



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA A UNA
PACIENTE ADULTA CON HERNIA UMBILICAL Y
ALTERACIONES EN LA NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN
Y ELIMINACIÓN. BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON**

Que para obtener el titulo de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

MIGUEL MARTINEZ AVILA

N° Cta. 8217104-5

DIRECTORA DE TRABAJO:

MAESTRA: IÑIGA PÉREZ CABRERA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO

A MI FAMILIA

*En especial a mi madre que me dio toda la confianza
Y su apoyo incondicional, a mi hermano, a mis
Hijos que me ayudaron a realizar este trabajo.*

A MI ESPOSA

*Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer
Lo mucho que me ha ayudado a superarme en esta
Vida, debo expresarle que mis ideales y esfuerzos han
Sido inspirados en ella, que es mi fuerza espiritual ya
Que sin ella no lo hubiera logrado por ser mi
Motivación que constituye el legado más grande que
Pudiera recibir.*

Con amor, con cariño, admiración y respeto...

Miguel

Lic. En Enfermería y Obstetricia

A MI ASESORA:

*Maestra Iñiga Pérez Cabrera, que me
Brindo la confianza y el apoyo necesario para
Poder realizar este trabajo gracias profesora
Por su apoyo*

I N D I C E

INTRODUCCIÓN	1
1... OBJETIVOS	3
1.1 GENERALES	3
1.2 ESPECIFICOS	3
2. METODOLOGÍA	4
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1 Proceso de Atención de Enfermería	5
3.1.1 Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	5
3.1.2 Propósito del Proceso de Enfermería	6
3.2 Fases del Proceso de Atención de Enfermería	7
3.2.1 Valoraciones	7
3.2.2 Valoraciones de los diagnósticos de la NANDA	9
3.2.3 Conceptos de los diagnósticos de la NANDA	9
3.2.4 Planeación	11
3.2.5 Ejecución	11
3.2.6 Evaluación	12
3.3 Acciones planificadas a la paciente	12

3.4	Modelo de Virginia Henderson	12
4.	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	17
4.1	Antecedentes familiares y personales	18
4.2	Valoración de las 14 necesidades	19
4.3	Plan de intervención para la paciente	25
4.3.1	Planeación, Ejecución, Evaluación	26
4.3.2	Necesidades de oxigenación	26
4.4	Plan de alta	32
4.4.1	Nutrición dietética en cirugía	32
4.4.2	Sugerencias	33
5.	CONCLUSIONES	36
6.	GLOSARIO	37
7.	BIBLIOGRAFÍA	38
8.	ANEXOS	40
8.1	Localización de los puntos de las hernias de la pared abdominal.....	48
8.2	Hernia umbilical. Definición	49
8.2.1	Etiología / manifestaciones clínicas	49
8.2.2	Naturaleza: Mecanismo de la hernia	50
8.2.3	Valoración: De la paciente con hernia umbilical	52

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la profesión de enfermería atraviesa por etapas de transformación, debido a los cambios en la sociedad en que vivimos y de las numerosas presiones internas y externas, que ejercen los pacientes sobre los sistemas de atención a la salud.

La función principal de la enfermera(o) es proporcionar el cuidado individualizado a personas con problemas de salud, teniendo como objetivo principal la satisfacción de sus necesidades esenciales que contribuyen a lograr el mayor potencial para su autocuidado.

Sufrir una enfermedad en la casa o ser llevado a un hospital son situaciones que producen temor y ansiedad. Como seres humanos el temor a lo desconocido y la idea de que el papel en la familia puede cambiar o perder la identidad y al convertirse en un caso o en un número, en lugar de una persona.

La forma como responde el personal de salud a estos temores y preocupaciones influyen de manera decisiva en las experiencias del paciente durante la enfermedad.

En este estudio se plantea como el objetivo de aplicar los procesos de enfermería en los cuidados del preoperatorio inmediato, intraoperatorio y pos operatorio inmediato, en la Cirugía de hernia Umbilical logrando que el paciente desarrolle el autocuidado en las etapas de preoperatorio y post-operatorio. Este estudio se realizó en el Hospital General la Villa, ubicado en avenida Inguarán, específicamente durante la estancia en el área de quirófano en sala de recuperación y en el de hospitalización

En éste se observó y analizó el proceso de atención de enfermería en una paciente que requiere intervención quirúrgica por Hernia Umbilical, logrando la comunicación previa con ella para asistirle en la sala de preanestesia, horas antes a su intervención, participando con las enfermeras responsables de quirófano y posteriormente en recuperación brindando los cuidados post-operatorios.

Los cuidados se aplican en las etapas de los procesos de atención de enfermería que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, siguiendo para ello conjuntamente el modelo de Virginia Henderson, que considera para ello las catorce necesidades humanas básicas.

Este proceso está integrado: Por los objetivos, la metodología, el marco teórico en dos apartados, uno relacionado con el PAE y el otro con los fundamentos conceptuales de la entidad patológica de la hernia umbilical.

En el capítulo 5 el desarrollo del PAE con sus etapas, enfatizando el plan de alta para el seguimiento de los cuidados en el hogar, Al final las conclusiones, propuestas, glosario, bibliografía y anexos

1.

OBJETIVOS

2.1 GENERAL:

Proponer un modelo de atención que oriente la práctica de enfermería para dar los cuidados propuestos, mediante el modelo de Virginia Henderson. Determinar la importancia que tiene el personal de enfermería en los cuidados de preoperatorio inmediato, intraoperatorio y post-operatorio inmediato, durante la cirugía de Hernia Umbilical proporcionando alternativas que de solución a las necesidades afectadas de la paciente, elaborando un plan de acciones para favorecer su independencia, en el auto cuidado en el posoperatorio de hernio plastia umbilical.

2.2 ESPECÍFICOS:

- Identificar las necesidades básicas de una mujer con hernia umbilical y alteraciones en la necesidad de alimentación y eliminación.
- Planear los cuidados específicos de enfermería, con su respectiva fundamentación, en los objetivos en los diagnósticos, y en el tratamiento.
- Ejecutar los cuidados planeados y la valoración de los mismos
- Orientar a la paciente en la etapa temprana de complicaciones potenciales de la hernia umbilical, y en el posoperatorio.
- Realizar el plan de cuidados específicos para las necesidades de la paciente.
- Conocer las causas que desencadenen esta patología, así como, sus signos y síntomas, los exámenes previos a la intervención y sus consecuencias.

2.

METODOLOGIA

Lugar: Hospital General la Villa
Servicio: Cirugía general.

Tiempo: del 22 de noviembre 2006 al 24 de febrero de 2007.

Población: Se trata de una paciente de 51 años de edad cuyas principales necesidades han sido: eliminación, alimentación, movimiento y postura.

Valoración: Es recoger los datos. Validar los datos. Organizar los datos. Identificar patrones/comprobar las primeras impresiones. Informar/anotar los datos.¹ La hernia umbilical es una debilidad, congénita o adquirida de la pared abdominal. Esta valoración permite hacer un diagnóstico, que es un informe de los problemas de la paciente, incluyendo su condición física, limitaciones y forma de adaptarse al problema. Decidí elegir a esta paciente, por que tiene una gran inquietud y preocupación sobre los cuidados que debe de llevar a cabo en su vida diaria después de la intervención quirúrgica. Esto brinda la oportunidad de elaborar un plan individualizado para el cuidado de la paciente.

Diagnóstico: Identificación de los problemas. Identificación de los factores de riesgo. Predecir los problemas/complicaciones potenciales. Identificar los recursos y puntos fuertes. Necesitan ser clasificados según el marco teórico y modelos conceptuales que guiarán los formatos de evaluación. Sobre la base de los criterios de la NANDA y el formato PES. (P= problema, E= etiología, S= signos y síntomas).

Planeación: El PAE es individualizado de manera que éste pueda dar solución a los problemas y evitar complicaciones de la paciente, las necesidades, las metas y los objetivos son intervenciones de enfermería. Con su elaboración termina la fase de planeación.

Ejecución: Favorece los cuidados individualizados de enfermería durante todas las etapas de enfermedad de la paciente, aplicando estrategias (intervenciones de enfermería) planteadas con el fin de lograr los objetivos fijados.

Evaluación: Corresponde a comparar los resultados obtenidos del proceso de atención de enfermería en todas sus etapas con el logro de los objetivos planteados. Aunque la evaluación está considerada como la fase ultima del PAE, ésta se realiza desde la

¹ Alfaro-LeFevre Rosalinda. Aplicaciones del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración 3ª ed. España: Masson. 2005. p. 80.

identificación de los problemas, los que han de volverse a valorar y planear, así como de los cuidados efectuados y reevaluados. Las etapas del PAE son un ciclo continuo.²

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Proceso de atención de enfermería. (PAE)

Proceso: Un proceso es una serie de acciones u operaciones planificadas y dirigidas hacia un resultado en particular.

El proceso atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud; es un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible.³

El proceso de enfermería es un proceso cíclico de cinco pasos formado por la valoración de las necesidades asistenciales, el establecimiento de diagnóstico de enfermería, la planificación de la asistencia a los pacientes, la ejecución de la asistencia y la valoración de los resultados. Los procesos de enfermería proporcionan el sistema o metodología para la toma de decisiones.⁴

3.1.1 Aplicación del proceso de atención de enfermería

Este proceso se aplica a una paciente de 51 años de edad que presenta: hernia umbilical con varios años de evolución la cual ostenta aumento consecutivo, es internada en el Hospital General la Villa, durante su estancia se utilizaron las etapas del proceso de atención de enfermería que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

El modelo de Virginia Henderson, es el instrumento en el cual se desarrollan por medio de valoración de las necesidades del individuo, así mismo se realizan los diagnósticos de enfermería para el desarrollo del trabajo.

Se planea una descripción de cada una de las etapas que compone el Proceso de Atención de Enfermería, así como su aplicación en la paciente seleccionada, con un alto sentido de responsabilidad además se utilizaron criterios bien definidos para llevar a cabo las acciones propias de enfermería, tomando en cuenta específicamente las necesidades valoradas.

² Marriner, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ª ed. Barcelona: Mosby, 1999. p 1

³ Alfaro-LeFevre. Fundamentos de Enfermería. 3ª ed. España: Doyma, 1996. p. 4

⁴ Beare/Myers. Enfermería Médico Quirúrgica. "Principios y practicas". 2ª ed Barcelona. España: McGraw-Hill, 1997. p.75

3.1.2 Propósito del proceso de enfermería

El propósito es proporcionar un marco dentro del cual se puedan satisfacer las necesidades individualizadas de la paciente y familia.

