad; fatiga de los músculos respiratorios; lesión de la médula espinal.

00202. Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz (2008)

Este diagnóstico anteriormente llevaba la etiqueta de: **Perfusión tisular inefectiva (gastrointestinal)**

Definición:

Riesgo de disminución de la circulación gastrointestinal.

Factores de riesgo:

Aneurisma aorto-abdominal. Síndrome compartimental abdominal. Tiempo de tromboplastina parcial anormal. Tiempo de protombina anormal. Sangrado gastrointestinal agudo. Hemorragia gastrointestinal aguda. Edad > 60 años. Anemia. Coagulopatía (p. ej., anemia de células falciformes). Diabetes mellitus. Coagulación intravascular diseminada. Sexo femenino. Paresia gástrica (diabetes mellitus). Várices gastroesofágicas. Enfermedad gastrointestinal. (p. ej., úlcera gástrica o duodenal, colitis isquémica, pancreatitis isquémica). Inestabilidad hemodinámica. Disfunción hepática. Infarto de miocardio. Eyección ventricular izquierda disminuida. Fallo renal. Accidente cerebrovascular. Trauma. Tabaquismo. Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (p. ej., bypass cardiopulmonar, medicamentos, anestesia, cirugía gástrica). Enfermedad vascular (p. ej., enfermedad vascular periférica, enfermedad oclusiva aortoiliaca).

00203. Riesgo de perfusión renal ineficaz (2008)

Este diagnóstico anteriormente llevaba la etiqueta de: **Perfusión tisular inefectiva (renal)**.

Definición:

Riesgo de disminución de la circulación sanguínea renal que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo:

Síndrome compartimental abdominal. Edad avanzada. Necrosis cortical bilateral. Quemaduras. Cirugía cardíaca. By-pass cardiopulmonar. Diabetes mellitus. Exposición a toxinas. Glomerulonefritis femenina. Hiperlipidemia. Hipertensión. Hipervolemia. Hipoxemia. Hipoxia. Infección (p. ej., sepsis, infección localizada). Malignidad. Hipertensión maligna. Acidosis metabólica. Politraumatismo. Pielonefritis. Estenosis de la arteria renal. Enfermedad renal (riñón poliquístico). Tabaquismo. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS). Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (p. ej, medicamentos). Vasculitis por embolia vascular.

00204. Perfusión tisular periférica ineficaz (1980, 2008)

Este diagnóstico anteriormente llevaba la etiqueta de: Perfusión tisular inefectiva (periférica)

Definición:

Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.

Características definitorias:

Ausencia de pulso, alteración de la función motora, alteración de las características de la piel (color, elasticidad, vello, hidratación de uñas, sensibilidad, temperatura), cambios de presión arterial en las extremidades, claudicación, las extremidades inferiores no recuperan su color al bajarla, retraso en la curación de las heridas periféricas, disminución de los pulsos, edema, dolor en las extremidades, parestesia, palidez de la piel a la elevación.

Factores relacionados:

Conocimientos deficientes sobre los factores agravantes, (tabaquismo, sedentarismo, traumatismo, obesidad, aporte de sal, inmovilidad), conocimientos deficientes sobre el proceso de la enfermedad (diabetes, hiperlipidemia), diabetes mellitus, hipertensión, tabaquismo.

Interrupción del flujo arterial; interrupción del flujo venoso, problemas de intercambio; hipovolemia; hipervolemia.

00206. Riesgo de sangrado (2008)

Definición:

Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo:

Aneurisma. Circuncisión. Conocimientos deficientes. Coagulación intravascular diseminada. Antecedentes de caídas. Desórdenes gastrointestinales (p.ej. enfermedad úlceras gástrica, pólipos, varices). Deterioro de la función hepática

00209. Riesgo de shock (2008)

Definición:

Riesgo de aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que constituye una amenaza para la vida.

Factores de riesgo:

Hipotensión. Hipovolemia. Hipoxemia. Hipoxia. Infección. Sepsis. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS).

00033. Deterioro de la ventilación espontánea. (1992)

Definición:

Estado en que la disminución de las reservas de energía provoca la incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada en el mantenimiento de la vida.

Características definitorias:

Mayores: aumento de la tasa metabólica.

Menores: agitación creciente; aprensión; uso creciente de los músculos accesorios; disminución del volumen circulante; aumento de la frecuencia cardíaca; disminución de la PO₂; aumento de la PCO₂; disminución de la cooperación; disminución de la SaO₂.

Factores relacionados:

Factores metabólicos; fatiga de los músculos respiratorios.

00182. Disposición para mejorar el autocuidado (2006)

Definición:

Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que le ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Características definitorias:

Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la vida. Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud. Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento del desarrollo personal. Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento del bienestar. Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado. Expresa deseos de aumentar la responsabilidad en el autocuidado. Expresa deseos de aumentar el autocuidado.

00102. Déficit de autocuidado: alimentación (1980, 1998)

Definición:

Estado en que la persona experimenta deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí misma las actividades de alimentación.

Características definitorias:

Incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente hasta la boca. Incapacidad para masticar la comida. Incapacidad para coger los alimentos con los utensilios. Incapacidad de manejar los utensilios. Incapacidad para ingerir los alimentos de forma segura. Incapacidad para ingerir los alimentos suficientes. Incapacidad para mover los alimentos en la boca. Incapacidad para coger la taza o el vaso. Incapacidad para preparar los alimentos para su ingestión. Incapacidad para deglutir los alimentos. Incapacidad para usar dispositivos de ayuda.

Factores relacionados:

Intolerancia a la actividad; debilidad; disminución de la fuerza y motivación; deterioro perceptual o cognitivos; deterioro neuromuscular; deterioro musculoesquelético; depresión; dolor; malestar; ansiedad severa.

Nota: Especificar el nivel de independencia usando una escala funcional estandarizada.

00108. Déficit de autocuidado: baño (1980, 1998)

Este diagnóstico anteriormente ostentaba la etiqueta de: Déficit de autocuidado: baño/higiene.

Definición:

Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades del baño/higiene.

Características definitorias:

Incapacidad para: Acceder al cuarto de baño, obtener los artículos del baño, secarse el cuerpo, obtener una fuente de agua, regular el agua del baño, lavarse el cuerpo.

Factores relacionados:

Deterioro cognitivo, disminución de la motivación, barreras ambientales, incapacidad para percibir una parte del cuerpo, incapacidad para recibir relaciones espaciales, deterioro musculoesquelético, deterioro neuromuscular, dolor, Deterioro perceptual, ansiedad grave, debilidad.

Nota: Especificar el nivel de independencia usando una escala funcional estandarizada.

00110. Déficit del autocuidado: uso del inodoro (1980)

Definición:

Estado en que la persona experimenta deterioro en la capacidad para realizar o completar por sí misma las actividades requeridas para la eliminación fecal o urinaria.

Características definitorias:

Incapacidad para desplazarse hasta el WC; incapacidad para sentarse o levantarse el WC; incapacidad para manipular las ropas para la evacuación; incapacidad para llevar a cabo la higiene adecuada para la evacuación; incapacidad para hacer funcionar el WC.

Factores relacionados:

Deterioro de la capacidad para trasladarse; deterioro de la movilidad; intolerancia a la actividad; disminución de la fuerza y resistencia; dolor; malestar; deterioro perceptual o cognitivo; deterioro neuromuscular; deterioro musculoesquelético; depresión ansiedad severa.

Nota: Especificar el nivel de independencia usando una escala funcional estandarizada.

00109. Déficit de autocuidado: vestido (1980)

Este diagnóstico anteriormente llevaba la etiqueta de déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.

Definición:

Estado en que la persona experimenta deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido/acicalamiento.

Características definitorias:

Deterioro de la capacidad para ponerse o quitarse las prendas de vestir; deterioro de la capacidad para obtener o reemplazar artículos de vestir; deterioro de la capacidad para abrocharse la ropa; incapacidad para mantener su aspecto a un nivel satisfactorio.

Factores relacionados:

Intolerancia a la actividad; disminución de la fuerza y resistencia; dolor; malestar; deterioro perceptual o cognitivo; deterioro musculoesquelético; depresión, ansiedad severa.

