

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCION ENFERMERÍA

**APLICADO A UN PACIENTE PREESCOLAR DE 3 AÑOS DE EDAD
POSOPERADO DE APENDICETOMÍA**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

**CELIA ISABEL LOYOLA HERNÁNDEZ
Nº DE CUENTA 9204322-2**

**DIRECTOR ACADEMICO
LIC. FEDERICO SACRISTÀN RUÌZ**

MEXICO D.F.

MAYO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme la vida y las herramientas necesarias para lograr mis objetivos y así poder superar los momentos difíciles de la vida.

A MIS PADRES

Por apoyarme en todo momento con cariño y sin condiciones y por motivarme a ser mejor cada día como ser humano y profesionalista.

A MI HIJO

Por ser la razón de mí existir así como mi mayor estímulo para superarme cada día más, por darme su AMOR y la fuerza necesaria para librar los obstáculos que la vida nos ha mandado y seguir con la frente en alto día a día.

A MI ASESOR

Por darme los elementos necesarios para la realización de este Proceso Atención Enfermería, por compartir sus conocimientos así como su tiempo y atención.

A MI CUÑADA

Por ser una persona especial para mí, por brindarme su tiempo y sobre todo su apoyo en la realización de este proyecto.

DEDICATORIAS

A MI HIJO

Por el tiempo y las cosas que sacrificamos para que este proyecto se lleve a cabo, pero que sin embargo fue necesario para que así le pudiera brindar una mejor calidad de vida y sobre todo para que pueda estar orgulloso de lo que logramos juntos.

A MI ESPOSO

Por que a pesar de que ya no está físicamente con nosotros, sentimos su presencia a cada paso que damos y donde quiera que este le dedicamos cada uno de nuestros logros y triunfos, por que se que de alguna manera el no nos ha dejado y sigue pendiente de lo que nos pasa, así que este logro se lo dirijo a él con todo mi AMOR y le doy gracias a DIOS por haberme permitido conocer a una persona tan excepcional como en vida lo fue él (Juan Manuel Gaytán León)

INDICE

INTRODUCCION	1
METODOLOGIA	3
OBJETIVO	4
CAPITULO 1 MARCO TEORICO	
1.1 GENERALIDADES DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	5
1.2 VIRGINIA HENDERSON Y SU MODELO	25
1.3 APARATO DIGESTIVO	
1.3.1 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL INTESTINO GRUESO	34 35
1.4 APENDICITIS AGUDA	
1.4.1 SINMATOLOGIA	38
1.4.2 DISGNOSTICO	39
1.4.3 TRATAMIENTO	40
1.4.4 COMPLICACIONES	43 45
CAPITULO II APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	
2.1 VALORACION	
2.2 DISGNOSTICO DE ENFERMERIA	
2.3 PLENEACION Y EJECUCCION	46
2.4 EVALUACION	51
2.5 PLAN DE ALTA	52
CONCLUSIONES	56
SUGERENCIAS	57
GLOSARIO	58
BIBLIOGRAFIA	59
ANEXOS	60 62 63

INTRODUCCION

El presente Proceso de Atención de Enfermería se orienta tanto en lo teórico como en lo práctico a brindar cuidados de enfermería individualizados con el fin de mejorar la atención integral del paciente.

Este proceso esta enfocado al Modelo de Virginia Henderson, la cual con la descripción de sus catorce necesidades nos proporciona una visión de nuestro paciente como un todo y no solo como un órgano enfermo es decir como un ser humano; por lo tanto podemos identificar sus necesidades dentro y fuera del campo hospitalario.

El seguimiento de este caso clínico (Apendicetomía) es seleccionado debido a que en el último año han sido realizadas cada vez con más frecuencia estas cirugías en niños que van de los 3 años a los 10 años en el Hospital (NUEVO HOSPITAL OBREGON) la realización de este Proceso de Atención de Enfermería se basa en un caso clínico de Síndrome doloroso abdominal el cual al no poder ser controlado médicamente y evolucionar hacia una apendicitis complicada, es valorada por Cirugía Pediátrica, quién decide practicar una Apendicetomía de emergencia.

Se trata de un paciente preescolar de 3 años de edad el cual tuvo una estancia hospitalaria de 10 días en el servicio de Pediatría 4° piso.

La apendicitis es la inflamación del apéndice, en donde su cuadro clínico puede iniciar con dolor suave localizado en el epigastrio, que posteriormente evoluciona hacia la fosa iliaca derecha, este aumenta en intensidad y es seguido por anorexia, náuseas, vómitos de contenido gástrico.

Debido a esto la enfermera debe estar alerta a la evolución del cuadro clínico (signos y síntomas) del paciente, además de enseñar y educar a la mamá principalmente, para los cuidados necesarios de su paciente antes y después

de la cirugía, como fue realizado en el presente caso clínico, en los que incluimos protección de la piel, de ambulación y baño, alimentación, etc.

Por lo tanto este trabajo necesita una base de conocimientos amplios, por lo que se recurrió a la consulta de bibliografía adecuada y a las asesorías para fundamentar y organizar nuestra propuesta.

METODOLOGIA

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería se llevo a cabo por medio de tres etapas.

La primera etapa consistió en retomar conocimientos generales sobre conceptos básicos acerca del PAE así como, una revisión al Modelo de Virginia Henderson para basar en él este proceso.

La segunda etapa es la ubicación del campo de práctica, el cual constituye una parte importante para la integración del Proceso de Atención de Enfermería en los cuales estudie e identifique las necesidades del paciente y esto se llevo a cabo en el NUEVO HOSPITAL OBREGON en el área de Pediatría, de donde se seleccionó un paciente en especial para recabar los datos necesarios para la elaboración del presente Proceso de Atención de Enfermería.

Por último la tercera etapa que consiste en la práctica, donde vamos a desarrollar los conocimientos y habilidades para proporcionar cuidados específicos según las necesidades del paciente.

Para la complementación de este trabajo, se recurrieron a los datos de diferentes bibliografías y a las observaciones del asesor.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar un Proceso de Atención de Enfermería a un paciente posoperado de apendicectomía, que me permita satisfacer las necesidades del paciente, utilizando conocimientos científicos dentro del proceso salud enfermedad y por medio de este poder sustentar el examen profesional para obtener el Título de Licenciada en Enfermería y obstetricia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Implementar un Proceso de Atención de Enfermería que permita brindar los cuidados necesarios y oportunos al paciente así como identificar cualquier dato de alarma que pueda indicar alguna complicación.

Educar a la madre con respecto a las medidas higiénico-dietéticas, del paciente.

Integrar al paciente a sus actividades diarias y de acuerdo a esto identificar sus necesidades y brindar los cuidados oportunos.

CAPITULO I. MARCO TEORICO

1.1 GENERALIDADES DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso para proporcionar cuidados de enfermería se organiza en cinco fases distintas: valoración, diagnóstico, planeación, implantación y evaluación. La continuación se describirá cada uno de ellos.

VALORACIÓN. Es la primera fase del proceso de enfermería.

Su objetivo es obtener información con respecto al paciente, de éste y su familia, o la comunidad, con el fin de identificar sus necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas. La información se obtiene de manera sistemática, utilizando la entrevista o los antecedentes de enfermería, el examen físico, los resultados de laboratorio y otras fuentes.¹

DIAGNOSTICO. Durante esta fase, se analiza en forma crítica la información obtenida durante la valoración y se interpreta. Se sacan conclusiones con respecto a las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del paciente. Los diagnósticos de enfermería se identifican y sirven como objetivo central para las fases restantes. Basándose en estos, el plan de cuidados se diseña, se implementa y se evalúa. Los diagnósticos de enfermería constituyen un método eficaz para comunicar los problemas del paciente.²

PLANEACION. En la fase de planeación se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico. La fase de planeación consta de varios pasos:³

- 1.- Establecer prioridades entre los problemas diagnosticados.
- 2.- Indicar objetivos al paciente y a la familia para corregir, minimizar o prevenir los problemas.

¹ NANDA. Diagnósticos Aprobados de Enfermería. Pág. 5

² Ibidem

³ Ibidem

3.- Describir intervenciones de enfermería que permitan alcanzar los objetivos propuestos.

4.- Registrar diagnósticos, resultados, intervenciones de enfermería de manera organizada en el plan de cuidados.

IMPLANTACION. La implantación consiste en iniciar y llevar a cabo las actividades necesarias para alcanzar los objetivos definidos en la etapa de planeación. Para ello se requiere comunicar el plan a todos los que toman parte en el cuidado del paciente. Las intervenciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo al cuidado de la salud, por el paciente o por su familia. El plan de cuidados se usa como guía. La enfermera continúa obteniendo datos con respecto al estado del paciente y su interacción con el medio. La implantación también incluye registrar los cuidados que se proporcionan al paciente en los documentos correctos; mediante esta documentación se verifica que en el plan de cuidados se lleve a cabo y pueda ser empleada como instrumento para evaluar la eficacia del plan.⁴

EVALUACION. La última fase del proceso de enfermería es la evaluación. Es un proceso continuo que determina hasta que grado se han alcanzado los objetivos de los cuidados. La enfermera evalúa el progreso del paciente, en caso necesario establece medidas correctivas y revisa el plan de cuidados según se requiera.⁵

En la presente discusión se ha separado el proceso de enfermería en cinco fases distintas. En la práctica real es imposible separar dichas fases, por que se encuentran interrelacionadas y son interdependientes.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Los cambios en el sistema para proporcionar cuidados con el fin de preservar la salud, hacen necesario que los diagnósticos de enfermería se emitan con

⁴ NANDA.Op cit.; Pág. 5

⁵ Ibidem. Pág. 6

rapidez para delinear los objetivos y las intervenciones de enfermería necesarias. Estos elementos se documentan en el plan de cuidados.⁶

OBJETIVOS. En la actualidad, las enfermeras intentan proporcionar a los pacientes cuidados de alta calidad en menos tiempo y con pocos recursos, o que hace imprescindible la planeación de los cuidados. Esta Planeación y los cuidados de enfermería dependen del medio y se diseña para promover atención de la mejor calidad y facilitar:

- 1) La atención individualizada
- 2) La continuidad de la atención
- 3) La comunicación
- 4) La evaluación

Como las enfermedades afectan a cada paciente de manera distinta, será necesario adaptar los planes a las respuestas y necesidades de cada uno. Es conveniente efectuar el diagnóstico rápido de las necesidades individuales y desarrollar las estrategias pertinentes para su tratamiento, tanto desde el punto de vista del paciente como de la agencia. De este modo se satisface de manera simultánea las necesidades de cuidados personales del paciente y de los criterios de la agencia para el uso eficiente de recursos.

La planeación de cuidados asegura su continuidad cuando el paciente es transferido de una a otra agencia. Las rutinas de cambio de personal que incluyen el servicio por día, el personal de tiempo parcial, las enfermeras (flotantes) y los ayudantes de enfermería pueden crear situaciones en las que los miembros del personal estén poco familiarizados con el paciente.

En último término tanto el personal como los pacientes se beneficiarán de la información que se encuentra en el plan de cuidados. Esta comunica con claridad las necesidades del paciente y las estrategias eficaces para satisfacerlas.

⁶ *Ibíd.*

El plan de cuidados debe cumplir las normas actuales acerca de cuidados y prácticas. Las normas de cuidados deben tener en cuenta los objetivos para el paciente y las normas para practicarlos incluirán en las órdenes de enfermería. Por tanto, un plan de cuidados bien descrito constituye el fundamento para su evaluación, ya que los objetivos definidos con claridad permiten identificar el comportamiento que se espera que el paciente lleve a cabo. La revisión constante de los objetivos en el plan de cuidados permitirá que la enfermera evalúe el progreso del paciente y lleve a cabo con rapidez los cambios necesarios.