Con el fin de ejecutar con eficacia el proceso de enfermería las personas comprometidas con la práctica de la enfermería deben:

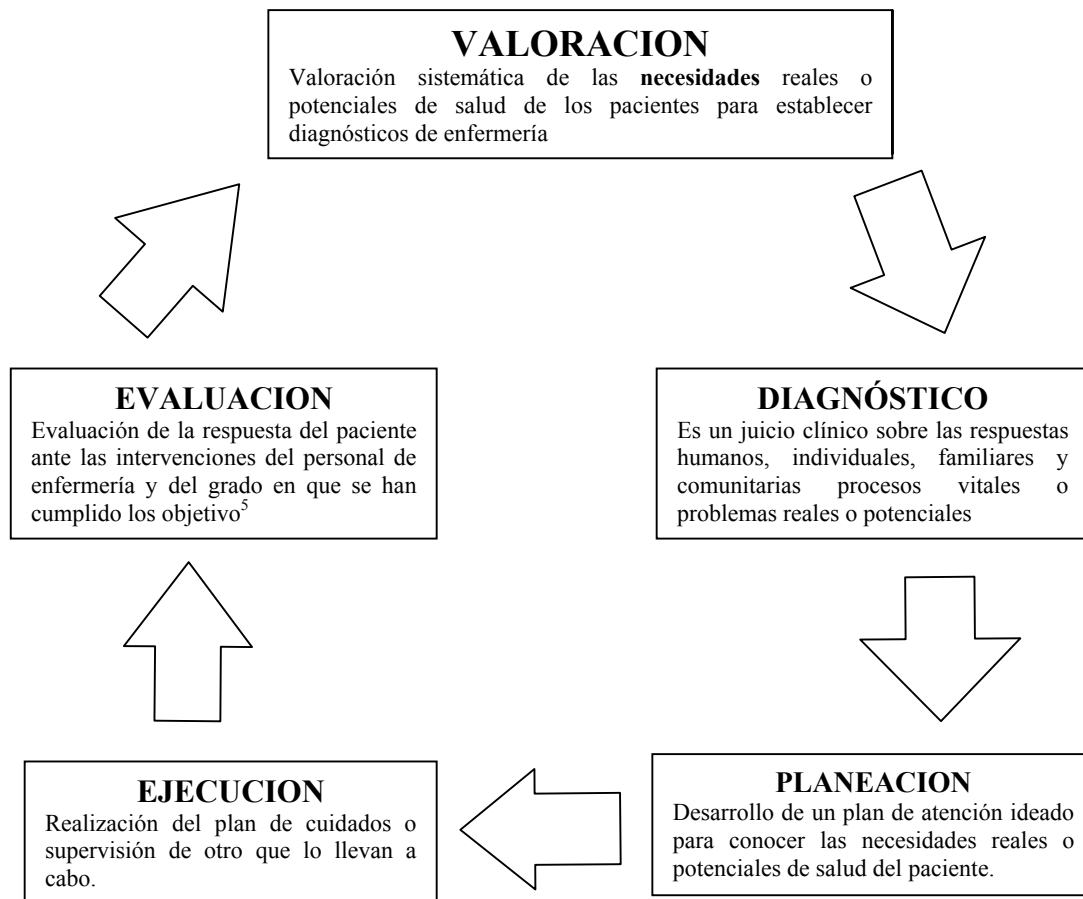
1. Ejercer la enfermería basándose en los principios y teorías de las ciencias y de la conducta
2. Actualizar continuamente sus conocimientos y habilidades, aplicar los nuevos conocimientos generadores por la investigación.
3. Determinar la amplitud de su actuación tras considerar las necesidades de los pacientes, la competencia profesional, el lugar donde se presta la asistencia y los recursos disponibles.
4. Garantizar la participación del paciente y de su familia en la promoción de la salud, su mantenimiento y su recuperación.

El proceso de enfermería consta de una serie de pasos interrelacionados. Estos pasos tienen una naturaleza continua y cada uno se repite en numerosas ocasiones a medida que los cambios en la salud del paciente alteran los datos básicos y obligan a una valoración adicional y a efectuar nuevos diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución y evaluación de los resultados. A continuación se muestra la interrelación que existe entre los procesos de enfermería.

La interacción entre los pasos del proceso de enfermería es constante, ya que se trata de un proceso dinámico, no estático. Los cambios de uno de los pasos de los procesos afectan a todos los demás.⁵

⁵ Beare / Myers. Op Cit. p. 78

3.2 Fases del proceso de atención de enfermería ⁶



3.2.1 Valoración

El primer paso en la aplicación del proceso de enfermería consiste en recoger y valorar los datos. La valoración se define como “la observación sistemática y el informe sobre la situación del paciente en las cinco esferas de la experiencia humana: biológica / fisiológica, ambiental / de seguridad, sociocultural/interpersonal, psicológica / de autoestima y espiritual / de autorrealización”

La obtención de datos: Toda la información de los pacientes requiere que el personal de enfermería mire más allá de las indicaciones e indicios evidentes y que busque sistemáticamente la información importante sobre la salud o la enfermedad de una persona.

Recogida de datos: Es la reunión de la información, para reducir al mínimo omisiones y alteraciones de los hechos.

⁶ <http://www.monografias.com/fases-de-procesos-de-enfermeria.shtml>. 2007

La información debe organizarse y registrarse en forma sistemática. (Ello se aplica a la historia completa, la exploración física o notas de evaluación.)

Primero: se registra la historia o información subjetiva. Enseguida se anota la exploración física o datos objetivos. A partir del registro sistemático de los hechos debe surgir una apreciación lógica de los subjetivos y objetivos. En consecuencia los hechos deben señalarse de tal forma que su significado sea claro e indique una historia relacionada.

Datos objetivos: Son las piezas de información que obtiene el examinador por medio de la observación, las técnicas de valoración física, los resultados analíticos u otras medidas fisiológicas. Los datos objetivos; son los que se pueden observar y/o medir. Ejemplo de datos objetivos son el peso del paciente, las cifras de temperatura. Se obtienen por medio del exámen físico.

Datos subjetivos: son las piezas de información proporcionadas por el paciente sobre su estado de salud. El personal de enfermería no puede comprobar esas percepciones. Los datos subjetivos provienen de frases del paciente, como « me duele la garganta». Para evitar que otros proveedores de asistencia interpreten erróneamente la información, los datos subjetivos deben registrarse con las mismas palabras pronunciadas por el paciente. Por ejemplo, se escribe «el paciente dice: siempre estoy cansado», en vez de escribir «el paciente está cansado». Los datos subjetivos se registran como acotaciones verbales de la paciente.⁷

Ejemplos de datos objetivos y subjetivos de la paciente

Datos objetivos	Datos subjetivos
Peso 65 Kg., altura 157 cm	«Creo que peso demasiado»
Hemoglobina 10,5 g	«Estoy muy cansada»
Hematocrito 32%	«Me siento caliente»
Temperatura axial de 38,3° C	

Valoración del proceso de la entrevista.

Preguntas generales no dirigidas para:

Establecer la confianza mutua. Identificar las áreas sobre las que centrar la atención.

Preguntas dirigidas que: Se centran en los síntomas. Analicen los síntomas. Limite el centro de atención a los problemas específicos.

Sondeo de los factores desencadenantes que:

Identifique los efectos fisiológicos y mentales de los síntomas.

Generar hipótesis que:

Identifiquen diagnósticos de enfermería provisionales.

⁷ Beare/ Myers. Op Cit. p. 80 – 81.

INDICACIONES: VALORACIONES DE LA PACIENTE
Temperatura axilar de 38,3 °C Estertores en los lóbulos inferiores derecho e izquierdo. Debilidad. Tos productiva. Fatiga. Dolor abdominal intenso

3.2.2 Valoración de los Diagnósticos de la NANDA

Es la segunda etapa del proceso de atención de enfermería. Proporciona la base para seleccionar intervenciones que permitan conseguir resultados finales que son de responsabilidad de enfermería.

La NANDA define el diagnóstico de enfermería como:

Un juicio clínico sobre las respuestas humanas, individuales, familiares y comunitarias a procesos vitales o problemas reales o potenciales.

Sí esto se aplica a enfermería resulta evidente que las/os enfermeras/os tienen capacidad para tomar decisiones creativas y originales, basadas en la aplicación de unos buenos conocimientos y habilidades a las diferentes situaciones de cuidados (Hinchliff, Susan M, 1993)

Por lo mencionado anteriormente se elabora un proceso de enfermería mediante el cual nos hallaremos en condiciones de establecer un programa clínico de acuerdo a las necesidades de la paciente y proponer un tratamiento adecuado a sus necesidades, basándose en un diagnóstico de enfermería.

3.2.3 Conceptos de los diagnósticos de la NANDA

El esquema de clasificación de los problemas de salud y enfermedad que el personal de enfermería diagnostica, aceptados por la NANDA se establecieron en la novena conferencia en 1990 donde se aceptaron 90 categorías diagnósticas.⁸

Etiqueta: Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificaciones.

Definición: Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

⁸ <http://monografias.com> Diagnósticos de Enfermería Definiciones y Clasificaciones. NANDA. 2003 – 2004.

Características definitorias: Claves observables, inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de salud.

Factores de riesgo: Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable.

Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes, asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes al diagnóstico.

Un diagnóstico de enfermería: puede redactarse en relación con un problema de enfermería real o de alto riesgo (antes potencial). La forma preferida para expresar un diagnóstico de enfermería real consiste en escribir una frase de tres partes que comienza con el término o términos utilizados por la NANDA para ese problema diagnóstico, seguido del factor o factores etiológicos y completo con los signos y síntomas.

El formato PES se utiliza para escribir una frase diagnóstica que plasma un diagnóstico real. Las palabras «relacionad con» conectan el problema y la etiología, mientras que se utiliza la frase «que se manifiesta por» para conectar la etiología con los signos y síntomas.

El diagrama del formato PES es el siguiente:

P: problema sanitario.	E:	S: signos y síntomas
(Relacionados con)	Etiología.	(Que se manifiestan por)

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en:

Diagnóstico de enfermería real: Es el que reúne todos los datos que se requiere para confirmar su existencia. Se redacta, utilizando el formato PES, cuando en distintas valoraciones se identifican las características descriptivas que constituyen las pruebas clínicas del mismo.

Diagnóstico de enfermería de alto riesgo: se redacta para indicar que existen grandes probabilidades de que ocurra, aunque aún no se haya manifestado. El diagnóstico de enfermería de alto riesgo se redacta mediante una frase de dos partes en la que se identifica el problema potencial y su origen.

3.2.4 Planeación

El tercer paso en el proceso de enfermería es planificar asistencia. Una vez que el personal de enfermería ha valorado los datos y los ha interpretado, estableciendo el diagnóstico de enfermería, el siguiente paso consiste en identificar objetivos o resultados de la asistencia.

La planificación es el paso del proceso de enfermería en el cual el profesional decide la mejor forma para proporcionar la asistencia organizada, dirigida hacia una meta e individualizada.