Nota: Especificar el nivel de independencia usando una escala funcional estandarizada.

00128. Confusión aguda. (1994, 2006)**Definición:**

Inicio brusco reversible de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrolla en un corto período de tiempo.

Características definitorias:

Fluctuación en: conocimiento, el nivel de conciencia, en la actividad psicomotora, alucinaciones, agitación reciente, intranquilidad creciente. Falta de motivación para: mantener una conducta dirigida al logro de un objetivo, mantener una conducta intencionada, iniciar una conducta dirigida al logro de un objetivo, iniciar una conducta intencionada y percepciones erróneas.

Factores relacionados:

Abuso del alcohol, delirio, demencia, abuso de drogas, fluctuaciones en el ciclo sueño vigilia, edad superior a los 60 años.

00173. Riesgo de confusión aguda. (2006)**Definición:**

Riesgo de aparición de trastornos reversible de la conciencia, la atención, conocimiento y percepción que se desarrolla en un corto período de tiempo.

Factores de riesgo:

Alcoholismo, disminución de la movilidad, demencia, fluctuaciones en el ciclo sueño-vigilia, antecedentes de lictus, deterioro de la cognición, infección, sexo masculino, medicamentos-droga (anestésicos, anticolinérgicos, difenhidramina, polimedicación, opioides, sustancias psicoactivas), anomalías metabólicas (azoemia, disminución de la hemoglobina, deshidratación, desequilibrio electrolítico, aumento de la urea nitrogenada en sangre (BUN) / creatinina,

malnutrición), edad superior de los 60 años, dolor, privación sensorial, abuso de sustancias, retención urinaria.

0126. Conocimientos deficientes. (1980)

Definición:

Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Características definitorias:

Verbalización del problema; seguimiento inadecuado de las instrucciones; realización inadecuada de las pruebas; comportamientos inapropiados o exagerados (p. ej. histeria, hostilidad, agitación, apatía).

Factores relacionados:

Mala interpretación de la información; limitación cognitiva; falta de interés en el aprendizaje; falta de exposición; falta de memoria; poca familiaridad con los recursos de información.

00161. Disposición para mejorar los conocimientos. (2002)

Definición:

La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para lograr los objetivos relacionados con la salud y pueden ser reforzados.

Características definitorias:

Las conductas son congruentes con los conocimientos manifestados, explica sus conocimientos del tema, manifiesta interés en el aprendizaje, describe experiencias previas relacionadas con el tema.

00131. Deterioro de memoria. (1994)

Definición:

Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de la información o habilidades conductuales.

Características definitorias:

Experiencia de olvidos, olvida realizar una conducta en el momento programado para ello, incapacidad para: recordar si ya se ha realizado una conducta, aprender nueva información, aprender nuevas habilidades, realizar una habilidad previamente aprendida, recordar acontecimientos, recordar información sobre los hechos, retener nueva información, retener nuevas habilidades.

Factores relacionados:

Anemia, disminución del gasto cardíaco, excesiva alteraciones ambientales, desequilibrio de líquidos y electrolitos, hipoxia, trastornos neurológicos.

00051. Deterioro de la comunicación verbal. (1983, 1996, 1998)

Definición:

Estado en que la persona experimenta disminución o ausencia de la capacidad para usar o comprender el lenguaje.

Características definitorias:

Incapacidad para hablar en el lenguaje dominante; habla con dificultad; no habla o no puede hablar; pronunciación defectuosa; tartamudeo; dificultad para formular las palabras o frases; dificultad para expresar verbalmente los pensamientos; desorientación.

Factores relacionados:

Disminución de la circulación cerebral; tumor cerebral; barreras mecánicas (traqueostomía, intubación); defecto anatómico, labio leporino; barreras psicológicas (psicosis, falta de estímulos); factores relacionados con la edad o desarrollo.

00167. Disposición para mejorar el auto concepto (2002)

Definición:

Patrón de percepciones o ideas sobre uno mismo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Características definitorias:

Acepta sus limitaciones y sus fortalezas, las acciones son congruentes con la expresión verbal, manifiesta confianza en sus habilidades, expresa satisfacción por: su imagen corporal, su identidad personal, por el desempeño de rol, por su sentido de valía personal, los pensamientos sobre sí mismo. Expresa deseos de reforzar el auto concepto.

00124. Desesperanza. (1986)

Definición:

Estado subjetivo en que la persona ve poca o ninguna alternativa disponible o posibilidades de elección personal y es incapaz de movilizar su energía para su propio provecho.

Características definitorias:

Mayores: pasividad; disminución de la verbalización; disminución de las emociones; claves verbales (Contenida, desesperado "no puedo", suspiros).

Menores: falta de iniciativa; disminución de la respuesta a los estímulos; disminución de las emociones; girarse hacia el lado contrario del que está la persona que le habla; cerrar los ojos; encogerse de hombros como respuesta a quien le habla; disminución del apetito; aumento/disminución del sueño; falta de implicación en sus cuidados/permitir pasivamente que le cuiden.

Factores relacionados:

Restricción prolongada de la actividad que crea aislamiento, deterioro del estado fisiológico; estrés de larga duración; abandono; pérdida de la fe en valores trascendentales o en el poder espiritual.

00121 Trastorno de la identidad personal. (1978, 2008)

Definición:

Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.

Características definitorias:

Rasgos personales contradictorios, descripción alucinatoria del yo, trastorno de la imagen corporal, trastorno de las relaciones, sentimientos de: vacío, de extrañeza, fluctuantes sobre el yo. Confusión de género, afrontamiento ineficaz, desempeño ineficaz del rol, incapacidad para distinguir entre los estímulos internos y externos, incertidumbre sobre: los objetivos, los valores culturales (Ej. creencias, religión y cuestiones morales), Incertidumbre sobre los valores ideológicos (Ej. creencias, religión y cuestiones morales).

Factores relacionados:

Adoctrinamiento de culto, discontinuidad cultural, discriminación o prejuicio, proceso familiares disfuncionales, ingestión o inhalación de productos químicos tóxicos, baja autoestima, estados maníacos, trastorno de personalidad múltiple, síndromes orgánicos cerebrales, trastornos psiquiátricos (Ej. psicosis, depresión, trastorno disociativo), crisis situacionales, cambios en el rol social, etapas de crecimiento o desarrollo, uso de fármacos psicoactivos.

00125. Impotencia. (1982)

Definición:

Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o los acontecimientos inmediatos.

Características definitorias.

Severa: expresiones verbales de carácter de control o influencia sobre la situación; expresiones verbales de carecer control o influencia sobre el resultado; expresiones verbales de carecer

control sobre los autocuidado; depresión por el deterioro físico que ocurre a pesar del seguimiento del tratamiento por parte del paciente; apatía.

Moderada: no participación en los cuidados o toma de decisiones cuando existen oportunidades para hacerlo; expresiones de insatisfacción; frustración por la incapacidad para realizar las tareas y/o actividades previas; falta de control de los progresos; expresiones de dudas con respecto al desempeño del rol; resistencia a expresar los verdaderos sentimientos; temor a la alineación por parte de los cuidadores; pasividad, incapacidad para buscar información con respecto a sus cuidados; dependencia de otros que pueden resultar en irritabilidad, resentimientos y culpa; no defensa de las prácticas de autocuidado cuando son puestos a prueba.

Baja: expresiones de incertidumbre sobre niveles fluctuantes de energía disponible; pasividad.

Factores relacionados:

Entorno de cuidados de la salud. Tratamientos relacionados con una enfermedad. Interacción interpersonal. Estilo de vida desvalido.

00152. Riesgo de impotencia. (2000)

Definición:

Riesgo de percibir falta de control sobre la situación y/o sobre la propia capacidad para influir en el resultado de forma significativa.

Factores de riesgo:

Fisiológicos: lesión agudo, envejecimiento, agonía, enfermedad, proceso patológico progresivo y debilitante (Ej. lesión medular, esclerosis múltiple).

Psicosociales: falta de integralidad (Ej. esencia del poder), baja autoestima crónica, conocimientos deficientes (Ej. de la enfermedad o del sistema de cuidados de salud), trastorno de la imagen corporal, patrones de afrontamiento inadecuados, estilo de vida dependiente, baja autoestima situacional.

