

00921
119

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

APLICADO A UN PACIENTE EN EL HOGAR CON ILEOSTOMIA BASADO EN
EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

LOURDES MIER Y TERAN SIERRA ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
NO. Cta.
4107431



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

DIRECTOR DE TRABAJO


LIC. SEVERINO RUBIO

MÉXICO, Septiembre 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo intelectual.

NOMBRE: Ma de Lourdes

Hier y Teran Sierra

FECHA: 1-10-03

SERNAME: P.A. Fto. Espinoza Lopez

***A Joaquín: a quien debo cualquier logro. Su ejemplo, impulso y
confianza muestran en este trabajo una pequeña dosis
A mis hijos: en espera de sus propios logros***

Agradecimientos:

A mi Maestra Graciela Arroyo, gracias por creer en mí

A Maribel, Tony y Ángeles, mi agradecimiento por enseñarme el valor de la enfermería

Al Lic. Severino Rubio, quien con sus consejos ayudo a la realización de este trabajo

A Mis Padres, por su ejemplo

A Mi Hermano "hermano", por su apoyo y confianza

A Rocío, por su influencia en mi crecimiento académico

A Consuelo, por su sincera amistad

A todas las Enfermeras, que con el ejercicio de su profesión hacen este mundo más humano.

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN PACIENTE EN EL HOGAR CON
ILEOSTOMÍA BASADO EN EL
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

ÍNDICE

| Título | Página |
|--|---------------|
| I. Introducción | 1 |
| II. Justificación | 1-2 |
| III. Objetivo | 3 |
| IV. Metodología | 3 |
| V. Marco teórico | 3-25 |
| a. Sustento teórico de Teorías y Modelos | |
| b. Concepto Teoría | |
| c. Concepto Modelo | |
| d. Formas de Teorías | |
| e. Construcción de una teoría | |
| f. Modelo de Virginia Henderson | |
| g. Proceso de Enfermería | |
| VI. Naturaleza del problema | 26 |
| a. Apendicitis Aguda | |
| b. Peritonitis | |
| c. Oclusión Intestinal | |

d. Derivación Intestinal/Ileostomía

| | |
|--|--------------|
| VII. Presentación del caso | 37 |
| VIII. Instrumentación del Modelo | 38 |
| IX. Aplicación del Modelo y del Proceso | 47-53 |
| X. Bibliografía | 56 |

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objeto explicar la aplicación del Proceso de Enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson a un paciente de 17 años con trastornos de la eliminación por la presencia de una ileostomía por un cuadro de obstrucción intestinal.

Para poder comprender la trascendencia que representan las teorías de enfermería en la actualidad, debemos de partir de la necesidad que ha tenido esta disciplina de identificar y comprender su propia naturaleza. Así mismo es indispensable revisar una serie de conocimientos que conforman el marco teórico de este trabajo, en donde se explican el sustento de las teorías y modelos, el manejo de algunas definiciones básicas, profundizando en los conceptos de Proceso de Atención de enfermería y la descripción del modelo de Henderson. Se seleccionó el Modelo de Henderson debido a que es un sistema de más fácil comprensión para los iniciados en el manejo de las teorías.

En cuanto a la revisión bibliográfica del Proceso de Atención de enfermería, se analizan a cuatro autoras: Ann Marriner, Patricia Iyer, Rosalinda Alfaro, y M. Phaneuf

II. JUSTIFICACIÓN

La disciplina de enfermería ha comenzado a establecerse como un campo científico, a pesar de las dificultades que ha debido salvar y contra las que aún lucha para fundamentarse como un área particular del campo de la salud.

Según palabras de Maricel Manfredi, lo anterior se debe a la necesidad de identificar y comprender la naturaleza misma de la enfermería como ciencia, como arte, como disciplina que oriente su estudio y su práctica con criterios de calidad.

Este proceso ha representado un desarrollo epistemológico de enfermería, ya que dentro de la evolución del mismo se encuentran diferentes conceptualizaciones, donde es considerada como una simple serie de tareas y técnicas, como un servicio humano amplio y compasivo de apoyo, como una vocación aprendida; y más recientemente como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano.¹

Esta búsqueda de la identidad de enfermería comienza desde Florence Nightingale con la pregunta que ella misma se formuló: ¿Qué es y qué no es enfermería?. Su premisa de estudio puso de manifiesto que la naturaleza del conocimiento de la enfermería era diferente al conocimiento de la medicina; la enfermería tenía su propio cuerpo de conocimientos que se aplicaba en dos campos, que ella identificó, en la enfermería para sano y la enfermería para enfermos.

¹ Ma. Mercedes Duran de Villalobos. Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Bogota. 1998

En la actualidad todavía nos planteamos el siguiente cuestionamiento: ¿ Como explicar el conocimiento de enfermería y los aspectos que la hacen diferente del conocimiento de la medicina y , mas aun , que lo hacen diferente de la práctica artesanal de cuidar a los enfermos , o cuidar la salud y bienestar de las personas?

"La clave de la evolución de la profesión parece partir en aclarar la identidad de los cuidados de enfermería, no trazando un perfil de lo que es, de lo que debe hacer o en lo que se tiene que convertir la enfermera, sino identificando la naturaleza, la razón de ser , el significado , la valoración social y económica de la prestación profesional que se ofrece a las necesitados de cuidados" Collier 1993.

En esta búsqueda han existido diferentes tendencias. Pólit en su libro *Les soins Infirmiers, théories et concepts* en 1980, hace una síntesis de las principales teóricas que hasta ese momento aparecen en las investigaciones realizadas por enfermeras y en donde destacan : 1) la tendencia ecologista de Florence Nightingale, 2) la tendencia existencialista, con Peplau, King, Roper, Levine y Roy. 3) la tendencia cósmica, con Rogers, 4) la tendencia sociológica de Meleis y Orem.

Otras autoras e investigadoras de enfermería han propuesto otros enfoques que profundizan en la naturaleza de la enfermería como ciencia, como arte , como disciplina, un ejemplo son los patrones del conocimiento de Carper , la cual enuncia 4 patrones: el empírico, el estético, el de conocimiento personal y el ético. El trabajo de Carper fue continuado y extendido por Jacobs- Kramer & Chin produciendo un modelo que aclaró el entendimiento de cada uno de los patrones de conocimiento de Carper²

La tendencia de separar y diferenciar el paradigma de la práctica de enfermería del paradigma de la práctica de medicina, aunque ha sido y es una empresa muy difícil y controvertida , ha llevado a cambios muy significativos en el progreso del conocimiento de enfermería y de la comprensión de su práctica.

Es indispensable que el profesional de enfermería sea cual fuere el área donde se desempeñe esta obligado a enriquecer y fortalecer estos esfuerzos para la consolidación de la enfermería.

Las teorías y modelos que se aplican actualmente en enfermería son un medio de gran valor , surgidos directamente de investigaciones e inquietudes de enfermeras con los cuales podemos proporcionar cuidados de alta calidad y al mismo tiempo sentarán las bases para ir construyendo el campo de conocimientos de la disciplina de enfermería.

² Avances en la Ciencia de Enfermería Publicaciones Aspen Vol 17 (4). 1995

III. OBJETIVOS

Profundizar en el mundo científico y explicativo de la enfermería aplicando las intervenciones de enfermería basadas en teorías y modelos propios de la disciplina.

Aplicar la metodología del Proceso de Atención de Enfermería para la atención domiciliaria de un paciente de 17 años con trastornos de la eliminación por la presencia de ileostomía, aplicando el modelo de Virginia Henderson.

Proporcionar cuidados domiciliarios de Enfermería de alta calidad sistematizando la atención holística con base a las necesidades básicas del paciente.

IV. METODOLOGÍA

La metodología inicia con la investigación bibliográfica para la realización de un marco teórico que comprende generalidades acerca del sustento teórico de teorías y modelos; la explicación del modelo de Virginia Henderson y el Proceso de Enfermería. También se hace una revisión de la naturaleza del problema que presentó el paciente. Posteriormente se hace la presentación del caso y se diseña el Proceso de Atención de Enfermería, analizando las necesidades fundamentales en base al Modelo de Virginia Henderson para proporcionar cuidados en el hogar a un paciente de 17 años con trastornos de la eliminación por un cuadro de obstrucción intestinal posterior a una peritonitis por apendicitis.

La recolección de datos se realiza a través de la observación directa al paciente e interrogatorio del mismo, datos extraídos del expediente clínico y entrevistas con los familiares. Para la recolección de estos datos y la planeación de las intervenciones se utilizan instrumentos específicos. Los diagnósticos de cuidados de enfermería se basan en los problemas de dependencia y en las fuentes de dificultad del modelo de Henderson.

V. MARCO TEORICO

a. Sustento teórico de Teorías y Modelos

El estudio de las teorías de la ciencia ha sido realizado a lo largo de la historia por múltiples personajes desde Aristóteles con sus métodos deductivo e inductivo, hasta los métodos experimentales de Bacon. A partir de él, numerosos filósofos y científicos han desarrollado este estudio con otros métodos como el axiomático, el observacional, y el de clasificación.

Otros autores fueron Reichenbach quien lo realizó por su capacidad de predicción, Popper por su falsabilidad, Carnap

por su corroborabilidad y Lakatos por su aptitud para los hechos nuevos y sorprendentes.³

Las reflexiones de Khun sobre las relaciones entre los hechos y las teorías están basadas en la caracterización de la ciencia para resolver enigmas y problemas. Khun también establece lo que constituye una revolución científica, la cual esta basada en los cambios de paradigmas que sufren todas las comunidades científicas.

b. CONCEPTO DE TEORÍA

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos.⁴

Echeverría J. En "Introducción a la metodología de la ciencia " dice que " *Las teorías son redes que lanzamos para apresar aquello que llamamos " el mundo " para racionalizarlo, explicarlo y dominarlo. Y tratamos de que la malla sea cada vez más fina "*

Las teorías son conjeturas, hipótesis generales que permiten explicar fenómenos que a menudo son sugeridos por hechos de la experiencia o por ciertos aspectos de otras teorías. Las teorías de la Enfermería se han intentado construir con el fin de apresar la naturaleza de los Cuidados de Enfermería para, así mismo , racionalizarlos, explicarlos, y dominarlos. ⁵

Martha Rogers utiliza el concepto de teoría como "un conjunto de conocimientos dirigidos a explicar los fenómenos que permiten una comprensión más profunda de la realidad de los hechos y pueden servir para plantear hipótesis "⁶

c. CONCEPTO DE MODELO

Guba autor lógico que define un modelo como " un conjunto de entidades que constituyen una interpretación de todos los axiomas y teoremas de un sistema siendo todos ellos verdaderos" .Una segunda definición de modelo sostiene que las teorías pueden ser idénticas a los modelos pero que pueden ser consideradas como diferentes entre los miembros de la disciplina dependiendo del grado de aceptación de los conceptos y los enunciados de relación, o sea que los enunciados de relación del modelo pueden ser menos aceptados que los mismos enunciados definidos en una teoría.

En general las teorías, los modelos y los sistemas conceptuales tienen una estructura idéntica formados por un

³ HEMPEL Carl. " El pluralismo axiológico de la ciencia y sus métodos " 1986 p 16-37.

⁴ ANN MARRINER "Introducción al análisis de las teorías de enfermería" 1989, pp 11

⁵ HERNANDEZ C. J. " La construcción disciplinar "pp. 158

⁶ ROGER M: An introducing to the theoretical basic of nursing. 1970 pp 79-

conjunto de enunciados de relación que intentan describir o explicar los fenómenos.

Un modelo es la forma práctica de aplicar una teoría, hacen más fácil el pensar en los conceptos y en las relaciones que existen entre ellos, o para delinear el proceso de investigación.⁷

En el caso de Enfermería los modelos de atención unifican y sistematizan las acciones de la enfermera basándolas científicamente, lo que nos permitirá determinar ciertos aspectos de la práctica, facilitan la educación y promueve simultáneamente la investigación.⁸

d. FORMAS DE TEORÍA

Las formas de teoría son: Conjunto de leyes, Axiomas y Proceso Causal

El conjunto de leyes busca patrones en los hallazgos de la investigación a través del método inductivo, clasificándolos según el grado de respaldo empírico en leyes, generalizaciones empíricas o hipótesis; La interrelación entre estos aspectos resulta difícil de organizar ya que el fundamento de un enunciado puede no respaldar a otro.

La teoría Axiomática es un sistema lógico de interrelación de conceptos, definiciones y enunciados ordenados jerárquicamente, a la cabeza se encuentran los axiomas abstractos y las preposiciones ocupan el nivel inferior; los enunciados y conceptos están relacionados entre sí, por lo que el fundamento empírico apoya en forma global a la teoría.

El proceso causal incrementa la comprensión por medio de enunciados de relación que especifican la relación causal entre variables independientes y dependientes. Este proceso también requiere conceptos, definiciones y enunciados de relación. Explica como ocurre algo.⁹

*"La construcción de cuerpo teórico no es una tarea simple o realizable en tiempo corto; es una actividad compleja con profundas implicaciones para nuestra forma de percibir e interpretar la realidad y que posee características de un proceso continuo de transformación que se desarrolla de forma irregular en ocasiones rápidamente, y en otras con fastidiosa lentitud y finalmente a veces parece más un retroceso que un avance "*¹⁰

El cuerpo teórico de cualquier profesión describe y explica los fundamentos en los cuales basa su actividad, lo que permite predecir y controlar los efectos de su práctica. Hablamos de un cuerpo teórico, ya que en él se conjuntan diferentes concepciones, estructuras metodológicas, categorías

⁷ANN MARRINER "Introducción al análisis de las teorías de enfermería" 1989, pp 12-13

⁸ESTEBAN ALBERT "La construcción de una disciplina" pp. 118-120

⁹ANN MARRINER "Introducción al análisis de las teorías en enfermería" 1989, pp. 14

¹⁰MORA C. "La construcción de un cuerpo teórico en enfermería" 1994, pp. 10-12

de análisis e hipótesis que conforman un cuerpo integrado, generalmente armónico y de validez relativa. Esto es preferible al concepto de "teoría " que daría la impresión de una estructura sólida e indiferenciada.¹¹

Este cuerpo teórico le permite a la profesión superar su empirismo original e introducir todo el aparato conceptual y metodológico de la ciencia moderna con sus ventajas y limitaciones.