- Establecimiento de prioridades: La planificación de la asistencia comienza con la identificación de las prioridades de los problemas que presentan los pacientes.
- Determinación de los resultados esperados en los pacientes: Una vez identificados los problemas de los pacientes a partir de los datos de valoración, se establecen los resultados u objetivos esperados de la asistencia de enfermería. Estos objetivos siempre deben centrarse en el paciente.
- Identificación de las actuaciones de enfermería: La redacción de las actuaciones de enfermería se facilita cuando se establece un objetivo. Es útil planear la pregunta “¿Qué se necesita para alcanzar el objetivo?”

3.2.5 Ejecución

La cuarta fase del proceso de enfermería, la ejecución, es el paso en el que se presta realmente la asistencia.

- Continuar con la recogida de datos y valoraciones adicionales: Los datos obtenidos se utilizan como base para la identificación de otros diagnósticos de enfermería y para modificar los resultados y actuaciones actuales.
- Realizar las actividades de enfermería: Las actuaciones de enfermería incluyen la asistencia directa que el personal de enfermería presta a los pacientes.
- Dar los informes verbales de enfermería: Además de la información escrita, los informes verbales, por ejemplo los que se dan al acabar el turno, se basan en los resultados de los cambios observados en el estado de los pacientes a medida que se lleva a cabo las actuaciones.
- Mantener el plan de cuidados actualizado: Se indican las actuaciones de enfermería que se hayan establecido, seguidas de los resultados esperados y del tiempo para alcanzarlos.

Las actuaciones de enfermería incluyen la asistencia directa que el personal de enfermería presta a los pacientes, la ayuda a dicha asistencia, la enseñanza al paciente y a su familia y la monitorización de los enfermos.

3.2.6 Evaluación

La última fase del proceso de enfermería es la evaluación. La evaluación anuncia el inicio del proceso de enfermería, más que su término. Es decir el paso de evaluación debe ser considerado como un reciclaje o como el inicio de un nuevo proceso.

Las bases para evaluar la asistencia de enfermería son los criterios del resultado que se enumera en el plan de asistencia. La evaluación sirve como indicador del progreso del paciente hacia el logro de los objetivos establecidos.¹⁹

3.3 Acciones planificadas a la paciente.

1. Suministrar sedantes para proporcionar reposo general cada 12 horas
2. Administrar dieta con poco residuo, fibra y grasas y alta en calorías, proteínas y carbohidratos, con suplementos vitamínicos.
3. Tratar el dolor abdominal en forma sintomática, fomentar el reposo.

Los aspectos más importantes del proceso de enfermería son:

- La obtención de los datos de valoración, el agrupamiento de las piezas de información similares y la formulación de hipótesis a partir de la información conseguida: Valoración del paciente; Diagnóstico de enfermería; y Criterio para el resultado.
- La evaluación crítica de los resultados de la asistencia de enfermería requiere hacer una comparación entre la valoración de los datos obtenidos del paciente con el progreso previsto o esperado del mismo hacia los resultados establecidos por escrito. Esta revisión permite identificar las áreas en las que se hace necesario modificar el plan asistencial preestablecido.

Los resultados de la evaluación suponen un retorno a los pasos iniciales del proceso de enfermería, obteniendo y analizando datos, desarrollando diagnósticos de enfermería; y al revisarlos poner al día el plan de asistencia.

3.4 Modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorpora los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto de enfermería.

¹⁹Beare/Myers Cuidados de enfermería de los adultos contrastarnos intestinales Enfermería Medico Quirúrgica. pp. 1757,1759.

Henderson define a la enfermera en términos funcionales como:

La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible¹⁰

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1°.- Respira con normalidad.
- 2°.- Comer y beber adecuadamente.
- 3°.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5°.- Descansar y dormir.
- 6°.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7°.- Mantener la temperatura corporal.
- 8°.- Mantener la higiene corporal.
- 9°.- Evitar los peligros del entorno.
- 10°.-Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11°.-Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12°.-Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13°.-Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14°.-Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Según este principio las necesidades básicas son: Las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

¹⁰ <http://www.com>. Monografías Enfermeras teóricas. pp. 1- 2.

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos:
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - Una enfermedad transmisible.
 - Estado preoperatorio.
 - Estado postoperatorio.
 - Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento. Dolores persistentes o que admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Su principal influencia consiste: en la elaboración de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición de un marco de valoración de enfermería sobre la base de las catorce necesidades humanas básicas.

Virginia Henderson Conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería.

- Persona

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son como una unidad.

La persona es una unidad corporal / física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades para una vida sana.

- Entorno

“Conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”. Incluye realizaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- Salud

Equipara la salud con la independencia. Considerando la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es “la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida”¹¹

- Cuidados

El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud. Si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

Relación entre enfermera y paciente.

Henderson identifica tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente.

1. - *La enfermera, como sustituto del paciente*: En estado de enfermedad grave, la enfermera puede, considerarse como un sustituto de lo que hace falta al paciente para sentirse “completo” o “independiente”. (Naturaleza de la Enfermería. 1994).

2. - *la enfermera como ayuda del paciente*: La enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia.

3. - *la enfermera como compañera y orientadora del paciente*: Como guía, la enfermera imparte educación sobre la salud, al paciente y familia, y junto con el paciente y la familia, formula juntos el plan de cuidados, lo ejecutan y evalúan.

¹¹ <http://www.com>. Monografías enfermeras Teóricas. “Virginia Henderson”, 2007. pp. 3-4.

Henderson dice que “la enfermera es temporalmente, la conciencia del inconsciente, la pierna del amputado, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y seguridad para la madre joven”.

Relación enfermera – médico: La enfermera tiene una actividad concreta, diferente a los médicos, su trabajo es autónomo, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo hasta el punto de sus profesiones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud: La enfermera trata en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

4. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Se trata de una paciente de 51 años de edad, viuda, originaria de México, D.F., Inició su padecimiento en la última gestación, causa del esfuerzo por el parto, que ocasiona debilitamiento de la pared abdominal, resultando el inicio de una hernia. La problemática por la cual se presenta: es la siguiente el aumento de volúmen de la hernia umbilical no reducible, de varios años de evolución, los constantes dolores abdominales relacionado con la inflamación de los tejidos y estreñimiento habitual con pérdida de peso.

Enfermedad Actual

- Aparición de hernia: Umbilical
- Cuando: Con varios años de evolución
- Circunstancia de aparición: Esfuerzo con el último parto.
- Síndrome preherniario: Dolor en región inguinal y posterior aparición de tumoración.
- Evolución: Aumento de tamaño de la hernia.

Acude al Hospital General la Villa, solicitando cita con médico general el cual al valorarla le indica que debe ser operada por el volúmen que presenta la hernia y la urgencia que ésta representa. Se realizan los estudios correspondientes de laboratorio y gabinete. Es ingresada al Hospital General La Villa el día 24 de noviembre de 2006 para su intervención quirúrgica. Posterior a la intervención, presenta retención urinaria por más de 8 horas por lo que fue indicado la instalación de una sonda Foley hasta que la paciente pudo orinar espontáneamente. Es ingresada al servicio de terapia intermedia por presentar problemas bronco respiratorios, por los riesgos que representa el toser, por que esto pueden romper las suturas. Durante su estancia evoluciona favorablemente por lo que es dada de alta.

En su domicilio presentó eritema y secreciones bronquiales abundantes por lo que fue necesario realizar drenaje cada 24 horas por 5 días y tratándola con antibióticos.

4.1 Antecedentes personales y familiares

Se trata de paciente femenino de 51 años de edad, viuda originaria de México, D.F., con antecedentes de tabaquismo de más de 20 años, fumando aproximadamente una cajetilla diaria. Con escolaridad primaria sin concluir, habita en casa rentada, ubicada en zona urbana. Con antecedentes relevantes de que su madre padeció de hernia umbilical. Inicia su vida sexual activa a los 20 años, pareja sexual una, tiene tres hijos, su ocupación es comerciante ambulante.

Antecedentes personales

- Antecedentes patológicos: Hernia umbilical, frecuentes disneas por tabaquismo.
- Antecedentes familiares patológicos: Madre con hernia umbilical.
- Número de embarazos. 3
- Comprensión y/o comentario acerca del problema o padecimiento: La paciente comprende el padecimiento el cual soporta, y los riesgos que esto implica.

Exploración física

- Aspecto físico: Paciente femenino en edad aparente igual a la cronológica, conciente, cooperativa al interrogatorio y sin patología agregada a la actual.
- Aspectos emocionales (estado de ánimo, temperamento, emociones) La paciente se encuentra en un estado de intranquilidad debido a su enfermedad.
- Palpación: Se palpa el abdomen globoso, hipersensibilidad refiriendo dolor a la palpación en el borde inferior de la hernia. Los demás órganos sin patología aparente
- Percusión: Sin patología aparente.
- Auscultación: Aparato respiratorio, presenta disnea.
- Medición: Abdomen globoso, distensión y perímetro cefálicos normales.

Otros hábitos

- Descanso: Es indeterminado por ser comerciante ambulante, ni tiene horario fijo para realizarlo ya que depende de la venta que tenga.
- Sueño: Duerme pocas horas, por que llega tarde a su domicilio y se tiene que levantar muy temprano para abrir su puesto.
- Diversión y/o deportes: A veces el cine, ya que su trabajo no se lo permite. No refiere hacer ejercicio sólo ve TV.
- Dinámica familiar: Es adecuada ya que refiere que hay una buena armonía con sus hijos. Se observa que la familia participa en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
- Dinámica social: Es muy tratable con sus vecinos y con su compañero de trabajo.

4.2

Valoración de las 14 Necesidades

1).- NECESIDADES DE OXIGENACIÓN:

DATOS DE INDEPENDENCIA

Paciente femenino de 51 años de edad, con tabaquismo positivo fumando desde los 20 años hasta la fecha, de seis a ocho cigarrillos diarios. Niega convivencia con fumadores así como antecedentes de enfermedades o lesión pulmonar. Durante la inspección se observa dificultad respiratoria (disnea), tórax simétrico, T/A 142/80 F/C 68, F/R 14 Temp. 37°C.

DATOS DE DEPENDENCIA

Necesidad de disminuir el consumo de cigarrillos. Acepta llevar las intervenciones planeadas, (realizar ejercicios al aire libre con respiraciones profundas, integrarse a un grupo de apoyo, proporcionar folletos para fumadores activos). El oxígeno es necesidad básica para la vida. Sin él las células mueren y no puede mantenerse la vida.

2).- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

DATOS DE INDEPENDENCIA

La paciente se le observa con mucosa oral hidratada, con hábitos alimenticios variados, por lo regular prepara ella misma sus alimentos, no tolerando la comida demasiado condimentada y grasosa, refiere consumir sus alimentos 2 veces al día, dentro de su dieta consume verduras, 4 veces a la semana, no consume carnes, no tolera el huevo ni la leche, por causarle trastornos gástricos, ingiere de 2 a 3 litros de agua al día. Refiere no tener problemas para masticar y deglutir. Actualmente consume dieta líquida con agrado. Su peso es de 60 Kg., talla de 1.57 m. Por lo que su índice de masa corporal es 22.7 kg/m².