00118. Trastorno de la imagen corporal. (1973, 1998)

Definición:

Desajuste en la forma en que alguien percibe su imagen corporal (confusión en la imagen mental del yo físico).

Características definitorias:

Deben estar presentes para justificar el diagnóstico del trastorno de la imagen corporal, las siguientes manifestaciones clínicas:

Objetivas: pérdida de una parte corporal; cambio real en la estructura y/o funcionamiento; no mirar una parte corporal; no tocar una parte corporal; ocultamiento o sobreexposición (intencionados o no) de una parte corporal; traumatismo de la parte no funcionante; cambio en la implicación social; cambio en la habilidad para estimar las relaciones especiales entre el cuerpo y el entorno.

Subjetivas: verbalización de: cambio en el estilo de vida; temor al rechazo o a la reacción de otros; centrará la atención en los recursos, función o aspecto anterior; sentimientos negativos sobre el cuerpo; sentimientos de desesperación; falta de esperanza o importancia; preocupación por el cambio o pérdida; énfasis en los recursos restantes, exagerando los logros; extensión de los límites corporales hasta incorporar objetos ambientales; personalización de una parte del cuerpo dándole un nombre; despersonalización de una parte usando para ella pronombres impersonales; negativa.

Factores relacionados:

Biofísicos; cognitivos, perceptuales; psicosociales; espirituales, culturales, cambios de desarrollo, efectos de la enfermedad, efectos del tratamiento, efectos de la cirugía, efectos del traumatismo.

00065. Patrón sexual ineficaz. (1986, 2006)

Definición:

Estado en que la persona expresa preocupación respecto a su sexualidad.

Características definitorias:

Mayores: informe de dificultades, limitaciones o cambios en las conductas o actividades sexuales.

Factores relacionados:

Déficit de conocimientos/habilidades sobre respuestas relativas a transiciones relacionadas con la enfermedad, alteración de la estructura o función corporal; efectos de la enfermedad o tratamiento médico; falta de una persona significativa; modelos del rol no válidos o ausentes; conflicto con la orientación sexual o variaciones en las preferencias; miedo al embarazo o a contraer enfermedades de transmisión sexual; deterioro de las relaciones con la persona significativa; falta de intimidad; temor a las enfermedades de transmisión sexual.

00114. Síndrome de estrés del traslado (1992, 2000)

Definición:

Trastorno fisiológico o psicológico tras el traslado de un entorno a otro.

Características definitorias:

Enajenación. Aislamiento. Cólera. Ansiedad (p.ej., separación). Preocupación por el traslado. Dependencia. Depresión. Temor. Frustración. Aumento de las enfermedades. Aumento de los síntomas físicos. Expresión creciente de necesidades. Inseguridad. Soledad. Pérdida de la identidad. Pérdida de la autoestima. Pérdida del sentimiento de valía personal. Pesimismo. Trastorno del sueño. Verbaliza que no tiene deseos de trasladarse. Retraimiento. Preocupación.

Factores relacionados:

Deterioro del estado de salud. Sentimientos de impotencia. Imprevisibilidad de la experiencia. Deterioro de la salud psicosocial. Aislamiento. Falta de un sistema de soporte adecuado. Falta de asesoría antes del traslado. Barreras lingüísticas. Pérdidas. Traslado de un entorno a otro. Afrontamiento pasivo.

00149. Riesgo de síndrome de estrés del traslado (2000)

Definición:

Riesgo de sufrir un trastorno fisiológico o psicológico después del traslado de un entorno a otro.

Factores de riesgo:

Deterioro del estado de salud. Falta de un sistema de soporte adecuado. Falta de asesoría previa al traslado. Pérdidas. Cambio ambiental de moderado a importante. Competencia mental moderada. Traslado de un entorno a otro. Afrontamiento pasivo. Imprevisibilidad de la experiencia. Expresión verbal de impotencia

00146. Ansiedad. (1973, 1982, 1988)

Definición:

Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica.

Características definitorias:

Subjetivas: tensión creciente; aprensión; desesperanza persistente, dolorosa y creciente; incertidumbre; temor; sobresalto; pesadumbre; sobreexcitación; confusión; distrés; nerviosismo; sentimientos de inadecuación; inestabilidad; miedo de consecuencias inespecíficas; expresión de preocupación con respecto a cambios en los acontecimientos vitales; preocupación.

Objetivas: *estimulación simpática; excitación cardiovascular; vasoconstricción superficial; dilatación pupilar; agitación; insomnio; mirada furtiva; mal contacto ocular; temblores

generalizados/de las manos; movimientos extraños (arrastrar los pies, movimientos de las manos/brazos); tensión facial; voz temblorosa; centro de atención en el "yo"; cautela creciente; aumento de la sudación.

Factores relacionados:

Conflicto inconsciente sobre los objetivos/valores esenciales de la vida; amenaza al auto concepto; amenaza de muerte; cambio o amenaza al estado de salud; cambio o amenaza a la situación económica; cambio o amenaza al desempeño del rol; cambio o amenaza del entorno; cambio o amenaza de los patrones de interacción; crisis situacionales/de maduración; transmisión/contagio interpersonal; necesidades no cubiertas.

00147. Ansiedad ante la muerte. (1998, 2006)

Definición:

Sensación vaga e intranquilizante de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada a la propia existencia.

Características definitorias:

Informes de preocupación por sobrecargar al cuidador. Informes de tristeza profunda. Informes de temor a desarrollar una enfermedad Terminal. Informes de temor a perder capacidades mentales durante la agonía. Informes de temor al dolor relacionado con la agonía. Informes de temor a una muerte prematura. Informes de temor al proceso de la agonía. Informes de temor a una agonía prolongada. Informes de temor al sufrimiento relacionado con la agonía. Informes de sentirse impotente ante la agonía. Informes de pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía. Informes de preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas.

Factores relacionados:

Anticipación de consecuencias adversas derivadas de la anestesia general. Anticipación del impacto de la propia muerte sobre los demás. Anticipación de dolor. Anticipación de sufrimiento. Confrontación con la realidad de una enfermedad terminal. Discusiones sobre el tema de la muerte. Experimentar el proceso de agonía. Experiencia cercana a la muerte. Rechazo de la propia mortalidad. Observaciones relacionadas con la muerte. Percepción de proximidad de la muerte. Incertidumbre sobre el encuentro con un poder superior. Incertidumbre sobre la existencia de un poder superior. Incertidumbre sobre la vida después de la muerte. Incertidumbre sobre el pronóstico

00188. Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (1986, 1988, 2006, 2008)

Definición:

Estado en que la persona es incapaz de modificar su vida/conducta de forma coherente con un cambio en su estado.

Características definitorias:

Mayores: expresión de no aceptación del cambio en el estado de salud, inexistencia o fracaso de la capacidad para afrontar los problemas o determinación de objetivos.

Menores: falta de movimiento hacia la independencia, período de shock, incredulidad o cólera, falta de pensamiento positivo.

Factores relacionados:

Ingesta excesiva de alcohol. Comprensión inadecuada. Apoyo social inadecuado. Bajo grado de eficacia personal. Situación socioeconómica baja. Múltiples agentes estresantes. Actitud negativa hacia los cuidadores de salud.

00072. Negación ineficaz (1988, 2006)

Definición:

Intento consciente o inconsciente de ignorar el conocimiento o significado de un acontecimiento, para reducir la ansiedad/temor en detrimento de la salud.

Características definitorias:

Mayores: retrasa la búsqueda o rechaza la atención sanitaria en detrimento de la salud; no percibe la relevancia de los síntomas o del peligro.

Menores: usa remedios caseros (auto tratamiento) para aliviar los síntomas; no admite el temor a la muerte o a la invalidez; minimiza los síntomas; desplaza el origen de los síntomas a otros órganos; es incapaz de admitir el impacto de la enfermedad sobre su estilo de vida; hace gestos o comentarios de rechazo cuando habla de acontecimientos dolorosos; desplaza el miedo al impacto provocado por su estado; muestra un estado de ánimo inapropiado.