Algunas de las dificultades iniciales que el texto explica, en la construcción de este proceso , es cuando la actividad a analizar incluye elementos no sólo científicos , sino también éticos, morales, políticos relacionados con amplios marcos de actuación social , por lo que el conocimiento científico se percibe solo como el componente de un complejo "científico- humanístico " que no es fácilmente reducible solamente al saber. Otra dificultad puede ser la importación de construcciones teóricas y metodológicas de otros campos de la ciencia, ya que generan un cuerpo teórico poco orgánico, mal integrado, que necesariamente fragmenta la comprensión teórica de la practica profesional, además de imponerle dimensiones extraordinariamente amplias a sus propios determinantes o al propio saber.¹²

e. CONSTRUCCIÓN DE UNA TEORÍA

La ciencia se rige por el método empírico. Lo que significa formular una hipótesis y someterla a los experimentos empíricos mediante la cuidadosa recogida de datos para comprobar su veracidad o falsedad con la intención de extraer conclusiones que le permitan convertirse en una teoría ,o en ocasiones incluso en una ley .La ciencia por lo tanto, es la relación entre los detalles concretos y el razonamiento abstracto ,entre lo inductivo y lo deductivo , entre los sentidos que registran los datos y la mente abstracta que los ordena en pautas significativas de relaciones.

Por lo tanto el desarrollo de las teorías es un proceso basado principalmente en la inducción, deducción y la retroinducción.

La inducción es la forma de razonamiento que va de lo específico a lo general, combinando una serie de detalles para formar un conjunto mayor de cosas. Es un método que parte de la investigación y progresa hacia la teoría.¹³

La deducción es el razonamiento lógico que se desarrolla de lo general a lo específico , puede partir de varios enunciados o de un axioma .Los enunciados teóricos abstractos se utilizan para formular hipótesis empíricas específicas , lo que nos indica que es un método que parte de la teoría y

¹¹MORA F. " La construcción de un cuerpo teórico en enfermería " 1994.pp.13-14

¹²ibidem pp 14

¹³ANN MARINER Analisis de las teorías de Enfermería. 1989.pp.14

progresa hacia la investigación.¹⁴ En la retroinducción se combinan las dos anteriores.

Tomando en consideración lo anterior, las teorías en enfermería han pasado por un proceso de investigación previa que llevo a plantear una serie de enunciados, conceptos y definiciones interrelacionados y que estos procesos han sido tanto de tipo inductivo ya que se ha progresado al planteamiento de teorías, así como de tipo deductivo en la realización de investigaciones para fundamentar la necesidad de una teoría propia de la profesión.

Es así como una teoría se desarrolla a partir de una ciencia normal o madura; como la definiría Khun sería:

- 1) Poseer un paradigma en común para determinar un marco conceptual y para que se establezcan las normas necesarias para legitimar el trabajo dentro de la ciencia que rige
- 2) Realizar a través del método deductivo el planteamiento de una serie de enunciados teóricos y relaciones para llegar a una conclusión
- 3) Con el método inductivo analizar los diferentes hechos planteados, para la formulación de una "teoría básica".
- 4) Organizar la teoría en la forma que más convenga a la ciencia de que se trate.

Retomando la importancia que menciona Khun del factor histórico en la elaboración de una ciencia, agregaremos lo que Esteban Albert piensa al respecto " *El desarrollo de una disciplina científica no es sólo producto de los presupuestos internos de su objeto ni el precipitado natural, espontáneo y súbito de una sistematización de los enunciados internos o de las representaciones de los fenómenos que estudia. Antes que eso, es siempre, o casi siempre, también el producto de una historia y de una practica profesional.*"¹⁵

Las teorías terminan cuando los hechos buscados son observables, pero dada la naturaleza de la enfermería estas teorías son difíciles de estar solo limitadas a fenómenos observables, verificables y controlables, por lo que la retroinducción siempre será un método aplicable. El primer paso hacia las teorías fue el Proceso de Enfermería, el cual nace de la aplicación del método científico, ya que tiene un enfoque deliberativo de resolución de problemas y a partir de deducciones surgidas por este Proceso se inicia el desarrollo de las teorías en enfermería.

Ann Marriner relaciona a las teorías y modelos de enfermería con sus autoras de acuerdo al razonamiento utilizado de la siguiente manera:

| | |
|----------------------|-----------|
| Florence Nightingale | Inductivo |
| Ernestine Wiedenbach | Inductivo |
| Virginia Henderson | Deductivo |

¹⁴ibidem pp14

¹⁵HERNANDEZ CONESA la construcción disciplinar pp 161

Jean Watson
Glenn Abdellah
Patricia Benner
Lydia E. Hall

Descriptivo
Lógico-inductivo
Descriptiva-cualitativa
Lógico-inductivo ¹⁶

f. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897. Su interés por la enfermería se desarrolló con la Primera Guerra Mundial, se graduó en 1921. Tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora. En los años cincuenta Henderson realiza una gran labor de investigación sobre enfermería, elaboró y participó como autora en varios trabajos importantes.

Las fuentes teóricas de las cuales Virginia Henderson desarrolla su teoría datan de 1955 en su publicación de *The Principles and Practice of Nursing*, en donde se contempla su interés por *"aclarar las funciones de las enfermeras"*. Henderson considera su trabajo una definición más que una teoría, ya que la teoría no estaba de moda en esa época, describe su interpretación como la *"síntesis de muchas influencias unas positivas y otras negativas"*.

A partir de la definición de la Enfermería de Henderson en la cual explica que *"la única función de la enfermera es la de asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o la recuperación, actividades que realizaría por el mismo, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario"*. ¹⁷

Henderson fue una pionera en la incorporación de una filosofía humanista y existencialista a los cuidados enfermeros, usando como apoyo conceptual teorías de las relaciones interpersonales y de las necesidades humanas.

Henderson explica en su libro *"The Nature of Nursing"* las fuentes que sirvieron de influencia durante sus años de enfermería las cuales se resumen a continuación :

"El ver más allá de técnicas y rutinas en enfermería" en la atención de los pacientes, así como el desagrado de la atención excesivamente reglamentada y el concepto de enfermería

Henderson reconoce que la enfermedad es *"más que un estado patológico y que en los hospitales no se atienden las necesidades más importantes"*.

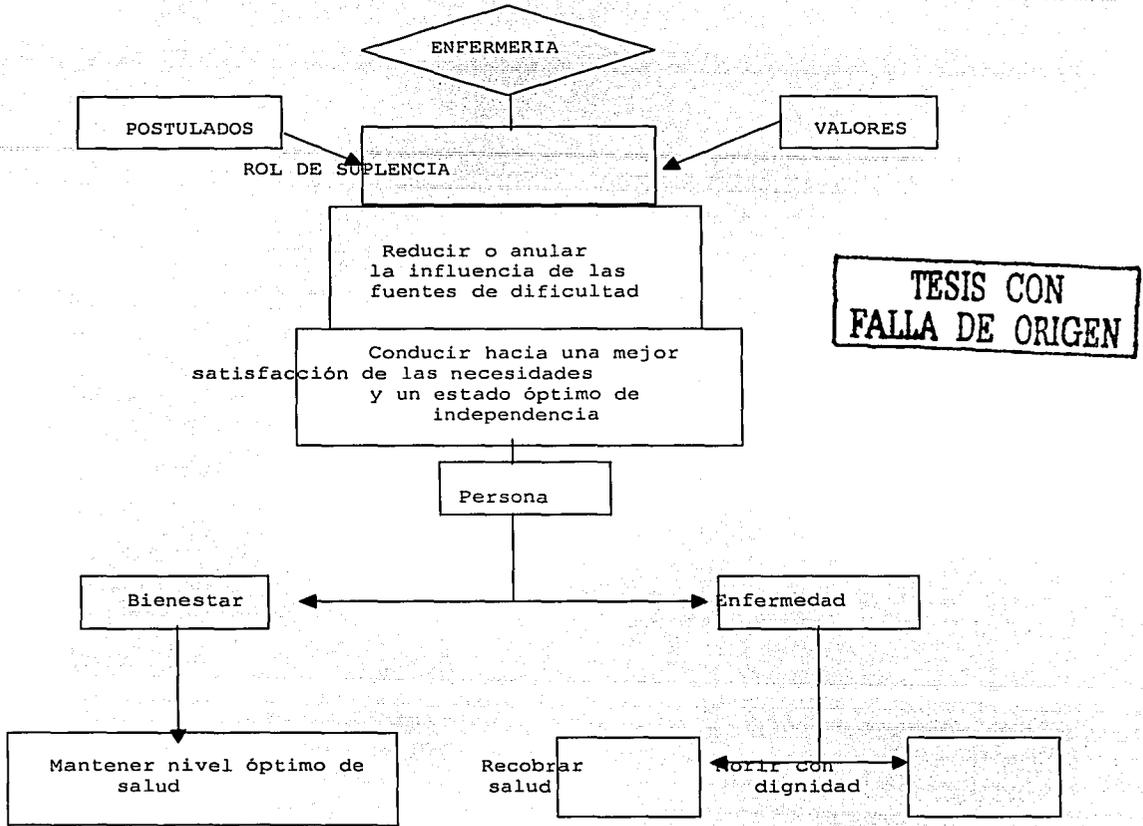
Observa que la meta de la rehabilitación en el Institución era la *"reconstrucción de la independencia del paciente"*, coincide con Bertha Harmer de 1922 en que define que la *"enfermera se basa en las necesidades de la humanidad"*.¹⁸

¹⁶ANN.M "Teorías y Modelos en Enfermería 1989

¹⁷HENDERSON V. "La naturaleza de la Enfermería " 1994 pp.9-17

¹⁸Ibidem

En el siguiente esquema M. Phaneuf sintetiza el modelo conceptual de Virginia Henderson:



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Los principales conceptos y principios en la obra de Henderson son los correspondientes a la SALUD, el ENTORNO, la PERSONA y las NECESIDADES

Desde una filosofía humanista Henderson equipara la salud con la independencia, explicando que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales buscando y tratando de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las 14 necesidades, aunque no expone una definición específica, la considera en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas de dificultad, que son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la

persona satisfacer sus propias necesidades, identificándolas como : falta de fuerza, falta de voluntad, falta de conocimientos

Interpretamos por "Fuerza" no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación ,lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc. M. Phaneuf identifica a este término como una dificultad de orden físico.

La falta de Conocimientos se refiere a lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona o sea el autoconocimiento, y sobre los recursos propios y ajenos disponibles. Este aspecto Phaneuf lo maneja como insuficiencia de conocimientos

La falta de voluntad es entendida como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades. Aquí pueden estar integradas los aspectos que Phaneuf analiza como aspectos de orden psicológico, sociológico y espiritual¹⁹ "Henderson considera a la persona o paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener la salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables, considerando al paciente y su familia como una unidad.

Las necesidades que describe Henderson son 14 básicas en el paciente y constituyen los componentes de la asistencia de enfermería, se correlacionan con la denominación de M. Phaneuf:

| | |
|--|---|
| • Necesidad de oxigenación | • Respirar |
| • Necesidad de nutrición e hidratación | • Alimentarse e hidratarse |
| • Necesidad de eliminación | • Eliminar |
| • Necesidad de movimiento y mantener buena postura | • Moverse, buena postura, circulación |
| • Necesidad de descanso y sueño | • Dormir y reposar |
| • Necesidad de usar prendas de vestir | • Vestirse y desnudarse |
| • Necesidad de termorregulación | • Mantener temperatura corporal en límites normales |
| • Necesidad de higiene y protección de la piel | • Limpio, aseado y proteger los tegumentos |
| • Necesidad de vivir conforme a sus creencias y valores | • Actuar de acuerdo a sus creencias y valores |
| • Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas | • Recrearse |
| • Necesidad de autorealizarse | • Preocuparse por su propia |

¹⁹ M. Phaneuf. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. 1995

| | realización |
|---|--------------------------------|
| • Necesidad de evitar peligros | • Evitar peligros |
| • Necesidad de comunicarse | • Comunicar con sus semejantes |
| • Necesidad de aprendizaje. ²⁰ | • Aprender |

Virginia Henderson no cita directamente lo que cree que constituyen los supuestos principales de su teoría. A partir de las publicaciones de Henderson han sido adaptados los siguientes, que incluyen a la Enfermera, Persona, Salud y Entorno, explicando lo que ella consideraba más importante en cada uno de estos aspectos.

En cuanto a la Enfermera Henderson considera que:

- La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enfermera actúa como miembro de un equipo sanitario
- Actúa independientemente del médico pero apoya su plan.
- La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere.
- La enfermera esta formada en ciencias biológicas y sociales
- La enfermera puede apreciar las necesidades básicas humanas

En lo correspondiente a la Persona explica:

- La persona debe mantener su equilibrio físico y emocional
 - Los 14 componentes abarcan las funciones de la enfermería
 - La mente y el cuerpo de la persona son inseparables
- De la Salud opina que:
- La salud representa la calidad de vida
 - La promoción de la salud es más importante que la atención del enfermo
 - Los individuos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad

En cuanto al Entorno, Henderson no hace una definición propia sino que se remite al Webster's New College Dictionary 1961 que la define como " el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Se encuentra en forma implícita y explícita la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico, para la valoración de las necesidades como la planificación de los cuidados.

Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.²¹

M. Phaneuf identifica los siguientes postulados sobre lo que se basa el modelo de Virginia Henderson

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea

²⁰FERNÁNDEZ F. "El proceso de atención de enfermería "1994 pp 3-10

²¹MARRINER ANN. " Teorías y Modelos en enfermería " 1989.

- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no esta "completo" o "independiente"

En cuanto a los valores que fundamentan el modelo la autora señala los siguientes:

- La enfermera tiene funciones que le sean propias
- Cuando la enfermera usurpa la función del medico, cede a su vez sus funciones propias un personal no cualificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede presta

En cuanto al nivel de la relación enfermera- paciente Henderson identifica tres niveles

- La enfermera como sustituto
- La enfermera como ayuda
- La enfermera como compañera

En cuanto a la relación enfermera- médico

- La enfermera tiene una función única, distinta a la de los médicos.
- Cuestiona una filosofía que permita " al medico dar ordenes a los pacientes o a los profesionales sanitarios"

En cuanto a la enfermera como miembro del equipo sanitario

- La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales
- La enfermería se modifica con la época en que se ejerce y depende en gran medida de lo que hagan los demás trabajadores sanitarios.
- La enfermería debe desarrollarse y aprender a identificar las nuevas necesidades sanitarias de la población a medida que se nos vayan planteando.²²

Henderson a utilizado el método deductivo del razonamiento lógico para desarrollar su definición de enfermería, deduciendo tanto sus definición como los 14 componentes a partir de principios fisiológicos y psicológicos.

Es importante señalar la definición de Virginia Henderson del Ejercicio Profesional, indicando que la enfermera que ve como su función principal la de suministradora directa de asistencia al paciente," hallará una recompensa inmediata en el progreso del paciente desde la dependencia a la independencia " ; debe entender al paciente cuando éste pierde la voluntad, la fuerza o el conocimiento. La enfermera puede ayudar al paciente a ser independiente mediante la valoración, planificación, realización y evaluación de cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería.

Henderson opina que el Proceso de enfermería es el proceso de solución de problemas y que no es específico de la enfermería nos explica que en la fase de planeación conlleva

²²ibidem

la elaboración de un plan adecuado a las necesidades del individuo actualizando dicho plan según sea necesario. En la fase de ejecución del plan, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades que conserven la salud , que lo lleven a recuperarse de la enfermedad o que ayuden a lograr una muerte tranquila . En la valoración la enfermera tendría que valorar los 14 componentes, analizando los datos recopilados , para lo cual es necesario saber que es normal en salud y en enfermedad.²³

Así mismo Henderson también proporciona una serie de afirmaciones en lo correspondiente a la formación de enfermeras, aseverando que "para que la enfermera ejerza como una experta por derecho propio y para que utilice el planteamiento científico para mejorar su ejercicio, necesita un tipo de formación que solo se imparte en colegios y universidades.²⁴

Plantea tres fases para la formación del estudiante., la primera en la cual se centra en las necesidades fundamentales del paciente, la planificación de la asistencia de las actividades de su vida diaria. .En la segunda fase se incorporan los estados patológicos, y en la tercera fase la atención se centra en el paciente y en la familia. , siempre destacando que el alumno desarrolle el hábito de la investigación, ya que opina que es la investigación es el análisis con mayor grado de fiabilidad.²⁵

En conclusión la definición de Henderson puede considerarse una gran teoría o una filosofía dentro de la fase de paradigma del desarrollo de la teoría de enfermería.Su concepto es descriptivo y fácil de leer .Está definido con un lenguaje sencillo y habitual. Su definición y sus 14 componentes ofrecen una perspectiva que pretende explicar toda la conducta de la enfermería.²⁶

g. PROCESO DE ENFERMERÍA

Para documentar esta parte del marco teórico se realizó un análisis de tres de las principales autoras que han publicado bibliografía a este respecto, realizando un breve resumen con los datos, similitudes o diferencias mas sobresalientes, para posteriormente entrar al estudio del proceso en sí mismo escogiendo a la autora con publicación más actualizada .

Las autoras seleccionadas son: Ann Marriner, Patricia W.Iyer , y R. Alfaro, y M. Phaneuf ; que es la autora en la que se basa la metodología

Según Ann Marriner en "El proceso de Atención de Enfermería " (1983) explica que el proceso es un método para

²³Ibidem

²⁴HENDERSON V. "La Naturaleza de la Enfermería " 1994

²⁵Ibidem

²⁶ANN M. " Teorías y Modelos en enfermería " 1989

realizar algo, que abarca cierto número de pasos . Es la aplicación de la resolución científica de los problemas de enfermería. Marriner establece los pasos de Valoración, Planeación, Ejecución y Evaluación. Se contempla al proceso como una herramienta para el cuidado individualizado.

Dentro de la etapa de valoración menciona al Diagnóstico de enfermería como una conclusión basada en principios científicos que indican las necesidades del paciente en relación al cuidado de enfermería y con la cual termina la etapa de valoración.²⁷

La obra de Patricia W. Iyer en la cual ya se maneja el título de Proceso de Enfermería ,se manifiestan diferentes definiciones de la misma ,realizadas tanto por líderes en esta profesión , como por organizaciones profesionales , hace hincapié en las Respuestas Humanas como fenómeno que preocupa a la enfermera, ejemplificando con varios ejercicios para la autoevaluación por parte del lector de la detección de éstas.²⁸

Explica las funciones de la enfermera clasificándolas en independientes, interdependientes y dependientes.

Iyer explica que el proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica un amplio marco teórico en el cual se basa la ciencia de enfermería. Dice que es *"un enfoque deliberativo de la resolución de problemas que requiere capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales y que va dirigido a satisfacer las necesidades del paciente "*

Phaneuf define el proceso científico como un *" proceso intelectual compuesto de distintas etapas, ordenas lógicamente que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente"* ²⁹

Así mismo explica brevemente la historia del Proceso la cual se reproduce a continuación.

"El proceso de enfermería ha evolucionado en un proceso de fases coherentes con la naturaleza del desarrollo de la profesión, Al principio, Hall lo describió como un proceso distinto (1955) Jhonson (1959) Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso trifásico distinto que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases. En 1967 Yura y Walsh crearon el primer texto que describía un proceso con cuatro fases : valoración, planificación ,ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años setenta , Bloch (1974) Roy (1975) Mundiger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases."

El proceso de enfermería ha sido legitimado como el marco de la práctica de enfermería, es utilizado como directriz para el desarrollo de la Normas de la Práctica de Enfermería y ha sido incorporado en el marco conceptual de la mayoría de los

²⁷ANN MARRINER " El proceso de atención de enfermería " 1983

²⁸Iyer P. "Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería " 1990

²⁹PHANEUF, M. "Cuidados de enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería"

planes de estudio de enfermería. Se ha incluido en la definición de enfermería de la mayoría de las Leyes de la Práctica de Enfermería.

Lo considera un medio valiosísimo para proporcionar cuidados de enfermería individualizados y de alta calidad como un sistema resuelto, dinámico, interactivo, flexible y con base teórico, proporciona satisfacción laboral al personal de enfermería y mayor reconocimiento de su práctica ya que éste no se limita hacia tareas repetitivas, sino a una verdadera interacción con el paciente y su familia verdaderamente significativa y trascendente. El paciente se siente contemplado como una totalidad y no objeto fragmentado de acciones diversas, dándole más seguridad en todas las acciones terapéuticas.

Método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos, a las alteraciones de salud reales o potenciales.³⁰

Posteriormente desarrolla en forma extensa las 5 etapas del proceso

El proceso de atención de enfermería es una metodología que se aplica a la práctica de enfermería unifica y sistematiza los cuidados de enfermería individualizados, con un enfoque deliberado dirigido a la resolución de problemas jerarquizados abarcando todas las necesidades tanto del paciente como de la familia e inclusive la comunidad, contemplándolos como un sistema.³¹

R. Alfaro en su obra Aplicación del Proceso de Enfermería explica que básicamente el proceso de enfermería "es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales."

Alfaro también establece 5 etapas las cuales se desarrollarán a continuación.

Las etapas del proceso de atención son:

1. VALORACIÓN
2. DIAGNOSTICO
3. PLANIFICACIÓN
4. EJECUCIÓN
5. EVALUACIÓN

Cada etapa del proceso es dependiente de la precisión de la etapa precedente.

La manera en que funciona el proceso de enfermería es utilizando el enfoque de solución de problemas, ya que esta es la clave para comprender el proceso de enfermería.

³⁰Ibidem

³¹NOTTER:E:L: " Principios de la Investigación en enfermería " 1992

En enfermería, el uso del proceso ayuda a asignar de forma sistemática y organizada todos los cuidados, guiando a la enfermera a realizar deliberadamente las etapas para identificar problemas únicos del paciente, objetivos realistas e intervenciones individualizadas, estimulando la identificación y utilización de las capacidades del paciente.

El modelo médico se centra en el tratamiento de la enfermedad, el proceso de enfermería tiene un enfoque holístico, considerando tanto los problemas como los efectos de estos sobre el funcionamiento de la persona como ser humano individualizado.

Dentro de los beneficios del uso del proceso se encuentra que éste proporciona un método organizado para asignar los cuidados de enfermería, previene omisiones y repeticiones innecesarias del equipo de salud, ayudando a las enfermeras a adaptar las intervenciones al individuo y no a la enfermedad. Tanto a los pacientes como a la familia los ayuda a darse cuenta de que su apoyo es importante y de que sus recursos son valorados, promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente, proporcionando una mejor comunicación, concluyendo con la satisfacción de las enfermeras por los logros conseguidos.

A continuación se realizará un breve resumen de los puntos más sobresalientes de cada etapa.

Phaneuf utiliza las etapas del proceso científico aplicados a los cuidados de enfermería etapas de la siguiente manera:

- 1.- Recogida de datos
- 2.- Análisis e interpretación
- 3.- Planificación de los cuidados
- 4.- Ejecución
- 5.- Evaluación.

Divide al Proceso Científico en cinco etapas:

Primera etapa.- La recogida de datos permite hacer un inventario de todo lo que se refiere al paciente. Se puede afirmar que esta etapa nos ofrece información sobre lo que es, de qué sufre, sobre sus hábitos de vida y sobre el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Segunda etapa.- Análisis e interpretación de datos recogidos sobre el cliente que hacen posible que veamos con claridad cuál es su problema específico de dependencia y la fuente de dificultad que lo provoca, es decir permite realizar el diagnóstico de cuidados

Tercera etapa.- La planificación permite determinar los objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería, con el fin de suplir lo que el paciente no puede llevar a cabo por sí mismo para satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas de dependencia

Tiene dos aspectos: la elaboración de los objetivos de cuidados y la planificación de las intervenciones. Los objetivos indican el resultado que se quiere conseguir en el

cliente y la planificación de intervenciones determina las acciones que la enfermera ha de poner en práctica para conseguir ese resultado.

Cuarta etapa.- La evaluación de los cuidados Consiste en volver hacia atrás para evaluar si el proceso que se ha seguido y los resultados obtenidos son válidos o no. . Esta última etapa pone en movimiento un proceso cíclico. Dentro de las ventajas que Phaneuf persigue con la utilización del proceso de cuidados menciona la continuidad del trabajo de la enfermera, es un instrumento de racionalización , hace posible una coordinación eficaz entras las distintas intervenciones del equipo de cuidados y sobre todo facilita el establecimiento de prioridades en la aplicación de los cuidados. Constituye un instrumento de individualización y personalización de los cuidados y esto contribuye a su humanización.

Se efectúa mediante la recolección de datos y el examen físico del paciente con el fin de obtener toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas. Existen diferentes procedimientos de valoración propuestos que pueden ser utilizados según la institución o el dominio de la enfermera.

Dentro del resumen de Standars of Nursing Practice de la American Nurses Association (ANA) se encuentra el Estándar 1 que explica que "la recogida de datos acerca del estado de salud del paciente es sistemática y continuada." Los datos deben ser asequibles, comunicados y anotados.

A lo largo de este trabajo, la enfermera no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos al paciente

Las actividades que incluyen el proceso de recogida de información son las siguientes:

- Recogida de datos
- Validación de los mismos
- Organización de los datos
- Comunicación y anotación de los datos.

La recogida de datos inicia desde el momento del ingreso del paciente, llevando a cabo la valoración de enfermería completa y los datos pertinentes se anotan en la historia y en plan de cuidados , esta recopilación de datos se continúa durante toda la permanencia del paciente en el hospital .

Existen fuentes valiosas para la recogida de datos, pero dentro de las más importantes se encuentran el examen y la entrevista con el paciente

*Estándar una definición o protocolo que describe cómo debería la enfermera administrar sus cuidados en una situación concreta.

Los tipos de valoración de enfermería son la valoración de los datos básicos y la valoración focalizada, para la primera es necesario el tener establecido algún instrumento para guiar

dicha valoración, es muy importante que éste instrumento sea de acuerdo al modelo de enfermería que se trabaje., la segunda , es un tipo de valoración continua para determinar el estado de problema real o potencial.³²

No obstante la utilidad de los mencionados instrumentos, el éxito de los esfuerzos para identificar patrones de salud o enfermedad dependerá de la habilidad para realizar la entrevista y el examen físico.

La entrevista y la valoración física de enfermería son dos actividades que están permanentemente entrelazadas y ambas son esenciales para completar la valoración.

La validación de datos ayuda a evitar las omisiones de información pertinente, las malas interpretaciones de situaciones y la precipitación en las conclusiones o centrar la atención en una dirección equivocada. Posteriormente se realiza una agrupación de los datos relacionándolos con observaciones, antecedentes etc.

Esta agrupación u organización, ayuda a identificar patrones , partes de información faltante , las capacidades y los problemas del paciente. Esta será realizada de acuerdo a un modelo que ayudará a identificar los diagnósticos de enfermería.

Phaneuf explica que los datos pueden agruparse en dos categorías: *los datos relativamente estables (información general, gustos personales, elementos físicos, características personales, redes de apoyo, elementos de reacción) y los datos variables (nivel de ansiedad, de estrés y sufrimiento, funciones fisiológicas, etc.)*

Analizar significa estructurar, profundizar, tratar de distinguir, descomponer en partes, hacer clasificaciones y establecer relaciones.