DATOS DE DEPENDENCIA

No se observan.

3).- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DATOS DE INDEPENDENCIA

Antes de ser hospitalizada presentaba estreñimiento por las alteraciones de los patrones dietéticos y la actividad que realiza, el abuso constante de laxantes enérgicos. Así mismo la eliminación urinaria que la realiza de 3 a 4 veces al día, de color amarillo claro, niega ardor al misionar. La eliminación intestinal la realiza cada 48 hrs. Con heces duras con dolor, cólico, distensión abdominal.

DATOS DE INDEPENDENCIA

Actualmente después de la operación de la hernia umbilical, se ha controlado el problema de estreñimiento aumentando la ingesta de líquidos, la capacidad de eliminación urinaria, intestinal, etc. (sudor, lágrimas, menstruaciones).

4).- NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA

DATOS DE INDEPENDENCIA

Reposo relativo en cama por una semana, mantenimiento de una buena alineación corporal.

DATOS DE DEPENDENCIA

Ansiedad relacionada con la disminución de movilidad posterior al tratamiento, manifestada por aburrimiento. Limitación del movimiento debido a incapacidad de realizarlo, presentando ansiedad, estrés, agitación, falta de valor personal. La paciente reducirá las actividades físicas para lograr que el tejido epitelial se regenere. Actualmente permanece en cama en posición supina. Se observa limitación en los cambios de posición por dolor en herida quirúrgica.

5).- NECESIDADES DE DESCANSO Y SUEÑO

DATOS DE INDEPENDENCIA

En casa duerme de 4 a 6 hrs. Después de la operación, no toma siestas por qué no lo necesita, en el transcurso de su descanso presenta alteraciones del sueño, considera que se debe al estado emocional, por la operación quirúrgica que se le practicó, necesidad de un estado de confort.

DATOS DE DEPENDENCIA

La conciliación del sueño no se logra totalmente, por los ruidos externos y el dolor que le produce la herida quirúrgica.

6).- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

DATOS DE INDEPENDENCIA

La paciente elige su propia ropa, se desviste y se viste en forma independiente, tiene preferencia por los pantalones y las blusas de manga corta, durante su convalecencia, prefirió el uso de bata holgada.

DATOS DE DEPENDENCIA

Posterior a la operación requirió la ayuda para poder vestirse por presentar dolor al realizar el cambio de las prendas de vestir.

7).- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

DATOS DE INDEPENDENCIA

Refiere que por lo regular, no tener problemas con los cambios de temperatura, le agradan los climas templados, su habitación es limpia y ordenada, con buena ventilación. Durante su estancia en el hospital su temperatura corporal se mantuvo entre los 36°C y los 37°C.

DATOS DE DEPENDENCIA

No se observan.

8).- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DATOS DE INDEPENDENCIA

Tiene hábitos higiénicos adecuados se baña diariamente con cambio total de ropa, realiza limpieza de herida quirúrgica cambia gasa por gasas estériles, protege su piel con cremas corporales, se cepilla los dientes dos veces al día, se lava las manos antes de comer y después de ir al baño.

DATOS DE DEPENDENCIA

Durante su hospitalización, requirió de asistencia para poderse bañar, por los dolores que le ocasionaba la herida quirúrgica.

9).- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

DATOS DE INDEPENDENCIA

Protegerse contra las agresiones internas o externas con el fin de mantener su integridad física y mental. Se encuentra alerta y orientada, esta de acuerdo con las medidas de seguridad e higiene implementadas en su hogar para su beneficio.

10).- NECESIDADES DE COMUNICARSE

DATOS DE INDEPENDENCIA

La paciente es viuda vive con sus tres hijos, considera que la comunicación es bastante buena, porque al tomar la función de padre y madre, esto los llevo a unirse más. Mantiene buena relación con sus vecinos, durante su hospitalización mantuvo buena relación con el personal médico y de enfermería, al momento de la entrevista se mostró amable y cooperadora.

DATOS DE DEPENDENCIA

No se observan

DATOS DE DEPENDENCIA

Cuidado de herida quirúrgica, prevención de infecciones de la misma, protección contra las agresiones internas o externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.

11).- VIVIR SEGÚN LAS CREENCIAS Y VALORES

DATOS DE INDEPENDENCIA

La paciente practica la religión católica, por su actividad no frecuenta la iglesia como lo desea, dice no tener miedo a la muerte, en situaciones difíciles se siente protegida espiritualmente, piensa que por la situación que esta pasando es algo bueno, por que de no haber ocurrido hubiera sido peor.

DATOS DE DEPENDENCIA

Ansiedad relacionada con la intervención quirúrgica. Necesidad de adaptarse a la situación.

12).- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

DATOS DE INDEPENDENCIA

La paciente se siente satisfecha con el rol de padre y madre que le tocó, para ella es muy importante el trabajo, por lo que le hace sentirse útil, porque les puede proporcionar estudios a sus hijos y así prepararlos para el futuro, esto le hace sentirse satisfecha con lo que realiza.

DATOS DE DEPENDENCIA

Realización y conservación de su propia auto estima. Capacidad de decisión y de resolver problemas. La paciente se observa preocupada ya que dice que su familia es lo más importante para ella. Ahora con la intervención quirúrgica se siente inútil por no poder ayudar a sus hijos con el comercio que tienen, siente miedo de no poder tomar el rol familiar.

13).- NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

DATOS DE INDEPENDENCIA

Por el momento la paciente no realiza ninguna actividad recreativa, debido a la cirugía que se le practicó, refiere que antes de esta no realizaba ninguna actividad de recreación, por el tipo de trabajo que tiene, (comercio ambulante) dedicando su poco tiempo que le queda a las labores de la casa y más tiempo a su comercio.

DATOS DE DEPENDENCIA

No se observa.

14).- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DATOS DE INDEPENDENCIA

La paciente cuenta con estudios inconclusos de primaria, por iniciativa propia tomó un curso de computación básica y espera tomar el curso avanzado de Windows. Desea tener información relacionado con su padecimiento, para poderse cuidar ella misma, por lo que solicita información en el hospital.

DATOS DE DEPENDENCIA

Desconoce la técnica correcta para los cuidados de la cirugía que se le realizó los signos y síntomas de alerta ante complicaciones que puedan ocurrir, sobre su salud.

4.3

Plan de intervención para la paciente

NECESIDADES	DATOS QUE MANIFIESTAN DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES
Movimiento	Dificultad para desplazarse, dolor abdominal, por cirugía, manifestado por limitación para realizar cambios de posición en cama	Alteraciones de la movilidad, relacionado, con los cambios en la postura o en la marcha, por efectos de la cirugía o traumatismo	Mejorar su movilidad realizando actividades físicas, mediante técnicas eficaces que no alteren su estado de salud	Controlar el dolor de la herida quirúrgica con analgésicos indicados (dolac 30 mg vo. Cada 8 hrs).
Eliminar	Micciones frecuentes, orina de consistencia clara, Estreñimiento relacionado con la disminución de la actividad física, manifestado por defecación dificultosa y ruidos intestinales.	Dificultad para evacuar, debido a la falta de ingesta de líquidos y a una alimentación pobre en fibras y con el sedentarismo.	Lograr que evacue sin dificultad, proporcionar líquido de 8 a 10 vasos de agua al día.	Posterior a la cirugía. El masaje abdominal mejora el tránsito intestinal, elimina gases y tonifica los intestinos este debe realizarse en sentido de las agujas del reloj
Nutrirse	Se alimenta poco apenas si prueba bocado.	Alteración de la nutrición, menor a los requerimientos corporales relacionada con ansiedad excesiva por cirugía.	Continuar con una dieta rica en proteínas y utilizar suplementos de vitaminas y minerales, considerar el uso de dietas elementales, preparaciones dietéticas de fácil digestión.	Limitar los alimentos que producen gas como habas, col, cebolla, tratar de evitar la deglución de aire que puede ocurrir al fumar, hablar, comer o en trastornos emocionales.
Hidratarse	Necesidad de hidratarse, apenas bebe agua entre las comidas.	Deficiencia del volumen de líquidos relacionada con disminución de la ingesta, por cirugía.	En el curso de la hospitalización, y durante la estancia en su hogar ingerir por lo menos 1 500 cc de líquido cada 24 horas.	Colocar una jarra de agua muy a la mano. Explicarle la necesidad de beber al menos tres vaso de agua entre las comidas.
Se ha dado prioridad a las necesidades más relevantes porque éstas son las que determinan su mayor dependencia y lo que mayor repercusión tiene en las demás necesidades. *			<u>Vigilar:</u> Hacerle pensar en comer comidas ricas en fibras bajas en grasas y tomar muchos líquidos.	

*García Piña Aurora "Planificación de cuidados" Métodos Científicos y Proceso de enfermería. México: SUA - ENEO 2003, p. 240

4.3.1 Planeación, ejecución y evaluación de la paciente

4.3.2 Necesidades de oxigenación:

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con reflejo tusígeno disminuido, manifestado por congestión pulmonar.

- a) Fundamentación: El reflejo tusígeno es el mecanismo de defensa fundamental de la vía aérea el cual sirve para eliminar agentes irritantes y secreciones de los pulmones.¹²
- b) Objetivo: La paciente mantendrá permeable sus vías aéreas.
- c) Intervenciones de enfermería: Colocar a la paciente en posición Semifowler.
Fundamentación científica: La posición Semifowler favorece la expansión pulmonar y la eliminación de secreciones.
- d) Diagnóstico de Enfermería: Respiración ineficaz relacionada con ansiedad y temor a la cirugía.
- e) Plan de Cuidados: Realizar sus actividades cotidianas sin fatigarse (disnea), mantener un patrón respiratorio (ritmo, regularidad y profundidad).

EJECUCIÓN: Valorar cada 8 horas las características de función respiratoria, se realiza la auscultación de los campos pulmonares. Se le enseña a toser.

EVALUACIÓN: Se observa mayor facilidad para expectorar, facilidad para expulsar las secreciones.

NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Fomentar la educación nutricional con relación a: La satisfacción los requerimientos nutricionales del paciente. Mantener el equilibrio entre los alimentos y la cantidad de líquido ingeridos.

- a) Fundamentación: La educación nutricional depende de la disponibilidad de alimentos, su utilización y de las técnicas culinarias.
- b) Objetivo: Orientar a la paciente para fomentar los hábitos alimentarios de acuerdo con los requerimientos nutricionales.

¹² Diccionario de Medicina. Océano Mosby. España: Mosby, 2001. p. 1231.