Factores relacionados:

Ansiedad. Miedo a la muerte. Miedo a la pérdida de de autonomía. Miedo a la separación. Falta de competencia en el uso de mecanismos de afrontamiento. Falta de control sobre la situación vital. Falta de apoyo emocional de los demás. Estrés abrumador. Amenaza de inadecuación al afrontar emociones intensas. Amenaza de una realidad desagradable

00148. Temor. (1980, 1996, 2000)**Definición:**

Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Características definitorias:

Informes de alarma. Informes de aprensión. Informe de sentirse asustado. Informes de reducción de la seguridad en sí mismo. Informes de pavor. Informes de intranquilidad. Informes de aumento de la tensión. Informes de inquietud. Informes de pánico. Informes de terror.

Cognitivas: Disminución de la productividad. Disminución de la capacidad de aprendizaje. Disminución de la capacidad para solucionar problemas. Identifica el objeto del miedo. Los estímulos se consideran una amenaza.

Conductuales: Conductas de ataque. Conductas de evitación. Impulsividad. Aumento de la alerta. Focalización limitada a la fuente de temor.

Fisiológicas: Anorexia. Diarrea. Sequedad bucal. Disnea. Fatiga. Aumento de la transpiración. Aumento del pulso. Aumento de la frecuencia respiratoria. Aumento de la presión arterial sistólica. Tirantez muscular. Náuseas. Palidez. Dilatación pupilar. Vómitos.

Factores relacionados:

Origen innato (p.ej., ruido súbito, altura, dolor, pérdida del apoyo físico). Desencadenantes innatos (neurotransmisores). Barreras idiomáticas. Respuesta aprendida (p. ej., condicionamiento, imitación de otros o identificación con ellos. Estímulos fóbicos.

00083. Conflicto de decisiones (1988-2006)**Definición:**

Estado de incertidumbre sobre la evolución que debe tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o pone a prueba los valores personales.

Características definitorias:

Mayores: verbalización de incertidumbre sobre las soluciones; conocimiento de consecuencias no deseadas de las acciones alternativas que se han de considerar; vacilación entre elecciones alternativas; retraso en la toma de decisiones.

Menores: verbalización de sentimientos de sufrimiento al intentar tomar una decisión; egocentrismo; signos físicos de sufrimiento o tensión (aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la tensión muscular, agitación, etc.); cuestionamiento de los valores y creencias personales, mientras intenta tomar una decisión.

Factores relacionados:

Valores/creencias personales poco claros; percepción de los valores personales; falta de experiencia o interferencia en la toma de decisiones; falta de información relevante; sistema de apoyo deficitario; fuentes de información múltiples o divergentes.

00004. Riesgo de infección (1988)

Definición:

Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Factores de riesgo:

Enfermedad crónica. Inmunidad adquirida inadecuada. Defensas primarias inadecuadas (p. ej., rotura de la piel), traumatismo tisular, disminución de la acción ciliar, estasis de los líquidos corporales, cambio del pH de las secreciones, alteración del peristaltismo). Defensas secundarias inadecuadas (p. ej., disminución de la hemoglobina, leucopenias, supresión de la respuesta inflamatoria). Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos. Inmunosupresión. Procedimientos invasivos. Insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos. Malnutrición. Agentes farmacológicos (p. ej., inmunosupresores). Rotura prematura de las membranas amnióticas. Rotura prolongada de las membranas amnióticas. Traumatismo. Destrucción tisular.

00039. Riesgo de aspiración. (1988)

Definición:

Estado en que la persona presenta riesgo del paso al árbol traqueobronquial de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.

Factores de riesgo:

Reducción del nivel de conciencia; depresión de los reflejos nauseosos y de la tos; presencia del tubo de traqueotomía o endotraqueal; incompetencia del esfínter esofágico inferior; tubos gastrointestinales; alimentación por sonda; administración de medicamentos; situaciones que impiden la elevación de la parte superior del cuerpo; aumento de la presión intragástrica; aumento del volumen gástrico; disminución de la motilidad gastrointestinal; retraso del vaciado gástrico; deterioro de la deglución; cirugía o traumatismo facial/ oral/del cuello; cerclaje mandibular

00048. Deterioro de la dentición. (1998)

Definición:

Alteración de los patrones de erupción o desarrollo de los dientes o de la integridad estructural de la dentadura.

Características definitorias:

Dientes desgastados. Ausencia de dientes. Expresión facial asimétrica. Caries en la corona. Decoloración del esmalte dental. Fractura/s dental/es. Mala alineación dental. Dolor dental. Desgaste dental.

Factores relacionados:

Barreras para el autocuidado. Bruxismo. Consumo prolongado de café. Consumo prolongado de té. Consumo prolongado de vino tinto. Consumo prolongado de tabaco. Vómitos crónicos. Falta de conocimientos sobre la salud dental. Hábitos dietéticos. Barreras económicas para los cuidados profesionales. Uso excesivo de agentes de limpieza abrasivos. Aporte excesivo de sustancias fluoradas. Predisposición genética. Higiene oral ineficaz. Falta de acceso a los cuidados profesionales. Déficit nutricional. Prescripción de ciertos medicamentos. Sensibilidad al frío. Sensibilidad al calor.

00046. Deterioro de la integridad cutánea. (1975, 1998)

Definición:

Alteración de la epidermis y/o dermis.

Características definitorias:

Alteración de la superficie cutánea; destrucción de las capas de la piel; invasión de las estructuras corporales.

Factores relacionados:

Externos (ambientales): hipertermia o hipotermia; sustancias químicas; factores mecánicos (deslizamiento, presión, sujeciones); radiación; inmovilidad física; humedad.

Internos (somáticos): medicación; alteración del estado; nutrición; obesidad, emaciación; alteración del estado metabólico; alteración de la circulación; alteración de la sensibilidad; alteración de la alimentación; prominencias óseas; factores del desarrollo; déficit inmunológico; alteraciones del turgor cutáneo (cambios en la elasticidad).

00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. (1975)

Definición:

Riesgo de alteración cutánea adversa.

Factores de riesgo:

Externos: sustancias químicas; factores mecánicos (deslizamiento, presión, sujeciones); hipertermia o hipotermia; radiación; inmovilidad física; humedad; secreciones.

Internos: efectos de la medicación; alteración del estado; nutrición; obesidad, emaciación; alteración del estado metabólico; alteración de la circulación; alteración de la sensibilidad; alteración de la alimentación; prominencias óseas; factores del desarrollo; déficit inmunológico; alteraciones del turgor cutáneo (cambios en la elasticidad); inmunológicos.

00044. Deterioro de la integridad tisular (1986, 1998)

Definición:

Estado en que la persona experimenta lesión de las membranas, mucosas, corneal, integumentario o tejido subcutáneo.

Características definitorias:

Mayores: lesión o destrucción de los tejidos (corneal, integumentario, subcutáneo o membrana mucosa).

Factores relacionados:

Alteración de la circulación; déficit nutricional; déficit/exceso de líquidos; déficit de conocimientos; deterioro de la movilidad física; irritantes; sustancias químicas (incluyen las excreciones, secreciones corporales y los medicamentos); agentes térmicos; temperaturas extremas; agentes mecánicos (presión, fricción); radiación (incluyen las radiaciones terapéuticas).

00035. Riesgo de lesión. (1978)

Definición:

Estado en que la persona presenta riesgo de lesión como resultado de condiciones ambientales que interactúan con los recursos adaptativo y defensivos de la persona.

Factores de riesgo:

Internos: bioquímicos; función reguladora: disfunción sensitiva, disfunción integradora, disfunción del elector; hipoxia histica; malnutrición; autoinmunidad; perfil sanguíneo anormal (leucocitosis/leucopenia); alteración de los factores de la coagulación; trombocitopenia; células falciformes; talasemia; disminución de la hemoglobina; físicos (rotura de la piel, alteración de la movilidad); edad; desarrollo fisiológicos, psicosociales, psicológicos (afectivos, orientación).