Características. Sin importar el medio en el que sean formulados los cuidados de enfermería deben cumplir con ciertas características que se enumeran a continuación:

- 1) Deben ser formulados por una enfermera registrada
- 2) Se iniciaran después del primer contacto con el paciente
- 3) Deben ser accesibles
- 4) Deben estar actualizados

Con base a su preparación profesional la enfermera será la mejor calificada para llevar a cabo esta labor en conjunto con los demás profesionales de la salud. El paciente contribuirá al definir y valorar los objetivos y las intervenciones de enfermería.

Otros profesionales de la salud ayudarán para desarrollar e implantar el plan de cuidados. Las actividades específicas de enfermería podrán delegarse a otro personal de enfermería, sin embargo la responsabilidad de iniciar el plan de cuidados corresponde a la enfermera registrada.⁷

INICIACION DESPUES DEL PRIMER CONTACTO

⁷ NANDA.Op cit.; Pág. 6

El plan de cuidados de enfermería es más eficaz cuando se inicia después del primer contacto de la enfermera con el paciente. Tan pronto obtenga los datos básicos, la enfermera deberá comenzar a documentar los diagnósticos reales o posibles, los objetivos y las intervenciones. El plan parcialmente desarrollado ayudará a la enfermera a concentrarse sobre las necesidades del paciente. Al tener más interacción con el podrá desarrollar y afinar dicho plan.

La enfermera que obtiene los datos básicos cuenta con mayor información acerca del paciente y, por tanto es más probable que pueda desarrollar un plan de cuidados más completo; en ocasiones es imposible obtener datos básicos completos debido a restricciones de tiempo, al estado del paciente, o a que se inicien diversas modalidades de tratamiento en este caso la enfermera puede hacer lo siguiente:

- 1.- Desarrollar un plan preeliminar basándose en la información disponible
- 2.- Obtener los datos faltantes en contactos posteriores con el paciente
- 3.- Afinar el plan preeliminar
- 4.- Delegar a otra enfermera la responsabilidad para obtener los datos que faltan y perfeccionar el plan preeliminar

La tendencia a reducir el tiempo de estancia del paciente en el hospital indica la necesidad de iniciar el plan de cuidados al tener el primer contacto con dicho paciente. Cuando se identifican las necesidades del paciente al ser admitido al hospital la enfermera favorece que se le proporcionen cuidados eficaces y coordinados, y facilita la planeación correcta de su salida.⁸

ACCESIBLE

El plan de cuidados de enfermería debe encontrarse accesible para todo el personal que participa en los cuidados al paciente. Puede colocarse sobre el registro médico del paciente, junto a su cama, o en un lugar central. Es

⁸ NANDA.Op cit.; Pág. 8

necesario que se encuentre disponible para que sea útil y tenga valor como medio de comunicación.⁹

ACTUALIZADO

Ya que el plan de cuidados de enfermería es la guía para dirigir los cuidados que se proporcionan al paciente, deberá contener información actualizada. Por tanto es fundamental que todos los componentes del plan de cuidados de enfermería sean puestos al día con frecuencia. Los diagnósticos de enfermería, objetivos y órdenes que ya no sean válidas deberán ser eliminadas o revisadas. El método para poner al día el plan de cuidados variará según:

- 1) El tipo de formato para el plan de cuidados que se utilice y las políticas del hospital
- 2) La continuidad y la individualización del plan de cuidados será peligroso si no se encuentra al día y ello ocasionará que el paciente pierda confianza en la capacidad de la enfermera para proporcionarle cuidados adecuados.¹⁰

COMPONENTES

El plan de cuidados de enfermería puede estructurarse de diversas maneras, dependiendo del sistema que se emplee en el hospital. Sin embargo, el plan de cuidados de enfermería por lo general consta de los siguientes componentes:

Diagnósticos de enfermería

Objetivos

Intervenciones

Cada uno de estos componentes se describe a continuación:

⁹ Ibidem.

¹⁰ NANDA.Op cit.;. Pág. 9

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

El diagnóstico indica la existencia de un estado indeseable. Las enfermeras, en virtud de sus actas de practicantes, son responsables de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a los problemas de salud. El diagnóstico de enfermería consiste en examinar las áreas que han sido identificadas como funciones independientes de enfermería incluyendo las que pueden ser ordenadas por separado sin colaboración de los médicos y otros profesionales de la salud. Estas funciones incluyen: 1) métodos de prevención como educación, cambios de posición u observación para detectar problemas; o 2) métodos correctivos, como ingestión obligatoria de líquidos, o administración de tratamientos. Al delinear las actividades de enfermería interdependientes no sólo se evita que se dupliquen o se superpongan con otras disciplinas, sin que se continuara la definición y validación de los elementos de la práctica de enfermería. La Asociación Norteamericana de Enfermeras insiste en la importancia de los diagnósticos de enfermería y en su definición: la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas reales o posibles para la salud. (**American Nurses' Association, 1980**). Existen diversas definiciones del diagnóstico de enfermería. A continuación se citarán algunas:

. El diagnóstico de enfermería establece el problema del paciente mediante inferencias de datos obtenidos. El problema es tal que puede ser aliviado por la enfermería. (**Munding y Jauron, 1975**).

. Los diagnósticos de enfermería o diagnósticos clínicos efectuados por enfermeras profesionales describen problemas reales o posibles para la salud, que ellas, en virtud de su educación y experiencia, son capaces y están autorizadas para tratar. (**Gordon, 1976**).¹¹

Sin importar la definición empleada, los expertos concuerdan en que el diagnóstico de enfermería incluye ciertas características fundamentales.

CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DEL DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

¹¹ Griffith, Janet y Paula Christensen. Proceso de Atención de Enfermería; Aplicación de teorías guías y modelos. Ed. Manual Moderno. Pág. 120

- . Indica el problema del paciente
- . Hace una referencia a un estado de salud o a un problema probable para la salud.
- . Es una conclusión que resulta de identificar un patrón o un conjunto de signos y síntomas.
- . Se basa en datos objetivos y subjetivos que pueden confirmarse.
- . En el se indica el juicio de la enfermera.
- . Se refiere a una afección que las enfermeras están capacitadas para tratar.
- . Se refiere a afecciones físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.
- . Es corto y conciso.
- . Tiene dos partes, y en ellas se incluye la etiología cuando se conoce.
- . Se refiere a afecciones que pueden ser tratadas en forma independiente por la enfermera.
- . El paciente lo conoce y esta de acuerdo con él, siempre que sea posible.

La fase de valoración del proceso de enfermería permite obtener los datos para el diagnóstico. Durante la fase de diagnóstico, la enfermera organiza, interpreta y valida los datos que se obtienen del paciente y de fuentes secundarias. El objetivo de este proceso es formular el diagnóstico, que constituirá el marco para las fases subsiguientes de planeación, implementación y evaluación.

COMPONENTES DEL DIAGNOSTICO

El diagnóstico consta de dos partes unidas por la frase “en relación con”. Al formular el diagnóstico la enfermera describirá el problema del paciente (Parte I) e identificará los factores relacionados con el mismo (etiología) (Parte II).

Parte I: El problema

En la primera parte del diagnóstico se especifica el problema identificado por la enfermera durante la fase de valoración. Esta parte constituye una indicación clara de lo que es necesario cambiar y determinar los objetivos que permitirán

medir el grado de cambio. Al escribir la primera parte, la enfermera tendrá en cuenta dos áreas:

- 1.- ¿Qué problema implícito indican los datos de la valoración?
- 2.- ¿Hasta qué grado existe dicho problema?

Parte II: El factor relacionado

El factor relacionado (etiología), constituye la segunda parte del diagnóstico de enfermería. Es necesario que la enfermera sepa por qué existe cierto problema para poder prevenirlo, minimizarlo o aliviarlo. El factor relacionado refleja los elementos del ambiente, psicológicos, socioculturales, fisiológicos o espirituales, que se cree contribuyen al problema para la salud.

Ejemplos de factores relacionados:

Ambientales

Ruido excesivo
Hedor
Sensibilidad a la luz

Psicológicos

Temor a la muerte
Sentimientos de soledad
Afección de la vinculación entre
Padres y el lactante

Socioculturales

Incapacidad para obtener alimento
Barrera de lenguaje
Falta de sistemas de apoyo

Fisiológicos

Dificultad para la deglución
Sentimientos de soledad
Afección de la vinculación
entre los padres e hijos.

Espirituales

Incapacidad para practicar rituales
Carencia de fe en Dios
Conflicto entre las creencias religiosas
y el régimen de salud prescrito.

A continuación se dan algunos ejemplos de emisión de diagnósticos en los que se muestra el factor relacionado que puede estar asociado con los problemas específicos del paciente.¹²

Problema	Factores relacionados
	<u>Relacionado con</u>
Dolor	La cirugía
Estreñimiento del colón	Inmovilidad prolongada
Hipotermia	Exposición prolongada al frío
Negligencia unilateral	Efectos de traumatismos neurológicos

Hay que recordar que el factor relacionado ayuda a identificar las intervenciones específicas de enfermería que vendrán, corregirán o aliviarán el problema. Por ejemplo, los siguientes diagnósticos tienen el mismo problema pero factores relacionados de tipo muy distinto.

Problema	Factor relacionado
	<u>Relacionado con</u>
Alteración de la nutrición: menor al requerimiento corporal	Dificultad para la deglución
Alteración de la nutrición menor al rendimiento corporal	Pérdida del apetito

Las intervenciones de enfermería que sugieren cada uno de estos diagnósticos también son muy distintas. Las que pueden usarse cuando existen dificultades para la deglución son:

- 1.-Ayudar al paciente a sentarse derecho en posición de 60 a 90°
- 2.-Favorecer que el paciente ingiera cantidades pequeñas de alimentos semisólidos.
- 3.-Indicar al paciente que coloque el alimento en la parte posterior de la boca y piense en la deglución.

¹² Griffith, Janet y Paula Christensen Op cit.; Pág. 122

Cuando el paciente experimenta pérdida del apetito, las siguientes intervenciones podrán ayudarlo:

- 1.-Determinar que los alimentos le gustan y cuales le disgustan
- 2.-Servir el alimento en forma atractiva.
- 3.-Proporcionarle bocados frecuentes y en poca cantidad.

En resumen en la emisión del diagnóstico existen dos partes unidas por las palabras “en relación con”. La primera parte indica el problema del paciente, mientras la segunda identifica los factores que contribuyen a él. ¹³

OBJETIVOS

Al emitir el diagnóstico de enfermería se identifican las respuestas reales o posibles que se considera ocasiona problemas al paciente. Esto implica que es necesario que se produzcan respuestas alternas. Se desean alcanzar ciertos objetivos como parte del proceso de planeación y también constituye un esquema para la evaluación. Los objetivos concisos y medibles que sean razonables permiten que la enfermera como el paciente evalúen el logro de este hacia el objetivo deseado, como también la eficiencia de las acciones de enfermería.

El objetivo ayuda también a definir comportamientos específicos que demuestran que el problema ha sido corregido, minimizado o evitado. Los objetivos identificados a continuación demuestran alternativas de comportamiento. ¹⁴

Diagnóstico de enfermería

Nutrición alterada: menor a las necesidades
Corporales relacionadas con dificultad
para masticar (dentadura rota)

Posible daño a la integridad cutánea
Relacionado con drenaje estomacal
Irritante

Objetivo

Ingestión de 1800 kcal.de
alimentos, líquidos o en
puré cada 24 horas.

