



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
“APLICADO A PACIENTE ADULTO, CON NECESIDAD DE
AUTOCUIDADO POR REALIZACIÓN DE COLOSTOMÍA
TEMPORAL”.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA.

**ESTRADA OROS ROSA MARÍA
No. DE CUENTA 4-0511670-O**

**DIRECTORA ACADEMICA
MAESTRA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
SARA ESTHER TELLEZ ORTÍZ.**

OCTUBRE DE 2008



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.

INDICE

Introducción	1
1. Justificación	3
2. Objetivos	5
3. Marco Teórico	6
4. Valoración de Enfermería	35
5. Diagnóstico de Enfermería	40
6. Plan de Alta	65
7. Conclusiones	71
8. Anexos	73
9. Bibliografía	84
10. Glosario	86

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se presenta una panorámica general de lo que es el Proceso Atención de Enfermería hecho por una enfermera del país, la cual conoce los pros y contras del sistema de salud en México y lo que es la Teoría de Dorotea Orem, ésta última la más adecuada y aceptada para pacientes adultos porque es donde la enfermera puede abarcar más en la enseñanza del autocuidado. Conoceremos algo de la historia y el desarrollo de la enfermería ya que debemos valorar nuestra historia aprender de la experiencia, aciertos y errores de quienes iniciaron este trabajo y así tener bases más sólidas y no empezar de cero.

Se aplicó un proceso a un paciente al que se le realizó una colostomía por enfermedad diverticular, lo que implicó llevar a una balanza las necesidades de autocuidado del paciente y las capacidades del mismo o de su familia para cubrir el Déficit de Autocuidado de estas necesidades. Por esta razón se eligió la teoría de autocuidado de Dorothea Orem, ya que ella considera a los requisitos de autocuidado como indispensables para el mantenimiento de una vida con calidad.

Para su mejor exposición se optó por presentar el trabajo iniciándolo en un marco teórico que permitiera entender con mayor precisión el enfoque de esta propuesta. Bajo esta premisa se utilizaron los diagnósticos de la NANDA y se manejaron para la ejecución y evaluación los parámetros del NIC y NOC.

Como toda alteración en la vida, las personas sufren por los cambios que se presentan por lo que se entra en una etapa de duelo aquí también tendremos una panorámica de este proceso por la que con apoyo se acepta sin complicaciones.

En este trabajo se implementan los conocimientos que actualmente toda enfermera profesional debe tener, para proporcionar cuidados a pacientes que cada día demandan mejor atención y del lado legal, esto implica en

mayores responsabilidades al dejar de ser solamente hacedoras de indicaciones médicas, realizando nuestro trabajo con un juicio crítico y también pueda haber un parámetro para ser evaluadas continuamente.

1. JUSTIFICACIÓN

Para lograr una evolución significativa de las profesionales de enfermería se debe empezar por cambiar la forma de pensar de las mismas, ya que debemos de convertirnos en profesionales independientes, para desarrollar a la enfermería como una disciplina científica, y de esta forma se incrementará la calidad del cuidado al individuo, familia o comunidad.

Dentro de su quehacer la realización del Proceso Atención de Enfermería marca la diferencia de calidad en la atención del paciente hospitalizado o en área comunitaria ya que esta atención será basada en un proceso científico con bases sustentables para ofrecer una mejor atención y cuidado, siendo este el fin de la enfermera.

Dentro del plan de estudios de la Licenciatura de Enfermería existe ya la formación en como estas pueden desarrollarse en una forma independiente, no como tradicionalmente se les preparaba ya que no se les inculcaba este modo de pensar en la realización del trabajo, este pensamiento solo se obtenía al cabo del paso del tiempo con base a esfuerzo y superación personal.

Para poder llegar a un cambio substancial la enfermera debe de luchar consigo misma con sus compañeras de trabajo, con el personal que supervisa y en general con el equipo de salud para romper con esquemas establecidos que al final puede considerarse una posición cómoda. Esta lucha puede ser agotadora porque a la fecha no se encuentra ningún eco.

El Proceso de Atención de Enfermería refleja de un modo objetivo y metodológico el trabajo que realizamos con los pacientes, de ahí la necesidad de que exista una forma establecida y esquemática en cada unidad médica, que muestre objetivamente la información y actividades realizadas durante el cuidado que se brinda a los pacientes siendo estos la finalidad de estudio de toda enfermera, convirtiendo a este cuidado en un trabajo profesional y por ende de mejor calidad y calidez para el paciente.

El Proceso Atención de Enfermería proporciona una diversidad de ventajas entre las que se pueden mencionar estandarización de tiempos y cargas de trabajo

eficientes, distribución equitativa de los recursos humanos y materiales, en algunos lugares determina costos reales de la atención y en otros permite la evaluación del personal de enfermería.

De ahí que la elaboración del presente PAE tiene como finalidad en primera instancia, revalorar el lado humano de nuestro trabajo, tomando en cuenta las emociones y sentimientos que todo paciente presenta en su estancia hospitalaria, se fomentó una mejor comunicación verbal y no verbal tanto con el paciente como con los familiares, que suelen ser una pieza clave para dar un mejor atención, lo que conlleva a que se favorezcan los resultados de todo procedimiento sanitario, resultando favorecida la calidad de vida de los pacientes, asimismo, retomar en forma sistemática la elaboración del Proceso Atención de Enfermería y con ello lograr una forma de pensar más crítica, analítica y reflexiva durante el cuidado proporcionado a los pacientes.

Y finalmente mostrar a la institución así como al equipo multidisciplinario y principalmente a los pacientes el valor real que tiene el PAE como herramienta para demostrar que la enfermería es una profesión científica que permite alcanzar metas personales y profesionales.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Realizar una valoración a un paciente basada en la Teoría de Orem en una unidad hospitalaria de tercer nivel de atención para de esta forma detectar oportunamente el déficit de autocuidado (en este caso dentro del tiempo de hospitalización), creando un proceso de enfermería acorde a necesidades reales teniendo la posibilidad de ofrecer cuidados de enfermería profesionales y de calidad basado en un proceso científico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aplicar en cada momento de nuestro quehacer diario el Proceso de Atención de Enfermería, convirtiéndose en algo práctico y sin complicaciones,
- Aplicar el conocimiento científico y desarrollar habilidades de pensamiento crítico durante el cuidado proporcionado.
- Ofrecer a la institución un ejemplo de la aplicación y resultados del PAE.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA Y LAS TEÓRICAS.

Los cambios vertiginosos en los que está inmerso el sistema de salud hace que se deban transformar inevitablemente los cuidados de enfermería, el personal de enfermería es la parte medular del sistema de salud y de estos cuidados, por lo que desde hace aproximadamente unos 50 años enfermeras preocupadas por definir la esencia de la enfermería han creado Modelos, Teorías y Filosofías.

La enfermera ha tenido la necesidad de realizar grandes cambios en su quehacer para adaptarse al progreso de conocimientos, valores y actitudes. Por lo que requiere de un Proceso Atención de Enfermería como método de atención a pacientes permitiéndole identificar problemas de salud, necesidades, capacidades y de esta forma proporcionar intervenciones individualizadas para ofrecer una atención de calidad tomando en cuenta el entorno del paciente, familia y comunidad.

En la década de los 70's existía consenso sobre el ejercicio profesional de la Enfermería (paradigma), el cual debía basarse en un sustrato teórico propio y no en conocimientos de otras disciplinas. No obstante, las investigaciones revelaban que la disciplina carecía aun de conexiones conceptuales y de sistemas teóricos sólidos.

En los años 80's cada vez mas bases teóricas eran incorporadas a los currículos profesionales y el interés se centraba en el análisis y el uso de las teorías en la práctica clínica. Así se alcanzó un consenso sobre los conceptos dominantes de la disciplina: persona, entorno, salud y la disciplina de la enfermería (metaparadigma).

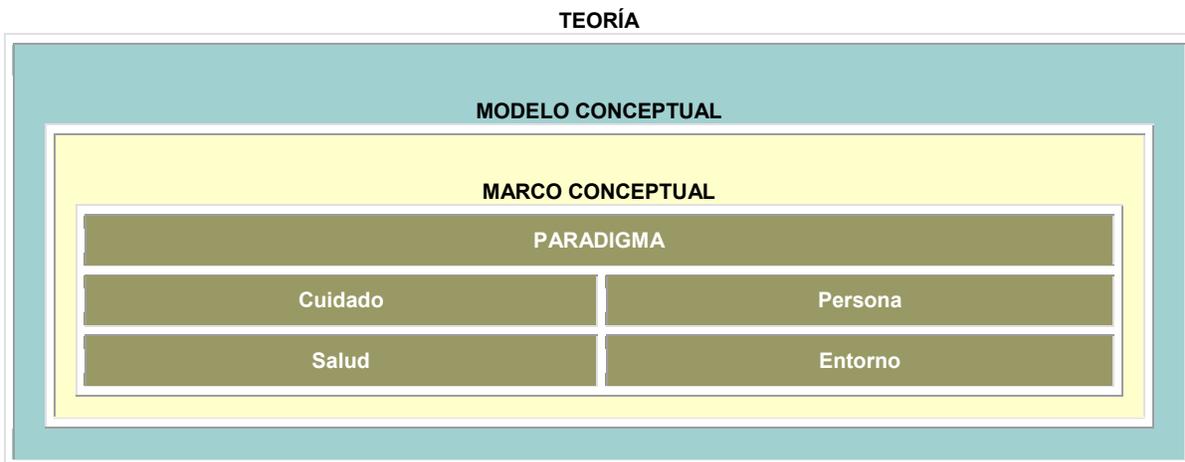
En los años 90's todavía no había un consenso sobre la utilización de un enfoque teórico unitario, el cual presentaron sus defensores pero con la oposición de quienes no tenían esta idea. Estos últimos abogan por el pluralismo en las teorías y por el enriquecimiento que aporta la diversidad al conjunto de la disciplina ya que

ninguna visión es lo bastante amplia para abarcar u orientar el conocimiento de la enfermería en su totalidad.