Externos: ~~Biológicos~~ (nivel de inmunización de la comunidad, microorganismos); químicos (contaminantes, venenos, drogas, agentes farmacológicos, alcohol, cafeína, nicotina, conservantes, cosméticos y tintes); nutrientes (vitaminas, tipos de alimentos); físicos (diseño, estructura y disposición de la comunidad, edificios y/o equipos); sistema de transporte; población/proveedor (agentes nosocomiales) factores cognitivos, afectivos y psicomotores.

00031. Limpieza ineficaz de las vías aéreas. (1980, 1996, 1998)

Definición:

Estado en que la persona es incapaz de eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener de las vías aéreas la permeables.

Características definitorias:

Ausencia de tos. Sonidos respiratorios adventicios. Cambios en la frecuencia respiratoria. Cambios en el ritmo respiratorio. Cianosis. Dificultad para vocalizar. Disminución de los sonidos respiratorios. Disnea. Excesiva cantidad de esputo. Tos inefectiva. Ortopnea. Agitación. Ojos muy abiertos.

Factores relacionados:

Ambientales: Fumador pasivo. Inhalación de humo de tabaco. Tabaquismo.

Obstrucción de las vías aéreas: Espasmo de las vías aéreas. Mucosidad excesiva. Exudado alveolar. Cuerpo extraño en las vías aéreas. Vía aérea artificial. Retención de las secreciones. Secreciones.

Fisiológicos: Alergias en vía aérea. Asma. Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica. Hiperplasia de las paredes pulmonares. Infección. Disfunción neuromuscular.

00045 Deterioro de la mucosa oral. (1982, 1998)

Definición:

Estado en que una persona experimenta alteración en los tejidos blandos de la cavidad oral.

Características definitorias:

Dolor/malestar en la cavidad oral; lengua saburral; boca seca; estomatitis; lesiones o úlceras orales; falta o disminución de la salivación; leucoplaquia; edema; hiperemia; placas de descamación; vesículas; gingivitis hemorrágica; caries dentales; halitosis.

Factores relacionados:

Condiciones patológicas de la cavidad oral (radiación de la cabeza o cuello); deshidratación; traumatismo. Químicos, ejemplo: alimentos ácidos, drogas, agentes nocivos, alcohol; mecánicos, por ejemplo: dentaduras mal ajustadas, puentes, tubos endotraqueales o gástricos, cirugía de la cavidad oral); dieta absoluta durante 24 horas; higiene oral inefectiva; respiración bucal; mala nutrición; infección; falta o disminución de la salivación; efectos de la medicación. Proceso infeccioso.

00043. Protección ineficaz. (1990)

Definición:

Estado en que la persona experimenta disminución de la habilidad para protegerse de amenazas internas y externas como enfermedades o lesiones.

Características definitorias:

Mayores: deficiencia inmunitaria; deterioro de la cicatrización; alteración de la coagulación; respuesta desadaptada al estrés; alteración neurosensorial.

Menores: escalofríos; sudaciones; tos; prurito; agitación; insomnio; fatiga; anorexia; debilidad; inmovilidad; desorientación; úlceras por presión.

Factores relacionados:

Extremos de edad; nutrición inadecuada; abuso del alcohol; perfiles hematológicos anormales (leucopenia, trombocitopenia, anemia, coagulación); farmacoterapia (antineoplásicos, corticosteroides; terapia inmunitaria; anticoagulantes; trombolíticos); tratamientos (cirugía, radioterapia) y enfermedades como cáncer y trastornos inmunológicos.

00042. Riesgo de respuesta alérgica al látex. (1998)

Definición:

Riesgo de hipersensibilidad a los productos de goma de látex natural.

Factores de riesgo:

Alergia a los aguacates. Alergia a los plátanos. Alergia a las castañas. Alergia a los kiwis. Alergia a la planta ponsetia. Alergia a los frutos tropicales. Antecedentes de alergias. Antecedentes de asma. Antecedentes de reacciones al látex. Múltiples procedimientos quirúrgicos, especialmente durante la infancia. Profesiones que requieren una exposición diaria al látex.

00007. Hipertermia. (1986)

Definición:

Estado en que la temperatura corporal de la persona está por encima de los límites normales.

Características definitorias:

Mayores: aumento de la temperatura corporal por encima de lo normal.

Menores: piel enrojecida, caliente al tacto, aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia o convulsiones.

Factores relacionados:

Exposición a entornos calientes; actividad vigorosa; medicamentos/anestesia; ropas inadecuadas; aumento de la tasa metabólica; enfermedad o traumatismo; deshidratación; incapacidad o disminución de la capacidad para sudar.

00006. Hipotermia. (1986, 1988)

Definición:

Estado en que la temperatura corporal de la persona está reducida por debajo de los límites normales.

Características definitorias:

Mayores: reducción de la temperatura corporal por debajo de los límites normales; escalofríos (leves); piel fría; palidez (moderada).

Menores: enlentecimiento del relleno capilar; taquicardia; lechos ungular cianóticos; hipertensión.

Factores relacionados:

Exposición a ambientes fríos o helados; enfermedad o traumatismo, lesiones del hipotálamo; incapacidad o reducción de la capacidad para tener escalofríos; desnutrición; ropas inadecuadas; consumo de alcohol; medicamentos que provoquen vasodilatación; evaporación de la piel en un entorno frío; disminución de la tasa metabólica; malnutrición; inactividad; envejecimiento.

00008. Termorregulación ineficaz (1986)

Definición:

Estado en que la temperatura de la persona fluctúa entre la hipotermia y la hipertermia.

Características definitorias:

Mayores: fluctuaciones de la temperatura corporal por encima o debajo de los límites normales.

Ver también las características mayores y menores presentes en la hipotermia e hipertermia.

Factores relacionados:

Traumatismo o enfermedad; inmadurez; envejecimiento, fluctuación de la temperatura ambiental.

00132. Dolor agudo. (1996)

Definición:

Estado en que una persona experimenta e informa la presencia de malestar severo o sensación molesta.

Características definitorias:

Subjetivas: comunicación (verbal o codificada) de descriptores del dolor.

Objetivas: conducta de defensa, de protección; centro de la atención en sí mismo; estrechamiento del foco de atención (alteración de la percepción del tiempo, evitación del contacto social,

deterioro de los procesos del pensamiento); conductas de distracción (gemidos, llanto, caminar de un lado a otro, búsqueda de otras personas y/o actividad, agitación); fisonomía de dolor (ojos apagados, mirada abatida, movimientos fijos o escasos, muecas); alteraciones del tono muscular (varía de flácido a rígido); respuestas autonómicas que no aparecen en el dolor crónico estable (sudación, cambios de la presión arterial y pulso, dilatación pupilar, aumento o disminución de la frecuencia respiratoria).

Factores relacionados:

Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

00133. Dolor crónico. (1986)

Definición:

Estado en que la persona experimenta dolor que persiste durante 6 meses.

Características definitorias:

Mayores: informes verbales u observación de evidencias de dolor experimentado durante más de 6 meses.

Menores: temor a nuevas lesiones; retraimiento físico y social, alteración de la capacidad para continuar con las actividades previas; anorexia; cambios ponderales; cambios en los patrones de sueño; miedo a volverse a lesionar; disminución de las relaciones interpersonales; movimientos cautelosos.

Factores relacionados:

Incapacidad física/psicosocial crónica.

00134. Náuseas. (1998, 2002)

Definición:

Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.

Características definitorias:

Aversión. Sensación nauseosa. Aumento de la salivación. Aumento de la deglución. Informe de náuseas. Sabor agrio en la boca.

Factores relacionados:

Biofísicos: Trastornos bioquímicos (p. ej., uremia, cetoacidosis diabética). Enfermedad esofágica. Distensión gástrica. Irritación gástrica. Aumento de la presión intracraneal. Tumores intraabdominales. Laberintitos. Tensión en la cápsula hepática. Tumores locales (p. ej., neurinoma acústico, tumores cerebrales primarios o secundarios, metástasis óseas en la base del cráneo). Meningitis. Enfermedad de Ménière. Mareo causado por el movimiento. Dolor. Enfermedad pancreática.. Embarazo. Tensión en la cápsula esplénica. Toxinas (p. ej., pépticos producidos por un tumor, metabolitos anormales asociados a cáncer)

Situacionales: Ansiedad. Temor. Malos olores. Maslos sabores. Dolor. Factores psicológicos. Estimulación visual desagradable.