- c) Intervenciones de enfermería: Mostrar técnicas para alimentar a la paciente de acuerdo a la etapa de nutrición y requerimiento de líquidos. Y a su estado de salud-enfermedad.
- d). Diagnóstico de enfermería: Afectación de la capacidad para preparar sus propios alimentos por ella misma.
- f) Plan de cuidados: Reducir la ingesta de grasas, consumir alimentos ricos en fibra (cereal, vegetal) adecuada ingesta de líquidos.

EJECUCION: Lograr una alimentación equilibrada en cantidad y calidad, con adecuada ingesta de líquidos.

EVALUACIÓN: La paciente adquirió conocimientos sobre tipos, fuentes y función de nutrimentos, por vía oral.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Estreñimiento relacionado con la disminución de la actividad física y estrés por angustia a la hospitalización manifestado por defecación dificultosa y ruidos intestinales aumentados.

- a) *Fundamentación:* Cuando el peristaltismo está disminuido a causa de algunos medicamentos, disminución de la actividad física, el estrés, o deshidratación, que provoca un tránsito lento a través del colón lo que hace que el intestino absorba los líquidos produciendo heces duras con dificultad para desplazarlas.¹³
- b) *Objetivo:* La paciente logrará evacuar sin dificultad.
- c) *Intervenciones de enfermería:* Proporcionar líquidos de uno a dos litros por día.
- d) *Diagnóstico de enfermería:* Prevenir riesgos de experimentar trastornos en el funcionamiento intestinal y urinario.
- e) *Plan de cuidados:* Mantener la capacidad de rechazo de sustancias nocivas para el organismo o inútiles que resulten del metabolismo.

EJECUCIÓN: Corregir las costumbres dietéticas para incluir líquidos adecuados, frutas frescas y vegetales. Sugerir un laxante que forme volumen, como el Metamucil que no irrita el intestino.

¹³ Rosales Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería. México: Ed. Manual Moderno, 1993. p. 290.

EVALUACIÓN: La paciente mejora el tránsito intestinal, actualmente con ayuda de las actividades realizadas logra evacuar sin trastorno alguno.

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA

Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor de la herida quirúrgica, manifestado por limitación para realizar cambios de posición en cama.

- a) *Fundamentación:* Disminución de las fuerzas del individuo, presencia del dolor que causa limitación del movimiento debido a incapacidad (cirugía) o falta de deseo, por depresión, ansiedad o anomalías de la función neuromuscular que puede causar úlceras por presión.¹⁴
- b) *Objetivo:* La paciente mejorará su movilidad realizando actividades físicas mediante técnicas eficaces que no alteren su estado de salud.
- c) *Intervenciones de enfermería:* Explicar los efectos de la movilidad sobre los sistemas orgánicos y el motivo de las intervenciones, según este indicado.
- d) *Diagnóstico de enfermería:* Limitación del movimiento, ocasionado por herida quirúrgica que ocasiona dolor al cambio de postura y al caminar.
- e) *Plan de cuidados:* mantener medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura. (Ejercicio activo y pasivo para mejorar el tono muscular, uso de mobiliario y calzado adecuado). Si el paciente lo comprende puede facilitar su cooperación con el fin de reducir la inmovilidad.

EJECUCION: Orientar a la paciente acerca de los ejercicios que puede realizar para mejorar sus campos pulmonares en la cama sin fatigarse.

EVALUACIÓN: Realiza los ejercicios en la medida que los tolera, no sufrió contracturas, ni úlcera por presión.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Deterioro del patrón del sueño relacionado con ruidos externos y dolor en abdomen por cirugía, manifestado por sueño ligero y dificultad para dormir. Durante su hospitalización.

¹⁴ Taptich j Bárbara. Diagnóstico de Enfermería y Planeación de Cuidados. México: Ed Interamericana-McGraw-Hill, 1998. p. 117.

- a) **Fundamentación:** Cualquier tipo de sonido logra despertar del estado de sueño a la paciente ya que estimula al sistema reticular, el cual aumenta su actividad provocando el estado de vigilia.¹⁵
- b) **Objetivo:** La paciente mejorará su patrón de sueño, aislándola en lo más posible del ruido.
- c) **Intervenciones de enfermería:** Mantener un entorno tranquilo, controlar el dolor de la herida quirúrgica con analgésicos indicados (dolac 30mg vo. Cada 8 horas).
- d) **Diagnóstico de enfermería:** Perturbación del sueño en cantidad y calidad lo que ocasiona incomodidad.
- e) **Plan de cuidados:** Mantener patrones de reposo de sueño, horas en la noche, siesta. Facilitar el sueño por medio de masaje, relajación, música, lectura y medicamentos.

EJECUCIÓN: Evitar el ruido excesivo y manipulación innecesaria que pudiera perturbar el sueño, conservando un estado de bienestar aceptable.

EVALUACIÓN: La paciente tuvo mejoría en su patrón de sueño, sus despertares por las noches fueron menos frecuentes.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica.

- a) **Fundamentación:** El desconocer los procedimientos en el autocuidado puede traer complicaciones para la salud, ya que los organismos patógenos pueden invadir los tejidos sanos.
- b) **Objetivo:** La paciente recibirá los cuidados necesarios para su rehabilitación, evitando infecciones nosocomiales.
- c) **Intervenciones de enfermería:** Realizar curaciones de la herida quirúrgica y vigilar posibles infecciones como enrojecimiento, hipertermia y salida de secreciones del sitio de intervención.
- d) **Diagnóstico de enfermería:** Prevención y cuidados de la herida quirúrgica, protegerse contra las agresiones internas o externas con el fin de mantener su integridad física.

¹⁵ Tortora G. Principios de anatomía y fisiología. 7ª ed. México: Harla, 1999. pp. 462 - 463

- e) Plan de cuidados: Proteger a la paciente de agresiones internas o externas que puedan afectar su salud (infección de herida por organismos patógenos).

EJECUCIÓN: Procedimiento de las medidas de prevención para evitar las infecciones que pongan en peligro a la paciente y la importancia que tiene el realizarse las curaciones necesarias.

EVALUACIÓN: La paciente no presenta datos de infección de la herida quirúrgica, aprendió a reconocer los signos de infección y comprendió la importancia de identificarlos a tiempo.

NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION

Ansiedad relacionada con la amenaza de cambio en las funciones del rol familiar manifestada por preocupación.

- a) *Fundamentación:* La ansiedad es un estado o sensación de aprensión, agitación, incertidumbre y temor, resultado de alguna amenaza o peligro, este estado puede ser consecuencia de una respuesta relacionada a determinada situación que produce tensión como solicitar empleo o cambiar su rol familiar.
- b) *Objetivo:* La paciente logrará reducir su estado de estrés.
- c) *Intervenciones de enfermería:* Orientar con lenguaje claro y sencillo sobre sus dudas, estimular la participación de la familia y amigos.
- d) *Diagnóstico de enfermería:* Utilización del tiempo de forma útil, eficaz y valorizada, conservación de su propia estima.
- e) *Plan de cuidados:* Tener la capacidad de decisión y de resolver problemas. Autoconcepto de sí misma (positivo/negativo).

EJECUCIÓN: Se llevaron todas las intervenciones planeadas, con la intervención de sus hijos quienes la apoyaron mucho durante su convalecencia.

EVALUACIÓN: La paciente dice sentirse satisfecha con toda la orientación que se le proporcionó.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Desconocimiento padecimiento actual, relacionado con el tratamiento, y las medidas de rehabilitación.

- a) *Fundamentación:* El poco conocimiento sobre la enfermedad (hernia Umbilical) repercute en la vida diaria de la paciente, por lo que es necesario orientar y ayudar a detectar una anormalidad.
- b) *Objetivo:* La paciente obtendrá información necesaria acerca de su enfermedad con el fin de lograr independencia.
- c) *Intervenciones de enfermería:* Orientarle sobre la enfermedad que padece así como su tratamiento y rehabilitación. La información que obtiene de las demás personas que intervienen en su cuidado de su enfermedad y de su tratamiento es de gran importancia ya que ayuda a disminuir el estrés.
- d) *Diagnóstico de enfermería:* Incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud / enfermedad.
- e) *Plan de cuidado:* Conocimientos sobre sí misma, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y autocuidado que requiere.

EJECUCIÓN: Se le informa a la paciente sobre su enfermedad, se le enseña por medio de folletos los grupos de alimentos y de los nutrientes que debe de consumir, se rectifican las precauciones que se le indican en el hospital y en su hogar.

EVALUACIÓN: La paciente aprendió a reconocer las manifestaciones, y la sintomatología de su tratamiento de manera que si surge alguna anormalidad sabrá reconocerla y detectarla a tiempo.

4.4

Plan de alta

4.4.1

Nutrición dietética en cirugía.

La intervención quirúrgica obliga a modificar la alimentación habitual que seguía el paciente, ya sea por la anestesia, ya como consecuencia del mismo acto quirúrgico.

Por otra parte, actualmente se reconoce la relación que existe entre cirugía y estado nutricional. Efectivamente, las complicaciones postoperatorias y la mortalidad son mucho más frecuentes en sujetos con un deficiente estado nutricional que en aquellos que no presentan alteraciones. En estos, las heridas quirúrgicas cicatrizan con mayor rapidez y existe una menor propensión a las complicaciones infecciosas.¹⁶

EJEMPLO DE UNA DIETA PARA PACIENTE CON HERNIA UMBILICAL.

Desayuno: Un vaso de leche descremada. Dos rebanadas de pan tostado. Una ración de mermelada.	200 ml 50-80 g. 20 g.
A media mañana: Bocadillo pequeño de pan con jamón cocido.	120-130 g.
Almuerzo: Sopa de pollo con arroz (ración media). Lomo de cerdo a la plancha. Una pera Una rebanada de pan. * ¹⁷	$\frac{1}{4}$ 100 g. 1 unidad. 50-80 g.
Merienda: Un yogurt.	200 ml
Cena: Puré de papas Tortilla de espinacas (de un huevo). Fruta del tiempo. Una rebanada de pan. * ¹⁸	250 g. 250 g. 130 g. 50-80 g.

¹⁶ P. Cervera. J. Clapes. R. Rigolfas Alimentación y Dietoterapia. 2^a ed. España: Interamericana – McGraw-Hill, 1998. pp. 115

¹⁷ Ibidem. p. 298

¹⁸ Ibidem. p. 309

4.4.2

Sugerencias

No fumar (el tabaco aumenta la secreción de CLH). No acostarse inmediatamente después de la cena (Para poder facilitar la digestión). Tomar la dosis de antiácido (hidróxido de aluminio) recetada por el médico.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Nimesulide Antiinflamatorio: (Nombre genérico) dosis una tableta (100 mg) cada 12 horas, durante la fase aguda.