*Marriner Torney y Raile Alligood (1999), las teorías son modelos de ciertos fenómenos, son modelos teóricos de la realidad. Dicen: "El conocimiento que se asocia a un campo científico está formado por los hechos relativos a los fenómenos de interés del mismo, pero la recopilación desorganizada de esos hechos apenas sirve como orientación para quienes pretenden aprovechar estos conocimientos. Así los hechos conocidos deben ordenarse para formar una entidad coherente que permita edificar una doctrina de conocimientos bien estructurada. Esto permitirá explicar los hechos pasados, transmitir la sensación de que se comprenden los sucesos actuales, predecir las situaciones futuras y tener la posibilidad de controlarlas."*¹

Cuando el desarrollo teórico de paso, de modelo definitivo a la utilización de sus resultados se comprenderá mejor la importancia de los modelos y teorías se enfermería para las labores formativas. La finalidad es que, tanto modelos como teorías, orienten a la enfermera para realizar un razonamiento crítico y entonces sean cada vez mas aceptados por la comunidad de dichos profesionales.

En el siguiente esquema se visualizan conceptos para un mejor entendimiento



¹ 2006 Marriner Tomey, Raile Alligood, Kérovac S. et cols., Kozier, Erb y Olivieri, MODELOS Y TEORIAS

ENFERMERIA, *Temas y Recursos de Enfermería*

Disponible: <http://enfermeros.org/modelos-teorias.html>

La clasificación más aceptada de las teóricas es la siguiente:

1. Las que se centran en cuestiones filosóficas.
2. Las que se basaron en modelos conceptuales.
3. Las que desarrollaron teorías de enfermería de nivel intermedio.

Grupos de teóricas y sus características principales

Grupo	Características principales	Autoras	Año
Filosóficas	Definen el significado de los fenómenos observados a través de los análisis, razonamientos y argumentación lógica. Fueron los primeros trabajos y procedieron y condujeron a la construcción de modelos teóricos y contribuyeron al desarrollo del conocimiento.	Nightingale Wiedenbach Henderson Abdellah Hall Watson Benner	1859 1965 1955 1960 1961 1979 1984
Modelos Conceptuales	Conocidas como grandes teóricas o pioneras en el campo de la enfermería. Sus obras incluyen aspectos relativos a los seres humanos, su entorno y su salud. Además propone líneas maestras de conducta a los profesionales dentro de su campo científico.	Orem Levine Rogers Johnson Roy Neuman King Roper, Logan y Tierney.	1959 1967 1970 1958 1971 1975 1968 1983
Teorías	Llamadas teorías de nivel medio. Sus objetivos están más restringidos que las grandes teorías. Son más concretas en su nivel de abstracción. Se ocupan de responder a preguntas prácticas y específicas dentro de la enfermería.	Peplau Orlando Travelbee Riehl-Sisca Erickson, Tomlin y Swain Mercer Bernard Leninger Parse Fitzpatrick Newman Adam y Pender	1952 1962 1964 1973 1983 1977 1983 1978 1981 1989 1979 1982

2006 Marriner Tomey, Raile Alligood, Kérovac S. et cols., Kozier, Erb y Olivieri, MODELOS Y TEORIAS

ENFERMERIA, *Temas y Recursos de Enfermería*

Disponible: <http://enfermeros.org/modelos-teorias.html>

Teóricas y sus características principales:

AUTORA	OBRA	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES
Florence Nightingale	La Enfermería Moderna	Interacción paciente-entorno-enfermedad-proceso reparador.
Ernestina Wiedenbach	El Arte de la ayuda de la Enfermería Clínica	Enfermedad como arte especial, atención a las necesidades del paciente.
Virginia Henderson	Definición de Enfermería	Paciente-persona que necesita ayuda para lograr la autosuficiencia. Señala 14 necesidades.
Faye Glenn Abdellah	21 problemas de enfermería	Emplea al método de resolución de problemas. Formulo 21 problemas de enfermería.
Lydia Hall	El método de introspección, cuidados, curación.	Resalto la función autónoma de enfermería influida por Carl Rogeres. Conceptualizó al paciente en fase aguda de su enfermedad.
Jean Watson	Filosofía y Ciencia de la asistencia	Resalta la importancia de los cuidados. Enfermería-ciencia humanística. Visión existencial-fenomenología. Definió 10 factores creativos que representan sentimientos y/o acciones de enfermeras y pacientes.
Patricia Benner	Del principiante al experto: excelencia y el poder de la enfermería clínica.	Describe el cuidado de los enfermos en el contexto de la práctica. Inspirada en el modelo de la adquisición de habilidades de Dreyfus. Hace descripciones sistémicas de las 5 fases de desarrollo de las prestaciones enfermeras de las que se deducen 7 dominios y 31 competencias asociadas.

Dorothea Orem	Teoría del Déficit de Autocuidado	Autocuidado-necesidad humana. Evolución continuada de sus ideas en 3 teorías.
Myra E. Levine	El Modelo de la Conservación	Definió 4 principios de conservación destinados a ayudar al paciente adaptarse al medio. Su obra toma 3 teorías.
Martha Rogers	Seres Humanos Unitarios	Influenciada por teorías generales de los sistemas y teorías de los campos. Nociones centrales: ser humano unitario y entorno.
Dorothy Johnson	Modelo del Sistema Conductual	Influencia de la etiología y teoría general de sistemas. Considero piedra angular de las organizaciones sociales el afecto. Su sistema conductual incluye subsistemas como los de paternidad, dependencia, éxito...
Callista Roy	Modelo de la Adaptación	Se basa en la 1ª. Adaptación de Nelson. Ha sintetizado varias teorías en una visión conjunta que explica interacciones persona-medio.
Betty Neuman	Modelo de los Sistemas	Utiliza teorías de la Gestalt, el estrés y los sistemas combinadas con niveles de prevención. Su obra contiene 21 teorías.
Imogene King	Marco sistemático y teoría de la consecución de objetivos	Su marco conceptual incluye un sistema personal, uno interpersonal y uno social. Enfermera-paciente interacciones, actúan, reaccionan, mutuamente. Su obra es un marco del que se dedujo la 1ª. de consecución de objetivos.
Nancy Roper, Winifred Logan y Alison Tierney.	Elementos de la enfermería. Un modelo basado en el modelo vital	Dentro de su modelo vital se recogen 4 componentes fundamentales: 12 actividades vitales, tiempo de vida, dependencia/independencia, factores que influyen sobre actividades vitales.

Hidegard Peplau	Enfermería psicodinámica	Influencia de teorías de relaciones interpersonales de Sullivan. Reflejan modelos psicoanalíticos contemporáneos. Primera autora que traslado teorías de otros campos a la enfermería.
Ida Jean Orlando	Teoría del Proceso de Enfermería	Basada en relación interpersonal enfermera-paciente. Distinguió 3 elementos: conducta del paciente, reacción de la enfermera, acciones de enfermería. Aboga por el PAE para satisfacer las necesidades el paciente.
Joyce Travelbee	Modelo de Relación de persona a persona	Amplia enfoques de Peplau y Orlando. Se concentra en cuidados que refuerzan empatía, simpatía y comprensión así como aspectos emocionales.
Joan Riehl-Sisca	I Interaccionismo Simbólico	Su teoría es una síntesis de los trabajos de Mead, Rose y Blumer. Explico las relaciones en enfermería basadas en la comunicación e inspirada en la sociología.
Helen Erickson, Evelyn Tomlin y Mary Ann Swain.	Modelización y modernización de roles	Esta teoría es un compendio de los trabajos de Erickson, Selyen, Angel y Piaget. Fomento del autocuidado basado en la percepción del mundo del paciente y en la adaptación a factores de estrés.
Ramona Mercer	Adopción del rol Maternal	Teoría centrada en el cuidado maternal. Basada en teoría de sistema de Goffmann.

Kathryn Barnard	Modelo de interacciones padre-hijos.	Se centra en la interacción de la madre y el hijo con el entorno. Teoría descriptiva procede de la 1ª. evolución.
Madeleine Leninger	Cuidados culturales: Teoría de la diversidad y la universalidad	Se centra en los cuidados. Su metodología procede de la antropología.
RosemarieRizzo Parse	Evolución Humana	Elaboro su teoría a partir de los principios y conceptos de C.Rogers y efectuó síntesis de ideas con la fenomenología existencial de Heidegger, Ponty y Sastre. Basado en el humanismo.
Joyce Fitzpatrick	Modelo del ritmo de la perspectiva vital.	Teoría del ritmo de la perspectiva vital que procede del modelo conceptual de M. Rogers. Ser humano unitario como elemento básico. Interés de enfermería=significado dado al concepto "vida"
Margaret Newman	Modelo de la Salud	Su teoría de la salud está basada en el modelo de M. Rogers.
Evelyn Adam	Modelo Conceptual de Enfermería	Estableció formalización teórica según escritos de Henderson como base de la práctica, investigación y formación de enfermeras.
Nola Pender	Modelo de Promoción de la Salud.	El objeto de la asistencia enfermera es la "salud optima del individuo"

2006 Marriner Tomey, Raile Alligood, Kérovac S. et cols., Koziar, Erb y Olivieri, MODELOS Y TEORIAS

ENFERMERIA, *Temas y Recursos de Enfermería*

Disponible: <http://enfermeros.org/modelos-teorias.html>

3.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

La enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las **Respuestas Humanas** del individuo, familia y comunidad de procesos vitales, problemas de salud real y potenciales: así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiológicas.