Del tratamiento: Distensión gástrica. Irritación gástrica. Fármacos.

BIBLIOGRAFIA

Abdo Cuza, Anselmo .Historia del Trasplante en Cuba.

<http://www.sld.cu/sitios/trasplante/temas.php?idv=8214>

1. **Andréu Periz L, Force Sanmartín E. La enfermera y el trasplante de órganos -Buenos Aires Madrid: Medica Panamericana (2004)**
2. Arns W, Cibrik D, Walker R. Therapeutic drug monitoring of mycophenolic acid in solid organ transplant patients treated with mycophenolate mofetil: review of the literature. *Transplantation*; 2006, 82:1004-06.
3. Calvo MA. Actualizaciones en trasplante 2003, Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2003.
4. **Código 139.**

<http://www.sld.cu/sitios/trasplante/temas.php?idv=8214>

Enciclopèdia

bíblica

www.case.edu/univlib/preserve/Etana/encyl_biblica.pdf

5. **Colectivo de autores.-Texto para la Especialización de Enfermería en Cuidados Intensivos. Tomo III.**
6. Comisión de trasplantes. Actualizaciones en trasplantes HH. UU. Virgen del Rocío. SEVILLA 2006
7. Díaz W, Nieto C. Utilización del proceso de enfermería en el ejercicio clínico profesional en seis instituciones prestadoras de servicios de salud en Santafé de Bogotá. *Rev Actual Enferm* 2005; 8(4): 32-6.
8. **División de Trasplante. Departamento de Cirugía, Universidad de Alabama .Programa de trasplante hepático. Departamento de Cirugía general. Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Subirán. Pág. 8-10.**

9. E.Morge, Fernández, Queno.L.Navia: **Complicaciones post operatorias precoces del trasplante hepático ortotopico en adulto.Rev.Esp.Anestesia Reanim.2003**
10. E. Monge, L. Fernández - Quero, J. Navia: **Complicaciones postoperatorias precoces del trasplante hepático ortotopico en adultos. Rev. Esp. Anestesia**
11. Hernández González, Luis A: **Manual de auto cuidado para paciente trasplantado renal y sus cuidadores. Tesis para optar por el título de master en enfermería. Ciudad de la Habana, 2008.**
12. **Historia del trasplante en Cuba.**
<http://www.sld.cu/sitios/trasplante/temas.php?idv=8214>
13. **Hospital Virgen del Rocío. España: Libro de Actualización del trasplante 2007. Trasplante hepático.2da parte.Pág.406-413.2007.**
<http://www.sld.cu/sitios/trasplante/temas.php?idv=8214>
14. **Infomed libros de autores cubanos. Manual de procedimientos de enfermería. Capitulo 10 ponderaciones y mensuraciones.**
15. **José B. Pérez Bernal: Actualizaciones en Trasplantes. Hospitales Virgen del Rocío, Sevilla, España. Pág. 128-139. 2002**
16. **José B. Pérez Bernal: Actualizaciones en Trasplantes. Hospitales Virgen del Rocío, Sevilla, España.. Pág. 19-21, 170-176. 2003.**
17. **José B. Pérez Bernal: Actualizaciones en Trasplantes. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. Pág. 584-586. 2010**

**17- La enfermera y el trasplante de órganos L. Andréu Periz
.E ForceSanmartín-Buenos Aires Madrid: Medica
Panamericana (2004)**

**18-La enfermera y el trasplante de órganos L. Andréu
PerizForceSanmartín- Información a la persona
trasplantada capitulo 6 Pág. (67-75)**

**19 La enfermera y el trasplante de órganos. Sanz Moncusi trasplante hepático
capitulo 15 (Pág. 173-190)**

López-Navidad A. Historia de la Donación y trasplante de Órganos. Disponible
en URL [http: WWW. usuarioslycos. /trasplanteAndaluci/historia.htm](http://WWW.usuarioslycos./trasplanteAndaluci/historia.htm).

**20 Manual de Protocolos y Procedimientos generales de enfermería. Hospital
Universitario Reina Sofía España.**

Laduke S. Estándares de la práctica: la clave para su seguridad profesional.
Rev Nursing 2004; 22(1): 38-40.

**21 Manual de técnica y procedimientos en enfermería
www.abarra.org/manual/defomed/htm. Capítulos: Constantes vitales,
Administración de medicamentos ,Técnicas generales recogidas de
muestra actualizado agosto 2007**

Matezans R El Modelo Español de Coordinación y Trasplante. 2 ed.
Capitulo 1, Pág. 1, Grupo Aula Medica, SLD, 2008.

1. NANDA (2009-2011) DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA TAXONOMIA II. Dominios, Clases y Diagnósticos. España. Elsevier.

21 Raimundo Llanio Navarro: Gastroenterología. Principios básicos y pruebas diagnósticas.

22 Sitio de enfermería www.enfermeria.sld.cu/libros.html

- 23 Torres A., Olivia Sanhueza A. Modelo Estructural de Enfermería de Calidad de Vida e Incertidumbre frente a la Enfermedad. Cienc. Enferm. v.12 n.1 Concepción jun. 2006
- 24 Virgen del Rocío Comisión de Trasplante. Protocolo de enfermería de UCI del Virgen del Rocío Sevilla .Actualizaciones en trasplante. Sevilla.2006.
- 25 V. Cuevas -Mons, J. L. del Castillo-Olivares: Introducción al trasplante de órganos y tejidos. Madrid 1994.
- 26 Volver a vivir. Guía para pacientes de trasplante sobre cuidados para evitar rechazo. Roche servicios, S.A., 2006

Poner el libro de emergencia de Carlos

Protocolo de trasplante hepático 2000-2001 Hospital regional universitario Carlos haya
Málaga España

ANEXOS

HOJA INFORMATIVA DEL PACIENTE

Se encuentra en la Unidad de Trasplantes del Hospital Hermanos Ameijeiras. Su ingreso tendrá una duración media de 11 días, variable en relación con las pruebas diagnósticas que precise y el tratamiento necesario.

La Unidad se encuentra dividida en dos zonas: Hospitalización general y Trasplantados.

Todos los integrantes de la Unidad pretendemos que su estancia, aún comprendiendo su situación, sea lo mas corta y agradable posible.

Para lograrlo y facilitar nuestro trabajo le rogamos observe las siguientes recomendaciones:

1.- *Solo esta autorizado un acompañante por paciente y autorizado por el medico de asistencia, Con ello se facilita la actuación de los profesionales sanitarios que le atienden.*

2.- *No permanezcan en el pasillo.*

3. En este servicio no hay visitas

- El horario de visitas en el hospital , es el siguiente: Martes de 4 pm a 6 pm, y Domingos de 2 pm a 4 pm. No deben permanecer más de dos acompañantes por paciente en la habitación durante la visita. Si hubieran acudido más le rogamos deben rotar su presencia en la habitación, esperando mientras fuera de la unidad de trasplantes.

4.- *Le recomendamos la no presencia de menores de 14 años en la habitación.*

5.- Para el mejor control de su proceso no ingiera ni coma ningún alimento diferente del que se le da por parte del Hospital sin autorización de su médico.

6.- Le recordamos que se encuentra prohibido fumar y tomar bebidas alcohólicas en el Hospital.

7.- La información sobre su estado se la dará el doctor/a responsable durante el pase de visita o le citará una hora y día concreto para hacerlo.

8.- Se le comunicará anticipadamente el momento de su alta hospitalaria para que pueda realizar las gestiones que considere necesaria

9- Todos los profesionales sanitarios de la unidad estamos para facilitarles su estancia y ayudarle .No dude en consultar cuantas dudas le surjan

9- El televisor debe mantenerse con el volumen adecuado y apagar a las 10.00 pm

10- Esta prohibida la entrada al pantri y guardar alimentos en el refrigerador.

-Esta prohibido ingerir alimentos en las habitaciones .Solo los pacientes encamados

10. El aseo personal su horario es de 6.00am-8.00am.

Los médicos que componen la Unidad son:

Dr. José Antonio Copo (Esp. Cirugía) (Jefe de Servicio.