Dentro del esquema conceptual de Virginia Henderson, este análisis se lleva a cono por medio del examen de datos y su clasificación en *datos independientes, los que reflejan la satisfacción autónoma de las necesidades y datos de dependencia, los que la descartan, Supone una agrupación de datos en torno a cada una de las catorce necesidades Interpretar significa explicar, dar un sentido a la causa del problema es decir definir las fuentes de dificultad.*³³

Una vez recopilada la información se determinan las capacidades, y los problemas reales y potenciales que se presentan, se definen las acciones que son directas de enfermería y los que necesitan ser intervenidas por cualquier otro profesional.

El estándar II dice. "De los datos sobre el estado de salud se derivan los diagnósticos de enfermería."

Durante esta etapa se termina de organizar toda la información para poder identificar los problemas y las

³²ALFARO R." Aplicación del Proceso de Enfermería "1995

³³PIANEUF, M.. "Cuidados de enfermería. El Proceso de Atención de enfermería"

capacidades del paciente los cuales serán la base del plan de cuidados.

Dada la importancia de esta fase y de la sorprendente evolución que han tenido, al final de este capítulo se realizan una serie de comentarios a este respecto para poder comprender y manejar con mayor conocimiento esta etapa.

Para poder llevar cabo esta etapa con precisión se requiere iniciarla con un proceso de razonamiento diagnóstico que se describe a continuación:

El razonamiento diagnóstico es un método de pensamiento que utiliza la lógica utilizado para el proceso de analizar los datos y reunirlos con el fin de llegar a un diagnóstico. Existen principios fundamentales y etapas para este razonamiento, para evitar el riesgo de errores diagnósticos que nos llevarían a situaciones como las siguientes:

- Iniciar intervenciones que realmente agraven el problema
- Omitir intervenciones que son esenciales para solucionar el problema
- Permitir que los problemas existan o progresen sin ni siquiera detectar su presencia.
- Iniciar intervenciones que no son negativas pero que malgastan el tiempo y esfuerzo del equipo
- Influenciar en otros sobre problemas descritos erróneamente.
- Colocarse uno mismo ante el peligro de situaciones legales.

Es interesante señalar que en texto se menciona a la intuición como factor para formular diagnósticos de enfermería, sin embargo explican como debe de ser manejado este tipo de sensación para que pueda ser utilizada favorablemente.

Alfaro menciona 9 etapas para el razonamiento diagnóstico para la identificación de problemas, las cuales se tratarán de resumir a frases prácticas de entendimiento.

- Etapa 1 Reúna todas las claves relacionadas, p.e algún síntoma relacionado con problemas de eliminación.
- Etapa 2 Búsqueda de signos, síntomas antecedentes contribuyentes, adicionales, a la identificación de algún signo, síntoma o hecho significativo encontrado. Se puede utilizar la valoración focalizada.
- Etapa 3 Utilizar una lista de control que ayude a comprobar los problemas más comunes.
- Etapa 4 Siempre buscar opciones al origen de los problemas de los pacientes
- Etapa 5 Comparar nuestros posibles diagnósticos con las definiciones para corroborar que realmente es lo que queremos expresar.
- Etapa 6 Una vez que se han identificado los problemas, intente determinar la causa o factores contribuyentes al mismo.

- Etapa 7 Cuando sea posible explique tanto el problema como su etiología, utilizando la palabra "relacionado con" .
- Etapa 8 Cuando los datos demuestren factor de riesgo, pero no existen datos objetivos del mismo etiquetarlo como problema potencial. Uniendo el problema al factor de riesgo observado.
- Etapa 9 Identificar "Problema Posible" si se sospecha la existencia de algún problema pero se carece de datos que lo confirmen.

También mencionaremos las etapas establecidas para la identificación de capacidades del paciente.

- Etapa 1 Realice cuestionamientos al paciente y su familia para identificar capacidades y ayudarlos a reconocer sus aspectos positivos
- Etapa 2 Reafirmar las capacidades del mismo y centrar la atención en estas y en los problemas por resolver.
- Etapa 3 Enumerar y clasificar las capacidades según los problemas encontrados para poder llevar a cabo el plan de cuidados

Phaneuf enfatiza que hay que separar las manifestaciones de independencia de las manifestaciones de dependencia. Por lo tanto el diagnóstico de cuidados de enfermería se diseña en base a : Problema de dependencia + Fuentes de dificultad = Diagnostico de cuidados de enfermería.

Los señalamientos que hace Alfaro en lo referente a los diagnósticos de enfermería contra los diagnósticos interdependientes son de suma importancia , haciendo referencia a otras autoras como Carpenito . y concluyendo en dos definiciones para ambos.

Diagnostico de enfermería.- Un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente.

Problema Interdependiente.- Un problema de salud real o potencial (complicación) que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico

Para poder decidir si se trata de un problema interdependiente o no la enfermera posteriormente a la identificación del problema de salud, se debe plantear la siguiente pregunta ¿ Puede independientemente validar el problema e iniciar el tratamiento ? Si la respuesta es SI se trata de un diagnostico de enfermería. Si la respuesta es NO se trata de un problema interdependiente. Dado que todos los diagnósticos médicos se centran e la patología o fisiopatología de órganos y sistemas todos los diagnósticos médicos serán problemas interdependientes.

Cabe hacer mención que los problemas interdependientes no se escriben en el plan de cuidados a menos que sean inusuales

o complejos ya que las actuaciones de enfermería ante los mismos generalmente ya están contemplados en las normas del hospital o en las ordenes médicas. El texto hace hincapié que para escribir una formulación diagnóstica que valide un diagnóstico de enfermería real siempre habrá que llevar la siguiente regla:

La regla para formular diagnósticos de enfermería potenciales es la siguiente:

REGLA: Para escribir una formulación diagnóstica de enfermería potencial, escriba una formación en dos partes identificando el problema potencial y añadiendo "relacionado con " para unir el problema y los factores contribuyentes

La regla para escribir un diagnóstico de enfermería posible es la siguiente:

REGLA: Para escribir la formulación diagnóstica para un problema posible, escriba una formulación en dos partes expresando el posible problema añadiendo "relacionado con " para unirlo con los posibles factores contribuyentes.

Por último la recomendación para escribir la definición de un problema interdependiente, se deben usar las palabras "Complicación Potencial " para escribir claramente el problema interdependiente. Si el agregar "relacionado con " o "secundario a " clarifica el problema entonces se puede añadir también la etiología.

Phaneuf explica que hay que identificar las fuentes de dificultad o factores etiológicos. Una fuente de dificultad es un impedimento mayor para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales, en consecuencia es el origen del problema de dependencia del paciente o lo que contribuye a él. Es decir se trata del factor etiológico, de la causa del problema. Puede estar relacionado con factores de orden físico, psicológico, sociológico, espiritual o con fuentes de dificultad.

Se desarrolla el plan de acción junto con el paciente y la familia, realizando la priorización de los problemas, aclarando cuales son los objetivos que se esperan y cuando se esperan lograr, delimitar las intervenciones de cada uno de los integrantes del plan de cuidados.

En esta etapa los estándares son los siguientes

III: El plan de cuidados de enfermería incluye objetivos derivados de los diagnósticos de enfermería

IV: El plan de cuidados de enfermería incluye prioridades y los enfoques o medidas de enfermería prescritos para lograr los objetivos derivados de los diagnósticos de enfermería.

V: Las actividades de enfermería permiten la participación del paciente en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.

VI: Las actividades de enfermería ayudan al paciente a potenciar al máximo sus capacidades en el campo de la salud.

La planificación es el tercer paso del proceso en el cual se determinan cómo se van a brindar los cuidados de enfermería de

manera organizada, individualizada y orientada a los objetivos.

Esta fase implica la 1) fijación de prioridades, 2) establecimiento de objetivos del paciente / resultados esperados 3) Determinación de las acciones / actividades de enfermería y 4) Documentación del plan de cuidados.

Dentro de la fijación de prioridades se explica que las enfermeras deberán elegir un método para asignar las prioridades y usarlo siempre, ya que el uso continuado del mismo método le ayudará a ser más sistemática y a tener una visión completa.

Uno de los primeros pasos para un problema es eliminar o reducir los factores contribuyentes al problema.

En la fase inicial de planificación el establecimiento de prioridades incluyen lo siguiente:

- Determinar los problemas que requieren atención inmediata y emprender acciones inmediatas.
- Determinar los diagnósticos de enfermería que se abordarán en el plan de cuidados
- Determinar los problemas interdependientes que requieran intervención del médico para el diagnóstico, control y tratamiento.

Dentro de la fijación de prioridades se requiere visualizar toda la perspectiva del paciente y sorprender como afectan los problemas a la persona implicada.

Una fase importante en la planificación es el establecimiento de objetivos realistas por ser los pilares del plan de cuidados, porque dirigen intervenciones y porque son factores de motivación.

Los objetivos pueden ser a corto o a largo plazo, el objetivo general de enfermería debe ser conocido por todo el personal a cargo del paciente.

Una de las reglas para la elaboración de objetivos, es que estos deben estar centrados en el paciente .

Los objetivos pueden ser redactados formulando la primera parte el objetivo directamente y la segunda parte el resultado que se espera conseguir con la acción ya explicada. Siendo una regla a seguir el cerciorarse de que por lo menos uno de los objetivos que se ha fijado demuestre la resolución directa o la mejora del diagnostico de enfermería.

Posteriormente el texto explica una serie de verbos, mensurables y no mensurables para la redacción de los objetivos que describan el comportamiento que se espera ver u oír.

Los resultados pueden esperados pueden clasificarse en tres dominios: cognitivo, afectivo, y psicomotor , en los cuales también se deben utilizar los verbos adecuados para cada una de ellas.

Las órdenes de enfermería deben proporcionar una serie de instrucciones claras sobre qué acciones deberán realizarse para cada problema específico ,se deben incluir los siguientes

componentes Fecha, Verbo, Sujeto, Frase Descriptiva y Firma de la enfermera.

Los planes de cuidados de enfermería se centran en el, plan de cuidados para los diagnósticos de enfermería y sirven para tres propósitos principales, : dirigir las acciones de enfermería, dirigir las anotaciones y proporcionar un instrumento para la evaluación. Por lo tanto el plan de cuidados de enfermería debe incluir los siguientes componentes: Breve perfil del paciente, Objetivo a largo plazo para el alta, ordenes específicas de enfermería, y un espacio para comentarios de evaluación.

Para Phaneuf, planificar cuidados significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben de tomar. Ella lo define como el punto donde desembocan las etapas precedentes del proceso. Es una etapa esencialmente orientada hacia la acción. A esta etapa también la llama "plan de intervención" o "plan de cuidados" compuesta por dos elementos: los objetivos de cuidados y las intervenciones.

En cuanto a la definición de los objetivos de los cuidados, está autora los define como "una intención dada a los cuidados por medio de la descripción de un comportamiento esperado en el paciente o de un resultado que se desea obtener" Las características que para Phaneuf tienen los objetivos son la: especificidad, desarrollo o acción esperada, implicación o nivel de compromiso, realismo o posibilidad , observable o criterio de medición..

En esta fase es necesario el continuar recabando información para poder saber como ha respondido e identificar nuevos problemas, realizando todas las intervenciones que se planearon. Registrar y comunicar el estado de salud a otros profesionales

Los estándares para esta etapa son los siguientes:

Estándar V: Las actividades de enfermería, permiten la participación del paciente en la promoción ,mantenimiento y recuperación de la salud.

Estándar VI: Las actividades de enfermería ayudan al paciente a potenciar al máximo sus capacidades.

La etapa de ejecución es la puesta en practica del plan de atención, las actividades que se derivan de esta fase son

- Recogida y valoración continuada de los datos
- Establecimiento de prioridades diarias
- Realización de las intervenciones de enfermería
- Documentación de los cuidados de enfermería
- Comunicación verbal informes de enfermería
- Mantenimiento del plan de cuidados

La recogida continuada de datos nos permite el encontrar nuevos datos importantes que pudieron haber sido pasados por

alto , y nos proporciona información clave sobre como se pueden ir adecuando los diagnósticos de enfermería

La fijación de prioridades diarias. Esta habilidad representa la clave para la ejecución del plan de cuidados, para lo anterior se tiene que aprender a valorar las situaciones diariamente o de momento a momento y a ser flexible. La habilidad para fijar prioridades dependerá de sus conocimientos y experiencia y el conocimiento de las rutinas del hospital .Algunas etapas que se sugieren son:

- Etapa 1 Valorar al paciente y revisar las indicaciones médicas y el, plan de cuidados de enfermería , así como la información del cambio de turno
- Etapa 2 Valoración de los datos críticos antes de realizar una valoración mas profunda de todos los problemas.
- Etapa 3 Determine si algún problema tiene que ser resuelto de forma inmediata y emprenda las acciones necesarias, ya que esto tiene prioridad sobre dedicar tiempo para analizar los problemas del paciente.
- Etapa 4 Enumere los diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes y jerarquice las acciones.
- Etapa 5 Determine las tareas y las rutinas a realizar.
- Etapa 6 Junto con el paciente verifique la lista de tarea ,para determinar las que realizará el paciente o la familia.
- Etapa 7 Realice una hoja personal de trabajo para organizar su tiempo tomando en cuenta las rutinas del hospital.

"La realización de las actividades de enfermería incluyen una serie de actividades como realizar, supervisar, asesorar, enseñar, ayudar, pero todas deben ser realizadas conociendo la razón para su ejecución , antes de realizarla ,se debe volver a valorar al paciente para determinar el estado del problema o sea realizar una valoración focalizada, valorando continuamente las respuestas del paciente e incluir continuamente a la familia.

Alfaro recomienda el uso del acrónimo CLIPVE par recordar las tareas comunes que deberían realizarse antes de llevar a cabo cualquier intervención de enfermería. Significa:

C. Comprobar órdenes y equipo

L. Lavado de manos

I. Identificar al paciente

V. Valorar el problema

E. Explicar o enseñar a la persona lo que va a hacer.

En cuanto a los informes verbales que se dan respecto a los pacientes pueden tener gran influencia en los cuidados generales de salud que los pacientes reciban, sobre todo al cambio de turno, los informes tienen que ser claros, bueno y objetivo.