La enfermería es una ciencia porque:

- tiene conocimientos propios, sistemáticos para el cuidado del enfermo.
- Emplea el método científico.
- Lenguaje especializado.
- Paradigma.
- Es coherente.
- Tiene un campo definido del conocimiento.
- Propositiones universales y verdaderas.
- Utiliza la lógica.
- Explicación de sus investigaciones y argumentos.

El Proceso Atención de Enfermería es un método sistemático y racional de planificar y brindar cuidados de enfermería, ayuda a desarrollar un pensamiento crítico deliberado, cuidadoso y dirigido para lograr un objetivo, delimitando el campo de acción específico de la enfermería que incluye al individuo, familia y comunidad para mantener o recuperar la salud.

El pensamiento crítico es un proceso mental que implica el exámen y el análisis racional de toda la información e ideas disponibles así como la formulación de conclusiones y decisiones.²

La enfermera debe centrar su acción en respuestas humanas, las respuestas humanas pueden ser en estado de salud o enfermedad, son personales y múltiples que surgen de sus necesidades. La enfermera durante la interacción con el usuario logra identificar estas respuestas humanas que surgen de sus

² Rodríguez B. Proceso enfermero Pág. 33

necesidades. La enfermera durante la interacción con el usuario logra identificar estas respuestas humanas.

Cuando se detectan problemas de salud se deben identificar el tipo de problemas pudiendo ser:

- Reales. Pueden ser valorados a través de sus características definitorias (objetivas o subjetivas, mayores o menores, signos y síntomas)
- Riesgo. Llamados potenciales son aquellos que no existen manifestaciones, pero presentan numerosos factores de riesgo que pueden desencadenarlos; siendo responsabilidad de la enfermera el actuar para prevenir y detectarlos a tiempo.

Las funciones de enfermería se dirigen a PREDECIR, PREVENIR Y TRATAR.

Estas funciones se dividen en:

- Independientes. Están dirigidas a predecir, prevenir y tratar respuestas humanas sin intervenciones de una prescripción médica.
- Interdependientes. Están dirigidas a respuestas fisiopatologías, se realizan en colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario, incluyendo la prescripción médica.

Respuestas Humanas

Aquellas reacciones fisiopatologías, percepciones, sentimientos y conductas que se presentan en personas sanas o enfermas. Estas son:

- Intercambio
- Comunicación
- Relación valoración
- Elección
- Movimiento
- Percepción
- Conocimiento
- Sentimiento

Respuestas Fisiológicas

Aquellas manifestaciones objetivas y subjetivas que se presentan como resultados de la enfermedad.

- S. Respiratorio
- S. Digestivo
- S. Cardiovascular, etc.

Las profesionales de enfermería en su práctica deben tener conocimiento de:

- Área del saber dentro del campo de enfermería (su currículum).
- Área del saber hacer es decir un pensamiento lógico, analítico y reflexivo.
- Área del saber ser y convivir relacionándose con el paciente y los integrantes del equipo sanitario.

El Proceso Atención de Enfermería se creó como un método sistemático centrado en el logro de objetivos de una forma eficiente. Las etapas del Proceso Enfermero:

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Información	Análisis	Objetivos	Acciones	Progreso Modificaciones

VALORACIÓN

Permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad, con enfoque holístico. La valoración de enfermería puede obtenerse aplicando cualquier teoría o modelo ya sea con las catorce necesidades de Henderson, con los cuatro principios de Levin, los subsistemas de Johnson, los requisitos de autocuidado de Orem, o los patrones funcionales de salud de Gordon. En cualquier teoría que se utilice siempre se debe de seguir los seguir pasos:

- Recolección de la información.
- Validación de la información.
- Registro de la información.

Se realizará una entrevista para la recolección y un examen físico. El éxito de la valoración empieza en esta etapa, ya que se puede crear un ambiente de confianza, y se verificará que en un momento determinado se valide esta información con el mismo paciente si es necesario para que los datos sean los correctos o corregidos en su caso, debiéndose registrar en forma escrita la información obtenida.

DIAGNÓSTICO

Es un juicio clínico sobre las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad siendo esta etapa el lado intelectual del proceso.

Las etapas del diagnóstico son:

- Razonamiento Diagnóstico.
- Formulación de los diagnósticos de enfermería y problemas independientes
- Validación
- Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Razonamiento Diagnóstico y Formulación de Diagnósticos Enfermeros y Problemas Interdependientes.

- Se realiza un listado de todos los datos significativos subjetivos, objetivos, históricos y actuales que aporte la valoración incluyendo los recursos.
- Análisis y agrupación de los datos significativos (indicios) que se relacionen y realizar las deducciones correspondientes.
- Comparación de los datos significativos con los factores relacionados/riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la NANDA.

La NANDA surgió en 1973 y realiza reuniones cada 2 años para la elaboración de los diagnósticos de enfermería y los organiza en patrones funcionales de salud. Son el resultado del trabajo de investigación, que establecen y perfeccionan categorías diagnósticas de enfermería que son utilizados en la práctica. Estos Diagnósticos de Enfermería avalan el ejercicio profesional.

Para la elaboración del plan de cuidados de enfermería la N.A.N.D.A. tiene 105 diagnósticos (los cuales cambian y aumentan en cada reunión) estando divididos en 11 patrones funcionales de salud:

- I. Patrón de Percepción/Mantenimiento de la salud.
- II. Patrón de Nutrición/Metabólico.
- III. Patrón de Eliminación.
- IV. Patrón de Actividad/Ejercicio.
- V. Patrón de Reposo/Sueño.
- VI. Patrón Cognitivo/Perceptivo.
- VII. Patrón Autoimagen/Autoconcepto.
- VIII. Patrón Rol/Relaciones.
- IX. Patrón Sexualidad/Reproducción.
- X. Patrón Afrontamiento.
- XI. Valores y Creencias.

- Revaloración si existen dudas.
- Determinar si se cuenta con autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema para que:

Si la respuesta es SÍ = Elaborar un Diagnóstico de Enfermería.

Si la respuesta es NO = Elaborar un Problema Interdependiente.

- Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (Dx. de Enfermería) y las respuestas fisiopatológicas (problema Interdependiente).

	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PROBLEMA INTERDEPENDIENTE
Es un:	Juicio Clínico	Juicio Clínico
Centro Atención	Respuestas Humanas	Respuestas Fisiológicas
Principal Responsable	Enfermero	Médico
Funciones de Enfermería	Independientes	Dependientes e Interdependientes

Fuente: Rodríguez B. Proceso Enfermero pág. 56

Los Diagnósticos Enfermeros pueden ser:

- Reales. Características definitorias.
- De riesgo (potencial). Pueden desarrollarse en un futuro no hay características definitorias.
- De salud. Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar pero puede o quiere alcanzar un nivel mejor.

Los Problemas Interdependientes pueden ser:

- Reales. Cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas.
- Riesgo. Cuando no hay aún manifestaciones clínicas pero están presentes factores de riesgo.

Validación

Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, para lo cual se recomienda hacerse preguntas como: ¿información suficiente?, ¿análisis correcto?, ¿deducciones acertadas?, ¿diagnósticos correctos? y ¿están bien estructurados?

Registros

Una vez validados los diagnósticos enfermero y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación.

PLANEACIÓN

En esta etapa se elaboran las estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.³

Las etapas de la planeación son:

- Establecer prioridades.
- Elaborar objetivos.
- Determinar acciones de enfermería.
- Documentar el plan de cuidados.

Para *priorizar* se debe identificar los diagnósticos de enfermería o problemas interdependientes y valorar la amenaza, seguridad y protección al paciente según Alfaro se debe:

Prioridad 1. Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.

Prioridad 2. Problemas que interfieren con la seguridad y la protección.

Prioridad 3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.

Prioridad 4. Problemas que interfieren con la autoestima.

Prioridad 5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

El psicólogo Abraham Maslow postuló que todos los seres humanos tienen necesidades básicas comunes que se pueden organizar de acuerdo a:

- Necesidades Fisiológicas. Satisfacer para vivir.
- Necesidades de Protección y Seguridad. Sentirse segura y cómoda.
- Necesidad de Afecto y Pertenencia. Necesidad de dar y recibir afecto y amor.
- Necesidad de Autorrealización. Seguir creciendo y cambiando, tener proyectos a futuro.

³ Rodríguez B. Proceso Enfermero pág. 73

Maslow determina que las necesidades físicas deben satisfacerse primero en algún grado antes de que las necesidades de un nivel más alto puedan satisfacerse. Existen varias formas de ordenar las necesidades encontradas pero cada enfermera debe guiarse por su experiencia.

Los objetivos nos ayudan calificar el grado de éxito de un plan a seguir, se valoran los logros obtenidos y permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, generando numerosas acciones de la enfermería.

En la *determinación de las acciones de enfermería* se emplea el pensamiento crítico analizando los problemas detectados, mediante cuestionamiento que marcan la selección de acciones de enfermería específicas.

Para documentar el plan de cuidados la enfermera registra en un formato especial las intervenciones de enfermería y deberán registrar los resultados alcanzados.

EJECUCIÓN

Es la aplicación de las intervenciones de enfermería que se planearon para que el paciente pueda conseguir los objetivos deseados.

Las etapas de la ejecución son:

- Preparación.
- Intervención.
- Documentación.

Dentro de la *preparación* se deben revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales involucrados en la atención y si es necesaria una revaloración. Se analizará la capacidad del personal que lo realizará y se tomará en cuenta las posibles complicaciones, la existencia del material necesario, siendo indispensable hacer sentir seguro y confortable al paciente hacia con nosotras.