Dr. Leslie Ramos (Esp. Medicina Interna Hepatologo)

Dr. Reginaldo Sarria (Esp. Cirugía

Dra. Berta González Muños (Esp. Nefrología)

Dra. Monica Elso Castillo Cirujana)

Dr. Arnulfo Estrada Ocaña (Esp. Cirugía)

Dr. Víctor Saunder Vasquez (Esp. Cirugía)

Tec Anestesia (Enf Guillermina)

Lic. Maria Elena Rguez (Psicóloga)

Tec Belkis F (Asistente Social)

Colectivo de enfermería calificados (Máster, Licenciados, Especialistas en unidad quirúrgica y cuidados intensivos, Generales)

Asistentes del personal de enfermería (secretaria, asistente al pte, y 4 gastronómicas)

La enfermera jefe de la sala es la Lic Rosa Rguez

HOJA INFORMATIVA PARA LOS FAMILIARES

Su familiar ha precisado ingreso hospitalario en la Unidad de Trasplantes, 6to piso del Hospital Hermanos Ameijeiras. Dada su situación de paciente consideramos que la colaboración de todos es necesaria para que su estancia entre nosotros sea lo más aceptable posible.

Durante su ingreso precisará de la realización de cuidados clínicos, exploraciones y tratamiento. De todo ello les mantendremos informados adecuadamente. Es importante la colaboración de todos ustedes para que el ambiente hospitalario preciso se produzca.

Formando parte de esta colaboración le sugerimos una serie de recomendaciones que consideramos de gran importancia:

1.- *Sólo debe permanecer un acompañante, el que sea autorizado por el medico de asistencia, con el fin de facilitar la actuación de los profesionales sanitarios que atienden a su familiar. Salga de la habitación durante la visita y siempre que se vaya a realizar algún proceder a algún paciente.*

2.- *No se estacionen en el pasillo.*

3.-En este servicio no hay visitas

El horario de visitas en el hospital, es el siguiente: Martes de 4 pm a 6 pm, y Domingos de 2 pm a 4 pm. No deben permanecer más de dos acompañantes por paciente en la habitación durante la visita. Si hubieran acudido más le rogamos deben rotar su presencia en la habitación, esperando mientras fuera de la unidad de trasplantes.

4.- *Les recomendamos la no presencia de niños menores de 14 años, en la habitación. No es conveniente por la influencia que sobre ellos puede tener el ambiente hospitalario.*

5.- *A su familiar, formando parte del tratamiento además de medicación se le administra una dieta. Es de gran importancia para el control de su proceso que esta dieta no se varíe, por lo que no debe ingerir ni comer ningún producto diferente del que se le da por parte del Hospital sin autorización de su médico. No le realice regalos que puedan alterar esta recomendación.*

6.- *Les recordamos que se encuentra prohibido fumar y tomar bebidas alcohólicas en el Hospital.*

7.- *La información sobre el estado clínico de su familiar la dará el doctor/a responsable, posteriormente al pase de visita. Si lo considera necesario serán citados a una hora y día concreto para completar la información.*

8.- Se le comunicará a su familiar anticipadamente el momento de su alta hospitalaria para que pueda realizar las gestiones que considere necesarias.

10.-En la Unidad de Trasplantes se encuentran ingresados pacientes en situación clínica de gravedad (Unidad de graves y Trasplante hepático y renales). Les rogamos colaboren en su recuperación hablando en voz baja evitando la realización de ruidos.

11.-En la Unidad de Trasplantes se encuentran ingresados pacientes con disminución de las defensas (trasplantados de hígado y renales). Para facilitar su recuperación y disminuir las infecciones además de las medidas anteriormente expuestas le rogamos no lleven flores ni similares a los enfermos.

12-Los cambio de acompañantes se realizaran a partir de las 11am hasta la 1pm después de comprobado la presencia del pase, por el agente de seguridad

13-Prohibido permanecer en la sala sin el pase

14-Los pases tienen fecha de vencimiento, si aun su familiar se mantiene en el hospital tiene que ser renovado

Los médicos que componen la Unidad son:

Dr. José Antonio Copo (Esp. Cirugía) (Jefe de Servicio. Esp. Cirugía)

Dr. (Esp. Medicina Interna)

Dr. Reginaldo Sarria (Esp. Cirugía

Dr. Arnulfo Estrada Ocaña) (Esp. Cirugía

Dr. Víctor Saunder Vasquez (Esp. Cirugía)

Dra. Berta González Muños (Esp. Nefrología)

Dra. Monica Elso Castillo (Cirujana)

Tec Anestesia (Enf Guillermina)

Lic. Maria Elena Rguez (Psicóloga)

Tec Belkis F (Asistente Social)

Colectivo de enfermería calificados (Máster, Licenciados, Especialistas en unidad quirúrgica y cuidados intensivos, Generales)

Asistentes del personal de enfermería (secretaria, asistente al pte, y 6 gastronómicas)

La enfermera jefe de la sala es la Lic Rosa Rguez

PROTOCOLO DE USO DEL REGISTRO DE ENFERMERIA DEL POST OPERATORIO EN EL PACIENTE TRASPLANTADO.

a) IDENTIFICACION

Nombre y Apellidos: Registre los nombres y dos apellidos del paciente.

Historia Clínica: Registre en numero sin omisión de alguno de ellos.

Fecha de Ingreso: Registre día –mes –año de la recepción hospitalaria.

Edad: Registre: edad en años con número.

Días de estancia: Registre en número la permanencia en la unidad.

Grupo y factor: Registre conforme se registran en el complementario guía o de la hoja de anestesia.

Peso: Registre peso del paciente en kilogramos controlado por usted.

Talla: Registre la talla del paciente en metros controlado por usted.

Diagnostico medico: Registre el nombre del diagnostico medico sin abreviaturas.

Medico de asistencia: Registre nombre y primer apellido.

Cama: Registre en numero.

Personal de enfermería: Registre nombre y primer apellido.

b) CONSTANTES VITALES

Día: Registre la fecha en curso en día-mes –año.

Horas: Se registra las veinticuatro horas del día de la monitorización u observación.

Registre la **frecuencia respiratoria con el símbolo** □ en la escala que lo señala.

Registre la **temperatura con el símbolo** ○ en la escala que lo señala.

Registre la **presión venosa central con el símbolo** + en la escala que lo señala.

Registre la **frecuencia cardiaca con el símbolo** · en la escala que lo señala.

Registre la tensión arterial sistólica con el símbolo ~ y la diastólica ^ en la escala que lo señala

c) PARAMETROS VENTILATORIOS

Registre en la casilla en blanco a la derecha el nombre del equipo de ventilación mecánica que asiste al enfermo.

Registre la modalidad en abreviatura en las casillas que correspondan de existir variación luego de la recepción.

Registre los parámetros que se solicitan en las casillas que correspondan teniendo en cuenta el horario el horario que se tiene establecido para su medición.

d) -CONTROL DE COMPLEMENTARIOS DE URGENCIAS

Registre los resultados de la gasometría teniendo en cuenta los parámetros que se solicitan textualmente en el horario que se realizó la extracción luego de ser recibido el resultado.

Registre los resultados del ionograma en el horario que se realizó la extracción luego de ser recibido el resultado.

Registre el resultado de la glicemia en el horario que se realizó la extracción luego de recibir el resultado.

Registre el resultado del hematocrito en el horario que se realizó la extracción luego de ser recibido el resultado.

e) EVALUACION DE ENFERMERIA .EVOLUCION DEL PACIENTE.

1-PIEL: Registre mediante una (x) las características de la observación con los elementos que se exponen y evolución según corresponda, en los tres turnos de trabajo de ocho horas; de observar otro elemento justificar.

Sitio Registre el sitio exacto de la anomalía

2-RESPIRATORIO: Registre mediante una(x) los elementos que identifique que se correspondan con la evaluación y evolución del enfermo durante los tres turnos de ocho horas.

De observar otro elemento en las características de la expectoración justificar-

Registre mediante una(x) la necesidad de suplemento de oxígeno SI o NO

Registre mediante una (x) con el aditamento que se permeabiliza la vía aérea.