Una parte de la fase de ejecución implica una evaluación tanto del paciente como de la propia enfermera.

En esta etapa Phaneuf relaciona el rol de suplencia o ayuda de la enfermera con el rol del paciente especificando que la fase de ejecución de los cuidados es el momento más importante para el contacto con el cliente. Es el momento por excelencia para establecer una relación significativa con él.

En resumen, la evaluación se lleva a cabo por medio de una reflexión y un cuestionamiento sobre la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería. Todas estas preguntas se formulan a partir de un punto de referencia que es el objetivo de los cuidados.³⁴

Esta se realiza conjuntamente con el paciente para ver si es necesario realizar alguna modificación.

Los estándares para esta etapa son:

Estándar VII: El progreso o falta de progreso del paciente hacia el logro de los objetivos es resuelto por el paciente y la enfermera.

Estándar VIII: El progreso o falta de progreso del paciente hacia los logros de los objetivos dirige una nueva valoración, reordenación de prioridades, nueva versión de objetivos y revisión del plan de cuidados de enfermería. De hecho la evaluación se ha llevado a cabo durante todo el proceso, pero en esta fase se realiza de una forma detallada la evaluación de todo el plan de cuidados. , las actividades que se desencadenan de esta son:

- Establecimiento de criterios para la evaluación
- Evaluación del logro de objetivos
- Valoración de las variables que afectaron el logro de los mismos.
- Modificación del plan de cuidados o finalización de los cuidados de enfermería.

Los puntos mas relevantes de esta etapa se resumen de la siguiente manera:

- El logro o no de los objetivos debe ser determinado por el paciente y la enfermera.
- Para determinar la obtención de los objetivos, debe cerciorarse de lo que el paciente puede hacer en relación con los objetivos fijados durante la fase de planificación.
- Es importante una documentación exacta para poder realizar una evaluación adecuada.
- La modificación del plan de cuidados implica revisarlo para reflejar los cambios necesarios que se detectaron en la valoración completa del plan de cuidados de enfermería.
- Por último la evaluación es el factor clave para determinar estándares, protocolos, normas y procedimientos que ayudarán a las enfermeras a proporcionar cuidados de enfermería de calidad.

³⁴ PHANUEF, M. "Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería"

VI. NATURALEZA DEL PROBLEMA

APENDICITIS AGUDA

La apendicitis, enfermedad inflamatoria del colon, se refiere a la inflamación del apéndice vermiforme.

Es rara antes de los dos años y alcanza su mayor incidencia en la segunda y tercera décadas de la vida. La mayoría de los pacientes tiene entre 5 y 30 años. La enfermedad es importante ya que es frecuente y curable. La dificultad radica en la realización de un diagnóstico diferencial.

ETIOLOGIA

El suceso inicial de la apendicitis aguda es la obstrucción seguida del aumento de la presión intraluminal. Reducción del drenaje venoso, trombosis, hemorragia, edema e invasión bacteriana de la pared del apéndice. A medida que el proceso avanza la arteria apendicular se ocluye como resultado de la inflamación y se produce estasis venosa y perforación.

Se considera que los cálculos son la causa más frecuente de obstrucción inicial. Esta obstrucción también se ha atribuido a la presencia de parásitos, hiperplasia linfoidea y torsión del apéndice por adherencias.

FISIOPATOLOGIA

En los primeros estudios, el apéndice presenta solo tumefacción, pero a medida que el proceso avanza, se vuelve hiperémico, caliente y se recubre con un exudado. En las etapas posteriores se gangrena y perfora. El aspecto microscópico varía desde cambios inflamatorios agudos con ulceración de la superficie mucosa, que puede avanzar a una o más perforaciones. La mayor presión intraluminal, tumefacción transmural e inflamación, finalmente afecta arteria apendicular terminal y causa perforación.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La historia de un paciente con apendicitis es de corta duración, entre 12 y 48 horas desde el comienzo hasta la hospitalización. La mayoría de los pacientes presentan dolor al comienzo, que localizan en el área epigástrica o periumbilical y, posteriormente, en el cuadrante inferior derecho. Esta secuencia en la localización del dolor se encuentra en alrededor de la mitad de los pacientes. Un número significativo puede presentar dolor abdominal difuso o inferior o dolor reflejo, lo cual dificulta el diagnóstico. El dolor puede disminuir al producirse la perforación dando paso a un malestar abdominal generalizado. Los síntomas que siguen en frecuencia son anorexia y náuseas (con vómitos o sin ellos). La temperatura oscila entre 37.8 y 38.3° C y se eleva si se produce la perforación. El abdomen es doloroso al tacto. Los estudios hematológicos muestran leucocitosis. La presencia de un fecalito calificado en el cuadrante inferior derecho

observado en una radiografía plana del abdomen contribuye el diagnóstico.

Cuando el diagnóstico es difícil, la apendicitis puede ser confundida con otras afecciones que causan dolor abdominal agudo, como absceso y ruptura diverticular, embarazo ectópico u obstrucción intestinal. En algunos casos puede emplearse un enema de Hypaque, ultrasonido y laparoscopia para el diagnóstico de apendicitis.

MANEJO TERAPEUTICO

A menos de que exista una contradicción importante, la única terapia para la apendicitis aguda es el uso profiláctico de los antibióticos y la extirpación quirúrgica del apéndice. Dado que la mortalidad está relacionada directamente con la perforación y ésta, a su vez, con la duración de los síntomas, resulta esencial el diagnóstico temprano y la apendicetomía para lograr una morbilidad y mortalidad aceptables. Cuando se realiza la cirugía el comienzo de la enfermedad en individuos sanos, la mortalidad solo es levemente superior que la correspondiente a la anestesia general.

Si la perforación es muy probable, se inicia la succión nasogástrica y se administran antibióticos. La decisión de instituir un drenaje se toma durante la cirugía. Las complicaciones incluyen infección de la herida, absceso intraabdominal y obstrucción mecánica del intestino delgado.

b. PERITONITIS

Es una inflamación del peritoneo abdominal y, a pesar de los avances de la terapia antimicrobiana y del cuidado de apoyo, esta enfermedad contribuye en una proporción importante a la mortalidad de pacientes con trastornos del intestino grueso o delgado.

El desarrollo de una peritonitis puede ser atribuido a dos causas, invasión bacteriana o irritación química. La primera puede deberse a un intestino perforado o estrangulado. Algunos ejemplos son abscesos y ruptura diverticular, apendicitis aguda con ruptura y hernia estrangulada. La ruptura del intestino permite el pasaje del contenido intestinal y sus contaminantes bacterianos hacia la cavidad peritoneal. Esta contaminación supera rápidamente las defensas del paciente.

La irritación química puede deberse a diversos materiales como sangre, bilis, tejido necrótico, enzimas pancreáticas, talco en polvo u otros cuerpos extraños. Estos materiales causan una inflamación "estéril " o, en el caso de una contaminación bacteriana, potencian el problema. En ocasiones, la peritonitis puede curar espontáneamente, pero en general requiere una terapia agresiva que incluye la corrección de la contaminación o la eliminación del irritante químico por cirugía y antibióticos por vía parenteral. Los

problemas causados por la peritonitis son la formación de abscesos hacia el exterior de la pared y el desarrollo de adherencias extensas.

c. OBSTRUCCION INTESTINAL

DEFINICION:

La obstrucción intestinal se refiere a la interrupción parcial o completa del flujo del contenido intestinal. Las obstrucciones intestinales usualmente implican el bloqueo de la luz sin embargo, algunas afecciones que reducen la peristalsis como el íleo paralítico, no son obstrucciones verdaderas.

| Causas de obstrucción | Mecanismos de obstrucción |
|--|--|
| Mecánicas adherencias | La causa más frecuente; bandas fibrosas de tejido cicatrizal forman asas sobre una parte del intestino. |
| Hernia | Las hernias estranguladas se obstruyen por disminución de la irrigación sanguínea. |
| Vólvulo | Torsión del intestino |
| Intususcepción | Invaginaciones sucesivas del intestino en dirección de proximal a distal; se produce en general en zona de tumores o pólipos en un adulto. |
| Tumores | Causa frecuente de obstrucción del intestino grueso; se desarrollan lentamente; la masa fecal se aloja en la zona de constricción |
| Neurogénicas Iléo Paralítico | Obstrucción adinámica; se produce en pacientes posoperatorios |
| Vasculares Oclusión de la arteria mesentérica | Lleva a infarto del intestino |

ETIOLOGIA

La mayoría de las obstrucciones se producen en el Iléon, que es el segmento mas estrecho del intestino delgado. Las causas de la obstrucción son variadas. En el cuadro 67-5 se mencionan algunas de las situaciones que pueden contribuir al desarrollo de una obstrucción. Las obstrucciones intestinales pueden producirse en personas de toda edad. Un 90% son causadas por adherencias o hernias encarceladas. Los residuos de alimentos ricos en fibra como coco crudo o pulpa de frutas también pueden obstruir el intestino delgado.

FISIOPATOLOGIA

Normalmente, 7 a 8 L de líquido rico en electrólitos se secretan y luego se reabsorben por día en el intestino. Cuando el intestino delgado esta obstruido se acumula gran cantidad

de líquido, bacteria y aire deglutido en la zona próxima a la obstrucción. A medida que se acumula líquido y aire, se produce una distensión intestinal pronunciada. Además de los líquidos secretados e ingeridos, el agua y las sales se desplazan desde el sistema circulatorio hacia la luz intestinal. Los gases se acumulan a partir del nitrógeno del aire deglutido, que es poco absorbido. La fermentación del contenido intestinal por las bacterias también contribuye a la distensión.

El déficit excesivo del volumen de líquido también es característico de la obstrucción intestinal. El desplazamiento de líquido se produce por diversos mecanismos. Dado el aumento en la presión intraluminal, existe una disminución en la reabsorción de líquido en el intestino. El edema progresivo de la pared intestinal lleva a una distensión grave que causa compresión venosa, la cual a su vez disminuye el retorno venoso.

Como resultado de esta disminución del retorno venoso, existe un incremento de la presión venosa y permeabilidad capilar. El pasaje del plasma hacia la luz intestinal y la cavidad peritoneal aumenta a medida que los capilares se hacen más permeables. También puede producirse el pasaje de las bacterias a través de la pared intestinal hacia la cavidad peritoneal.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las primeras manifestaciones de la obstrucción intestinal se producen como resultado de los intentos del organismo de quebrar esa obstrucción. A medida que aumenta la actividad peristáltica en la zona próxima a la obstrucción se producen espasmos de dolor abdominal. Las obstrucciones altas del intestino delgado usualmente causan un dolor más intenso que las obstrucciones más bajas. La mayor actividad peristáltica aumenta los ruidos intestinales. A medida que la obstrucción progresa, el intestino se vuelve hipoactivo como resultado de la fatiga. El paciente puede experimentar períodos de disminución de ruidos y dolor intestinal que alternan con otros de mayor dolor.

A medida que la luz intestinal se distiende en la zona próxima a la obstrucción, es probable que se produzcan vómitos. Las características de la emesis dependen de la localización de la obstrucción. El paciente puede presentar síntomas de hipovolemia como resultado del desplazamiento de los líquidos fuera del sistema vascular. Pueden desarrollarse síntomas de peritonitis a causa del movimiento bacteriano. El paciente con obstrucción intestinal suele presentar movimientos intestinales ya que el colon distal continúa su evacuación.

MANEJO TERAPEUTICO

Para aliviar las obstrucciones mecánicas causadas por adherencias o hernias está indicada la cirugía. Si el paciente no se encuentra en un estado suficientemente estable para soportar la cirugía debe instituirse terapia de sostén. Se insertarán tubos nasogástricos o nasoyeyunales para descomprimir el intestino. Los tubos nasointestinales largos con pesos de mercurio en el extremo (tipo Cantor) también se emplean para aliviar una obstrucción.

La reposición del líquido y electrólitos es una parte esencial del tratamiento. Pueden emplearse analgésicos para promover bienestar.

MANEJO DE ENFERMERIA DEL PACIENTE

VALORACION

La recolección de datos subjetivos debe incluir información acerca del patrón del dolor del paciente. La enfermera debe interrogar acerca del comienzo, la frecuencia y las características del dolor. Muchos pacientes con obstrucción pueden recordar el comienzo exacto del dolor. La localización del dolor es útil para determinar la porción de intestino obstruida. La enfermera también debe registrar todo antecedente acerca de trastornos o cirugía abdominal previos. El paciente también debe ser interrogado acerca de cualquier cambio en la eliminación intestinal.

La recolección de los datos objetivos comienza con la evaluación del abdomen del paciente. La enfermera debe observar la superficie abdominal para detectar evidencias de distensión, hernias, cicatrices que indiquen cirugías anteriores u ondas peristálticas visibles. La auscultación del abdomen puede revelar alteraciones características de los ruidos intestinales. Durante los episodios dolorosos se observará un aumento de frecuencia. Los ruidos intestinales pueden disminuir entre los episodios dolorosos. En la etapa tardía del proceso obstructivo los ruidos intestinales son hipoactivos a causa de la fatiga del intestino. Los ruidos intestinales pueden ser similares al sonido que se produce al vaciar una botella de cuello estrecho lleno con agua. El sonido tiene un fino tintineo metálico. Esta alteración se debe al borboteo de las burbujas de aire que se abren en la superficie del líquido retenido. El abdomen puede ser doloroso a una palpación suave y presentar defensa muscular.

La evaluación de laboratorio del paciente incluye el análisis químico de sangre. A causa de las pérdidas de líquido y electrólitos, el paciente tiene un nivel elevado de nitrógeno de urea en sangre (BUN). Los valores para sodio, potasio y magnesio están disminuidos. La hemoglobina y el hematocrito pueden estar elevados por la hemoconcentración asociado con el déficit del volumen del líquido. Si el

paciente tiene una obstrucción intestinal alta, es probable que se produzca alcalosis metabólica por la pérdida de líquido muy ácido al vomitar. Si la obstrucción es baja, la acidosis metabólica es más frecuente como resultado del vómito de líquido más alcalino.