Mantener la piel en torno al
estoma libre de
enrojecimiento y

¹³ Griffith, Janet y Paula Christensen Op cit.; Pág. 125

¹⁴ Griffith, Janet y Paula Christensen. Op. cit. 126

excoriaciones durante la hospitalización.

ORIENTACIÓN PARA DESCRIBIR LOS OBJETIVOS

Las reglas que permiten formular objetivos se basan en que éstos deben comprenderse con facilidad. Cuando el objetivo está bien redactado permite una mejor comunicación y continuidad de cuidados. El personal de enfermería que lea el plan de cuidados de enfermería debe poder comprender el objetivo y su significado.

Las siguientes reglas sirven como orientación para escribir objetivos comprensibles:

1.-Los objetivos deberán estar relacionados con el problema existente

Los objetivos reflejarán la primera parte del diagnóstico, identificando respuestas alternas y saludables que sean deseables para el paciente. En ocasiones, la enfermera expresará correctamente el objetivo aunque éste no corresponda a la primera parte del diagnóstico.

Ejemplo:

Objetivo

Incorrecto

Durante la hospitalización: impedir el daño de la piel sobre las prominencias óseas.

Correcto

Que la pérdida de peso no exceda de 1.5 Kg. durante la hospitalización.

Obsérvese que el objetivo correcto se relaciona más con el estado de nutrición del paciente. En caso de que el objetivo relacionado con el daño cutáneo sea válido, indica la necesidad de emitir un segundo diagnóstico "posibilidad de daño de la integridad de la piel relacionado con alteraciones del estado nutricional".

2.- Los objetivos se centrarán en el paciente

Los objetivos se indican con el objeto de concentrar la atención en el comportamiento del paciente. El objetivo debe indicar lo que el paciente hará, cuándo y hasta que grado. Las actividades de enfermería y los objetivos de enfermería no deben constituir el fin de dicho objetivo.

Ejemplo:

Diagnóstico de enfermería. Posibilidad de alteración de la integridad cutánea relacionado con alteraciones del estado nutricional.

Objetivo

Incorrecto

Prevenir la alteración cutánea

Correcto

Impedir que haya daño cutáneo sobre las prominencias óseas en el curso de la hospitalización.

3.- Los objetivos serán claros y concisos

Es preciso evitar palabras ambiguas o abstractas ya que causarán confusión en vez de ayudar al personal que cuida al paciente. Se emplearán términos sencillos y terminología normal. El objetivo tendrá tan pocas palabras como sea posible, pero es preciso que sea muy claro. Los objetivos largos o complicados por lo general pueden reducirse.

Ejemplo

Diagnóstico de enfermería. Deficiencia de conocimientos relacionada con experiencia quirúrgica

Objetivo

Incorrecto

El paciente discutirá sus expectativas de la presente hospitalización y de admisiones previas al hospital y discutirá la inminente cirugía con conocimientos básico pre y posoperatorios.

Correcto

Antes de la cirugía, discutir sus expectativas de hospitalización y cirugía

Al escribir el objetivo se pueden eliminar palabras como “el paciente hará”...desde el principio. Es evidente al escribir el objetivo, que se refiere al comportamiento del paciente. Los objetivos que se refieran al comportamiento

del paciente y a la familia o personas significativas surgen cuando se espera que estos individuos cuenten con ciertos conocimientos o destrezas que se les haya enseñado.

Ejemplo. Al terminar la visita al hogar el paciente y su hija serán capaces de describir los síntomas de mal funcionamiento de la bomba de insulina.

4.- Los objetivos deben ser observables y medibles

Con anterioridad se dijo que el objetivo indica lo que el paciente debe hacer, cuándo debe hacerlo y hasta que grado. Los objetivos observables y medibles incluyen “lo que se debe hacer y en que grado”.

Ejemplo

Diagnóstico de enfermería. Deficiencia de conocimientos relacionada con la dieta prescrita.

Objetivo

Incorrecto

Comprende la dieta de 1800 calorías

Correcto

Elige alimentos del menú que estén de acuerdo con la dieta de 1800 calorías

Es imposible evaluar la comprensión que tiene el paciente de cierto concepto. El conocimiento del paciente con respecto a la dieta se medirá observando su elección de medicamentos. Cuando el objetivo sea medible se efectuarán observaciones para ver si se está cumpliendo.

Ejemplo

Diagnóstico de enfermería. Deficiencias de volumen de líquidos relacionada con náusea y vómito persistentes.

Objetivo

Incorrecto

Tomar cantidades adecuadas de líquidos

Correcto

Tomar 1000 ml en 24 horas

5.- Los objetivos deberán cumplirse en tiempo determinado

Es preciso indicar en que tiempo se espera alcanzar el objetivo. Algunos ejemplos de limitación temporal son: “cuando el paciente salga del hospital”, “durante la hospitalización”, “al terminar la sesión de enseñanza” o “en 48 horas”. Estas frases sugieren el tiempo en que deberá evaluarse el logro de cada objetivo.

Ejemplo

Diagnóstico de enfermería. Dolor crónico relacionado con enfermedad debilitante

Objetivo

Incorrecto

Expresa comodidad

Correcto

Expresa comodidad a los 30 minutos de iniciar las medidas con este fin

6.- Los objetivos deben ser realistas

Los objetivos deben poder lograrse con los recursos del paciente, del personal de enfermería y de la institución. La disposición del paciente para alcanzar los objetivos, estará afectada por diversos factores, incluyendo su estado financiero, su nivel de inteligencia y su estado físico y mental.

Ejemplo

El ideal

Medir con exactitud la glicemia con el monitor de glucosa

Pasar cuatro horas al día en la silla de ruedas

La realidad

El paciente no tiene suficiente dinero para comprar el monitor

Existen dos sillas de ruedas en la unidad de 30 pacientes

7.- Los objetivos serán determinados en forma conjunta con el paciente y la enfermera

Durante la evaluación inicial, la enfermera debe lograr que el paciente participe en la planeación de cuidados. Durante la entrevista la enfermera determinará que considera el paciente como problema principal para su salud. Esto permitirá formular el diagnóstico de enfermería. El paciente y la enfermera discutirán los objetivos del plan de cuidados para aprobarlos. En esta discusión

se comunicarán sus expectativas y juntos tendrán la oportunidad de corregir los objetivos poco realistas. Cuando el paciente participa en forma activa en la planeación de cuidados, se asegura la obtención de resultados positivos.

Ejemplo. Sophie Lean es una diabética de 68 años de edad que es admitida en el hospital con retinopatía y gangrena del pie izquierdo. Durante la entrevista Sophie pide a la enfermera que la recuerde el cuidado necesario para los pies. La enfermera le dice: Cuando usted se vaya a salir del hospital, repasaremos la manera de lavar y secar sus pies, los signos de infección y que se debe hacer en caso de que se presente. ¿Qué le parece? Sophie la contesta, muy bien. Durante esta conversación la enfermera ha indicado diversos objetivos y Sophie ha manifestado estar de acuerdo. Cuando la paciente salga del hospital deberá ser capaz de:

- 1.- Demostrar la forma correcta de cuidar sus pies
- 2.- Describir los signos de infección
- 3.- Decir qué pasos va a tomar en caso de que se produzca una infección

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Después de emitir el diagnóstico de enfermería e indicar los objetivos centrados en el paciente, la enfermera desarrollará las intervenciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería son métodos específicos diseñados para ayudar al paciente a lograr sus objetivos. Se basan en: 1) el componente etiológico del diagnóstico de enfermería, 2) la información que se obtiene durante la entrevista de valoración y, 3) las interacciones subsecuentes de la enfermera con el paciente y con la familia.

Las intervenciones de enfermería definen: 1) de que manera ayudará la enfermera al paciente para lograr los objetivos propuestos y 2) las funciones dependientes, interdependientes e independientes de enfermería que son necesarias para eliminar los factores que contribuyen a los problemas.¹⁵

¹⁵ Griffith, Janet y Paula Christensen. Op. cit. 128

COMPONENTES DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Las intervenciones de enfermería proporcionan al equipo de cuidado para la salud un esquema para alcanzar los objetivos propuestos y eliminar las respuestas no saludables. Es preciso indicar por escrito el conjunto de intervenciones de enfermería necesarias para lograr cada objetivo. Para que sean eficaces, las intervenciones de enfermería se describirán con tanta claridad como sea posible y en forma concisa.

Además es preciso que las intervenciones de enfermería tengan las siguientes características:

1.- Especifiquen quien llevará a cabo las intervenciones, en caso de que se trate de otra persona además de la enfermera que implante el plan de cuidados (por ejemplo: el paciente, la familia, el médico) **Ejemplo:** consultar al gastroenterólogo con respecto a los diversos tipos de bolsas para colostomía adecuadas para el paciente.

2.- Contengan una lista de actividades específicas que se implantarán para lograr los objetivos identificados. **Ejemplo:** enseñar al paciente a utilizar las técnicas de respiración abdominal cuando esté bajo tensión.

3.- Definir en donde, cuándo y con que frecuencia se llevarán a cabo las actividades. **Ejemplo:** caminar de la cama al baño después de la comida dos veces al día.

4.- Describir como se llevará a cabo la actividad. **Ejemplo:** empleando la jeringa "septo", irrigar la herida vigorosamente con neomicina.

Ejemplo

Diagnóstico. Potencial para traumatismos relacionado con mareo y debilidad

Objetivo. Que no existan lesiones durante la hospitalización

Intervenciones

1. Indicar al paciente la conveniencia de asirse de los barandales cuando esté en el baño y en los pasillos
2. Mantener la habitación libre de obstáculos
3. Mantener las rejas de la cama cerradas todo el tiempo
4. Mantener a su alcance, cerca de la cama, los objetos necesarios
5. Indicar al paciente que llame a la enfermera para que lo ayude cuando quiera pararse de la cama

TIPOS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Las intervenciones de enfermería se enfocan a las actividades necesarias para favorecer, mantener o restaurar la salud del paciente y se clasifican en dependientes, interdependientes e independientes.¹⁶

Intervenciones dependientes

Las intervenciones dependientes se encuentran relacionadas con la implantación de las órdenes médicas. Indican de que manera se llevará a cabo la indicación médica.

Intervenciones interdependientes

Las intervenciones interdependientes de enfermería describen las actividades que la enfermera lleva a cabo en cooperación con otros profesionales de la salud. Estas intervenciones pueden incluir colaboración con trabajadoras sociales, dietistas, terapeutas, técnicos y médicos.

Intervenciones independientes

Las intervenciones independientes de enfermería son actividades que pueden ser llevadas a cabo por la enfermera sin necesidad de una orden médica. Los tipos de actividades que la enfermera puede ordenar en forma independiente se definen en los diagnósticos de enfermería y son respuestas que las enfermeras tienen licencia para tratar en virtud de su formación y experiencia.

ORIENTACIÓN PARA FORMULAR LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

1. Las intervenciones de enfermería estarán fechadas
La fecha indica cuando se inicia la intervención de enfermería específica y permite que la enfermera evalúe el progreso del paciente para lograr el objetivo
2. Las intervenciones de enfermería incluirán verbos que describan acciones precisas

¹⁶ Griffith, Janet y Paula Christensen. Op cit.; Pág. 130

Es conveniente que todas las intervenciones de enfermería comuniquen con claridad el tipo de actividad que se llevará a cabo. Los verbos de acción son útiles para definir intervenciones específicas, ya que cuando los verbos no son precisos ocasionan confusión a las personas que suministran los cuidados. Algunos verbos de acción son: “describe”, “camina”, “ingiere”, “evacua”, “lleva a cabo”, “identifica”, “duerme”.