- a) **Indicaciones Terapéuticas:** ESKAFLAM (nombre comercial) esta indicado como antiinflamatorio del tejido blando, como coadyuvante del tratamiento de padecimientos que cursen con inflamación, dolor y fiebre. Cirugía general: En heridas y estados posquirúrgicos.
- b) **Farmacocinética y Farmacodinamia en Humanos:** Se absorbe con rapidez a nivel intestinal.
- c) **Contraindicaciones:** Está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad al Nimesulide. No se debe administrar en sujetos con hemorragia gastrointestinal activa o úlcera gastroduodenal, insuficiencia cardiaca, renal y hepática, e hipertensión arterial severa.
- d) **Precauciones o Restricciones:** Aunque la investigación con ESKAFLAN no ha demostrado toxicidad embrionaria, al igual que como sucede con todos los fármacos nuevos, no se recomienda su uso durante el embarazo.

Loperamida: (Nombre genérico) dosis recomendada 4 mg una vez y luego 2 mg en cada deposición

- a) **Indicaciones Terapéuticas:** ACANOL (NOMBRE COMERCIAL) Recomendada para el tratamiento y control de los síntomas diarreicos, alivia la diarrea. Regula el tiempo de tránsito en pacientes con colostomía o ileostomía, así como para mejorar la consistencia de las evacuaciones en pacientes con colitis ulcerosa crónica y enfermedad de Crohn.
- b) **Farmacocinética y Farmacodinamia en Humanos:** Es un derivado del haloperidol y estructuralmente se asemeja a la meperidina, pero con mucho

menos efectos sobre el S.N.C. que ellos, no posee actividad analgésica y no muestra características de dependencia física en humanos.

- c) **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Loperamida. No usarse en pacientes con constipación, atonía u obstrucción intestinal. No usarse en infecciones bacterianas severas, en presencia de disentería importante porque puede enmascarar los síntomas, prolongar la enfermedad o causar perforación.
- d) **Precauciones o Restricciones:** No se recomienda su uso durante el embarazo y durante la lactancia.

Tramadol: (Nombre genérico) cápsula 50 mg en caso de dolor cada 12 horas por 6 días.

- a) **Indicaciones Terapéuticas:** TRADOL (Nombre comercial) está indicado en todo proceso que curse con dolor de moderado a severo de origen agudo o crónico (fracturas, luxaciones, infarto agudo del miocardio, cáncer, etc) también puede utilizarse como complemento de anestesia quirúrgica, en el postoperatorio y puede ser utilizado en procedimientos de exploración diagnóstica que curse con dolor.
- b) **Farmacocinética y Farmacodinamia en Humanos:** TRADOL clorhidrato de tramadol, es analgésico considerado dentro del grupo de los agonista opiáceo, es un potente analgésico.
- c) **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, intoxicación por alcohol, somníferos, analgésicos y psicofármacos.
- d) **Precauciones o Restricciones:** El uso de TRADOL en el embarazo solamente será llevado a cabo ante severas indicaciones y bajo la responsabilidad del médico tratante.

Keterolaco trometamina: (Nombre genérico) Tabletas 10 mg en caso de dolor tomar 1 cada 12 horas por 6 días.

- a) **Indicaciones Terapéuticas:** DOLAC (Nombre comercial) Analgésico no narcótico. DOLAC administrado oralmente, está indicado para el tratamiento a corto plazo del dolor (no exceder de 14 días).
- b) **Farmacocinética y Farmacodinamia en Humanos:** DOLAC es un analgésico no narcótico. DOLAC inhibe la síntesis de prostaglandina y está considerado como un analgésico que actúa periféricamente, ya que no tiene ningún efecto sobre los receptores de los opiáceos. Es un agente antiinflamatorio no esteroide, que muestra actividad antiinflamatoria y débil actividad antipirética.

- c) **Contraindicaciones:** DOLAC no debe usarse en pacientes que previamente hayan exhibido hipersensibilidad al mismo o en individuos con síndrome parcial o completo de pólipos nasales, manifestaciones alérgicas y otras drogas antiinflamatorias no esteroideas.

- d) **Precauciones o Restricciones:** No se recomienda el uso de DOLAC durante el trabajo de parto o el parto propiamente dicho. Tampoco se recomienda su uso en madres que estén amamantando.

Rehabilitación

Se aconseja a la paciente iniciar un programa de rehabilitación, con caminata ligera y posteriormente continuar con una vida de ejercicios ligeros. Un progresivo aumento en su actividad física la ayudara a recuperar su fuerza y mejorar su resistencia. El objetivo es que inicie su vida normal activa sin molestias.

5.

CONCLUSIONES

El proceso de enfermería es el método que permite individualizar los cuidados de acuerdo a la valoración realizada y los diagnósticos de enfermería.

Durante esta investigación se educó a la paciente dándole a conocer los cuidados necesarios para una buena recuperación, así como también a detectar la presencia de hernia umbilical y a conocer los riesgos sino es tratada a tiempo.

En el seguimiento de los cuidados de la Sra. Se lograron exitosamente los objetivos propuestos, determinando las necesidades básicas del paciente y logrando que este desarrollara el autocuidado como vía rápida a su recuperación. También se aplicaron los planes de cuidados en donde se logró disminuir la ansiedad y el dolor de la paciente, siendo estos los más destacados dentro de sus necesidades.

Sobre la base de lo anterior podemos constatar que en el presente, la profesión de Enfermería está influida por una variedad de modelos y teorías, especialmente la de modelo de Virginia Henderson, que se aplica perfectamente a cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención de Enfermería, cubriendo así las necesidades del individuo, obteniendo satisfacción en el logro de los resultados para la profesión de enfermería.

Cabe mencionar que al inicio del trabajo tuve toda la cooperación de la paciente que me permitió llevar a cabo el seguimiento de su caso, le brinde toda la información necesaria y detallada del Proceso de enfermería que me iba solicitando. Mostrando interés y depositando su confianza en las acciones planeadas, manifestándolo con su participación activa en las intervenciones de enfermería, logrando así los objetivos que tracé hacia la paciente.

Esto ha permitido reflexionar lo significativo y completo del Proceso de Atención de Enfermería, aplicando los métodos de Virginia Henderson ya que aplicando a las diferentes etapas del PAE se tiene una cobertura total y argumentada del caso seleccionado, en donde se toma en cuenta tanto al paciente como la intervención de la familia.

Por último considero que el trabajo realizado en este proceso puede desempeñar un papel importante en el enriquecimiento de mi práctica profesional.

6.

GLOSARIO

Ansiedad: Estado o sensación de aprensión, agitación, incertidumbre y temor, resultado de alguna amenaza o peligro.

Ascitis: Derrame y acumulación de líquido seroso en la cavidad abdominal

Disnea: Dificultad para respirar que puede deberse a ciertas enfermedades cardíacas o respiratorias, ejercicios extenuantes o ansiedad.

Dolor: Sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales.

Estreñimiento: Dificultad en la eliminación de las heces, o emisión incompleta. Disminución de la frecuencia, volúmen o facilidad para evacuar las heces.

Herida quirúrgica: Es la pérdida de la continuidad de las partes blandas de cuerpo, piel y mucosa.

Hernia umbilical: Es la protrusión de una víscera a través de la pared de la cavidad en que está contenida normalmente, debido a un defecto del cierre del orificio umbilical.

Incarcerada: Retención o encarcelamiento patológico de un órgano o una parte.

Incisión: Abrir cortando o cortar a través de corte o herida producidos por un instrumento afilado. Acción de cortar

Oxígeno: Gas incoloro, inodoro e insípido esencial para la respiración del ser humano.

Protrusiones: Conducción de estar desplazado hacia delante o lateralmente, como en los movimientos masticatorios de la mandíbula.

Reflejo tusígeno: Mecanismo de defensa fundamental de vía aérea el cual sirve para eliminar agentes irritantes y secreciones de los pulmones, bronquios y tráquea, así como para evitar la aspiración de materiales extraños.

Rehabilitación: Restitución de un individuo o un órgano a la anormalidad después de una enfermedad, una lesión o un periodo de adicción o encarcelamiento.

7.

BIBLIOGRAFÍA

- ⇒ Alfaro-LeFevre Rosalinda. Fundamentos de enfermería. 3ª ed. España: Doyma, 1996
- ⇒ Alfaro-LeFevre Rosalinda. Aplicaciones del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. España: Masson, 2005.
- ⇒ Beare/Myers. Enfermería Médico quirúrgica. Principio y Practicas. 2ª ed. Barcelona España. Interamericana Mcgraw-Hill. 1997.
- ⇒ Brunner Sholtis Lillian. Manual de la Enfermera. 3ª ed. México: Interamericana Mcgraw-Hill. 1998
- ⇒ Diccionario de Medicina Océano. España: Mosby, 2001
- ⇒ Cervera J. Clapes. R. Rigolfas. Alimentación y Dietoterapia. 2ª ed. España: Interamericana – Mcgraw-Hill, 1998
- ⇒ Carpenito, Lynda Juall. Manual de Diagnóstico de Enfermería. 3ª ed. México: Harla, 1998.
- ⇒ García Piña Aurora. Método Científico y Proceso de Enfermería. México: SUA-ENEO 2003
- ⇒ Jakob Alfredo. Proceso de Atención de Enfermería. 3ª ed. México: Masson-Salvat, 1999.
- ⇒ Marriner, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ª ed. Barcelona: Mosby, 1999.
- ⇒ Phaneuf Margot. *Las Necesidades Fundamentales, según el enfoque de Virginia Henderson en Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería*. Tr. Por Carlos Ma. López González y Julia López Ruiz. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana, 1993.
- ⇒ Rosales Barrera, Susana Fundamentos de Enfermería. México: Ed. Manual Moderno, 1993.
- ⇒ Suddarth Smith, Doris. Manual de la Enfermera. México: Ed. McGraw-Hill. Interamericana, 1998.

- ⇒ Taptich J Bárbara. MA Diagnóstico de Enfermería y Planeación de cuidados. México: Ed. Interamericana. McGraw-Hill. 1998.
- ⇒ Tortora, G. Principios de Anatomía y Fisiología, 7ª ed. México: Harla, 1999.
- ⇒ Yeager, Mary Ellen Técnicas en el Quirófano. 2ª ed. México: Interamericana. McGraw-Hill, 1999

INTERNET.

- ⇒ <http://www.com> Monografías Enfermeras teóricas. p. 1,2,3,4.
- ⇒ <http://www.com> Monografías fases del proceso de enfermería. shtml
- ⇒ <http://www.nednet.org.uy/cq3estudiantes/herniainguinal.htm>.
- ⇒ <http://www.monografias.com>
- ⇒ <http://www.monografias.com> “diagnósticos de enfermería” Definiciones y clasificaciones NANDA. 2003 – 2004.
- ⇒ Ramírez A. Orely del C. “Enfermería Médico quirúrgico II” cristianax100pre@hotmail.com Venezuela. 2006.

8. ANEXOS

ANEXO. 1

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LAS 15 NECESIDADES FUNDAMENTALES DEL SER HUMANO SEGÚN EL MODELO DE "VIRGINIA HENDERSON" HISTORIA CLÍNICA.