Para localizar la obstrucción pueden realizarse estudios radiológicos. Cuando se llevan a cabo estudios con contraste, usualmente se realiza primero un enema de bario, el paciente con una obstrucción verdadera es incapaz de eliminar el bario. Cuando se sospecha obstrucción, puede emplearse meglumina yodopamida (Gastrografin) como medio de contraste para el estudio del tracto gastrointestinal superior.

Comparación de síntomas en la obstrucción intestinal

| Sitio de la obstrucción | Vómitos | Distensión | Oliguria | Dolor |
|----------------------------|--|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Intestino delgado superior | Se producen temprano y son graves; emesis verde claro y copiosa; olor no fecal | Aparece tarde; se limita al área epigástrica | Existe y se debe a falta de líquido | Intenso en los cuadrantes superiores |
| Intestino delgado inferior | Tardíos; color verde oscuro; pueden tener olor fecal | Difusa a través del abdomen | Menos probable | Periumbilical intenso |
| Colon | Tardíos; en general de color y olor fecales | Difusa | Infrecuente | Menos intenso |

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Los diagnósticos de enfermería para el paciente con obstrucción intestinal incluyen:

Dolor agudo, relacionado con el aumento de peristalsis.

Déficit del volumen de líquido, relacionado con el aumento de la pérdida por vómitos y el tercer espacio.

Disminución de la perfusión, relacionada con hipovolemia.

Alteración del intercambio gaseoso, relacionado con distensión abdominal.

Posibilidad de infección, relacionada con la alteración de la flora intestinal. Posibilidad de aspiración, relacionada con los vómitos.

Las intervenciones de enfermería para el paciente con obstrucción intestinal se planifican para alcanzar los siguientes resultados:

Retorno a la normalidad de la función intestinal.

Mantenimiento del equilibrio de líquido y electrolítico.

Alivio del dolor.

Ausencia de infección.

Intercambio gaseoso normal.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Dado que el paciente no recibe nada por vía oral, se emplea la vía intravenosa para la reposición de líquido y electrolitos.

Se inserta un catéter urinario permanente para controlar la excreción urinaria.

Cuando se emplean tubos intestinales largos (tipo Cantor para aliviar la distensión intestinal, la enfermera colaborará en su inserción y avance. El tubo en sí es insertado por el médico. El procedimiento es similar a la inserción de otros tipos de tubos nasointestinales. Una vez que el tubo se encuentra en el estómago, no se fija a la nariz del paciente sino que se deja libre para permitir que el movimiento peristáltico lo lleve al intestino. La enfermera puede facilitar el movimiento del tubo ayudando al paciente a cambiar de posición a medida que el tubo avanza. Inicialmente, el paciente puede ser colocado sobre su costado derecho para estimular el movimiento del tubo hacia el interior del duodeno. A medida que el tubo avanza, el paciente puede ser colocado sobre su costado izquierdo y luego en posición erguida. Se realizarán estudios radiológicos periódicos del abdomen para comprobar la ubicación del tubo en el intestino. Cuando ya no se observa un nuevo avance, el tubo se fija a la cara del paciente con una cinta adhesiva.

El tubo usualmente se conecta a una succión intermitente para aliviar los vómitos y la distensión. Si es necesaria la irrigación periódica del tubo para evitar su obstrucción, se emplea solución salina fisiológica, ya que el agua estéril para irrigaciones contribuirá a el desequilibrio de electrolitos y ácido-base al arrastrar los iones cloruro.

Si el tratamiento conservador no tiene éxito, el paciente será preparado para la cirugía. La preparación preoperatoria incluye la explicación del procedimiento en un nivel que permita la comprensión del paciente. El exceso de detalles puede no ser conveniente si el paciente presenta una gran angustia; en cambio, puede resultar útil para los miembros de la familia. Antes de la cirugía se mantendrán la succión nasointestinal, el catéter urinario permanente y la reposición intravenosa de líquido y electrolitos. El apoyo emocional del paciente es muy importante ya que no sólo está sufriendo el estrés del dolor y los vómitos sino que también se agrega el estrés causado por la cirugía de emergencia.

El cuidado de enfermería posoperatorio es similar al de cualquier paciente que ha sufrido una cirugía abdominal. Las intervenciones de enfermería incluyen medidas para mantener el equilibrio de líquido, el descanso intestinal, el bienestar y el intercambio gaseoso. La succión nasointestinal se continúa hasta que retoma la actividad intestinal. Algunos pacientes pueden requerir un desvío intestinal temporal para manejar la obstrucción.

EVALUACION:

El éxito del tratamiento de la obstrucción será evidente por la disminución del dolor y el retorno de la actividad intestinal. El control periódico de los ruidos intestinales es importante. El estado de hidratación del paciente debe ser normal. En el paciente sometido a una intervención quirúrgica, la incisión cicatrizará sin complicaciones.

d. DERIVACION INTESTINAL / ILEOSTOMIA

El cuidado posoperatorio del paciente con una ileostomía incluye la observación cuidadosa del color, el tamaño y el tipo del estoma (asa o terminal), localización en el abdomen, condiciones de la piel y selección de un accesorio.

La primera bolsa se coloca sobre el estoma en el quirófano. Esta bolsa debe ser transparente para visualizar el estoma y el contenido fecal. El estoma debe ser observado diariamente para detectar cambios de color o de tamaño. El estoma sano tiene un color rojizo y presenta un edema leve. Cualquier cambio de color de un rojo normal a azul oscuro o negro y todo aumento rápido de tamaño del estoma deben ser informados de inmediato al médico. Dado el elevado contenido enzimático del efluente, la selección de la bolsa debe llevar a una que posea una barrera protectora cutánea, reverso adhesivo y una abertura no más de 0.3 cm mayor que el estoma.

Cuando las heces comienzan a pasar a la bolsa, ésta debe vaciarse al llegar a un tercio de su capacidad, ya que si se permite que la bolsa se llene en su totalidad puede producirse la ruptura del sello y a pérdida del contenido. A causa del efecto irritante del efluente, la materia fecal no debe permanecer sobre la piel y la enfermera debe cambiar la bolsa de inmediato. El efluente de una ileostomía es líquido. El primer drenaje luego de la cirugía puede tener un color verde oscuro y pasar a pardo amarillento a medida que el paciente comienza a comer.

Cuando se trabaja con pacientes que han sufrido una ostomía, la evaluación de enfermería incluye déficit de conocimiento, capacidad de enfrentar la situación, proceso de duelo y función sexual. La ayuda para que el paciente aprenda el cuidado de su ostomía, maneje su sentimiento de pérdida y reanude un estilo de vida normal abarca todas esas áreas.

El primer paso del aprendizaje para el propio cuidado de la ostomía es mostrar el estoma al paciente. Una vez que se ha cumplido esto, la enfermera debe alentarle gradualmente para que colabore en la tarea de vaciar, limpiar y cambiar la bolsa hasta que llegue al cuidado total de su ostomía. El procedimiento para el cambio de la bolsa debe ser enseñado en forma sistemática y realizado con competencia y empatía. El paciente a menudo está luchando con sentimientos de pérdida y se enfrenta al aprendizaje de algo totalmente nuevo para él. La buena disposición de la enfermera hacia el paciente y su suave guía le permite controlar y aceptar la situación.

Es vital estimular la independencia y el propio cuidado, pero esto no es posible si el paciente se encuentra en un estado negativo. Es poco lo que se puede aprender en esta etapa del proceso de duelo. Si el paciente no progresa hasta el punto de desear aprender, es necesario enseñar a la persona que lo atenderá el procedimiento para el cambio de la bolsa y su cuidado hasta que el paciente esté en condiciones de aprender.

Una vez que ha sido dado de alta, el paciente debe cambiar la bolsa cada 5 a 7 días. Esto puede realizarse antes de comer, cuando el estoma está menos activo. En el momento del cambio de la bolsa, debe observarse la piel para detectar irritación o erosión. En caso de irritación es conveniente el uso de un polvo antiácido protector cutáneo y una barrera cutánea líquida.

Antes de que el paciente sea dado de alta, debe demostrar que es capaz de limpiar y cambiar la bolsa, expresar dónde puede obtener su provisión de bolsas y que debe solicitar; además debe conocer el nombre de una persona a quien recurrir en caso de tener un problema y el número de teléfono del grupo local de apoyo para pacientes con ostomía.

El paciente puede tomar una ducha o un baño de inmersión con la bolsa colocada o sin ella. Después de que ha sido dado de alta, debe retornar a sus actividades normales con excepción de levantar objetos de más de 5 kg de peso. El estoma debe ser medido cada vez que se adquieren las bolsas para asegurarse de que su abertura es del tamaño apropiado, ya que los estomas tienden a reducirse con el tiempo.

No es necesaria una dieta especial, pero la enfermera debe indicar al paciente que es conveniente tomar 8 a 10 vasos de líquido por día y masticar bien sus alimentos. Debe advertirse que conviene comer pequeñas cantidades de alimentos tales como maníes, granos de maíz, apio, hongos vegetales chinos y la cáscara y la pulpa de frutas frescas, ya que estos alimentos pueden bloquear el estoma. Debe alentarse al paciente para que ingiera alimentos ricos en potasio. Dado que el colon se ha eliminado la absorción de agua y electrólitos se altera, lo cual le confiere un mayor riesgo de una posible deshidratación o desequilibrio electrolítico.

En el caso de una proctocolectomía total por una colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, la incidencia de impotencia sexual como resultado de daño nervioso en el hombre es baja si la cirugía la realiza un cirujano experto. Es posible reanudar las relaciones sexuales cuando el médico considere que no son perjudiciales para el área quirúrgica. Debe advertirse al paciente que vacíe la bolsa previamente y si lo desea puede usar una cubierta para la bolsa o una prenda pequeña para disimularla. Dado que la ostomía afecta el concepto y la imagen de sí mismo, es posible que se produzca un impacto psicológico sobre la función sexual. El temor de no ser

aceptado puede reducir la capacidad sexual y la libido. En estos casos es apropiado el asesoramiento.

Consideraciones dietéticas para el paciente con una ostomía

| | |
|--|--|
| <p>La constipación puede ser un problema ; si se presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la ingesta de líquido • Comer frutas y vegetales cocidos • <u>Ejercicio</u> <p>Alimentos que pueden causar diarrea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habas, brocoli, espinacas • Alimentos muy condimentados • Alimentos crudos • Vinos rojos <p>Si se produce diarrea, evitar los alimentos mencionados anteriormente que la promueven; comer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bananas, compota de manzanas • Tapioca • Arroz hervido • Mantequilla de maní • Papas asadas, pan blanco • Queso duro <p>Los alimentos ricos en fibras pueden causar bloqueo en el paciente con una ileostomía ; alimentos para evitar en caso de diverticulitis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maíz tostado, choclo, maíz entero • Apio • Vegetales frescos • Arroz silvestre, granos enteros • Vegetales chinos • Coco, fruta desecada y cáscaras • Cáscara de papas • Embutidos de carne • Nueces y almendras | <p>Alimentos que causan olor en el estoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brócoli • Legumbres secas • Cebollas, espárragos, repollo • Huevos, Pescado • Queso tipo roquefort y cheddar • Alcohol / cerveza • Nabo <p>Alimentos que causan gas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guisantes • Hongos • Pepinos • Cebollas • Rábano • Repollo • Cerveza, bebidas gaseosas • Coliflor <p>Alimentos ricos en fibras para diverticulosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cereales, panes integrales • Guisantes • Arvejas • Vegetales frescos • Frutas frescas • Brócoli, repollitos de Bruselas • Papas, cáscara de papa, arroz silvestre |
|--|--|

INTEGRIDAD DE LA PIEL QUE RODEA EL ESTOMA

La evaluación de enfermería de la piel que rodea el estoma es muy importante. Si el estoma no se ubica en el área más adecuada para la adherencia de la bolsa, existe un grave riesgo de daño de la epidermis en el área que lo rodea.

La pérdida de la integridad de la piel que rodea el estoma puede estar asociada con cuatro factores primarios: alergias, traumatismos mecánicos, reacciones químicas e infecciones. Si bien es menos frecuente la lesión de esta zona de la piel puede estar asociada con la enfermedad primaria del paciente, por ejemplo, las fístulas en la enfermedad de Crohn.



Respuesta Alérgica

La sensibilidad puede ser atribuida a las bolsas, adhesivos, barreras cutáneas, polvos o cinturones. Cuando la enfermera observa el sitio por primera vez, la piel tendrá un color rojizo y un aspecto erosionado, húmedo y sangrante. En general la irritación de la piel estará limitada al área de contacto. La enfermera debe buscar un efecto patrón, por ejemplo, donde se realiza el drenaje o donde el plástico de la bolsa toca la piel. El problema puede resolverse cambiando el tipo de bolsa, cinta adhesiva o adhesivo.

Traumatismo Mecánico

El traumatismo mecánico se atribuye a la presión, la fricción o el desprendimiento de los adhesivos o barreras cutáneas. Las causas más frecuentes son los cambios frecuentes de bolsa que desgarran la epidermis, empleo excesivo de cintas adhesivas y uso de un cinturón muy ajustado. Un sistema seguro de bolsa se cambia una o dos veces por semana y las cintas adhesivas que enmarcan la bolsa deben ser empleadas con precaución. El cinturón debe ser usado sólo cuando existan problemas con la pérdida del sello de la bolsa. La bolsa debe ser desprendida con lentitud y cuidado mientras la piel se sujeta con la punta de los dedos.