3. Las intervenciones de enfermería no deben estar en conflicto con los métodos terapéuticos de otros profesionales de la salud. Cuando las enfermeras y otros profesionistas no están de acuerdo, se produce confusión y frustración por lo cual es importante que los miembros de las diversas disciplinas se comuniquen para poner en claro sus objetivos y definir qué métodos emplearán para alcanzarlos.

Ejemplo. Reforzar las indicaciones del dietista examinando los alimentos que el paciente elige del menú diario.

4. Las intervenciones de enfermería estarán basadas en principios científicos

Las intervenciones de enfermería prescritas para determinados pacientes deben surgir de juicios de enfermería correctos. La enfermera toma decisiones basándose en razonamientos científicos, desarrollando así los fundamentos de sus actividades. Estos razonamientos se desarrollan a partir de los conocimientos básicos de la enfermera, que incluyen ciencias naturales, del comportamiento y humanidades.

Ejemplo

Intervención de enfermería

Indicar a los padres la conveniencia de identificar qué peligros existen en el hogar

Enseñar al paciente a alternar los sitios de inyección de insulina

Principio científico

Los niños que empiezan a caminar tienen alto riesgo de sufrir lesiones y caídas en el hogar

El uso repetido del mismo sitio de inyección puede dar lugar a fibrosis, cicatrices y disminución de la absorción de insulina

5. Las intervenciones de enfermería se individualizarán para cada paciente

Uno de los objetivos de las intervenciones de enfermería es comunicar de que manera difieren los cuidados de un paciente a otro que tiene diagnóstico de enfermería o médico similar. Al desarrollar las intervenciones de enfermería, la enfermera elegirá métodos que tengan en cuenta las necesidades físicas y emocionales de cada paciente.

Ejemplo

Diagnóstico de enfermería. Posibilidad de alteración de la integridad de la piel relacionada con inmovilidad

Dona (17 años de edad)	Betsey (84 años de edad)
<p>Colocar cojín de hule espuma en la cama</p> <p>Dar masaje con una loción cada 4 horas</p> <p>Indicar a la paciente la conveniencia de usar el trapecio para cambiar de posición</p>	<p>Aplicar cojín de aire en la cama</p> <p>Ayudar a la paciente a cambiar de posición cada 2 horas. Incluir la posición boca abajo por lo menos una vez en cada turno</p> <p>Dar masaje en las prominencias óseas con loción cada 4 horas después de cambiar de posición</p>

Obsérvese que aunque el diagnóstico de enfermería es igual para ambas pacientes, las intervenciones de enfermería son de tipo individual

- 6. Las intervenciones de enfermería deben incluir modificaciones de tratamientos normales

Las enfermeras emplean diversos procedimientos normales de tratamiento para cuidar de los pacientes pero no es necesario incorporar todo el procedimiento en el plan de cuidados. En ciertas ocasiones es preciso, efectuar algunas modificaciones que se especificarán en las intervenciones de enfermería.

Ejemplo. Una modificación de los cuidados para el catéter de Hickman se indica como sigue: Utilizar el catéter Hickman tres veces a la semana, lunes miércoles y viernes. No usar betadina, el paciente es alérgico

- 7. Las intervenciones de enfermería estarán firmadas

El componente final de la intervención de enfermería es la firma. Refleja

la responsabilidad personal y legal de la enfermera. La firma permite que los colaboradores 1) proporcionen retroalimentación por lo que respecta a la eficacia de la orden 2) puedan aclarar dicha orden 3) comprendan por qué razón se emite dicha orden **(Carnevali, 1983)**

4.2 VIRGINIA HENDERSON Y SU MODELO

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, originaria de Kansas City. Durante la primera guerra mundial despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así, en 1918 ingresó a la escuela de enfermería del ejército en Washington.D.C.En 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service Nueva York.En 1922 inició su carrera docente de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.Cinco años más tarde ingresó en el Teachers Collegue de la Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B.S.y M.A. en la rama de enfermería .En 1929,Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regresó al Teachers Collegue en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948 Henderson vivió una larga una trayectoria profesional como autora e investigadora. En los años en que fue profesora de Teachers Collegue rescribió la cuarta edición de Textbook of the Principles and Practice of Nursing, de Bertha Harmer , publicado en 1939 .La quinta edición de este texto apareció en 1955 y contenía la definición de enfermería de la propia Henderson. ¹⁷

En la convención de 1988 de la American Nurses Association (ANA), recibió una mención de honor especial por sus contribuciones ala investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida.

¹⁷ Ann Marriner Tomey, Martha Raice Alugood. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial Harcourt Brace.

Henderson falleció de muerte natural en Marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de enfermería en todo el mundo. Henderson se convirtió en una leyenda viva, por lo que la biblioteca de enfermería internacional de Sigma Theta Tau fue bautizada con su nombre. En este sentido es comprensible que la noticia de su fallecimiento se conociera rápidamente en la comunidad de esta disciplina, transmitida por Internet Halloran escribió sobre ella: la señorita Virginia Avenle Henderson significó para el siglo XX lo que Florence Nithingale para el XIX .Las dos escribieron una extensa obra de amplia resonancia mundial.

Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto de enfermería. Su formación en estas áreas data de su relación con Stackpole y Thorndike durante sus estudios universitarios en el Teachers Collegue.

En su curso de psicología Stackpole tomó como base la declaración de Claude Bernard en que afirmaba que para conservar la salud hay que mantener constante la linfa que rodea a la célula. A partir de esta idea, Henderson supuso que “una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico”. Henderson describió desde su punto de vista lo siguiente: Era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico, después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares.¹⁸

Henderson no identificó las teorías exactas que apoyaba Thorndike, sino que sólo indicó que se referían a las necesidades básicas de los seres humanos. En los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, se observa una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por

¹⁸ Ann Marriner Tomey, Martha Raice Alugood. Op. cit. 101

Abraham Maslow. Sin citar a Maslow como influencia directa. Henderson describió su teoría de la motivación humana.¹⁹

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

ENFERMERIA. Henderson, definió enfermería en términos funcionales: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación(o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible”.²⁰

SALUD. Henderson, no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. En la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing* citó diversas definiciones de salud de varias fuentes entre ellas la del estatuto de la Organización Mundial de la Salud. Interpretaba La salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como la declaró, “se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital.”²¹

ENTORNO. Tampoco en este caso dio Henderson una definición propia de entorno. Acudió, en cambio, al Webster’s New Collegiate Dictionary de 1961, en el que se define entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de su organismo.”²²

¹⁹ *Ibíd.* Pág. 101

²⁰ Ann Marriner Tomey, Martha Raice Alugood. *Op. cit.* 102

²¹ *Ibíd.* Pág. 102

²² *Ibíd.* Pág. 102

PERSONA (PACIENTE) Henderson, pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.

NECESIDADES. En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería. Estas necesidades son las siguientes:

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Comer y beber de forma adecuada.
- 3.- Evacuar los desechos corporales.
- 4.- Moverse y mantener una postura adecuada.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.- Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
- 7.- Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa. y modificando las condiciones ambientales.
- 8.- Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
- 9.- Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
- 10.- Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11.- Actuar con arreglo a la propia fe.
- 12.- Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción de uno mismo.
- 13.- Disfrutar o participar en diversa formas de entretenimiento.
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.

SUPUESTOS PRINCIPALES

Virginia Henderson ni citó directamente cuáles eran los supuestos más señalados que incluía en su teoría. De sus publicaciones se han extraído los siguientes:

ENFERMERIA. Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.

Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico

Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado. (Henderson subrayó que la enfermera, por ejemplo una comadrona, puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así si es la persona sanitaria mejor preparada en la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere. Henderson resalta especialmente este punto²³

Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.

Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

PERSONA (PACIENTE)

Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.

El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.

El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.

El paciente y su familia constituyen una unidad.

Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

²³ Ann Marriner Tomey, Martha Raice Alugood. Op. cit. 103

SALUD

La salud es la calidad de vida.

La salud es fundamental para el funcionamiento del humano.

La salud requiere independencia e interdependencia.

Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad, o el conocimiento necesarios.

ENTORNO

Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede inferir en dicha capacidad.

Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.

Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.

Las enfermeras deben reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.²⁴

Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.

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

AFIRMACIONES TEORICAS

Se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera–paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica independencia:

- 1.- La enfermera como la sustituta del paciente.
- 2.- La enfermera como una auxiliar del paciente

²⁴ Ann Marriner Tomey, Martha Raice Alugood. Op. cit. 103

3.- La enfermera como una compañera del paciente

En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como “sustituto de las carencias del paciente para ser completo, integró o independiente, debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento”

Henderson, reflejo este punto de vista al declarar que la enfermera es temporalmente “la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiado débiles o privados del habla, etc.”²⁵

Durante los estados de convalecencia la enfermera, socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmó que “Independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma.”²⁶

Como compañeros la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia. Con independencia del diagnóstico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico, la posición social o cultural y la capacidad física e intelectual.²⁷

La enfermera debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. Henderson afirmaba que la enfermera “debe meterse en la piel de cada paciente para conocer cuáles son sus necesidades” Luego debe contrastarlas con el.

La enfermera puede modificar el entorno siempre que lo considere indispensable. Henderson opinaba que “en cada situación, las enfermeras que conocen las reacciones psicológicas y fisiológicas a la temperatura y la

²⁵ *Ibíd.* Pág. 103

²⁶ Ann Marriner Tomey, Martha Raice Alugood. *Op. cit.* 103

²⁷ *Ibíd.* Pág.103

humedad, la luz y el color, la presión, los olores, el ruido, las impurezas químicas y los microorganismos, pueden organizar y aprovechar al máximo las instalaciones disponibles”.²⁸

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente “lo más normal posible”. Otro de los fines importantes para una enfermera es favorecer la salud. Henderson señalaba que “se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender cómo mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que la ayuden en los momentos de crisis”.²⁹

EJERCICIO PROFESIONAL

La definición de enfermería de Henderson en lo que se refiere al ejercicio profesional señala que si una enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente, recibirá la compensación inmediata de observar un progreso en el mismo desde la dependencia a la independencia. La enfermera debe esforzarse a comprender al paciente cuando esté no posee la voluntad, conciencia o fortaleza necesaria. Tal como Henderson afirmaba, la enfermera debe “ponerse en su lugar”. Puede ayudar al paciente a avanzar hacia un estado de independencia por medio de la valoración, el plan y la evaluación de cada uno de los 14 componentes básicos de la asistencia en enfermería.³⁰

El método de Henderson para cuidar al paciente era deliberado y obligaba a tomar decisiones. Aunque no mencionó específicamente las etapas del proceso de enfermería, cabe observar que los conceptos están interrelacionados. Henderson pensaba que el día a día consistía en ir resolviendo los problemas.

En la fase de valoración la enfermera deberá repasar en el paciente los 14 componentes de la atención básica de enfermería, de uno en uno hasta

²⁸ *Ibíd.* Pág. 104

²⁹ *Ibíd.* Pág. 104

³⁰ Ann Marriner Tomey, Martha Raice Alugood. *Op. cit.* 106

haberlos contemplado todos. Para recoger los datos las enfermeras observan, huelen, sienten y escuchan. La fase de valoración se completa mediante el análisis de los datos compilados, para lo que es necesario conocer lo que es normal en la enfermedad y en la salud. Henderson afirmaba que “dado que la enfermería es el único servicio disponible las 24 horas del día los siete días de la semana, no se

puede discutir la capacidad de las enfermeras para diferenciar lo normal de lo anormal en la salud del paciente...la función de valoración de las enfermeras” Según Henderson la fase de planificación supone trazar que se ajuste a las necesidades del paciente, la actualización del plan según se requiera en función de los cambios, el uso del plan como registro y la confianza de que se adapta a la planificación prescrita por el médico. Un buen plan integra el trabajo de todas las personas que integran el equipo.³¹

Al aplicar el plan, la enfermera ayuda al paciente a realizar su actividad para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir de forma tranquila.

Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional y la capacidad física y mental del paciente. Henderson evaluaba al paciente con arreglo a su grado de independencia. Sin embargo los niños no son independientes, como tampoco una persona inconsciente. En algunos estadios de la enfermedad hay que asumir el deseo del paciente de depender de otros.

Por último Henderson declaró que “para que una enfermera ejerza su profesión de forma experta y aproveche los métodos científicos para mejorar sus técnicas, necesita contar con un tipo de formación que sólo se imparte en las escuelas superiores y universidades”.³²

Por otra parte Henderson creía que “el valor de la educación deriva no sólo de la suma de conocimientos adquiridos, sino también de la confianza personal desarrollada en el instituto de educación superior del entorno”. Afirmaba “que

³¹ Ann Marriner Tomey, Martha Raice Alugood. Op. cit. 106

³² *Ibíd.* Pág. 106

la enfermería constituye una ocupación universal y una educación superior permite ejercerla mejor.”³³

1.3 APARATO DIGESTIVO

Los órganos de digestión se dividen tradicionalmente en dos grandes grupos. **El primero es el aparato gastrointestinal o conducto alimentario**, que es un tubo continuo que corre a lo largo de la cavidad ventral del cuerpo y se extiende desde la boca hasta el ano. La longitud del aparato digestivo que se toma de un cadáver es de aproximadamente de 9 metros. En una persona viva es un poco más corto debido a que los músculos tienen tono muscular. Los órganos que componen el aparato digestivo incluyen la boca, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado, y el intestino grueso. El aparato digestivo contiene el alimento desde que se ingiere hasta que se digiere y se prepara para su eliminación. Las contracciones musculares en la pared del aparato digestivo degradan por machacamiento. Las secreciones producidas por las células a lo largo del aparato digestivo degradan los alimentos desde el punto de vista químico.

El segundo grupo de órganos que componen el sistema digestivo consiste en estructuras accesorias, dientes, lengua, glándulas salivales, hígado, vesícula biliar, y páncreas. Los dientes ayudan al aparato digestivo a machacar la comida en la boca. La lengua ayuda a la masticación y a la deglución.

³³ *Ibíd.* Pág. 106

Las otras estructuras accesorias, a excepción de la lengua, se encuentran totalmente fuera del aparato digestivo y producen o almacenan secreciones que ayudan en la degradación química del alimento. Estas secreciones se liberan en el aparato digestivo a través de unos conductos.³⁴

Cabe mencionar que en este caso en específico nos vamos a referir solamente a la anatomía y fisiología del intestino grueso, debido al padecimiento que vamos a tratar

1.3.1 ANATOMIA Y FISIOLÓGÍA DEL INTESTINO GRUESO

Las funciones integrales del intestino grueso son completar la absorción, fabricación de ciertas vitaminas, formación de heces y la expulsión de heces del cuerpo.

ANATOMIA

El intestino grueso mide cerca de 1.5 metros de longitud y tiene un promedio de 6.5cm de diámetro. Se extiende desde el íleon hasta el ano y está unido a la pared posterior del abdomen por medio del mesocolon del peritoneo visceral. Desde el punto de vista estructural, el intestino grueso se divide en cuatro regiones principales: ciego, colón, recto, y conducto anal.³⁵

La abertura del íleon hacia el intestino grueso está protegida por un pliegue de la mucosa que recibe el nombre de esfínter (válvula) ileocecal. Esta estructura permite que los materiales del intestino delgado pasen al intestino grueso. Colgando por debajo de la válvula ileocecal está el ciego, una bolsa ciega de aproximadamente 6 cm de largo. **Unido al ciego se encuentra un tubo enrollado y torcido, que mide cerca de 8 cm e longitud el cual recibe el nombre de apéndice vermiforme.** El peritoneo visceral del apéndice

³⁴ Tortora. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Oxford. España 2002. Op. cit. 911

³⁵ Tortora. Op. cit. 952

denominado mesoapéndice, se une al apéndice de la parte inferior del íleon y a la parte adyacente de la pared abdominal posterior.³⁶

La abertura final del ciego emerge con un tubo largo que recibe el nombre de colon. El colon se divide en porciones ascendentes, transversas, descendentes y sigmoideas. El colon ascendente sube por el lado derecho del abdomen, alcanza la superficie inferior del hígado y se voltea de manera abrupta hacia la izquierda. Aquí forma el marco cólico (hepático) derecho. El colon sigue atravesando el abdomen hacia el lado izquierdo como colon transverso. Sufre una curvatura más allá del extremo inferior del bazo en el lado izquierdo y se convierte en el marco cólico (esplénico) izquierdo y pasa hacia abajo a nivel de la cresta iliaca como colon descendente. El colon sigmoideo comienza cerca de la cresta iliaca izquierda, se proyecta hacia dentro de la línea media y termina como el recto aproximadamente a nivel de la tercera vértebra sacra.³⁷

El recto, los últimos 20 cm del aparato digestivo se encuentra en posición anterior al sacro y al cóccix. Los últimos 2 a 3 cm del recto reciben el nombre de conducto anal. La mucosa del conducto anal está dispuesta en pliegues longitudinales que se denominan columnas anales que contienen una red de arterias y venas. La abertura del conducto anal hacia el exterior se denomina ano. Está protegido por un esfínter interno de musculatura lisa (involuntario) y un esfínter externo de músculo esquelético (voluntario). En condiciones normales el ano está cerrado excepto durante la eliminación de los desechos de la digestión.³⁸

FISIOLOGÍA DE LA DIGESTIÓN EN EL INTESTINO GRUESO

El paso del quimo del íleon al ciego se regula por la acción del esfínter ileocecal. La válvula normalmente permanece medio contraída de tal forma que el paso del quimo hacia el ciego es por lo general un proceso lento. Inmediatamente después de una comida hay un reflejo gastroileal en el cual el peristaltismo ileal se intensifica y cualquier quimo que se encuentra en el íleon es obligado a pasar al ciego. La hormona gastrina estomacal también relaja el

³⁶ *Ibíd.* Pág. 952

³⁷ Tortora. *Op. cit.* 952

³⁸ *Ibíd.* Pág. 953

esfínter. Cuando el ciego está distendido, el grado de contracción del esfínter ileocecal se intensifica.³⁹

Los movimientos del colon comienzan cuando las sustancias entran a través del esfínter ileocecal. Puesto que el quimo se moviliza a través del intestino delgado a una velocidad prácticamente constante, el tiempo requerido para que una cierta cantidad de alimentos pase hacia el colon está determinada por el tiempo de evacuación gástrica. Cuando el alimento pasa a través del esfínter ileocecal, llena el ciego y se acumula en el colon ascendente.⁴⁰

Un movimiento característico del intestino grueso es el movimiento haustral. En este proceso la haustra permanece relajada y distendida cuando se llena. Cuando la distensión alcanza en cierto punto, las paredes se contraen y exprimen el contenido en la siguiente haustra. El peristaltismo también se presenta aunque con un índice más bajo que en otras porciones del aparato digestivo (3 a 12 contracciones por minuto). Un tipo final de movimientos es el peristaltismo de masa, una onda peristáltica fuerte que se inicia aproximadamente a la mitad del colon transversal y conduce el contenido del colon hacia el recto. El alimento en el estómago inicia la acción refleja en el colon. Así el peristaltismo de masa por lo general se lleva a cabo de tres a cuatro veces al día, durante una comida o inmediatamente después de ella.⁴¹

La última fase de la digestión se lleva a cabo gracias a la acción bacteriana, no se secretan enzimas en el colon. El moco se secreta por medio de las glándulas en el intestino grueso, pero no se secretan enzimas. El quimo se prepara para la eliminación por la acción de las bacterias. Estas bacterias fermentan cualquier carbohidrato remanente y liberan hidrógeno, dióxido de carbono y gas metano. Estos gases contribuyen a los flatos (gas) en el colon. También convierten las proteínas remanentes en aminoácidos y degradan los aminoácidos en sustancias más simples: indol, escatol, sulfuro de hidrógeno y ácidos grasos. Una cantidad del indol y del escatol se transporta en las heces y contribuye a su olor característico. El resto se absorbe y se transporta al

³⁹ *Ibíd.* Pág. 954

⁴⁰ *Ibíd.* Pág. 955

⁴¹ Tortora. *Op. cit.* 955

hígado, en donde se convierte a un compuesto tóxico y se secretan en la orina. Las bacterias también descomponen la bilirrubina hacia pigmentos más simples (urobilinógeno), el cual le da a las heces su color café. Varias vitaminas necesarias para el metabolismo normal, incluyendo algunas vitaminas B y vitamina K son sintetizadas por la acción bacteriana y absorbidas⁴²

1.4 APENDICITIS

La apendicitis es la enfermedad que con mayor frecuencia requiere intervención quirúrgica de urgencia en la niñez y la adolescencia. Es más grave en los lactantes y en los preescolares que en adultos debido a la mayor frecuencia de ruptura del apéndice, lo que ocasiona mayor morbilidad y mortalidad. Esto se debe a un retraso en el diagnóstico y tratamiento⁴³

ANATOMIA PATOLÓGICA

El apéndice se encuentra en posición retrocecal en alrededor del 60% de los casos y anterior en el 30 a 40% de los casos. La obstrucción de la luz del apéndice constituye el factor más importante de la patogenia de la apendicitis. El apéndice se puede obstruir por efecto de un fecalito, y, al obstruirse se acumulan secreciones y se produce aumento de la presión intraluminal, obstrucción total de las arterias y subsecuentemente aparición de úlceras o destrucción completa de la mucosa. En la superficie de la serosa se acumula exudado fibrinopurulento. Las bacterias intestinales invaden la mucosa y

⁴² *Ibíd.* Pág. 956

⁴³ Dr. Héctor Fernández. INP. Pediatría Médica. Ed. Trillas. Op. cit. 601

producen una infección intramural que, aunada al infarto arterial, condiciona gangrena y perforación. La obstrucción de la luz apendicular se puede producir también por semillas de vegetales, por hipertrofia de tejido linfoide, por parásitos como áscaris o amibas y, en casos raros, por yersinia o por tumores.⁴⁴

CLASIFICACION CLINICOPATOLOGICA

Simple. Es la apendicitis focal. El apéndice puede mostrar aspecto normal o hiperemia y edema mínimo. Cuando el paciente se opera pocas horas después de haber iniciado los síntomas, no se advierte exudado de la serosa.⁴⁵

Supurada. Cuando se diagnóstica y se detecta después de las 24 horas el apéndice está edematoso, existe congestión de los vasos, se observan petequias y aparecen capas de exudado fibrinopurulento.⁴⁶

Gangrenosa. Cuando el tratamiento quirúrgico se realiza entre 24 a 48 horas aumentan los signos de apendicitis supurada y aparecen zonas violáceas de color gris, verde, rojo oscuro, o negro, que denotan gangrena del apéndice. En estos casos existe micro perforación.⁴⁷

Perforación. Cuando el paciente se opera después de 72 horas de iniciada la sintomatología es muy frecuente que haya perforación de la pared apendicular, por lo regular en el borde antimesentérico y junto al fecalito obstructor.