Nombre. _____	Edad. _____	Sexo. _____
Estado civil. _____	religión _____	etnia _____
Escolaridad. _____	Ocupación. _____	
Cuál es su objetivo de salud. _____		
Hospitalización previa. _____		
Motivo de ingreso. _____		
Está tomando medicamentos. _____		
Signos vitales. Temp. _____	Pulso. _____	Resp. _____ Ten. Art. _____
Familia. No. De miembros. _____	Con quien vive. _____	
Problemas relacionados con la familia. Si. ___ No. _____ Porque. _____		
1. Oxigenación.		
Estilo de vida. Sedentaria. _____ Activa. _____		
Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse. (Disnea) Si. _____ No. _____		
Patrón respiratorio, ritmo, regularidad, profundidad. _____		
Secreciones, tos, aleteo nasal, dolor asociado a la respiración. Si. _____ No. _____		
Cuántos cigarrillos fuma al día, desde cuándo. _____		
Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias, dolor precordial, asma, taquicardia, hipertensión, anemia, varices. Si. _____ No. _____		
2. Nutrición e Hidratación		
Se alimenta solo _____ con ayuda _____		
Horario y número de comidas habituales _____		
Cantidad y tipo de líquido que ingiere el día _____		
Preferencias y desagradados _____		
Patrones de aumento/pérdida de peso _____		
Suplemento de la alimentación _____		
Conocimiento de factores que favorecen la digestión _____		
Anorexia, náusea, vómito, indigestión, hiperacidez _____		
Medidas para purificar el agua hierve, desinfecta, garrafón _____		
Revisión, peso _____ talla _____ Boca: Capacidad para hablar, masticar y deglutir.		
Lengua: hidratación, úlceras, inflamación. Encías: color, edema, hemorragia, dolor. Dientes: caries, prótesis, sensibilidad al frío o calor. Labios: color, hidratación, grietas.		

3. Eliminación

Frecuencia y cantidad en 24 horas, heces _____ orina _____

Color. Consistencia. Heces _____ orina _____

Ardor o dolor al evacuar (_____) (_____) orina (_____) (_____) estreñimiento. ()

Hemorroides. () Dolor menstrual. () Ayudas, líquidos, alimentos, medicamentos, enemas. _____

Problemas de: urgencia, retención, incontinencia, infecciones. _____

Intestino; dolor, diarrea, flatulencia, heridas, estomas _____

Genitales: erupciones e irritaciones perineales, lesiones, secreciones anormales. _____

4. Moverse y mantener una buena postura

Patrones de actividad y ejercicios, en su casa, en el trabajo en el tiempo libre. _____

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura. (Ejercicio activos y pasivos para mejorar tono muscular, uso de mobiliario y calzado adecuado). _____

Limitaciones en la deambulación. _____

Postura habitual en relación al trabajo. _____

Dolor muscular, inflamación de articulaciones. Defectos óseos. _____

Revisión: Capacidad funcional, mano dominante, utilización de brazos, piernas y manos, fuerza, presión, marcha, utilización de aparatos _____

5. Descanso y sueño

Patrones de reposo, sueño, horas en la noche, siesta. _____

Alteraciones por estados emocionales. _____

Uso de reductores de tensión. _____

Facilitadores del sueño, masaje, relajación, música lectura, medicamentos _____

6. Uso de prendas de vestir adecuada

Distingue relaciones entre higiene personal y salud. _____

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse. _____

Hábitos sobre la higiene persona y del vestido. _____

Tiene los recursos económicos para vestir ropa limpia y que conserva el calor. _____

7. Termorregulación

Se protege en los cambios de temperatura ambiente. _____

Sensibilidad extrema al frío o al calor. _____

Qué valor le da a: comida, ropa, y manejo adecuados en el control de la Temperatura. _____

A otras medidas físicas. _____

8. Higiene y protección de la piel

Hábitos higiénicos diarios que quieren mantener: higiene oral, higiene femenina, arreglo personal. _____

Aseo de dientes, manos, baño con qué frecuencia. _____

Uso de algún producto específico, colonia, crema etc. _____

Revisión de piel. Pigmentación, textura, turgencia, lesiones, contusiones, hemorragias, cicatrices, masas, prurito edema. _____

Mucosa Oral, íntegra, deshidratada, hidratada. _____

9. Evitar peligro

Prácticas que afectan la seguridad personal: hábitos, drogas, alcohol, tabaco, café, bebidas con cola, nivel de consumo. _____

Recursos de salud, médico, odontólogos, hospitales. _____

Auto examen de mama y testículos. _____

Hogar, características que constituyen peligros para la seguridad: pisos, escaleras, aislamiento. _____

10. Necesidad de comunicarse

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos. _____

Utilización de mecanismos de defensa, (agresividad/hostilidad, desplazamiento, etc.). _____

Limitaciones físicas que interfieran en su comunicación. _____

Contactos sociales frecuentes y satisfactorios. _____

Facilitadores de la relación: confianza, receptividad, empatía, disponibilidad. _____

11. Vivir según las creencias y valores

Ritos que debe practicar de acuerdo a su religión. _____

Frecuencia de algún servicio religioso. _____

Valores que ha integrado en su estilo de vida. _____

En qué medida sus valores han alterado por su situación actual de salud. _____

Creencias religiosas significativas en este momento. _____

12. Necesidades de trabajar y realizarse

Historia laboral, tipo de trabajo, duración. _____

El trabajo le provoca satisfacción o conflicto: _____
La enfermedad qué tipo de problemas le ha traído. _____
Psicológicos, económicos, laborales, otros. _____
Autoconcepto positivo de sí mismo. _____

Capacidad de decisión y de resolver problemas. _____
Problemas en: olfato, gusto, tacto, memoria, orientación. _____

13. Participar en actividades de recreativas

Intereses, pasatiempos y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre. _____

La última vez que participó en actividades de este tipo. _____
El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción. _____
Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan. _____

14. Necesidades de aprendizaje

Conocimientos sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital. _____

Conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y autocuidado que necesita. _____

Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos, relativos a su salud/enfermedad.
Técnicas de autocuidado emocional, cambios necesarios en su hábito de vida. _____

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamiento, sentimientos, angustia. _____

15. Sexualidad y reproducción

Demuestra comodidad con la propia identidad sexual. _____

Capacidad para gozar y controlar la propia conducta sexual y reproductiva, de acuerdo con una ética personal y social. _____

Superación del miedo, de los sentimientos de culpa y de otros factores psicológicos, que inhiben la respuesta sexual y deteriora las relaciones sexuales. _____

Presencia de enfermedad que dificultan las funciones sexuales y reproductivas. _____

ANEXO. 2

Hernia abdominal

Hernia es la protrusión de una víscera a través de la pared de la cavidad en que está contenida normalmente. Suele llamarse “rotura”.

Incidencia:

1. Es tres veces más frecuente en varones que en mujeres; Puede presentarse en cualquier edad.
2. Se debe a debilidad congénita o adquirida de la pared abdominal.
3. Tiende a aumentar de tamaño y frecuencia con los incrementos de la presión intraabdominal que causa la tos, los esfuerzos o la presión de un tumor vecino.

Clasificación

A. Según la Zona.

1. Inguinal

- a. - Varones: por debilidad de la pared abdominal en donde surge el cordón espermático; penetra al conducto inguinal y después al escroto.
- b. - En mujeres: por debilidad de la pared abdominal en el sitio en que se localiza el ligamento redondo; penetra en el conducto inguinal y después en los labios.

(1) Inguinal directa.

Medial a la arteria epigástrica profunda.

La mayor parte son adquiridas.

(2) Inguinal indirecta.

Lateral a la arteria epigástrica profunda.

La mayor parte son congénitas.

2. Femorales.

- a. Ocurre con mayor frecuencia en mujeres.
- b. Se localizan por abajo del ligamento de Poupart (debajo de la ingle).

3. Umbilicales.

- a. Se debe a un defecto del cierre del orificio umbilical.
- b. Suele ser más comunes en mujeres obesas, niños y en pacientes con cirrosis hepática, ascitis

4. Ventral o incisional.

- a. Por debilidad de la pared abdominal.
- b. Puede ser consecutiva a deterioro de la cicatrización de una incisión por drenaje, infección, etc.

B. Según su gravedad.

1. Reducible: la masa saliente puede regresarse al abdomen.
2. Irreducible: la masa saliente no puede regresar al abdomen.
3. Incarcerada: hernia irreducible en la que está obstruido totalmente tránsito intestinal.
4. Estrangulada: hernia irreducible en la que se obstruye por completo el flujo sanguíneo intestinal.
Síntomas: dolor, vómito, tumefacción del saco herniario, fiebre, signos de irritación peritoneal en el abdomen bajo.

Tratamiento

A. Mecánico

(Sólo hernia reducible.)

Un braguero es un dispositivo con un cojincillo que se sostiene firmemente contra el orificio herniario.

1. No cura la hernia, pero impide que el contenido abdominal entre al saco herniario.
2. Pueden utilizarse en el tratamiento de hernias de adultos cuando no es aconsejable operar por enfermedades o la edad. En general, es preferible la cirugía.

B. Quirúrgico.

La terapéutica quirúrgica se recomienda para corregir la hernia antes que se estrangule, ya que en ese caso constituye una urgencia.

1. Se libera el saco de la hernia.
2. Se restituye el contenido del saco a la cavidad abdominal.
3. Se liga el cuello del saco.
4. Se sutura firmemente las capas muscular y aponeurótica para evitar recurrencias. Si no es posible, se sutura una malla sintética sobre el área.
5. En las hernias estranguladas, además de repararlas es necesario reseca el intestino isquémico.

Cuidados de enfermería

A. Preoperatorio.

1. Si la hernia está estrangulada hay un estado de urgencia.
2. Si la cirugía es de elección, el paciente suele encontrarse en buen estado físico.
3. Usar depilado o afeitar la región suprapúbica y la cara antero superior del muslo.
4. Buscar si hay infecciones respiratorias; Si se encuentran, se pospone la cirugía porque la tos o el estornudo en el posoperatorio puede romper las suturas.
5. Se puede hacer la cirugía con el paciente internado en el hospital o se puede efectuar en la clínica de cirugía del día.

B. Postoperatorio.

1. Tomar las siguientes medidas para el edema o la tumefacción escrotal.
 - a. Reposo en cama
 - b. Bolsa con hielo, suspensorio escrotal para sostén.
2. Observar si hay retención urinaria.
3. Hacer caminar al paciente en un día o dos, o antes si es permisible.