Aplicar los cuatro puntos clave de la delegación de funciones: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

Es importante tener en cuenta que las *intervenciones* deben ser resultado de una valoración individualizada y de la aplicación de un pensamiento crítico, así que la palabra RUTINA no debe de utilizarse cuando se emplea la metodología de enfermería. Por cada intervención de enfermería sus profesionales, son las responsables de los resultados emocionales y de los resultados físicos.

La *documentación* es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.⁴

Con esta documentación se mantiene informados al resto de los integrantes del equipo de salud. Se utiliza para la evaluación, investigación y mejora en la calidad de los cuidados, respaldan legalmente las actividades de la enfermera.

EVALUACIÓN

La evaluación es el último de los pasos del proceso y es útil para:

- Determinar el logro de los objetivos.
- Identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado.
- Se valora el estado actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.
- La enfermera y el usuario deben revisar los resultados y en caso necesario realizar cambios.⁵

⁴ Rodríguez B. Proceso Enfermero pág. 90

⁵ Ibídem pág. 93

3.3 TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM.

3.3.1. ANTECEDENTES PERSONALES

Orem nació en Baltimore Maryland, inició su carrera profesional en la Escuela de Enfermería de Providence Hospital de Washington D.C. donde obtuvo el Diplomado de Enfermería a Principios de 1930.

Trabajó como enfermera a nivel privado y de hospital, también ejerciendo la docencia. De 1940 a 1949 fue directora de la Escuela de Enfermería y del Departamento de Enfermería del Providence Hospital de Detroit. De 1949 a 1957 trabajó en la división de servicios hospitalarios e institucionales del Board of Health del estado de Indiana. En estos años su meta fue siempre mejorar la calidad de la enfermera en la atención de los pacientes en los hospitales generales de todo el estado, fue en esta época cuando desarrollo su definición de la práctica de enfermería.

Ha señalado que las relaciones con un gran número de enfermeras a lo largo de los años, le proporcionó experiencias instructivas y el contacto con los estudiantes universitarios también la enriqueció, valorando significativamente la colaboración con otros colegas, entre las contribuciones más valiosas en la construcción de su teoría se menciona también el trabajo de otras teóricas de la enfermería.

En sus aportaciones se puede apreciar la importancia que le da al tomar conciencia de las razones por las cuales las personas necesitan ayuda y que pueden recibir de la enfermera la información necesaria para el autocuidado.

Las 8 funciones de la Teoría de Déficit de Autocuidado son:

1. Explicar la visión de los seres humanos propia de la enfermera.
2. Expresar el centro de atención específico o la finalidad propia de la enfermería en la sociedad humana.

3. Expone los conceptos clave de la enfermería considera como campo de conocimiento y práctica estableciendo un sistema de símbolos o un lenguaje.
4. Establecer los límites y orientar el pensamiento y los esfuerzos prácticos en el ejercicio de la enfermería, la investigación, el desarrollo y la educación en enfermería.
5. Reducir la carga cognitiva proporcionar elementos globalizadores para la nueva información y capacitar a las personas que comprenden la teoría para categorizar y formar conceptos a partir de reflexiones relacionadas sobre características de situaciones concretas de enfermería
6. Permite inferencias sobre las articulaciones de la enfermería con otros campos del servicio humano y con los patrones de vida diaria de los individuos y las familias en las comunidades.
7. Generar en las enfermeras y en los estudiantes de enfermería un estilo de pensar en la enfermería y de comunicarla.
8. Que las enfermeras sean una comunidad de estudiosas ocupadas en el continuo desarrollo, estructuración y validación del conocimiento de enfermería.

En 1970 Orem desarrollo 5 premisas de su teoría general:

1. Los seres humanos necesitan estímulos continuos deliberados que actúan sobre ellos y sobre su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo con la naturaleza.
2. La actividad del hombre, la capacidad de actuar de formas deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se presentan a uno mismo o a los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos.
3. Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí misma o de los demás, mediante adaptaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales.

4. La actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de formas o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulos para uno mismo y para los demás.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructurales agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones y aporta estímulos necesarios para uno mismo y para los demás.⁶

El modelo demuestra que cuando las capacidades de unas personas son inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico, la enfermera debe diseñar y aplicar un sistema de enfermería que compense las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado o de cuidados dependientes.

SUPUESTOS TEÓRICOS

Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, con potencia para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

Entorno: Es entendido en este modelo como todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya que sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Salud: Es definido como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o tonalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

⁶ Orem D. Conceptos de Enfermería Básica pág. 26

Enfermería: Como cuidados, el concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluyen en este concepto metaparadigamático el objeto de la disciplina que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas del autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

3.3.2. TEORIA DE AUTOCUIDADO DE OREM

El autocuidado es el concepto básico de la teoría, es un conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Es una conducta que realiza o que debería realizar la persona por sí misma. Según Orem, el autocuidado no es innato, sino que se aprende a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, el trabajo, la escuela y los amigos.

La persona que lleva a cabo las acciones de autocuidado se le llama Agente de Autocuidado, cuando las acciones van desde la persona que las realiza hacia la persona sin capacidad para realizarlas por sí mismo se convierte en Agente de Autocuidado Dependiente y cuando se habla en términos de cuidados especializados, nos referimos a la Agencia de Enfermería.

La Teoría de Déficit de Autocuidado de Orem es una gran teoría general formada por 3 teorías:

- Teoría del Autocuidado.
- Teoría del Déficit de Autocuidado.
- Teoría del Sistema de Enfermería.

Cada una de estas teorías se basa en conceptos clave que conforman su idea central.

TEORIA DEL AUTOCUIDADO

Las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que realizamos muchas veces sin darnos cuentas siquiera, se han transformado en parte de nuestra rutina de vida.

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta autora existen tres grandes grupos de requisitos:

- Los Requisitos Universales.
- Los Requisitos del Desarrollo.
- Las de Alteraciones o Desviación de la Salud.

Requisitos Universales

Requisitos Universales del autocuidado son comunes todos los seres humanos e incluye la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

Los siguientes ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana.

Los 8 requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos son:

1. Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
5. Equilibrio entre actividades y descanso.
6. Equilibrio entre soledad y la comunicación social.
7. Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones y el deseo de ser normal.

Cada uno de estos requisitos está íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los factores condicionantes básicos.

Factores Condicionantes Básico. Son datos determinantes que influyen en el estado de salud de la persona.

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Orientación socio-cultural.
- Factores del sistema de cuidados de salud.
- Factores del sistema familiar.
- Factores ambientales.
- Disponibilidad y adecuación de recursos.
- Patrón de vida

Los Requisitos del Desarrollo

Promueve procedimientos para la vida y para la maduración y previene las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus defectos.

Son etapas específicas del desarrollo que representa soporte y promoción de procesos vitales, son las condiciones que afectan el desarrollo humano, en otras palabras, son los requisitos determinados por el ciclo vital. Los requisitos de autocuidado son aquellos derivados del desarrollo, porque varían en promedios específicos del ciclo vital y pueden afectar positiva o negativamente, por ejemplo, una alimentación adecuada afectara el crecimiento del niño positivamente, teniendo repercusiones a edad avanzada en la etapa del adulto mayor. Una muestra de ellos es el estado de densidad ósea de nuestra población. Se puede decir perfectamente que buenos hábitos alimenticios, específicamente en el consumo de alimentos derivados de la leche u otros altos en calcio, logran que el adulto mayor conserve un buen estado de densidad ósea. Lo mismo puede decirse del ejercicio y la actividad física mantenida durante toda la vida.

Etapas del desarrollo donde se presentan cambios en los requisitos:

- Lactancia
- Pre-escolar
- Escolar
- Adolescencia
- Adulto joven
- Adulto medio
- Adulto mayor

Alteraciones o Desviación de la Salud

Orem definió los requisitos de autocuidado en la alteración de la salud como sigue: “La enfermedad o lesión no solo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano integrado. Cuando está seriamente afectado... la capacidad de acción desarrollada o en desarrollo del individuo resulta seriamente dañada de forma permanente o temporal...también el malestar y la frustración que resulta de la asistencia médica origina los requisitos del autocuidado para proporcionar alivio.

TEORIA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

En caso de que aparezca enfermedad reciente o crónica, o la experimentación de algún evento de trauma emocional puede requerir que la persona requiera de nuevas medidas para cuidarse a sí mismo o bien solicitar ayuda a otros.

Los seres humanos tienen una gran capacidad de adaptación en cambios que se pudiera presentar en su vida, en ellos o en su entorno. Pero en caso de que la demanda de autocuidado sea mayor que la capacidad del individuo, esta requerirá de ayuda de familiares, amigos y profesionales de la salud. A esto se le llama déficit de autocuidado.

Existen tres escenarios posibles en la Teoría de Orem:

1. La persona que experimenta un cambio en el estado de salud, pero aun es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud.
2. La persona experimenta un cambio en el estado de salud, siendo incapaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universales y de desviación de la salud y que, por lo tanto necesita la intervención de enfermería.
3. La persona es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud con ayuda de la enfermera.

En resumen, los déficit de autocuidado son una forma de describir la relación entre las capacidades de las personas para actuar y las demandas que se les hacen para el autocuidado o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos⁷; en sí mismo no es un trastorno, aunque la persona también puede tener problemas físicos y psicológicos.

La *demanda de autocuidado terapéutico* es la serie de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado que se sabe que existen para una persona (o los que pueden ocurrir en el futuro) y los que puede o deberían hacerse para satisfacerlos. La formulación de la demanda de autocuidado terapéutico de una persona es por lo tanto, una descripción del individuo en términos de su desarrollo, estructura y función.

Cuando las personas realizan su propio cuidado y participan en este cuidado se les considera *agentes de autocuidado*. Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería este concepto se denominará *agencia de cuidado dependiente*.