3-CARDIOVASCULAR: Registre con una(x) el o los elementos que se correspondan con la evaluación y evolución del enfermo en los tres turnos de trabajo de ocho horas.

4- GENITOURINARIO. Registre con una (x) el elemento que se corresponda con la evaluación y evolución del enfermo

Registre si talla vesical TV/

Registre si nefrostomía / N

Registre las características de la orina y las características del volumen con una + con un seguimiento de la evaluación y evolución en los tres turnos de ocho horas

5-HERIDA: Registre con una(x) las características de la herida quirúrgica en los horarios que se corresponda la observación de la misma

Registre con una + las características del líquido que segregue la herida en el horario que se realice la observación.

Registre con una (x) SI o NO esta cubierta la herida quirúrgica con acosito

Registre la retirada de los puntos en días-mes-año con número

Registre con una (x) donde corresponda el cierre de la herida quirúrgica en 1ra intención
2da intención 3ra intención.

6-GASTROINTESTINAL

Registre con una (x) el elemento que se corresponda con la evaluación y evolución del enfermo

Registre la vía enteral (cuando presente sonda gástrica) con una + señale las características del contenido gástrico durante los tres turnos de trabajo de ocho horas.

7- DRENAJES

Registre con una (x) el tipo de drenaje según su localización y los elementos que se señalan

Registre con una (x) en SI de ser abundante.

Registre con una (x) en NO de no serlo

Registre con una(x) las características del contenido que segrega por el drenaje y su evolución durante los tres turnos de trabajo de ocho horas.

Registre de las características que segrega H/ de ser Hemático / SH de ser sero Hemático

8- DOLOR

Registre con una (x) de los elementos que se describen la zona afectada por el dolor.
Registre con una (x) las características del dolor y la evolución del mismo durante los tres turnos de de trabajo de ocho horas.

9- NEUROLOGÍA

Registre con una(x) el estado neurológico en que se encuentra el enfermo y su evolución durante los tres turnos de de trabajo de ocho horas

10- CONDUCTA MANIFIESTA

Registre con una (x) las manifestaciones psicológicas, emocionales que observe y evalúe del enfermo y su evolución durante los tres turnos de trabajo de ocho horas

11- TOMA DE MUESTRAS

Registre con una (x) el tipo de muestra recogida y en el intervalo de los tres turnos de trabajo.

Registre el **sitio con letra clara de los cultivos** señalando:

Cultivo de herida quirúrgica

Cultivo de contenido del drenaje

Cultivo de punta del drenaje

Cultivo de punta del catéter central

Cultivo de punta de la sonda vesical

Cultivo de lesión y señalar la zona

Registre **hemocultivo** señalando si fue en pico febril

Urocultivos: Registre si es de micción espontánea o por la sonda vesical

Espuito: registre si la indicación era de esputo citológico o bacteriológico

12 ACCESO VASCULAR

Registre con una (x) el o los accesos vasculares que presentan el enfermo y su evolución teniendo en cuenta que pudiera ser retirado alguno en los intervalos durante los tres turnos de trabajo de ocho horas

Registre en Sitio

Vía Periférica: Registre si es en el miembro superior derecho (MSD) (MSI) miembro superior izquierdo

Registre si la localización es en el antebrazo

Registre si la localización es en el brazo

Registre si la localización es en la mano

Registre si la localización es en la fosa anti cubital

Yugular: Registre en letra vena yugular derecha, vena yugular izquierda

Subclavia: Registre en letra vena subclavia derecha, vena subclavia izquierda

Shunt AV (Fístula Arteriovenosa) Registre si se encuentra en el miembro superior derecho (MSD) o miembro superior izquierdo (MSI) .Señale con una (x) si es funcional en los intervalos durante los tres turnos de trabajo de ocho horas.

Permeabilidad Registre en los intervalos durante los tres turnos de trabajo de ocho horas SI de estar permeable NO de no estarlo.

f) **BALANCE HIDROMINERAL**

Registre la fecha en día-mes-año en números

INGRESOS

Enteral (de tener sonda gástrica) Registre los mililitros en números de la cantidad exacta de los alimentos y medicamentos teniendo en cuenta a la hora de anotar no lo indicado si no lo que administro. (Papilla, jugo, leche agua, medicamentos en suspensión)

Oral Registre los mililitros en números de los alimentos ingeridos por el enfermo que puedan ser medidos (sopa, jugo, leche, agua, papilla, gelatina, medicamentos en suspensión en el horario exacto que se alimento

Parenteral Registre las hidrataciones y sus aditivos al igual que los hemoderivados y medicamentos de gran volumen siempre en el horario que concluyan. Solo anote el volumen que ya se haya administrado.

Medicamentos Registre los medicamentos y su dilución

EGRESOS

Diuresis: Registre el volumen de diuresis obtenido por sonda vesical o por eliminación espontánea en el horario indicado o en el que se efectuó la micción

Sudoración: Registre el volumen aproximado de sudoración cuando sea profusa en el horario que se efectuó.

Heces Fecales: Registre el volumen aproximado de heces fecales cuando sea de características diarreica, líquidas o pastosas. De ser moldeadas con apariencia de un volumen normal cuantificar como constante 250ml

Drenaje keh: Registre el volumen que fue descartado según indicación médica o por reboso del colector en el horario que se efectuó

Drenajes: Registre el volumen del o los drenajes por separado en el horario que este indicado o por reboso del colector en el horario que se efectuó

Vómitos: Registre el volumen aproximado del contenido gástrico o alimentario egresado en el horario que se efectuó.

Aspiración Gástrica: Registre el volumen egresado mediante la aspiración por la sonda gástrica.

Instrucciones. A la derecha de la grafica donde dice total es necesario registrar el total de manera individual de cada elemento ingresado y egresado.

En el sitio inferior de la grafica donde dice ingreso es necesario que registre el total de todo lo ingresado en las veinticuatro horas.

En el sitio inferior de la grafica donde dice egreso es necesario que registre el total de todo lo ingresado en las veinticuatro horas.

En la casilla inferior a la derecha donde la columna que se refiere al total es necesario que registre de (x o -) la conclusión de todo de todo en balance hidromineral.

Diagnósticos de Enfermería (NANDA)

Registre al dorso, los diagnósticos de enfermería, con la prioridad que demandan las necesidades humanas, los problemas de salud y los procesos vitales y potenciales del individuo en cuestión.

Expectativas

Registre las expectativas, destinadas a lograr objetivos que al trazarlos sean medibles y de los que el enfermero es el responsable

Acciones de enfermería

Registre las acciones que se derivan de los diagnósticos de enfermería y las expectativas trazadas que usted sabe de este paciente, teniendo en cuenta las necesidades afectadas, que pudo constatar en su evaluación mediante el registro.

Recuerde que las acciones de enfermería es el **reflejo de nuestro trabajo.**

“El acto del cuidado que no se registra no se realizó”

NOTA En la hoja de evolución de la historia clínica evite narrativas repetitivas, solo registre lo esencial de la recepción de enfermería, teniendo en cuenta los datos subjetivos; luego pase a los diagnósticos de enfermería, expectativas y las acciones

Anote en la evolución solo datos que le sean imposibles recoger en el registro, e información importante, de la evolución del paciente, respecto al incumplimiento de alguna indicación, respuesta adversa a algún tratamiento medicamento, alimentos; y notas resumen como respuestas del proceso.

Ejemplo J R F con diagnóstico clínico de....., post operado de 4 días, reportado de cuidado.

D/S “ Me siento regular “

DO Paciente que recibimos en su lecho, en decúbito supino, con buen semblante, comunicativo, con hidrataciones medicamentosas, se cumplen indicaciones de este horario y se realiza examen físico reflejado en el registro clínico de enfermería.

Evaluación de la evolución del paciente

Registre con una x su evaluación y consideración de estable o inestable

Sobre la evolución del paciente durante las veinticuatro horas lo cual tiene la responsabilidad de verificar como fue el comportamiento hemodinámico, ventilatorios, resultado de los complementarios evolución de cada parámetro que se evalúa durante la observación del examen físico y el resultado del balance hidromineral teniendo en cuenta las peculiaridades del paciente que se esta recuperando, que estemos cuidando y su diagnostico