Absceso. Si han transcurrido varios días, el apéndice o parte de él puede tener necrosis; se forma un absceso en el sitio de la perforación apendicular y puede llegar a formar un plastrón o masa en la fosa iliaca derecha o lateral cecal, retrocecal, y/o pélvica.⁴⁸

La flora bacteriana en la apendicitis proviene de microorganismos que habitan en el colon. Los gérmenes más frecuentes son *Bacteroides fragilis* y *E.Coli*.

⁴⁴ Ibíd. Pág. 601

⁴⁵ Ibíd. Pág. 601

⁴⁶ Dr. Héctor Fernández. INP. Op. cit. 601

⁴⁷ Ibíd. Pág. 602

⁴⁸ Ibíd. Pág. 602

CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICO

1.4.1 Sintomatología

El síntoma principal lo constituye la tríada clásica del dolor, vómito y fiebre. El dolor se inicia en el área periumbilical y posteriormente se localiza en la fosa iliaca derecha (99%). Este cambio de sitio es un dato importante, pues indica la localización del proceso inflamatorio en el apéndice. La perforación del órgano de referencia ocasionalmente se acompaña de disminución del dolor durante un período breve, seguido de dolor abdominal generalizado.

La náusea y el vómito ocurren en el 80% de los enfermos; la anorexia hasta en el 60% y la diarrea en 5 al 12%. También puede existir disuria, distensión abdominal, estreñimiento, tenesmo, astenia, polaquiuria y cefalea en menor porcentaje. La anorexia la náusea y el vómito se presentan después de comenzar el dolor abdominal; si antes del dolor hay vómito se deberá investigar otra causa. El diagnóstico precoz de la apendicitis se realiza tan sólo con el dolor de aparición brusca con localización en la fosa iliaca derecha acompañado o no de náusea y febrícula, sin otros síntomas.⁴⁹

El índice de sospecha diagnóstica en nuestro medio es muy bajo debido a que el médico que atiende al paciente en las primeras 24 horas no piensa en esta patología en el niño, sobre todo si se trata de preescolares y lactantes, aunado a la falta de cooperación para precisar el dolor y su localización. Esto contrasta respecto a lo que ocurre con el escolar y el adolescente. Por esta razón el diagnóstico se retrasa entre 24 y 48 horas, lo que ocasiona un alto porcentaje de apendicitis perforada: 80% en el Instituto Nacional de Pediatría. En todo paciente con sospecha bien fundada de diagnóstico de apendicitis es preferible operar precozmente, lo cual evitará que se perfora el apéndice.⁵⁰

1.4.2 DIAGNOSTICO

⁴⁹ Dr. Héctor Fernández. INP. Op. cit. 602

⁵⁰ *Ibíd.* Pág. 602

Signos

Es importante conocer y buscar intencionalmente los signos que harán sospechar un cuadro de apendicitis, los cuales serán positivos según la localización del apéndice inflamado. El orden de frecuencia e importancia de dichos signos es:

- Dolor localizado en fosa iliaca derecha,
- Signo de rebote positivo
- Hiperbaralgesia
- Hiperestesia
- Posición antálgica
- Signo de psoas positivo
- Signo de Mc Burney positivo
- Marcha lenta
- Peristaltismo disminuido o aumentado
- Signo del obturador positivo
- Fascies de dolor
- Masa en fosa iliaca derecha si hay perforación
- Tacto rectal doloroso
- Distensión abdominal.

Laboratorios

Biometría Hemática (BH)

Tiene poca utilidad en las primeras 24 horas, ya que más del 17% de los pacientes presentan biometría hemática normal. Puede existir leucocitosis con neutrofilia. después de 24 a 48 horas.⁵¹

⁵¹ Dr. Héctor Fernández. INP. Op. cit. 602

Examen General de Orina (EGO)

Es de gran importancia si se sospecha de una infección de vías urinarias, para diagnóstico diferencial. Cuando el apéndice está inflamado y próximo a las vías urinarias puede simular una infección de las mismas.⁵²

PRUEBAS DE COAGULACIÓN (TP, TPT)

Se efectuarán ante la posibilidad de una intervención quirúrgica. Actualmente se recomienda la determinación del tiempo de protrombina solamente para descartar alguna discrasia sanguínea. Es importante que el cirujano pediátrico haga el diagnóstico de apendicitis por los datos clínicos y no de laboratorio, ya que en ocasiones por esperar a tener información positiva se expone a que se perfora el apéndice.⁵³

EXAMENES DE GABINETE

Radiografía de Tórax

Se efectúa a fin de descartar otras enfermedades que simulan apendicitis, como neumonía entre otras.

Radiografía simple de abdomen

Mediante este estudio es posible hallar los siguientes datos:

- Borramiento del psoas derecho (30%)
- Escoliosis antálgica (40%)
- Niveles hidroaéreos en fosa iliaca derecha (30%)
- Múltiples niveles hidroaéreos y asas dilatadas (14%)
- Borramiento de la grasa preperitoneal y prevesical
- Ausencia de aire en el cuadrante inferior derecho
- Presencia de fecalito (3%)

⁵² Ibíd. Pág. 603

⁵³ Ibíd. Pág. 603

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se deben considerar varios grupos de problemas.

1.- Enfermedades intestinales:

- Gastroenteritis
- Estreñimiento
- Adenitis mesentérica
- Divertículo de Meckel
- Invaginación intestinal
- Fiebre tifoidea
- Colitis amibiana
- Peritonitis primaria
- Vasculitis

2.- Enfermedades uterinas y tubováricas

- Salpingitis
- Quiste o torsión de ovario
- Tumores
- Hematocolpos

3.- Infección o litiasis de vías urinarias

4.- Enfermedades sistémicas

- Hematológicas como la púrpura de Henoch-Schönlein
- Fiebre reumática

5.- Enfermedades infecciosas

- Neumonía del lóbulo inferior derecho

- Hepatitis

1.4.3 TRATAMIENTO

Preoperatorio

En este periodo se va a dar tratamiento al paciente con el inicio de soluciones parenterales, para mantenerlo hidratado y tener una vía permeable para el paso de medicamentos intravenosos, ya que se iniciará esquema de antibióticos que ayudarán a impregnar al paciente y prevenir o atacar las infecciones que se puedan presentar; además de que se suspenderá la alimentación por vía oral debido a la intolerancia a los alimentos que presenta y a que al entrar a la cirugía tiene que tener por lo menos 6 horas sin alimento, también se le colocara una sonda nasogástrica para descomprimir el abdomen y drenar los residuos gástricos que tenga, se tomarán laboratorios, para evaluar el estado del paciente y principalmente los tiempos de coagulación, esto para evitar alguna complicación en caso de hemorragia.

- Ayuno
- Soluciones parenterales
- Corrección del desequilibrio hidroelectrolítico si lo hubiera
- Biometría hemática, examen general de orina, pruebas de coagulación y, opcionalmente radiografías de tórax y abdomen.
- Inicio de antibióticos:ampicilina más amikacina y metronidazol
- Sonda nasogástrica si existe distensión abdominal
- Control térmico

Quirúrgico

En este período se llevará a cabo la extirpación del apéndice, esto se llevará a cabo mediante una incisión transversa infraumbilical derecha, en caso de que se trate de un cuadro apendicular. En las primeras horas ésta puede limitarse a

unos centímetros por fuera del músculo recto anterior del abdomen; en caso de perforación dicha incisión se extiende tanto como sea necesario, sobre todo en caso de peritonitis generalizada, para efectuar lavado exhaustivo. En caso de apendicitis complicada es necesario dejar canalización en tejido celular subcutáneo y en abdomen, sólo con el propósito de drenar material purulento en una peritonitis localizada. Es opcional dejar varias canalizaciones en ambos flancos en caso de peritonitis generalizada.

Posoperatorio

El paciente con apendicitis no complicada se deja en ayuno durante 12 a 24 horas, se le administran analgésicos y puede darse de alta a las 36 a 48 horas.

Los puntos de sutura se retiran a los 8 días.

En caso de apendicitis complicada (gangrena, perforación, peritonitis, absceso) se continuará el mismo esquema de antibióticos durante 7 a 10 días; además se efectuará movilización de las canalizaciones después del quinto día y se recomendará posición semisentado para evitar absceso subfrénico. El control en consulta externa debe realizarse a la primera semana y al mes, para descartar la aparición de un absceso residual.⁵⁴

1.4.4 Complicaciones

La frecuencia de complicaciones en apendicitis perforada se observa en casi un 40 a 60% y entre las más importantes está la infección, que se presenta del 10 al 13% de los casos. **La infección** puede estar localizada a nivel de la herida quirúrgica o de la cavidad abdominal; se presenta en los primeros cuatro días del período postoperatorio. Los signos principales son dolor localizado, fiebre y leucocitosis persistentes. Cuando se forma un absceso se debe drenar lo más pronto posible.⁵⁵

⁵⁴ Dr. Héctor Fernández. INP. Op. cit. 604

⁵⁵ Dr. Héctor Fernández. INP. Op. cit. 604

Íleo paralítico. Depende de la gravedad de la peritonitis. El íleo persistente puede indicar la formación de un absceso, como complicación o mala respuesta a los antibióticos. Están contraindicados los estimulantes del peristaltismo.

Obstrucción intestinal. Puede aparecer días o semanas después de la operación; es secundaria a un absceso intraperitoneal, a adherencias o a ambas alteraciones.

Esterilidad. En niñas que han tenido apendicitis complicada e infección pélvica extensa puede haber cicatrices permanentes en las trompas de Falopio y como consecuencia esterilidad aunque en un porcentaje bajo.

Mortalidad. La mortalidad en apendicitis aguda en niños mayores de 2 años es de 0.1%, en lactantes llega al 10% y en recién nacidos puede alcanzar hasta el 80%. En el Instituto Nacional de Pediatría la mortalidad resultó del 0% en pacientes de 4 meses a 18 años de edad, en 100 casos estudiados.

APLIICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

2.1 VALORACION

RESUMEN CLINICO

Se trata de Anselmo de 3 años de edad; nacido el 12 de Abril del 2003 en la ciudad de México; proviene de una familia de recursos medios, cuentan con casa propia, y provista de todos los servicios básicos, llevan una alimentación “adecuada” aparentemente, niega enfermedades propias de la infancia, y la madre refiere haber llevado un adecuado control prenatal y sin complicaciones. El pequeño al nacer tuvo Apgar de 8/9.

Anselmo es llevado a la Clínica de Chalco, debido a que el pasado 24 de Agosto del 2006 presentó dolor abdominal intenso tipo cólico, acompañado de hipertermia no cuantificada por la madre; es tratado en el servicio de urgencias en donde no se le realiza ningún tipo de estudio, dando solo como tratamiento Ampicilina y Paracetamol.

Al continuar con el cuadro y aunarse a este vómitos de contenido gástrico entre 10 y 15 ocasiones aproximadamente, es llevado nuevamente a la clínica de Chalco en donde lo detienen lo dejan en ayuno y se le coloca sonda nasogástrica a derivación, se canaliza vena solo para pasar una carga de solución hartman para 2 horas; en este momento se le dice a la madre que su hijo tiene una probable Oclusión Intestinal y que se va a quedar en observación.

En la madrugada del 26 de Agosto del 2006 Anselmo fue trasladado al Hospital Obregón de donde el es derechohabiente, llegando al servicio de urgencias en donde es valorado por pediatra y este indica se ingrese a piso para ser valorado por cirujano pediatra.