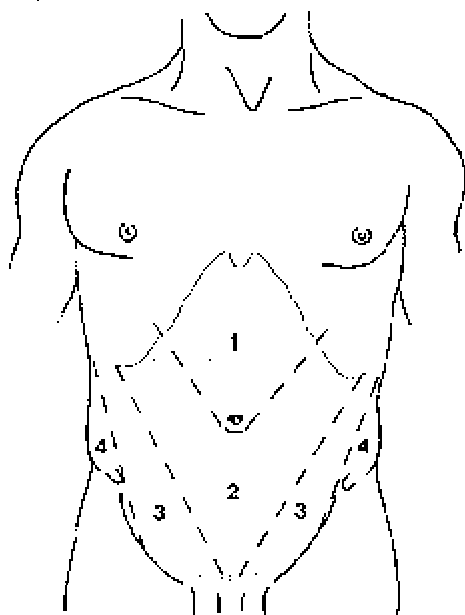
C. Educación del paciente.

1. No se permiten los ejercicios extremos, ni deportes durante ocho o doce semanas después de la intervención.¹⁷

¹⁷ Brunner Sholtis Lillian, Manual de la Enfermera, 3ª ed. México: Interamericana. McGraw-Hill, 1998, pp. 500, 501.

8.1

Localización de los puntos de las Hernias de la pared abdominal



1. - Hernia epigástrica
2. - Hernia umbilical
3. - Hernia ventral
4. - Hernia femoral¹⁸

¹⁸ Beare / Myers. Op.Cit. p.1757.

8.2

Hernia umbilical. Definición

Es el abultamiento o protuberancia de un órgano a través de una abertura anormal. El peligro de la hernia surge cuando el órgano protuberante a través de la abertura es constreñido hasta el grado que la circulación se detiene cuando dicho órgano protuberante impide el funcionamiento de otras estructuras.

La **hernia** se puede definir como la falla primaria de la pared abdominal que permite la protusión o pasaje del contenido abdominal a la superficie a través de la misma.

La hernia puede desarrollarse en la pared abdominal alrededor de una incisión previa (hernia incisional), en la ingle (hernia inguinal o hernia femoral), en medio del abdomen (epigastrio), o en el músculo (diafragma) entre el abdomen y tórax, alrededor en esófago (hernia hiatal). Las hernias son más comunes como resultado, en el desarrollo, de un cierre incompleto en la ingle (hernia inguinal) o alrededor del ombligo (hernia umbilical).

Las hernias umbilicales son aquellas que emergen a través de un defecto en el cierre de la cicatriz umbilical. En el niño las hernias umbilicales son congénitas, siendo las del adulto adquiridas y más frecuentes en mujeres de edad media, sobre todo obesas y multíparas; también se observa en los pacientes cirróticos con ascitis.¹⁹

8.2.1 Etiología / Manifestaciones clínicas

Muchas hernias son consecuencia de una debilidad, congénita o adquirida, de la pared abdominal, del aumento de la presión intraabdominal debido a la tos o al esfuerzo o por un aumento de tamaño de una lesión en el abdomen. Una vez que la hernia se ha formado, su aumento de tamaño suele ser progresivo.

Él término reducible: Se refiere a la posibilidad de devolver el saco herniario a la cavidad abdominal cuando el enfermo está en posición supina. Si el saco es más grande que la abertura de la pared muscular, la hernia es irreducible (Incarcerada) y existe el riesgo de que se reduzca la circulación del tejido (estrangulación), con aumento de la inflamación, dolor abdominal, necrosis y obstrucción intestinal.

La hernia umbilical: se debe a un defecto del ombligo al nacer o a una debilidad en el músculo recto anterior del abdomen. Las pequeñas protrusiones, de menos de 1,5 cm, se puede cerrar espontáneamente, pero los defectos mayores obligan a cierre quirúrgico. Las hernias umbilicales del adulto son más frecuentes en la mujer y más habituales durante el embarazo, asociándose por lo general con la obesidad.

¹⁹ <http://mednet.org.uy/cq3/estudiantes/herniainguinal.htm>. 2007

¿Qué es lo que produce una hernia?

La pared del abdomen tiene áreas naturales de debilidad potencial. Las hernias pueden desarrollarse en estas u otras áreas debido a un gran esfuerzo sobre la pared abdominal, al envejecimiento, una lesión, una vieja incisión o una debilidad presente desde el nacimiento. Cualquiera puede desarrollar una hernia a cualquier edad. La mayoría de las hernias en niños son congénitas. En adultos, una debilidad natural o un esfuerzo al levantar objetos pesados, una tos persistente, dificultad para mover el vientre o para orinar puede hacer que la pared abdominal se debilite o se separe.

Síntomas y síntomas

Irritabilidad, dolor en la porción inferior del abdomen (área inguinal), dolor al realizar algún tipo de esfuerzo físico como: correr, gritar, saltar, levantar cargas pesadas, al realizar evacuaciones intestinales, entre otros. Inflamación y enrojecimiento en el área, pérdida del apetito, insomnio, ansiedad, irritabilidad, fatiga.²⁰

En las hernias inguinales, ocasionalmente o de forma fija resalta una tumoración en la región inguinal. Esta tumoración aumenta de tamaño o hace su aparición con la tos, o al hacer presión sobre el abdomen. En la estrangulación herniaria existe un dolor muy acusado en la zona de hernia. Cuando la estrangulación es completa se desarrolla un cuadro de obstrucción intestinal. Las hernias crurales presentan una sintomatología similar a la de las hernias inguinales. Lo mismo sucede con las hernias umbilicales, con la salvedad de su localización en la región umbilical.

8.2.2 Naturaleza: Mecanismo de la hernia

En determinadas circunstancias puede ceder la pared abdominal en algunos lugares, donde se produce una abertura por la cual escapa el peritoneo, junto con ciertas asas intestinales, colon y epiplón. Si a consecuencia de ello parte del saco herniario no puede volver a su lugar, se originan estados peligrosos. Las aperturas aparecen en lugares típicos, principalmente allí donde abandonan o entran vasos sanguíneos o ciertos órganos, dentro del abdomen y a través de la pared de éste. También en lugares en donde existen condiciones especiales, como a nivel del ombligo (hernia umbilical), o allí donde el esófago comunica con el estómago, es decir en la apertura diafragmática, originándose las hernias de este carácter. Por último, se conocen como «hernias cicatriciales», aquellas que aparecen a través de los espacios originados por las cicatrices que se producen después de una intervención quirúrgica. La hernia umbilical se presenta sobre todo en niños, y en mujeres multíparas.

²⁰ Ramírez A. Orely del C “Enfermería Médico quirúrgico II” cristianax100pre@hotmail.com Venezuela. 2006. pp. 2-4.

Causas

Las hernias se desarrollan con especial frecuencia en personas de mayor edad, al disminuir la tonalidad de los tejidos. Estos también pueden relajarse, al menos transitoriamente, como consecuencia de una pérdida de peso, en virtud de la cual se dilatan las llamadas puertas herniarias.

La tos, los esfuerzos y todo cuando aumenta la presión intraabdominal facilitan su aparición, y más si existe una cierta relajación previa.

Tratamiento

Es quirúrgico, mediante una incisión transversa infraumbilical de concavidad superior, respetando, si es posible, el ombligo. En la paciente resultó imposible preservar el ombligo, por atrofia cutánea. El saco al ser liberado, se procedió a su apertura para comprobar su contenido y reseca el epiplón adherido.

Las hernias que no producen molestias puede dejarse a veces sin reparar, pero advirtiendo al enfermo(a) sobre la importancia de buscar ayuda médica con rapidez si se presentan complicaciones. El aumento de tamaño de la herniación puede llevar a protrusiones abdominales infrecuentes y a limitaciones de la actividad. Después de reducir la hernia, el enfermo(a) puede optar entre utilizar un bragero o un apósito rígido colocado en el punto de la hernia y sujeto con un cinturón.

Ello impide la protrusión de la hernia y mantiene el contenido abdominal en su lugar. Para garantizar el ajuste correcto, el bragero debe ser adaptado por una persona cualificada o en su defecto por un ortopédico.

Se puede optar por la cirugía para reparar la hernia (herniorrafia) debido a las molestias del paciente o al constante riesgo de estrangulación. El defecto herniario se cierra aproximando los músculos adyacentes o utilizando una red sintética.

La reparación de hernia no complicada se hace con seguridad y el enfermo puede ser dado de alta el primero o segundo día del postoperatorio. Algunos pacientes pueden recurrir a la cirugía ambulatoria en las reparaciones simples. Si la incarceración o la estrangulación de la hernia producen una obstrucción intestinal, la hospitalización se prolongará.

Las indicaciones de incarceración y estrangulación son dolor abdominal, distensión, cambio de los hábitos intestinales, elevación de la temperatura, náuseas y vómitos. El paciente puede precisar una amplia intervención abdominal que requiere drenaje nasogástrico, líquido intravenoso y antibióticos.

Las complicaciones posoperatorias son: La infección urinaria, la retención de la orina y el íleo paralítico

8.2.3 Valoración de la paciente con hernia umbilical

Se valoran los conocimientos de la paciente sobre el trastorno de la cirugía, los posibles factores de riesgo y las acciones necesarias si se producen complicaciones

Se observa la localización de la hernia, se valora su tamaño, las posibles infecciones por bacterias causadas, por el humedecimiento de los tejidos de la región.

Se hace una entrevista con la paciente y con otras personas allegadas quienes podrían proporcionar información sobre sus conocimientos de la herniación y las posibles complicaciones, así como del tratamiento anterior (es decir, braguero) y sobre cualquier complicación padecida. A partir de esta información recogida se tuvo un punto sobre el cual planificar la asistencia, preguntando sobre el dolor o las molestias que presenta.

Hay poca correlación entre el tamaño de la hernia y las molestias que produce. Las hernia pequeñas tienden a ser más dolorosas que las grandes, pero deben distinguirse de la estrangulación, observar el lugar y localización de la hernia. La valoración inicial proporciona un punto de partida para juzgar los aumentos de tamaño. La valoración indicará las limitaciones y molestias que la hernia produce al paciente.²¹

²¹ Beare / Myers Op.Cit. p. 1758.

Materiales Quirúrgicos utilizados

Una vez que el anestésico hace efecto comienza la intervención quirúrgica, y para ello, se necesitara:

- Bisturí n° 15 y n° 21.
- Porta Aguja.
- Tijera de Mayo Recta y Curva.
- Mosquito (15 unidades).
- Kelly.
- Farabeuf n° 18.
- Badcock.
- Allis (2 unidades).
- Separadores.
- Grapas Quirúrgicas.
- Pinzas de Disección con dientes y sin dientes.
- Suturas Vicril 1-0: Catgut Simple 1, Seda.
- Apósitos.
- Gasas estériles.
- Malla Quirúrgica.
- Lápiz Cauterizador.
- Compresas.
- Solución Fisiológica (tibia).
- Sin pasar por alto el adecuado lavado quirúrgico de manos, así como el vestido adecuado de mesas y del equipo de salud.²²

²² Yeager, Mary Ellen. Técnica en el Quirófano 2ª ed, México: Interamericana, 1999. pp. 68,69.