⁷ Cavanagh S. Modelo de Orem pág. 15

TEORIA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Orem considera que hay tres tipos de sistema de enfermería:

- Totalmente compensatorio.
- Parcialmente compensatorio.
- De soporte educacional.

Totalmente compensatorio. Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para la persona.⁸ Con frecuencia es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que la persona pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Parcialmente compensatorio. Este tipo de cuidado de enfermería no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero la persona está mucho más implicada en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.⁹

De apoyo/educación este sistema de enfermería sería apropiada para la persona que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentarlo. Generalmente el papel de la enfermera se limitara a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Este sistema puede requerir que la enfermera enseñe a la persona, que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, quizá reduciendo las distracciones innecesarias. La enfermera puede tener un papel de

⁸ Cavanagh S. Modelo de Orem pág. 27

⁹ Ibídem pág. 28

consultora si solo se requiere información periódica o actualización. El papel de la enfermera en el sistema de enfermería de apoyo/educación es principalmente el de regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que la propia persona realiza su autocuidado.¹⁰

Los sistemas de enfermería son dinámicos ya que un persona puede requerir al inicio un sistema totalmente compensatorio y posteriormente al mejorar su estado llegar a un sistema de apoyo/educación.

¹⁰ Cavanagh S. Modelo de Orem pág. 29

3.4 CARACTERÍSTICAS DEL DUELO

Es un proceso único e irrepetible, dinámico y cambiante momento a momento y un evento variable de persona a persona y entre familias, culturas, sociedades. Se relaciona inevitablemente con la aparición de problemas de salud.

La Dra. Elisabeth Kübler-Ross en su trabajo con pacientes moribundos, encontró que estos presentan sentimientos parecidos clasificándolos, pero siempre tomando en cuenta que somos seres individuales, que podemos tomar tiempo y orden diferente en cada etapa, estos tiempos son en base a cada cambio y ajuste positivo o negativo en nuestras vidas.

FASES DEL PROCESO DE DUELO SEGÚN ELISABETH KÜBLER-ROSS

1ª. FASE: NEGACIÓN Y AISLAMIENTO.

- Cuando se conoce el diagnóstico de una enfermedad, el paciente o familia entran en una etapa de desconcierto en la etapa del “No yo no, no puede ser cierto”

2ª. FASE: ENOJO/RABIA.

- Cuando ya no se puede mantener la negación, esta es situada por sentimientos de ira, rabia, envidia, resentimiento y se hace las siguientes preguntas, ¿Por qué yo?, ¿Por qué a mí? esta fase es muy difícil de manejar para la familia y para el personal de hospital.

3ª. FASE: NEGOCIACIÓN/REGATEO.

- Es menos conocida, dura solo breves períodos de tiempo, el pacto que se hace es un intento de diferir los hechos e incluye el vencimiento impuesto por el mismo enfermo, las mayores promesas se hacen con Dios, y se guardan en secreto.

4ª. FASE: DEPRESIÓN

- En esta fase el paciente ya no puede seguir negando su enfermedad ni sostener su rabia, empezará a tener sensación de pérdida, la cual puede ser por diferentes causas.

Depresión Reactiva. se puede descubrir la causa de la depresión.

Depresión Anticipada. Es silenciosa, esta no es el resultado de pérdidas anteriores, sino que su causa se debe a las pérdidas que van a venir.

5ª. FASE: ACEPTACIÓN

Si hubo ayuda en las fases anteriores, llegara la aceptación, presentará pensamientos como:

- Su limitación ya no le deprimirá, ni la enojará.
- En esta fase la familia es la que necesita más ayuda, el paciente ha encontrado cierta paz.
- Los momentos de silencio pueden ser las comunicaciones mas llenas de sentido para las personas que no se sienten incómodas.

4. VALORACIÓN DE REQUISITOS UNIVERSALES, DESARROLLO Y DESVIACION DE LA SALUD CON LA TEORÍA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.

Se trata del Sr. Guillermo de 57 años de edad, se encuentra en su unidad siempre acompañado de su esposa, está en posoperatorio de 2 días de resección intestinal de 17 cm. por enfermedad diverticular en casi todo el colon y la colocación de colostomía temporal. La valoración se realiza no como un interrogatorio sino como una conversación cotidiana de varias sesiones.

Se encuentra pálido con T/A normal, FC normal; está tranquilo pero triste y preocupado por su nueva imagen corporal y con temor para el manejo de la colostomía dentro de su entorno, no refiere alergias de ningún tipo.

El aporte de aire del Sr. Guillermo es adecuado sin dificultad respiratoria, sin cianosis, con campos pulmonares limpios, una saturación del 98% sin apoyo de oxígeno, sin tos solo ligeras secreciones con buen manejo, presenta ligero dolor en herida quirúrgica al tratar de expectorar estas pocas secreciones. Es fumador desde hace 30 años de aprox. 8 cigarros al día pero en su casa todos los adultos fuman.

Con respecto a su hidratación presenta mucosa orales secas, con buenos volúmenes urinarios, está recibiendo hidratación por vía venosa por continuar en ayuno, no presenta datos de deshidratación ni de edema. El habitualmente no tiene un buen consumo de agua, refiere solo tomar refresco de cola 2 litros diarios el agua no la acostumbra a veces solo un vaso al día toma café negro en el desayuno y en la cena.

Todavía no recibe alimentación por vía oral por su cirugía, iniciara hasta el tercer día con líquidos claros para prevenir fístulas, no refiere hambre solo sed. Su alimentación antes de la cirugía estaba basada solo en carne de puerco empanizado, frita con manteca, frijoles, tortillas, chicharrón y sopa de pasta en lo referente a vegetales solo lechuga, lácteos y sus derivados no los ingiere, no come huevo, tampoco acostumbra las frutas de ningún tipo ni los cereales las

leguminosas solo las antes mencionadas, alcoholismo positivo desde hace 20 años llegando a la embriagues el calcula cada mes. El desconocía que este tipo de alimentación a la larga le perjudicaría en el desarrollo de su vida e implicaría daños a su salud.

Su complexión es robusta con abdomen abultado su peso actual es de 90 Kg. Y mide 1.70 cm.; por lo que tiene un sobre peso alrededor de 18 Kg. Le faltan dos molares y tiene 4 coronas también en molares.

Presenta buenos volúmenes urinarios (tiene instalada Sonda Foley), presenta pocos ruidos intestinales pero ya empezó a canalizar gases por la colostomía todavía sin gasto, presento una evacuación escasa por recto. (por cirugía de urgencia sin preparación de colon). Padecía de estreñimiento desde hace muchos años no puede especificar hace cuantos años, evacúa una vez al día a veces cada dos días a base de medicación (Senosidos AB) desde hace aproximadamente 1 años el médico le informo que esto era la causa principal de su Enfermedad Diverticular (no entendía bien este término).

En el hospital no puede dormir por el ruido y las luces, trata de llevar las indicaciones sobre no mantenerse acostado para prevenir complicaciones pulmonares todavía no camina, pero en su casa no presenta problemas para conciliar el sueño pero duerme solo de 5 a 6 horas y por las mañanas al levantarse se siente cansado, los fines de semana duerme 8 horas. Su recamara esta con buena ventilación e iluminación la cual comparte con su esposa. No realiza ninguna actividad física y en su trabajo carga cosas pesadas continuamente.

Convive con su familia y frecuentemente hace reuniones en su casa con los familiares y amigos cercanos aunque no sabe si esto continuará por que le daría pena que se dieran cuenta de su colostomía, se le ve poco intranquilo y seguro en su manera de expresarse, sin titubeos habla fluidamente, sin contradicciones, pero tiene manifestaciones de negación sobre su nueva imagen, se pregunta por qué le paso esto continuamente y llega a sentirse molesto por los cambios que presentara en su vida diaria el manejo de la colostomía.

Se le ve con buena coordinación psicomotriz, sin movimientos bruscos pero si limitados por la herida quirúrgica y la bolsa de colostomía se le explica que tiene infusión de analgesia intravenosa continúa.

El entorno en su trabajo es de constante exigencia y tensión, trabaja de chofer desde hace 15 años en una casa particular y realiza actividades también en la casa de los dueños o en la fábrica de la familia que lo contrata, esto también lo tiene angustiado por que antes de su cirugía de urgencia le informaron que al termino del mes seria despedido lo cual lo tiene también angustiado y triste porque ya tenía problemas económicos y esto agudiza sus problemas.

Se considera una persona tranquila, no tiene problemas con nadie, pero se pregunta por qué le tuvo que pasar esto, sintiéndose molesto y mas en estos momentos (refiriéndose constantemente a su actual momento laboral), es extrovertido, manifiesta que tiene muchas amistades con las que convive y se siente apoyado en estos momentos principalmente por su esposa, hijos y nuera.

El señor Guillermo ha sufrido cambios en su vida laborar y de salud por lo que ha presentado alteraciones en su desarrollo. No puede dejar de preocuparse por el futuro que le espera ya que no tiene definición de su futuro y no sabe si tendrá los recursos necesarios para cubrir sus necesidades básicas y ahora los gastos que tendrá por el manejo de la colostomía. No sabe si podrá continuar en otro trabajo realizando la misma actividad porque refiere que difícilmente podrá realizar otro tipo de trabajo se siente incapaz de volver empezar y se siente desesperado.

Cuando platicamos de su colostomía está consciente ya de las consecuencia que tuvo el tipo de alimentación que llevo durante muchos años y está dispuesto a cambiar sus hábitos alimenticios e higiénicos para que su recuperación sea lo más breve pero bajo vigilancia del personal de salud y está dispuesto a pedir ayuda en caso necesario para el manejo de la colostomía y de su estado de salud en general ya que me bombardea de preguntas sobre su manejo, sus complicaciones, está muy interesado por los posibles costos de los aditamentos de la colostomía y de su enfermedad de base ya que desconoce muchos de los términos que el personal que lo atiende maneja.