Al ser valorado por el cirujano este indica sea preparado para quirófano para intervenir de urgencia ya que el niño presenta cuadro de apendicitis perforada.

La cirugía fue realizada exitosamente sin alguna otra complicación, Anselmo pasa a recuperación tranquilo sin manifestar presencia de dolor, náusea o vómito, y con signos vitales estables siendo estos:

FC=110 FR=32 Temp.=36.5 T/A=100/60

Se le dejó penrose, drenando este moderado líquido hemático, se le colocó bolsa recolectora, para cuantificación del mismo, y se le reinstaló la sonda nasogástrica la cual drena escasos pozos de café. Es trasladado a piso de pediatría.

Anselmo cursó el postoperatorio con signos vitales estables y sin alteraciones

	T/A	FC	FR	TEMP.
27 AGOSTO	100/60	115	32	36.5°
28 AGOSTO	110/60	112	30	37°
29 AGOSTO	100/60	118	30	36.7°
30 AGOSTO	100/60	120	34	37°
31 AGOSTO	110/70	110	30	36.5°
01 SEPTIEMBRE	100/60	112	30	36.6°
02 SEPTIEMBRE	100/70	115	32	36.8°
03 SEPTIEMBRE	100/60	112	32	36.5°
04 SEPTIEMBRE	110/60	112	32	37°
05 SEPTIEMBRE	100/60	110	30	36.5°

INDICACIONES

Ayuno por cuatro días, posteriormente iniciar con líquidos claros y al sexto día iniciar dieta blanda libre de grasas

Soluciones p/8 hrs.

Glucosa 5% 270ml

Fisiológica 45ml

KCL 10mEq

MEDICAMENTOS

Ampicilina	300mg IV c/6 hrs.
Amikacina	180mg IV c/24 hrs.
Metronidazol	140mg IV c/8 hrs.
Ranitidina	12mg IV c/12 hrs.
Metamizol	120mg IV c/8 hrs.

MEDIDAS GENERALES

P.A. c/4 hrs.

SNG a derivación

Reposición de pérdidas por SNG c/soluc.Hartman por turno

Control de líquidos

Cuidados de Hx Qx y penrose

Insistir en deambulación.

EXPLORACIÓN FÍSICA

1er. Día postoperatorio.

Anselmo preescolar de 3 años se encuentra conciente tranquilo al manejo hipoactivo, reactivo a estímulos externos, palidez de tegumentos, piel turgente lisa, hidratada, pupilas isocóricas, normorefléxicas, mucosas orales semihidratadas, sonda nasogástrica a derivación drenando pozos de café cuello sin adenomegalías, campos pulmonares ventilando sin rudeza pulmonar ni estertores, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, abdomen duro, globoso a la palpación refiriendo dolor al momento de está, ruidos peristálticos presentes, herida quirúrgica limpia bien afrontada cubierta, penrose con bolsa recolectora drenando líquido hemático moderado, genitales de acuerdo a edad y sexo, testículos bien conformados ambos en bolsa escrotal, se observa presencia de globo vesical, extremidades integras sin alteraciones, venoclisis permeable en miembro torácico izquierdo, se mantiene en observación.

En los siguientes días el niño se encontró irritable, inquieto, sonda nasogástrica a derivación drenando, escasos pozos de café, se encontraba nauseoso sin

llegar al vómito, presenta dificultad para movilizarse, caminar, e incorporarse ya que al hacerlo presenta dolor en la herida del abdomen, en la región en donde se encuentra el penrose la piel está irritada, esto está causando molestias en el pequeño.

5° Día de hospitalización

Paciente preescolar conciente reactivo-activo con ligera palidez de tegumentos piel hidratada, tersa, lisa turgente, tranquilo, cooperador al manejo comenzando a socializar, pupilas isocóricas normorefléxicas, mucosas orales semihidratadas, se retira sonda nasogástrica iniciando a tomar líquidos claros (té, agua, gelatina, jugos), los cuales por el momento los ha tolerado adecuadamente, cuello sin adenomegalias, campos pulmonares bien ventilados sin estertores, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, abdomen blando depresible a la palpación, peristalsis presente, canalizando gases, herida quirúrgica limpia seca y cubierta, penrose drenando escasamente líquido cerohemático; sin embargo, la piel de esta área se encuentra con eritema y esto causa molestia en el niño; además que hay temor a la movilización del niño manifestada por la madre ya que este se mueve y ella no lo deja hacerlo libremente por miedo a que se lastime o abra la herida, sin embargo el niño no refiere molestia alguna, genitales íntegros de acuerdo a edad y sexo, extremidades integrales sin alteraciones

Debido al calor que hace en el servicio de Pediatría en niño se encuentra diaforético e inquieto, a esto se aúna a que la mamá lo baña dos veces al día cuando se encuentra en su hogar; sin embargo la mamá teme lastimarlo al bañarlo

En cuanto a la eliminación urinaria esta es moderada de color transparente, no refiere molestias, sigue canalizando gases, por lo pronto no presenta evacuaciones debido a que aun no come alimentos sólidos.

En el sexto día de hospitalización, toleró adecuadamente el inicio de la vía oral con líquidos y no vomitó, se le inició dieta blanda la cual tolera adecuadamente, se retiró penrose el cual ya no drenaba ningún tipo de residuos, su movilización

ya es más segura, camina sin problemas erguido, sus ruidos peristálticos están presentes, canaliza gases.

En cuanto a la alimentación en casa la madre pregunta que tipo de alimentos le podrá dar al niño, además aunado a esto Anselmo es su único hijo, y menciona que le gusta mucho andar en bicicleta, que es muy inquieto, pero teme, que el dejarlo hacer sus actividades diarias le traiga complicaciones y/o una decaída. En cuanto a la alimentación, nos dice que al niño no le gustan las verduras y por lo tanto casi no se las prepara. Por lo tanto le angustia lo que le va a poder ofrecer de comer al niño.

2.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO: Riesgo de alteración del estado de hidratación relacionado con el drenaje de la sonda nasogástrica y del penrose.

OBJETIVO: El paciente se mantendrá hidratado

DIAGNÓSTICO: Déficit en la capacidad de movimiento relacionado con la etapa posquirúrgica, manifestada por dolor al incorporarse, sentarse o caminar.

OBJETIVO: El paciente disminuirá su dolor y recuperará su movilidad.

DIAGNÓSTICO: Deterioro de la integridad de la piel relacionada con los drenajes manifestado por eritema en la periferia del drenaje.

OBJETIVO: Mantener la integridad de la piel alrededor del área de los drenes.

DIAGNÓSTICO: Alteración del descanso y sueño relacionada con el ambiente hospitalario, manifestada por irritabilidad e inquietud.

OBJETIVO: El paciente mejorará su patrón de descanso y sueño.

DIAGNÓSTICO: Alteración en la eliminación urinaria relacionada con la cirugía practicada manifestada por dolor abdominal y presencia de globo vesical

OBJETIVO: Ayudar al paciente en la eliminación urinaria utilizando algunas medidas de enfermería.

2.3 PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN

DIAGNÓSTICO: Riesgo de alteración del estado de hidratación relacionado con el drenaje de la sonda nasogástrica y del penrose.

OBJETIVO: El paciente se mantendrá hidratado

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Llevar a cabo un estricto control de líquidos (ingresos y egresos) y reportar las cantidades de los drenajes que superen los 500 ml en 24 hrs.

FUNDAMENTACIÓN: El volumen hídrico en un ser humano es constante por la ingestión y equilibrada por la excreción. Por lo tanto es preciso prevenir el desequilibrio de líquidos, electrolitos y ácido base.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Observar y registrar las características de los drenajes.

FUNDAMENTACIÓN: Detectar complicaciones tales como: obstrucción, fístulas, escapes o caídas.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Administración de líquidos por vía intravenosa, para reposición de pérdidas con solución Hartman al 100%.

FUNDAMENTACIÓN: La infusión de líquidos, electrolitos y sustancias por vía intravenosa tienen la ventaja de su rápida absorción, pues pasan en forma directa al líquido extracelular. La cual se emplea cuando existe pérdida de agua y bases, si se desea mantener el equilibrio electrolítico, estas proporcionan varios de los electrolitos esenciales para el organismo.

DIAGNÓSTICO: Déficit en la capacidad de movimiento relacionado con la etapa posquirúrgica, manifestada por dolor al incorporarse, sentarse o caminar.

OBJETIVO: El paciente disminuirá su dolor y recuperará su movilidad.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Localizar y evaluar la intensidad y el carácter del dolor.

Ayudar al paciente (y a la mamá) a determinar la duración y los factores que alivian el dolor.

FUNDAMENTACIÓN: La identificación oportuna de las fases en torno al dolor, permite establecer un plan terapéutico para evitar, disminuir o controlar el dolor eficazmente.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Administración y ministración de analgésicos, según lo indicado por el médico.

Valorar la eficacia del analgésico ministrado.

FUNDAMENTACIÓN: Los medicamentos pueden actuar para mitigar el dolor, mediante el sistema nervioso central. Sin embargo se requiere un buen juicio para evitar el uso excesivo de estos.

ACCIÓN DE ENFERMERIA: Aplicación de medios físicos (aplicación de compresas frías y calientes).

FUNDAMENTACIÓN: Los efectos del calor analgésicos, descongestivos, antiespasmódicos y sedantes. Mientras que el frío alivia el espasmo muscular, reduce la inflamación y alivia el dolor por lo tanto esto nos puede ayudar a mitigar el dolor del paciente.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Fomentar la ambulación temprana.

FUNDAMENTACIÓN: La ambulación temprana favorece el retorno de actividades fisiológicas normales, como peristálsis gastrointestinal, reduce la frecuencia de complicaciones respiratorias y circulatorias, previene la pérdida del tono muscular, mejora la moral del paciente y acorta el período de hospitalización y convalecencia.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Cambiar la postura frecuentemente.

FUNDAMENTACIÓN: Favorecer la relajación muscular y la comodidad del paciente.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Aplicación suave de presión sobre el abdomen con una almohada.

FUNDAMENTACIÓN: La prevención de tensión en el lugar de la cirugía por buena posición y apoyo con una almohada y vendaje contribuyen a prevenir y aliviar el dolor.

DIAGNÓSTICO: Deterioro de la integridad de la piel relacionada con los drenajes manifestado por eritema en la periferia del drenaje.

OBJETIVO: Mantener la integridad de la piel alrededor del área de los drenes.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Mantener la piel seca.

FUNDAMENTACIÓN: Es importante secar la piel con suaves golpecitos para evitar traumatismos en los tejidos.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Cambiar constantemente la bolsa recolectora del penrose. Enseñar a la madre a realizar el cambio de la bolsa recolectora.

FUNDAMENTACIÓN: Es necesario prevenir las infecciones, llevando a cabo una buena técnica de asepsia en cada cambio de la bolsa recolectora, ya que

cualquier incisión en la piel interrumpe la integridad de esta y su barrera protectora.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Enseñar a la madre a detectar datos de infección como son: irritación, inflamación, salida de pus o dolor en el área de la cirugía y del penrose.

FUNDAMENTACIÓN: Pueden presentarse signos tempranos de infección de la piel y sabiéndolos detectar nos evitará la presencia de complicaciones como peritonitis, septicemia abdominal.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Enseñar a la madre a limpiar con suavidad la piel que rodea el penrose y la herida quirúrgica.

FUNDAMENTACIÓN: La fricción suave con agua tibia y un jabón neutro limpia la piel y reduce la irritación y la presencia de excoriaciones.