Irritantes Químicos

El irritante químico más común son las heces que provienen del estoma. El efluente del intestino delgado contiene enzimas digestivas proteolíticas. La exposición al efluente causa la irritación de la piel en menos de 1 hora. El tratamiento de enfermería consiste en la aplicación de una bolsa apropiada que permanece adherida 4 a 7 días. Puede resultar útil el uso de una barrera cutánea (p.ej. Stomahesive) recortada de acuerdo con el tamaño del estoma. La enfermera puede tratar las áreas húmedas con polvo Stomahesive y aplicar una barrera cutánea líquida (p.ej. Skin Prep) antes de la colocación de la bolsa. El empleo de una "pasta para calafeteo" (p.ej. stomahesive Paste). Puede ser necesaria para rellenar las grietas por donde pueden producirse pérdidas.

Infección

La infección más frecuente de la piel que rodea el estoma se debe a *Candida Albicans*. Luego de la evaluación inicial de enfermería, la piel tendrá un color rojo brillante con lesiones papulosas y vesiculosas. Son comunes las pequeñas vesículas satélites que confieren el aspecto de una erupción en el perímetro externo del área infectada. A menudo el paciente se queja de prurito. Las personas tratadas con antibióticos durante 5 días o más son proclives a este problema. Cuando se identifica *Candida*, la enfermera debe examinar otras áreas del cuerpo, en particular los pliegues cutáneos y el área perineal, para detectar la presencia de infección. El tratamiento según

la prescripción del médico, consiste en polvo o crema de nistatina. Cuando se emplean estos medicamentos, debe aplicarse una barrera cutánea líquida sobre el área antes de la colocación de la bolsa para asegurar la adherencia del adhesivo.

Luego de que se ha completado la evaluación y se comienza el tratamiento, los resultados deben observarse al cabo de 2 o 3 días en el momento de cambio de la bolsa. Suele ser necesario el contacto diario con el paciente en el hospital o a través de la enfermera a domicilio cuando existen dificultades con el sello de la bolsa.

Debe enseñarse al paciente, o a quien lo atenderá, el cuidado apropiado (cambio de bolsa, limpieza, irrigación y cuidado de la piel) y deben demostrar lo aprendido. Cuando el paciente regresa a su hogar se le debe entregar una lista de las personas a las cuales recurrir, números de teléfonos, donde obtener las bolsas y demás elementos necesarios y como debe solicitarlos.

VII. PRESENTACION DEL CASO

Datos de Identificación

R.V.M.T. Es un adolescente de 17 años de edad, religión católica, actualmente cursa estudios de preparatoria.

Antecedentes heredo-familiares

Sus padres viven y se encuentran sanos, convive en armonía con 5 hermanos sanos

Antecedentes personales no patológicos

Tabaquismo negativo, alcoholismo negativo, alérgico a la morfina, inmunizaciones completas

Antecedentes personales patológicos

Ninguno

Situación de salud actual

Se trata de un paciente masculino de 17 años de edad con importantes antecedentes quirúrgicos por apendicitis perforada el 28 de agosto reingresando posteriormente con cuadro de oclusión intestinal el 7 de septiembre, en el acto quirúrgico se encuentra absceso en fosa iliaca derecha, realizando resección de 30 cm de intestino, dejando ileostomía temporal. La evolución postquirúrgica fue tórpida requiriendo manejo en la unidad de terapia intensiva, por presentar un cuadro séptico y sangrado de tubo digestivo por estrés, compromiso pulmonar y manejo de nutrición parenteral total. El día 25 de septiembre presenta nuevo cuadro oclusivo ocasionado por bridas, se decide realizar anastomosis termino lateral en íleo transversal. Al cuarto día presenta nuevo cuadro de obstrucción intestinal, se realiza laparatomía exploradora y se realiza nuevamente ileostomía, decidiendo manejo de abdomen abierto para lavados quirúrgicos posteriores.

El paciente fue manejado en terapia intensiva, antibiótico terapia, alimentación enteral.

El paciente permanece hospitalizado por un periodo de 35 días dado de alta hospitalaria para manejo domiciliario.

Atención de enfermería en el hogar

R.V.M.T es un adolescente de 17 años que se encuentra en la habitación su domicilio con una ileostomía transversa.

Exploración física

R.V.M.T esta orientado en tiempo, persona y espacio, con los siguientes signos vitales; T/A: 110/70, FC. 69 por minuto, Temperatura oral de 36°C

Exámenes de laboratorio

SMA 12 60 en los límites normales

Impresión diagnóstica

Resección de 30 cm de intestino delgado e ileostomía transversa en cuadrante superior

Diagnósticos de Enfermería a su ingreso al domicilio

Se trata de R.V.M.T adolescente que se encuentra en la habitación de su casa, y se realiza la Valoración de Enfermería en base a las 14 necesidades básicas de Virginia Hendersón:

1. Respirar
2. Alimentarse e hidratarse
3. Eliminar
4. Moverse, conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada)
5. Dormir y reposar (y conservar un estado de bienestar aceptable)
6. Vestirse y desnudarse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales
8. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos
9. Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental
10. Comunicar con sus semejantes
11. Actuar de acuerdo a sus creencias y valores
12. Preocuparse de su propia realización
13. Recrearse
14. Aprender

VIII. INSTRUMENTACION DEL MODELO

La valoración de las Necesidades Básicas para el manejo domiciliario y las valoraciones posteriores se anexan en el siguiente formato el cual incluye una columna con la valoración realizada por cada una de las Necesidades de Virginia Henderson las cuales están enlistadas en la columna del medio y con numeración progresiva para usarla posteriormente en el plan de cuidados, en la última columna se

enlistan los diagnósticos potenciales o posibles que se detectaron en ese momento.

En un segundo formato se trabajan las necesidades que presentaban más grado de dependencia en un orden prioritario.

Por último en un tercer formato se planea en forma integral las 14 necesidades. La primera columna corresponde a las valoraciones focalizadas que se fueron observando en días posteriores, se abrevian en las dos siguientes columnas el Número de Necesidad a la que corresponde y enseguida se define la Causa de Dificultad según Virginia Henderson, la siguiente columna contiene los Diagnósticos de Enfermería, las columnas posteriores se refieren al Resultado Esperado, Ordenes de Enfermería, Acciones de Enfermería y Evaluación. En esta última, se engloba la evolución que tuvo el paciente.

VALORACION INICIAL SEGUN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

| VALORACION Historia/Exploración | NECESIDADES HENDERSON | DIAGNOSTICO ENFERMERIA |
|--|---|--|
| Datos de Independencia : Vías respiratorias permeables . Sistema cardiovascular sin datos anormales . Tabaquismo negativo Signos vitales normales Datos de dependencia : No se observan. | OXIGENACIÓN 1 | Bienestar |
| Datos de independencia Pérdida de peso de 10 kgs., .Mucosas orales bien hidratadas, turgencia de la piel de normales , volumen urinario normal. Datos de dependencia : Disfruta el comer bien y en abundancia asi como antojitos. | ALIMENTACIÓN E HIDRATACION 2 | * |
| Datos de independencia : Micción urinaria con volumen ,cantidad y características normales sin reportar molestias Datos de dependencia : Presencia de iliostomía | ELIMINACIÓN 3 | Alteración de la eliminación relacionada con presencia de ileostomía |
| Datos de independencia: Movilidad actual limitada por la capacidad física que se encuentra en recuperación Datos de dependencia : No se observan | MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA 4 | **Potencial movimiento ineficaz relacionado con recuperación y estado de ánimo |
| Datos de independencia En ocasiones se le dificulta conciliar el sueño Datos de dependencia : En ocasiones ha tenido que tomar calmante para inducir el sueño. | DESCANSO Y SUEÑO 5 | **Alteración del patrón de sueño relacionado con estancia hospitalaria prolongada Potencial alteración del patrón del sueño por relacionado estado físico y proceso de adaptación |
| Datos de independencia .Adecuada a edad y constitución, Preocupación por probable adaptación en su vestido debido a la cirugía Datos de dependencia. No se presentan | USAR PRENDAS ADECUADAS VESTIR 6 | *Potencial alteración de imagen |
| Datos de independencia. Temperatura normal Datos de dependencia : No presenta ningún problema | TERMORREGULACIÓN 7 | Riesgo de infección por estado general y tratamientos médicos |

demostrado una gran fortaleza en toda la evolución de su padecimiento, sobreponiéndose a todas las complicaciones y tratamientos. Maneja bien el dolor, pero le preocupa su integridad corporal.

Dentro de los aspectos más importantes para la planificación de cuidados se debe de tener en cuenta, su capacidad física, su sentido del humor y el apoyo de su familia. No obstante deberán observarse cuidadosamente los aspectos de respeto a su intimidad y su necesidad de aprendizaje para lograr su independencia.

A continuación se analizan las necesidades que presentan mayor dificultad, sus diagnósticos de enfermería, así como el plan de atención de enfermería específico a estas necesidades.

1. **Eliminar:** *Alteraciones en la Eliminación*
2. **Alimentación:** *Alteración del estado de nutrición*
3. **Movimiento:** *Alteración de la movilidad*
4. **Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos:** *Deterioro de la Integridad Cutánea*
5. **Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental):** *Alto riesgo de Infección*

Jerarquización de las 14 Necesidades Básicas en R.V.M.T quien tiene Ileostomia y es manejada en su domicilio

| Necesidades de Hendersón | Valoración de Enfermería | | Diagnósticos de Enfermería |
|--------------------------|--------------------------|--|---|
| | Independencia | Dependencia | |
| Eliminación | | Datos: Historia quirúrgica: ileostomía | Alteración de la eliminación intestinal: diarrea en relación con el tratamiento quirúrgico del intestino |
| Alimentación | | Datos: Antecedentes de resección intestinal y gasto aumentado por iliestomía | Déficit en el estado de nutrición y disminución de la masa corporal Riesgo de déficit de volumen relacionado al aumento de pérdidas por ileostomía |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Movilidad | | Datos: Pérdida de masa corporal y presencia de fatiga | Alteración del estado de movilidad en relación fatiga extrema |
| Estar limpio y aseado y proteger los tegumentos | | Datos: Incisión quirúrgica en cuadrante inferior derecho | Alteración de la protección: deterioro de la integridad cutánea en relación con la derivación fecal |
| Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental) | | Datos: Antecedentes de infecciones, compromiso inmunitario por evolución tórpida | Potencial riesgo de Infección: en relación a cirugía y estado general |

Relación entre la duración y el grado de dependencia de las necesidades descubiertas en R.V.M.T con Ileostomia manejada en su domicilio

| Necesidad | Manifestaciones | Duración | Grado |
|---|---|-------------|-------|
| Eliminación | Las heces fecales dejan de evacuarse por el ano y se eliminan por una ileostomia | Transitoria | 3° |
| Alimentación | Pérdida de peso de 25 kgs Rechazo a la ingesta de alimentos | Transitoria | 3* |
| Movilidad | Presencia de fatiga Miedo al movimiento por dolor en heridas quirúrgicas Actitud defensiva hacia las revisiones y procedimientos | Transitoria | 3* |
| Estar limpio y aseado y proteger los tegumentos | La ileostomia carece de músculo esfínter, por lo que la persona no puede controlar la evacuación en forma voluntaria, y necesita tener una bolsa recolectora adherida a la piel. Las heces de una ileostomia son por lo general líquidas y constantes, estas proceden de intestino delgado y contienen enzimas irritantes para la piel. | Transitoria | 3° |
| Evitar los | La piel periestomal | Transitoria | 3° |

| | | | |
|---|---|--|--|
| peligros (y mantener la integridad física y mental) | debe encontrarse sana y sin lesión, en esta zona de la piel hay que observar cambios significativos | | |
|---|---|--|--|

Cuadro # 3

Descripción de los factores etiológicos que impiden la satisfacción de las necesidades básicas descubiertas en R.V.M.T con una Ileostomia que se maneja en su domicilio

| Necesidades no satisfechas por R.V.M.T | Fuentes de dificultad |
|--|-----------------------|
| Eliminación | Orden físico |
| Alimentación | Orden físico |
| Movilidad | Orden físico |
| Estar limpio y aseado y proteger los tegumentos | Orden físico |
| Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental) | Orden Físico |

Cuadro # 4

Plan de Intervenciones de Enfermería

| |
|--|
| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA |
| Alteración de la eliminación intestinal: |
| OBJETIVOS |
| Evaluar la eliminación a través de una ileostomia en el cuadrante inferior derecho |
| INTERVENCIONES |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dirigir el autocuidado de la ileostomia, y herida abierta ▪ Evaluar el comportamiento psicológico del paciente con ileostomia: miedo, cólera, enojo, sentimientos de dependencia, cambios importantes en su patrón de vida ▪ Evaluar complicaciones del estoma: retraído, plano. ▪ Llevar una dieta con moderación que le reduzca olores y gases ▪ Suprimir alimentos con alto contenido en fibra que causen obstrucción o salida fecal ▪ Sugerir en la dieta abundantes líquidos ▪ Seleccionar la ropa adecuada que le permita llevar una vida cómoda |

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Déficit en el estado de nutrición y disminución de la masa corporal
Riesgo de déficit de volumen relacionado al aumento de pérdidas por ileostomía

OBJETIVOS

Establecer una ingestión y eliminación equilibradas
Mantener un estado de hidratación adecuado

INTERVENCIONES

- Vigilar dieta hiperproteica
- Vigilar ingesta de abundantes líquidos

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Intolerancia a l actividad relacionada con debilidad muscular y fatiga

OBJETIVOS

Incrementará en forma paulatina la movilidad física

INTERVENCIONES

- Fomentar el movimiento pasivo y ejercicios de brazos y piernas
- Pedir ayuda a hermanos y amigos para asistir la de ambulación de Rodrigo
- Establecer periodos de caminatas
- Verificar estado de ánimo

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Potencial deterioro de la integridad de la piel relacionada con el uso de dilatadores ,bolsas colectoras y material de curación

OBJETIVOS

El paciente mantendrá la integridad de la piel
Aprenderá a realizar por sí mismo la dilataciones y curaciones