Mencionaremos que los resultados de laboratorio los niveles del paciente estuvieron dentro de los límites normales. Sus padres no viven, su madre murió de cirrosis por intoxicación y su padre murió de cáncer de próstata ya de edad avanzada tiene dos hermanos con diabetes e hipertensión.

5. PROCESO ATENCION ENFERMERÍA

5.1 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS DETECTADOS

1. Conocimientos de manejo de colostomía.
2. Cambios de la imagen corporal.
3. Alimentación deficiente.
4. Desconocimiento de la enfermedad diverticular.
5. Duelo anticipado.
6. Baja autoestima.
7. Peligro de la integridad cutánea.
8. Estreñimiento.
9. Sedentarismo.
10. Riesgo de infección.
11. Aislamiento social.

5.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de Enfermería 1

Conocimientos deficientes del manejo de la colostomía relacionado con la falta de oportunidad y tiempo necesario para obtener una buena capacitación manifestado por interés extremo y preguntas constantes al personal sobre el manejo de esta.

Problema detectado

Desconocimiento sobre el manejo de la colostomía.

Definición

Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con el manejo de la colostomía.

Objetivo

El Señor Guillermo aprenderá lo referente al manejo y cuidados de la colostomía después de una orientación por parte del personal de enfermería.

Intervenciones

AYUDA AL AUTOCUIDADO

- Comprobación de la capacidad del paciente para ejercer AUTOCUIDADOS independientes.
- Valoración de la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal el aseo y alimentarse.
- Identificación de datos que indiquen que el paciente fuera totalmente capaz de asumir los autocuidados
- Apoyo al paciente para la aceptación de las necesidades de dependencia
- El paciente repitió de forma coherente las rutinas sanitarias como medio para establecerlas.
- Apoyo para la realización de las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de su capacidad.

- Alentar la INDEPENDENCIA, pero interviniendo en caso de que el paciente no sea capaz de realizar la acción dada.
- Enseñanza a la familia para fomentar la independencia, con la finalidad de intervenir solamente cuando el paciente no sea capaz de realizar la acción dada.

CUIDADOS DE LA OSTOMÍA

- Instrucción al paciente/familia en la utilización del equipo de la colostomía.
- Demostración y enseñanza del uso del equipo al paciente y familia.
- Aplicación de un dispositivo de colostomía que se adapte adecuadamente.
- Valoración de la herida quirúrgica y estoma.
- Vigilancia de posibles complicaciones posoperatorias, como la obstrucción intestinal, el íleo paralítico, fisura de la anastomosis o separación de la mucosa cutánea.
- Vigilancia de la piel del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de colostomía.
- Fomento del lavado de manos antes y después del manejo de la colostomía aun con el uso de guantes.
- Explicación al paciente de lo que representan los cuidados de la colostomía en su vida diaria.
- Instrucción para la planificación de una rutina de cuidado diario.
- Instrucción al paciente para vigilar la presencia de posibles complicaciones (rotura mecánica, rotura química, exantema, fugas, deshidratación, infección).
- Apoyo y asistencia al paciente para desarrollar la técnica para el cuidado de la colostomía y tejido circundante.
- Capacitación para el drenaje de la bolsa cuando se requiera.
- Fomento de autoconfianza para realizar las actividades de la vida diaria a la que el paciente estaba acostumbrado aún con colostomía.

SISTEMAS DE ENFERMERIA			INDICADORES	PUNTUACION DINA	
TC	PC	E		Inicia con	termina con
		XX	Determina los objetivos de la asistencia sanitaria.	2	4
			Describe los cuidados apropiados.	1	4
			Enseña a los demás las conductas asistenciales apropiadas	1	2
			Determina la finalización de las conductas asistenciales apropiadas.	1	4
			Expresa confianza con la resolución de problemas.	1	4
			Adopta medidas correctoras cuando los cuidados no son apropiados.	1	3
			Aporta sus ideas para mejorar lo aportado.	1	3

1-nunca manifestado, 2-raramente manifestado, 3-en ocasiones manifestado, 4-con frecuencia manifestado, 5-constantemente manifestado

Diagnóstico de Enfermería 2

Trastorno de la imagen corporal relacionado con la colocación de colostomía manifestado por expresiones despectivas acerca de lo que ésta implica en su cuerpo.

Problema detectado

Temor a ser rechazado por las personas a su alrededor.

Definición

Confusión en la imagen mental del yo físico.

Objetivo

El Señor Guillermo aceptará a verse con su nueva imagen.

Intervenciones

POTENCIALIZACION DE LA IMAGEN CORPORAL

- Determinación de las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo.
- Valoración del paciente para determinar el alcance de los cambios causados por la enfermedad y la cirugía.
- Apoyo al paciente para determinar el alcance de los cambios reales producidos en su cuerpo y en su nivel de funcionamiento.
- Identificación con el paciente para separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
- Identificación de la importancia de la cultura, raza, género y edad del paciente en la imagen corporal.
- Fomento para que el paciente pueda mirar la parte corporal que ha sufrido cambios.
- Identificación de los medios para la disminución del impacto causado por la colostomía (ropa).
- Valoración de la frecuencia de las frases de autocrítica.

SISTEMAS DE ENFERMEMERIA			INDICADORES	PUNTUACION DINA	
TC	PC	E		Inicia con	termina con
	XX		Imagen interna de sí mismo.	2	4
			Descripción de la parte corporal afectada.	1	3
			Voluntad para tocar la parte corporal afectada.	1	4
			Adaptación a cambios en el aspecto físico.	1	4
			Adaptación a cambios en la función corporal.	1	4
			Voluntad para utilizar estrategias que mejoran el aspecto y la función.	1	4

1-Nunca positiva, 2-raramente positiva, 3-en ocasiones positiva, 4-con frecuencia positiva, 5-constantemente positiva.

Diagnóstico de Enfermería 3

Mantenimiento inefectivo de la salud relacionado con malos hábitos alimenticios manifestado por historia de alimentación mal balanceada.

Problema detectado

Referir mal balance en su alimentación.

Definición

Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

Objetivo

El Señor Guillermo identificará sus deficiencias alimenticias en base a la información que se le ofrece.

Intervenciones

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

- Fomento de una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Determinación de la ingesta y los hábitos alimenticios del paciente.
- Identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Fomento de metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Utilización de normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia del cambio de su ingesta dietética.
- Instrucción acerca de la posibilidad de modificar la dieta por razones de salud; pérdida de peso, aumento en la ingesta de fibra, reducción del colesterol, ingesta de líquidos, etc.
- Instrucción sobre el plato del buen comer, así como de los grupos alimenticios básicos y de la percepción de las necesidades nutricionales del paciente.
- Análisis de los gustos y aversiones alimentarias del paciente.
- Apoyo al paciente a registrar lo que come normalmente en un periodo de 24 horas.

- Valoración de los hábitos de compra de comidas y los límites de presupuestos

SISTEMAS DE ENFERMEMERIA			INDICADORES	PUNTUACION DINA	
TC	PC	E		Inicia con	termina con
		XX	Descripción de la dieta recomendada.	2	4
			Explicación del fundamento de la dieta recomendada.	2	4
			Descripción de las ventajas de seguir una dieta recomendada	2	4
			Establecimiento de objetivos para la dieta.	1	3
			Explicación de las relaciones entre dieta ejercicio y peso corporal.	1	3
			Descripción de las comidas permitidas por la dieta.	1	3
			Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios.	1	4

1-ninguno, 2-escaso, 3-moderado, 4-sustancial, 5- extenso

Diagnóstico de Enfermería 4

Disposición para mejorar los conocimientos sobre la enfermedad diverticular relacionada con poca información por parte del personal de salud manifestado por ideas confusas.

Problema detectado

Información confusa sobre su padecimiento.

Definición

La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada.

Objetivo

El Señor Guillermo aprenderá todo sobre su enfermedad, evolución y pronóstico, interesándose por adquirir más conocimientos.

Intervenciones

ENSEÑANZA; PROCESO DE LA ENFERMEDAD

- Evaluación del nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de su enfermedad.
- Explicación de la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.
- Instrucción al paciente acerca de la enfermedad.
- Descripción de los signos y síntomas comunes de la enfermedad .diverticular
- Identificación con el paciente de las posibles etiologías.
- Explicación de la realidad de su enfermedad y evitar las promesas tranquilizadora.
- Valoración de la información suministrada por los otros miembros del equipo de salud.

FACILITAR EL APRENDIZAJE

- Iniciación de la instrucción sólo después de que el paciente demostró estar dispuesto a aprender.

- Elaboración de metas y objetivos realistas con el paciente.
- Identificación clara de los objetivos de la enseñanza.
- Identificación del nivel de conocimientos del paciente con su comprensión.
- Manejo de un lenguaje familiar.
- Establecimiento de retroalimentación frecuente acerca del progreso del paciente.
- Respuesta a las preguntas de una forma clara y concisa.

SISTEMAS DE ENFERMERIA			INDICADORES	PUNTUACION DINA	
TC	PC	E		Inicia con	termina con
		XX	Familiaridad con el nombre de la enfermedad.	2	5
			Descripción del proceso de la enfermedad.	1	4
			Descripción de la causa o de los factores contribuyentes.	1	4
			Descripción de los factores de riesgo.	1	4
			Descripción de efectos de la enfermedad.	1	4
			Descripción de los signos y síntomas.	1	4
			Descripción del curso habitual de la enfermedad.	1	4
			Descripción de las medidas para minimizar la	1	4

	<p>progresión de la enfermedad.</p> <p>Descripción de las complicaciones y sus signos y síntomas.</p> <p>Descripción de las precauciones para prevenir sus complicaciones.</p>	<p>1 4</p> <p>1 4</p>
--	--	---------------------------------

1- Ninguno, 2-escaso, 3-moderado, 4-sustancial, 5-extenso.