DIAGNÓSTICO: Alteración del descanso y sueño relacionada con el ambiente hospitalario, manifestada por irritabilidad e inquietud.

OBJETIVO: El paciente mejorará su patrón de descanso y sueño.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Identificar formas de descanso que usualmente realiza el paciente. Conocer prácticas ordinarias que utiliza el paciente para dormir. Investigar datos sobre el tipo de sueño que tiene el paciente.

FUNDAMENTACIÓN: La identificación de intereses, motivaciones y limitaciones físicas o mentales del paciente, así como los factores de su equilibrio biopsicosocial y del ambiente terapéutico, facilita una planeación individual de actividades basada en la selección, orientación y ejecución que conlleve al descanso físico y mental

El ciclo vigilia sueño se desarrolla en edad temprana así como el aprendizaje de patrones de sueño (horario, duración y ambiente).

La evaluación del paciente en cuanto la cantidad, calidad y manifestaciones en torno al sueño permite ayudar al paciente a su satisfacción de necesidades.

DIAGNÓSTICO: Alteración en la eliminación urinaria relacionada con la cirugía practicada manifestada por dolor abdominal y presencia de globo vesical

OBJETIVO: Ayudar al paciente en la eliminación urinaria utilizando algunas medidas de enfermería.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Proporcionar un cómodo y abrir las llaves del agua para que el paciente la oiga correr.

FUNDAMENTACIÓN: Está acción puede estimular que el paciente miccione.

ACCION DE ENFERMERIA: Aplicación de medios físicos (colocación de un guante con agua caliente o fría), en la región del hipogastrio o en su defecto verter agua caliente sobre el perineo.

FUNDAMENTACIÓN: Esto nos ayudará a relajar los esfínteres.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Se da aviso a médico de guardia del problema del paciente.

FUNDAMENTACIÓN: El médico valorará la aplicación de otro método que nos ayude a obtener resultados.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Se coloca sonda vesical solo para drenar orina acumulada en vejiga.

FUNDAMENTACIÓN: La colocación de la sonda nos ayudará al vaciamiento directo de la vejiga. Utilizando una técnica estéril adecuada para evitar infecciones urinarias.

ACCIÓN DE ENFERMERÍA: Se lleva a cabo un estricto control de líquidos. Se toma muestra de orina para mandar a realizar EGO (examen general de orina).

FUNDAMENTACIÓN: Esto nos ayudará a valorar alguna complicación renal y/o infección urinaria.

2.4 EVALUACIÓN

Las mucosas y la piel se mantuvieron bien hidratadas y los electrolitos sèricos se mantienen dentro de los parámetros normales.

Disminuyó el dolor de manera importante.

Se logro mantener tranquilo y relajado al paciente.

Comenzó a deambular por periodos cortos y poco a poco fue perdiendo el miedo y deambulo por más tiempo y más confianza.

El eritema se fue desvaneciendo en tanto se mantiene la piel seca, pues el pequeño en cuanto sentía la humedad en su piel, se lo hacía saber a su madre y ella que ya había sido adiestrada para el cambio de su bolsa la cambiaba inmediatamente y esto nos ayudo a mantener la piel seca e integra.

Por lo tanto la piel del área de la herida quirúrgica y del penrose se mantuvo sana.

Recuperó en gran medida su patrón de sueño y descanso.

Como los medios físicos no ayudaron a la eliminación urinaria, se recurrió a la colocación de la sonda foley para el vaciamiento de la vejiga lo cual se logró, y posteriormente ya no necesito ayuda para la eliminación urinaria.

Se logró la pronta recuperación del paciente.

.

2.5 PLAN DE ALTA

El paciente al ya no requerir de los cuidados y tratamientos proporcionados en el servicio de hospitalización de la unidad médica Nuevo Hospital Obregón se da de alta a partir del día 05 de Septiembre del 2006, por lo que se le llevará un control de su estado de salud en la consulta externa, para tener seguimiento de su recuperación.

El paciente llevará una dieta baja en grasas, sin irritantes, básicamente compuesta por frutas y verduras, rica en fibra y abundantes líquidos, esto ayudará al paciente a tener una digestión adecuada.

El único medicamento que se le prescribe es el paracetamol, debido a la presencia de dolor y este medicamento le ayudará a disminuirlo, administrando 120 mg cada 8 horas.

Conjuntamente se le explicará a la mamá del paciente los cuidados que debe tener en su casa, con respecto a la herida quirúrgica, y estas serán las siguientes:

1. Limpiar con suavidad la piel que rodea la herida quirúrgica, así como la incisión donde se encontraba el penrose.
2. Mantener seca la piel
3. Evitar cargar cosas pesadas y hacer esfuerzos grandes
4. Bañarse diariamente

Esto con el objetivo de evitar cualquier posible complicación, que puede ir desde una irritación en el área de la herida quirúrgica y del penrose, hasta una dehiscencia de la herida o una infección.

Además se le orienta a la mamá sobre los datos de alarma que pudieran provocar una infección, tales como, una irritación, inflamación, dolor de forma intensa o estreñimiento. Todo esto con el fin de que la mamá identifique signos

y síntomas que indiquen alguna alteración, para así prevenir complicaciones de manera oportuna.

CONCLUSIONES

El proceso de Atención de Enfermería es una herramienta específica que nos ayuda a tratar y detectar problemas del estado de salud tanto del individuo, como de la comunidad; además de plantear un objeto de estudio para el Licenciado en Enfermería esto es, brindar cuidados de manera científica y metódica, por lo que el profesional debe contar con los conocimientos suficientes para que en su quehacer diario pueda establecer acciones propicias de enfermería , así como de saber del tratamiento médico y su participación dentro del mismo.

Reafirmando así el vínculo que se genera entre paciente – enfermera el cual se encuentra en un contacto por demás estrecho al cuidar del enfermo y observar detenidamente su evolución.

Así podemos concluir que el Proceso de Atención de Enfermería es aplicable a todo paciente y toda comunidad ya que al detectar tanto los problemas de atención como las necesidades que el paciente tenga se podrá actuar de manera rápida y oportuna, evitando así, complicaciones en el estado de salud del individuo o de su comunidad.

Por lo que podemos decir que independientemente de las teorías y sus distintos argumentos que se plantean, el objetivo es el mismo: brindar cuidados al individuo de forma integral y con una adecuada calidad de atención.

SUGERENCIAS

Es preciso que no olvidemos nunca lo importante que es dar una atención de calidad a nuestros pacientes, sabiendo de antemano el como y el porque de cada acción que realizamos con ellos.

También es necesario que nos sigamos preparando día con día y estemos actualizados en cuanto a nuestros conocimientos y sobre todo estar abiertos a aprender de todos y cada uno de los profesionales de la salud con quien compartamos la atención de los pacientes.

Y sobre todo no rutinisarnos pese a la carga de trabajo que haya dentro de los servicios en que estemos trabajando y tener en cuenta que siempre debemos dar prioridad a los cuidados más importantes para la recuperación del paciente.

Por último hay que tener en cuenta que alguna vez nosotros podríamos ser los pacientes que necesitemos los cuidados y atenciones de una enfermera bien preparada que no olvide que somos seres humanos.

BIBLIOGRAFÍA

Brunner y Sudart. Enfermería Médico – Quirúrgica. Ed. Mc Graw – Hill ed. México 1998, 2136 pp.

Fernández, Héctor. Pediatría Médica Ed. Trillas. INP

Griffith, Janet y Paula Christensen. Proceso de Atención de Enfermería; aplicación de teorías guías y modelos. Ed. Manual Moderno. México 1993,406 pp.

Marriner Tomey, Ann y Martha Raile. Modelos y Teorías en Enfermería Ed. Harcourt Brace 4° ed. España 1998, 555 pp

Rodríguez Carranza, Rodolfo. Vademécum Académico de Medicamentos. Ed. Mc Graw – Hill, 1999, 1025pp.

Rosales, Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería. Ed. Manual Moderno
190 pp.

Tortora. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Oxford 7 ° ed. España 2002,1250 pp.

Treviño Martínez, Gilberto. Manual de Pediatría. Ed. Mc Graw – Hill 1998 350 pp.

Watson, Jeannette E. Enfermería Médico – Quirúrgica. Ed. Interamericana México 1998 630 pp.

Whaley, Lucillef. Tratado de Enfermería Pediátrica. Ed. Mc Graw – Hill 280 pp.

GLOSARIO

ABSCESO. Acumulación Localizada de pus y tejidos desintegrados en una cavidad.

ANTIBIOTICO. En sentido literal, su significado es de antivida, sustancia producida por un microorganismo que inhibe la reproducción de otros gérmenes o les da muerte

APÉNDICE VERMIFORME Estructura tubular corneada que está unida al ciego.

APENDICITIS. Inflamación del apéndice.

DIAGNOSTICO Reconocimiento de las enfermedades a partir de sus signos y síntomas, por inspección, palpación, pruebas de laboratorio y otros métodos.

DOLOR. Sensación desagradable producida por estímulos de diversos tipos aplicados sobre terminaciones nerviosas libres distribuidas por todo el cuerpo. En general se considera un mecanismo protector del organismo, como signo de alarma o para provocar una reacción refleja destinada a evitar estímulos perjudiciales.

DRENAJE. Desviación de líquidos y gases corporales patológicos o producidos en exceso de forma natural. Se refuerza en ocasiones mediante una postura adecuada del enfermo, la derivación se realiza hacia la superficie del cuerpo.

ELECTROLITO. Cualquier compuesto que se separa en iones cuando se disuelve en agua y que conduce la electricidad.

ERITEMA. Enrojecimiento de la piel usualmente causado por dilatación capilar en las capas profundas de la propia piel.

EXCRECION. Eliminación de los productos de desecho de una célula, tejido del cuerpo, o los productos excretados.

HARTMAN. La solución Hartman o Ringer, es un líquido estéril con un ph de 6 – 7.5 que contienen diversas sales que proporcionan varios de los electrolitos esenciales para el organismo, esta solución está indicada en deshidratación isotónica, deshidratación y acidosis por vómito, diarrea, fístulas, exudados, quemaduras o choques.

INTESTINO GRUESO. Porción del tubo digestivo que se extiende entre el íleon del intestino delgado y el ano incluyendo éste, y se divide en ciego, colón, recto, canal anal y ano.

MIEMBRO INFERIOR. El unido a la cintura pélvica, consistente en muslo, rodilla, pierna, tobillo y pie incluyendo los dedos.

SUPERIOR. MIEMBRO El que se une al tronco y consiste en brazo, antebrazo, muñeca y mano.

MUCOSA. Membrana de revestimiento de una cavidad corporal que se abre al exterior.

PARENTERAL. Situado o que tiene lugar fuera de los intestinos, por lo general, se refiere a la introducción de sustancias, en el cuerpo por cualquier otra vía que no sea la intestinal, como la intradérmica, subcutánea, intramuscular, intravenosa, raquídea.

PREOPERATORIO. Periodo de preparación física y psíquica, determinado por las necesidades del paciente, transcurre desde el momento de admisión al hospital hasta la intervención quirúrgica.

POSOPERATORIO. Período de recuperación, que inicia desde que el paciente es quitado de la mesa de operaciones, incluye una serie de actividades encaminadas a llenar las necesidades físicas y psíquicas del enfermo.

RETENSION URINARIA. Incapacidad para orinar a causa obstrucción, contracción nerviosa de la uretra o ausencia de la necesidad de orinar.

TRANSOPERATORIO. Tiempo que transcurre para efectuar la intervención quirúrgica.

ANEXOS

APARATO DIGESTIVO

APENDICE



Intestino grueso

Ciego

Apéndice