INTERVENCIONES

- Identificar los sistemas colectores para una ileostomía
- Asistirlo en la realización de las dilataciones
- Comprobar el cerrado hermético de la bolsa
- Vaciar la bolsa cuando sea necesario
- Comprobar si existen fugas
- Mantener piel seca y limpia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Potencial riesgo de Infección: en relación con cirugía abdominal

OBJETIVOS

Identificar con oportunidad datos de infección local y sistémica

INTERVENCIONES

- Identificar la humedad del estoma
- Identificar signos de infección local en la estoma
- Identificar datos de sangrado
- Ajustar el diámetro de la bolsa al estoma y al contorno del abdomen
- Utilizar piel artificial para reducir la irritación directa de los jugos gástricos
- Mantener heridas quirúrgicas aisladas de bolsas colectoras

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IX. APLICACIÓN DEL MODELO Y DEL PROCESO

PLAN DE CUIDADOS

| VALORACIÓN FOCALIZADA | NO. NEC | CAUSA | DIAGNOSTICO ENFERMERIA | RESULTADO ESPERADO | ORDENES ENFERMERIA | ACCIONES ENFERMERIA | EVALUACIÓN |
|--|---------|-------|---|--|---|---|---|
| Aparato respiratorio sin problemas : Tabaquismo negativo Signos vitales normales. | 1 | C | Bienestar | Rodrigo continuará realizando los ejercicios respiratorios | Enseñar la importancia de toser y respirar profundamente | Revisar campos pulmonares y realizar ejercicios respiratorios tres veces al día | El pct. Respira profundamente y comprende Cursa sin problemas |
| Pérdida de 25 kgs de peso. Refiere sed frecuentemente | 2 | C | Déficit en el estado de nutrición y disminución de la masa corporal Riesgo de déficit de volumen relacionado al aumento de pérdidas por ileostomía | Establecer una ingestión y eliminación equilibradas Existe incremento de peso La hidratación es adecuada | Vigilar dieta hiperprotéica para pacientes con ileostomía Mantener equilibrio hidrico | Insistir en la toma de líquidos por vía oral Explicar importancia de la nutrición para recuperación Toma de peso y control de ingesta y excretas Vigilar estado de hidratación | Presenta incremento paulatino de peso Presenta una hidratación adecuada. Se le dificulta aceptar las características de la dieta. |
| Incontinencia fecal relacionada con ileostomía temporal | 3 | C | Alteración de la eliminación relacionada con presencia de ileostomía Abundante eliminación intestinal relacionada con acortamiento del intestino | El paciente explicará el motivo de la ileostomía Conocerá los tipos de bolsas colectoras Rodrigo explicará las características de un estoma normal y las posibles complicaciones en el manejo /estoma. | Valorar el tipo de bolsa adecuada al paciente Explicación amplia del manejo y características de la ileostomía | Valoración física del sitio ideal para bolsa colectora Mostrar opciones de equipo. Y de los recursos para eliminar olores. | El paciente expresa compresión sobre la función de la ostomía. Empieza a cuidar por sí mismo la ileostomía |

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

| VALORACIÓN FOCALIZADA | NO. NEC | CAUSA | DIAGNOSTICO ENFERMERIA | RESULTADO ESPERADO | ORDENES ENFERMERIA | ACCIONES ENFERMERIA | EVALUACION |
|--|---------|-------|---|--|---|---|--|
| Poca movilidad por debilidad fisica | 4 | F | Intolerancia a la actividad relacionada con debilidad muscular y fatiga | Rodrigo caminará cada 4 hrs. durante el día por periodos de 15 minutos | Pedir ayuda a hermanos familiares para asistir la de ambulación de Rodrigo | Valoración del estado físico de Rodrigo. | Rodrigo camina por si mismo los periodos de tiempo asignados |
| Preocupación por probable adaptación en su vestido después de la cirugía | 6 | C | Preocupación por su imagen física | El paciente seguirá usando el mismo patrón de vestido | Verificar tipo y características de vestido para la selección de la bolsa | Probar bolsa seleccionada con diferentes prendas de vestir usadas por el paciente | El paciente probó por si mismo dos cambios de ropa con bolsa colectora. Viste ropa normal. |
| No presenta ningún problema. No de leucocitos normales | 7 | P:I | Bienestar | El paciente no presentará ninguna complicación de origen infeccioso | Mantener medidas generales de higiene y protección para evitar alguna infección | Enseñar al paciente y familiares que lo ayudan las medidas de asepsia médica necesarias en el hogar | No se presentan ningún signo o síntoma de infección. |

No. N.Necesidad Virginia Hernderson . Causa .-Causa de Dificultad. C: Conocimiento, F : Fuerza. V: Voluntad . P:I.- Problema interdependiente

**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

| VALORACIÓN FOCALIZADA | NO. NEC | CAU SA | DIAGNOSTICO ENFERMERIA | RESULTADO ESPERADO | ORDENES ENFERMERIA | ACCIONES ENFERMERIA | EVALUACIÓN |
|---|---------|--------|---|--|--|---|---|
| No presenta ningún problema No de leucocitos normales | 7 | P:I | Bienestar | El paciente no presentará ninguna complicación de origen infeccioso | Mantener medidas generales de higiene y protección para evitar alguna infección | Enseñar al paciente y familiares que lo ayudan las medidas de asepsia médica necesarias en el hogar | No se presentan ningún signo o síntoma de infección. |
| Presencia de ileostomía y heridas quirúrgicas en proceso de cicatrización | 8 | C | Potencial deterioro de la integridad de la piel relacionada con el uso de bolsas colectoras y material de curación en las heridas quirúrgicas | El paciente mantendrá la integridad de la piel El paciente presentará heridas limpias y cicatrizadas y la piel circundante está limpia y seca Conoce la función de su ileostomía | Establecer medidas de protección de la piel en el área de la ileostomía y heridas quirúrgicas. | Verificar uso de protector de piel en zonas de riesgo | No se presentó alteración en la integridad de la piel |

No. N.Necesidad Virginia Hernderson . **Causa** .-Causa de Dificultad. **C:** Conocimiento, **F :** Fuerza.
V: Voluntad . **P:I.-** Problema interdependiente

**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**

| VALORACIÓN FOCALIZADA | NO. NEC | CAUSA | DIAGNOSTICO ENFERMERIA | RESULTADO ESPERADO | ORDENES ENFERMERIA | ACCIONES ENFERMERIA | EVALUACIÓN |
|---|---------|-------|--|---|--|--|---|
| Evitar peligros | 9 | V | Potencial riesgo a lesiones por exceso de búsqueda de independencia | Rodrigo comprenderá la diferencia entre independencia en el autocuidado y actitudes de riesgo | Respetar la independencia de Rodrigo con una vigilancia a distancia | Explicar detalladamente todas las acciones que debe de llevar a cabo haciendo hincapié en los posibles peligros | Al principio se observa renuencia de Rodrigo por seguir las indicaciones, pero poco a poco va estableciendo la diferencia |
| Presenta angustia cuando no se respeta su intimidad | 11 | V | Presencia de angustia relacionada con procedimiento que comprometen su intimidad | Rodrigo estará tranquilo en cualquier procedimiento que comprometa su intimidad | No aumentar la ansiedad del paciente en los procedimientos de enfermería | Pedir al personal que lo asiste a respetar la intimidad de Rodrigo. Enseñar a familiares a proceder como Evitar realizar procedimientos delante de amigos y familiares | Se observa disminución importante de la ansiedad al realizar procedimientos de baño, curaciones y manejo de bolsa |
| Rodrigo presenta capacidad intelectual e interés por participar en el cuidado | 14 | C | Bienestar | Rodrigo maneja por si mismo la ilesotomia sin presentar ningún riesgo por exceso de independencia | Apoyar y fomentar la actitud de aprendizaje e independencia sin facilitar algún riesgo | Vigilar a distancia los procedimientos de Rodrigo en el manejo de la ilesotomia o de su autocuidado | Paulatinamente presenta un autocuidado adecuado y responsable. |

No. N.Necesidad Virginia Hernderson . Causa .-Causa de Dificultad. C: Conocimiento, F : Fuerza.
V: Voluntad . P:I.- Problema interdependent

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

| VALORACION FOCALIZADA | No. Nec | CAU SA | DIAGNOSTICO ENFERMERIA | RESULTADO ESPERADO | ORDENES ENFERMERIA | ACCIONES ENFERMERIA | EVALUACION |
|---|---------|--------|---|---|--|--|--|
| La bolsa colectoras se despega durante la noche, no causa irritación de la piel | 8 | P:I | | No se ensuciará el paciente si la bolsa se despega. | Controlara hasta donde sea posible vaciamiento de bolsa durante la noche | Poner doble sistema de seguridad con apósitos y plástico durante la noche para evitar que el paciente se ensucie. Explicar al paciente el procedimiento, haciendo notar que esto ocurre con frecuencia al principio. | Bolsa colectoras funcionando bien, no hay salida de secreción por bordes Aumenta excreción buen funcionamiento de la bolsa. Se sugiere continuar con protección nocturna |
| Se observa un alejamiento de sus amigos. | 10 | V | Alteración en la comunicación relacionado con la preocupación de reiniciar vida social normal | El paciente expresará sus sentimientos y miedos Sus hermanos, familiares y amigos comprenderán el proceso de adaptación por el que cursa el paciente | Promover la expresión verbal de miedos y sentimientos | Dedicar tiempo exclusivo para poder escuchar al paciente orientándolo a ubicar el porqué de sus miedos Establecer diálogo con la familia y amigos para la explicación del proceso de adaptación Promover la comunicación | Los hermanos refieren haber pensado al respecto "Ahora comprenden mejor porque Rodrigo veces esta "serio" o "enojado" |

TESIS CON FALTA DE ORIGEN

| VALORACION FOCALIZADA | No. Nec | CAU SA | DIAGNOSTICO ENFERMERIA | RESULTADO ESPERADO | ORDENES ENFERMERIA | ACCIONES ENFERMERIA | EVALUACION |
|--|---------|--------|---|---|--|---|--|
| Rodrigo comienza a preguntarse como podrá resolver el problema de la escuela | 12 | F | Alteración del proceso de aprendizaje escolar | Rodrigo recuperará dentro de lo posible el año académico | Establecer contacto con autoridades escuela para plantear posibilidades | Buscar horarios para que inicie paulatinamente estudios Buscar apoyo de profesores para regularización de estudios | Con ayuda de profesores Rodrigo logra presentar exámenes extraordinarios |
| Rodrigo muestra inquietud e interés por iniciar algún tipo de ejercicio o recreación | 13 | F | Déficit de actividades recreativas | Rodrigo iniciará paulatinamente una rutina de ejercicios corporales Las seis semanas de estancia en domicilio podrá iniciar con una rutina autorizada por cirujano | Establecer caminatas más largas y verificar estado de animo de fuerza física | Explicar el proceso de cicatrización y la importancia de iniciar el ejercicio en forma paulatina Observar algún signo o sintoma no deseados. | |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CONCLUSIONES

En un inicio la evolución de las condiciones del paciente fue lenta, pero progresivamente se observaba una mejoría continua, hasta llegar a la completa recuperación. Los cuidados proporcionados en base al modelo y proceso de enfermería coadyuvaron a prevenir daños, y a intervenir oportunamente en las diferentes complicaciones que se presentaban.

El Modelo de Virginia Henderson aplicado conjuntamente con el Proceso de Enfermería nos ayuda a proporcionar un cuidado integral de calidad. El manejo de las necesidades y la metodología del Proceso nos proporcionan la oportunidad de una valoración y atención holística de la persona enferma.

SUGERENCIAS

Promover la aplicación del Proceso de Enfermería en la atención intrahospitalaria, valorando la adecuación de algún modelo de enfermería.

X. BIBLIOGRAFÍA

ALFARO R. "Aplicación del Proceso de Enfermería" Mosby Doyma, Barcelona, 1995.

BARE B.G. "Enfermería Médico Quirúrgica", Interamericana McGraw-Hill, México, 1994.

BISHOP MARQUIS S. "Razonamiento Lógico en Modelos y Teorías de Enfermería" (Ann Marriner), Barcelona, 1989.

CHARMERS F. ALAN "Las teorías como estructuras" mecanograma.

ESTEBAN MANUEL "La construcción de una disciplina" Universidad de Murcia, Interamericana McGraw-Hill, 1994.

FERNÁNDEZ FERRÍN CARMEN "El proceso de atención de Enfermería", Estudio de casos, Ediciones científicas y técnicas, Barcelona, 1995.

GARRIDO ABEJAR DOLORES "Modelos y Teorías en enfermería: Un enfoque epistemológico" Enfermera al Día, México, 1994.

GUTIÉRREZ S. C. "Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo", Manual Moderno, México, 1990.

HEMPEL CARL "El pluralismo axiológico de la ciencia y sus métodos", 1986.

HERDERSON, V. "La Naturaleza de Enfermería", Interamericana McGraw-Hill, 1994.

HERNANDEZ C.J. "La construcción disciplinar", Interamericana, McGraw-Hill, Madrid, 1994.

IYER PATRICIA et. al "Proceso de Enfermería y diagnósticos de Enfermería", Interamericana McGraw-Hill, México, 1990.

KHUN THOMAS "The structure of scientific revolutions", University of Chicago Press, Chicago, 1970.

M.T. LUIS "Diagnósticos Enfermeros" Mosby Doyma, Barcelona, 1995.

MORA C. Fernando "La construcción de un cuerpo teórico en enfermería", Enfermera al Día, México, 1994.

MARRINER-TOMEY "Modelos y Teorías de Enfermería", Mosby Doyma, Barcelona, 1995.

MARRINER A. "Introducción al análisis de las teorías de enfermería". Mosby Doyma, Barcelona, 1992.

NOTTER E.L. "Principios de la Investigación en Enfermería" Mosby Doyma, Barcelona, 1992.

PHANEUF M. "Cuidados de Enfermería. El Proceso de atención de Enfermería". Interamericana McGraw-Hill, 1993.

ROGER M. "An Introducing to the Theoretical Basics of Nursing", (manuscrito), 1970.