Diagnóstico de Enfermería 5

Duelo anticipado relacionado con sentimientos de pérdida de independencia por la colostomía manifestada por enojo y tristeza.

Problema detectado

Enojo y tristeza al platicar sobre el manejo de la colostomía

Definición

Respuesta y conductas intelectuales y emocionales mediante las que las personas familias y comunidades intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de la pérdida potencial.

Objetivo

El señor Guillermo exteriorizará sus sentimientos al escucharlo activamente y posteriormente se le orientará sobre el proceso de duelo para que él identifique las etapas.

Intervenciones

APOYO EMOCIONAL

- Fomento para que el paciente experimente sus emociones
- Apoyo al paciente a reconocer sentimientos de ansiedad, ira o tristeza, y animarlo a expresarlas.
- Análisis de las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza.
- Identificación de las expresiones de sentimientos y creencias.
- Identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los medios.
- Apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Fomento a la conversación o al llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Apoyo al paciente con la compañía y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de gran ansiedad.

FACILITAR EL DUELO

- Identificación de la pérdida.
- Apoyo al paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida.
- Identificar con el paciente las expresiones de duelo.
- Fomento de la identificación de los miedos más profundos respecto a la pérdida.
- Inclusión a los seres queridos en las discusiones y decisiones.
- Ayuda al paciente para la identificación estratégica personal de resolución de problemas.
- Instrucción al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida.

ESCUCHA ACTIVA

- Demostración de interés en el paciente.
- Atención integral y completa en la interacción, sin considerar prejuicios, presunciones preocupaciones personales y otras distracciones.
- Comunicación no verbal para facilitar la comunicación
- Atención a los mensajes, actitudes, palabras que se eviten, el tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz.
- Verificación a la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
- Utilización de silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

SISTEMAS DE ENFERMERIA			INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA	
TC	PC	E		Inicia con	Termina con
	XX		Expresa sentimientos sobre la pérdida.	3	1
			Expresa creencias espirituales sobre la muerte	3	1
			Verbaliza la realidad de la pérdida.	3	1
			Verbaliza la aceptación de la pérdida.	4	2
			Describe el significado de la pérdida.	2	1
			Refiere disminución de la preocupación con la pérdida.	3	1
			Refiere ausencia de trastorno del sueño.	3	1
			Expresa expectativas positivas sobre el futuro	2	2

1-En absoluto, 2- de escasa magnitud, 3- de magnitud moderada, 4- de gran magnitud, 5- de magnitud muy grande.

Diagnóstico de Enfermería 6

Baja autoestima situacional relacionada con la posibilidad de cambios en su estatus de vida manifestado por sensación de temor.

Problema detectado

Desestimación de si mismo

Definición

Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuestas a una situación actual.

Objetivo

El señor Guillermo logrará afrontar la situación que se le presenta en este momento.

Intervenciones

POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA

- Observación de las frases del paciente sobre su propia valía
- Apoyo al paciente a identificar sus virtudes
- Fomento para que el paciente haga contacto visual al comunicarse con otras personas.
- Comprobación de la capacidad del paciente para controlar una situación
- Ayuda a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima alta.
- Ayuda a paciente a aceptar la dependencia de otros.
- Fomento para que el paciente evalúe su propia conducta.

AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO.

- Valoración de la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Valoración y discusión de las respuestas alternativas a la situación.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Fomento de un dominio gradual de la situación.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

SISTEMAS DE ENFERMERIA			INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA	
TC	PC	E		Inicia con	Termina con
		XX	Verbalización de autoaceptación.	1	4
			Aceptación de las propias limitaciones.	1	4
			Mantener el contacto visual.	1	4
			Nivel de confianza.	1	3
			Aceptación de los cumplidos de los demás.	1	2
			Sentimientos sobre su propia persona.	1	3

1-Nunca positivo, 2- raramente positivo, 3- en ocasiones positivo, 4- con frecuencia positivo. 5-constantemente positivo

Diagnóstico de Enfermería 7

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con mal manejo de la colostomía

Problema detectado

Ligero enrojecimiento periestomal

Definición

Alteración de la epidermis, dermis o ambas

Objetivo

El señor Guillermo aprenderá a valorar su integridad cutánea con la orientación de la enfermera.

Intervenciones

VIGILANCIA DE LA PIEL

- Supervisión del manejo de colostomía
- Demostración del retiro total de los restos de adhesivos periestomía en cada cambio de bolsa de colostomía.
- Fomento del aseo con agua en cada cambio de bolsa.
- Enseñanza al paciente a valorar el estado del sitio de la piel alrededor de la colostomía.
- Observación y enseñanza al paciente si hay enrojecimiento o pérdida de integridad de la piel.
- Vigilancia y enseñanza de los posibles cambios en la piel.
- Comprobación de la temperatura de la piel.
- Instrucción y enseñanza al paciente de medidas para evitar mayor deterioro.
- Valoración del paciente para determinar en qué momento es necesario pedir ayuda profesional.
- Instrucción, si la economía lo permite informar sobre protectores cutáneos los cuales son eficaces para evitar irritación de la piel.
- Instrucción y fomento del lavado de manos antes y después de cada cambio de bolsa.

SISTEMAS DE ENFERMEMERIA			INDICADORES	PUNTUACION DINA	
TC	PC	E		Inicia con	termina con
	XX	XX	Temperatura	1	4
			Sensibilidad	1	4
			Hidratación	1	4
			Coloración	1	4
			Ausencia de lesión tisular	1	4
			Piel intacta	1	4

1- Extremadamente comprometida, 2 sustancialmente comprometida. 3. Moderadamente comprometida, 4- levemente comprometida, 5-no comprometida.

Diagnóstico de Enfermería 8

Riesgo de estreñimiento relacionado con baja ingesta de agua y dieta baja en fibra

Problema detectado

Antecedentes de estreñimiento previos a cirugía.

Definición

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

Objetivo

El señor Guillermo aprenderá las medidas necesarias para evitar los riesgos de estreñimiento

Intervenciones

MANEJO DE ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN

- Vigilancia de la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Vigilancia de la presencia de peristaltismo
- Fomento del aumento de ingesta de líquidos
- Enseñanza al paciente/familia que registre color, volumen, frecuencia y consistencia de las evacuaciones.
- Valoración de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento.
- Explicación al paciente sobre la acción de la fibra para evitar el estreñimiento.
- Instrucción al paciente/familia sobre el uso de laxantes.
- Instrucción al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.
- Instrucción al paciente en qué momento es oportuno pedir ayuda profesional.
- Explicación sobre el impacto que tiene el fumar en el estreñimiento.

MANEJO DE LIQUIDOS

- Indicación sobre el registro de ingesta y eliminación.
- Indicación sobre la distribución de la ingesta de líquidos en 24 horas
- Orientación al paciente sobre la importancia de tomar mínimo 2 litros de agua al día.

SISTEMAS DE ENFERMEMERIA			INDICADORES	PUNTUACION DINA	
TC	PC	E		Inicia con	termina con
	XX	XX	Patrón de eliminación.	1	4
			Cantidad de las heces con relación a la dieta.	1	4
			Heces blandas y formadas	1	3
			Facilidad de eliminación de las heces.	2	4
			Ausencia de cólicos abdominales	2	4
			Ausencia de distención.	2	3
			Ingestión de líquidos adecuada.	1	4
			Ingestión adecuada de fibra en el dieta.	1	4

1-extremadamente comprometida, 2-sustancialmente comprometida, 3-moderadamente comprometida, 4-levemente comprometida, 5-no comprometida

Diagnóstico de Enfermería 9

Sedentarismo relacionado con inactividad física manifestado por verbalización de no tener esta preferencia.

Problema detectado

No realiza ninguna actividad física incluso antes de la cirugía.

Definición

Información sobre hábitos de vida que se caracteriza por un bajo nivel de actividad física.

Objetivo

El Señor Guillermo entenderá la necesidad de iniciar una rutina de ejercicios para mejorar su calidad de vida.

Intervenciones

FOMENTO DEL EJERCICIO

- Valoración de las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.
- Valoración de las experiencias deportivas anteriores.
- Determinación de las motivaciones del individuo para empezar con el programa de ejercicios.
- Valoración de las barreras del ejercicio.
- Fomento para que el paciente empiece con una rutina de ejercicio.
- Determinación junto con el paciente a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.
- Inclusión de la familia del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
- Información al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Instrucción al paciente acerca de las condiciones que justifiquen el cese o alteración del programa de ejercicios.

SISTEMAS DE ENFERMEMERIA			INDICADORES	PUNTUACION DINA	
TC	PC	E		Inicia con	Termina con
	XX	XX	Facilidad para realizar actividad física en la vida diaria.	1	3
			Busca un equilibrio entre ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición	1	3
			Descripción de la actividad física y el ejercicio.	1	4
			Descripción de rutinas de ejercicio adecuadas para él.	1	4

1-nuncamanifestado, 2-raramente manifestado,3-en ocasiones manifestado, 4-con frecuencia manifestado, 5-manifestado continuamente.

Diagnóstico de Enfermería 10

Riesgo de infección relacionado con la cirugía de intestino grueso (cirugía contaminada) y no haber tenido preparación así como su cercanía con herida quirúrgica.

Problema Detectado

Posible contaminación de herida por manejo de colostomía.

Definición

Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Objetivo

El Señor Guillermo evitará el contacto de materia fecal y la herida quirúrgica para evitar infecciones.

Intervenciones

CUIDADO DE LAS HERIDAS

- Inspección de la herida cada vez que se realice el cambio de apósitos.
- Determinación de los cambios que presenta la herida quirúrgica.
- Enseñanza al paciente y a la familia los procedimientos de cuidados de la herida.
- Realización del vaciado de la bolsa de colostomía para evitar derramamiento sobre la herida quirúrgica.
- Fomento del lavado de manos antes y después del manejo de herida o de la colostomía.
- Utilización de jabón antimicrobiano en la medida de lo posible.

SISTEMAS DE ENFERMEMERIA			INDICADORES	PUNTUACION DINA	
TC	PC	E		Inicia con	termina con
		XX	Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos.	1	4
			Identifica los posibles riesgos para la salud	1	4
			Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre los posibles riesgos.	1	4
			Describe las medidas necesarias para evitar posibles infecciones	1	4
			Retroalimenta los conocimientos adquiridos.	1	4

1- Nunca manifestado, 2-raramente manifestado, 3-en ocasiones manifestado, 4-con frecuencia manifestado, 5-manifestado constantemente

Diagnóstico de Enfermería 11

Riesgo de aislamiento social relacionado con posibles fugas por bolsa de colostomía en reuniones.

Problema detectado

Miedo de convivencia por probable accidente con diapositivas de la colostomía

Definición

Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuestas por otros.

Objetivo

El señor Guillermo entenderá la importancia de relacionarse con sus familiares y amigos, sin temor a posibles accidentes.

Intervenciones

POTENCIACION DE LA SOCIALIZACIÓN

- Fomento al paciente a desarrollar relaciones.
- Fomento de las relaciones con personas que tengan interés y objetivos comunes.
- Fomento de compartir problemas comunes con los demás.
- Fomento al respeto de los derechos de los demás.
- Ayuda al paciente a que aumente la conciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.
- Identificación de la importancia de la comunicación verbal.
- Fomento en el paciente a cambiar de ambiente como salir a caminar o al cine
- Planificación de actividades futuras por parte del paciente.
- Exploración de los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.

FOMENTAR LA IMPLICACION FAMILIAR

- Establecimiento de una relación personal del paciente con los miembros de la familia que estén implicados en el cuidado.

- Fomento a la familia par que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.

SISTEMAS DE ENFERMEMERÍA			INDICADORES	PUNTUACION DINA	
TC	PC	E		Inicia con	termina con
	XX		Expresión de temor infundado	1	4
			Expresión inquietud extrema	2	4
			Expresión de aislamiento social	1	3
			Expresión de no ser comprendido	1	3
			Expresión de ser excluido	1	3

1-extensa, 2-sustancial, 3-moderada, 4 escasa. 5-ninguna

6. PLAN DE ALTA

6.1 INFORMACIÓN SOBRE EL MANEJO DE LA COLOSTOMÍA

Como cuidar de su estoma

Un estoma es brillante, húmedo, de color rojo, similar a la membrana interna de la boca. Por lo general, su forma es redonda u oval y su tamaño puede variar. Después de la cirugía, el estoma puede parecer inflamado. Esta inflamación cederá y el tamaño se irá reduciendo gradualmente, después de algunos meses. Durante este periodo es necesario medir el estoma para asegurarse de que el tamaño del sistema de bolsa es el adecuado.

Un estoma no tiene terminaciones nerviosas, por lo tanto no transmite dolor ni otro tipo de sensaciones. Sin embargo, cuenta con innumerables vasos sanguíneos y si se le irrita o fricciona puede sangrar levemente, si esto persiste debe acudir a su médico.

La piel que rodea al estoma debe protegerse del contacto directo con la descarga, la cual es potencialmente irritante. La piel periestomal debe limpiarse suavemente con un jabón común que no deje residuos y luego enjuagar con agua entre cada cambio del sistema de bolsa. El agua no puede penetrar por el estoma debido a las suaves contracciones de expulsión del estoma, de modo que no es necesario cubrirlo mientras se baña.

El cuidado de la piel

El agua y el jabón no lastiman el estoma, de modo que puede bañarse como siempre lo ha hecho. Sin embargo es conveniente elegir un jabón que no deje residuos. Los jabones que contienen humectantes y aceites dejan residuo que pueden afectar la adherencia de la barrera cutánea sobre la piel.

Es importante evitar la acumulación del adhesivo de las placas, los removedores de adhesivos le permite eliminar fácilmente los residuos sin lesionar la piel sensible las irritaciones cutáneas, salpullido, lesiones en general pueden ser causadas por fugas alrededor de la barrera cutánea o de la bolsa o la irritación provocada por un sistema de bolsa cuya medida es inadecuada. Las infecciones cutáneas también

pueden originarse a partir de una serie de eventos, tales como la acumulación de humedad y de hongos normales de la piel, lo cual produce una infección.

Recorte el parche según el tamaño adecuado, limpie y seque la piel periestomal, para evitar lesiones de la piel, si es posible existen adhesivos hipoalergénicos especiales con adhesivos para colostomía.

Dieta

Una vez que se recupere de su cirugía sin complicaciones, podrá poco a poco iniciar una dieta equilibrada. Recomendándole siempre evitar alimentos que puedan producir gases intestinales como:

- Bebidas gaseosas.
- Cerveza.
- Champiñones.
- Frijoles.
- Pepinos.
- Productos lácteos.
- Vegetales de la familia de la col como el brócoli, coles de bruselas, coliflor y cebollas.

También evitar goma de mascar, hablar mientras come, fumar y evitar los popotes para bebidas. Es conveniente que sepa que el intervalo entre el alimento que produce gases y la aparición de estos en pacientes con colostomía es de aproximadamente 6 horas.

Los alimentos que producen olor son:

- Algunas especies.
- Huevo.
- Espárragos.
- Pescado.
- Queso y los mismo de la familia de la col.

Estreñimiento y diarrea

Así como le sucedía antes de la cirugía usted puede experimentar estreñimiento por lo que le recomendamos que aumente su cantidad de líquidos y de fibras que

ingere. Bebe entre ocho y diez vasos al día de agua o jugos naturales e incluya en su dieta frutas frescas y vegetales, además de alimentos con alto contenido de fibra, tales como panes de grano entero y cereales.

La diarrea puede ser causada por muchas razones, entre ellas bacterias, medicamentos o intolerancia a algún alimento, en caso de diarrea evite alimentos con fibra y aumente alimentos que endurezcan las heces como el arroz blanco, puré de manzana, bananas, mantequilla de cacahuete, yogurt, pastas y pan, pero no olvide aumentar la cantidad de líquidos para evitar la deshidratación.

Vestimenta

Por lo general no necesitara cambiar nada de su ropa, ya que las bolsas de colostomía pasan inadvertidas con la ropa común ya que se diseñaron para estar pegadas a la piel ya sea que puedan estar dentro o fuera de la ropa interior.

Solo se recomienda que si su bolsa queda a la altura de su cintura no usar pretinas ajustadas o cinturones, también puede usarse fajas pero deben de ser suaves y sin varilla.

Actividades

El ejercicio físico es parte importante de todo programa de bienestar y también para bajar de peso. Sin embargo es necesario realizar los cambios gradualmente, especialmente si no está acostumbrado a realizarlo. Para iniciar cualquier actividad física deberá ser autorizado por el médico tratante.

Algunas medidas para tomar en cuenta al iniciar un plan de actividades son:

- Tratar de encontrar una o más actividades que se disfruten y puedan practicarse con regularidad. Hay que empezar lenta y paulatinamente hasta lograr el objetivo deseado. La meta debe ser mantener una actividad moderada durante 30 minutos o más todos los días.
- La actividad no tiene que ser necesariamente agotadora para generar resultados favorables. Estos pueden lograrse al cumplir los objetivos con la práctica regular de un ejercicio moderado, como la caminata.
- Introducir variaciones en los ejercicios para mejorar el bienestar global y mantener el interés. Buscar un compañero de ejercicio.

- Llevar un diario del ejercicio que se realiza para no restar o limitar el tiempo dedicado al ejercicio.
- Realizar siempre ejercicios de calentamiento y enfriamiento.
- No levantar cosas pesadas, no practicar deportes violentos, o utilizar aditamentos especiales para el futbol o basquetbol.

Relaciones Sexuales

La comunicación y la confianza es lo más importante en el proceso de recuperación. Es normal sentirse apenado con su nueva imagen pero es importante compartir sus sentimientos con su pareja, su pareja debe saber que el tener relaciones sexuales no lastima sus estoma, con el tiempo, la comprensión y una actitud positiva se podrá disfrutar de una vida sexual satisfactoria.

Para mejorar los momentos de intimidad, puede colocar una bolsa pequeña, vaciarla previamente, cubrir la bolsa con alguna ropa o bien existen coberturas especiales diseñadas para este efecto.

Selección de dispositivos

Las bolsas actuales tienen barrera odorífera, son livianas y poco notorias bajo la ropa. Existen de una o dos piezas, con diferentes medidas. El sistema de bolsa de colostomía está compuesto por barrera cutánea adhesiva y una bolsa que puede vaciarse o con extremo cerrado, la bolsa de vaciado tiene una pinza que permite el drenado sin contratiempos, también existen bolsas de dos piezas en donde la bolsa se coloca a la barrera por medio de una pestaña resistente. La elección la bolsa las decidirá el paciente según su comodidad y su economía.

6.2 ALIMENTACIÓN BALANCEADA

Los alimentos son la fuente de energía y nutrición para el organismo, y por supuesto comer es una experiencia placentera para la mayoría de las personas, comer alimentos en cantidad suficiente pocas veces es un problema. Se requiere una alimentación balanceada para sentirse bien, prevenir enfermedades y lograr un rendimiento óptimo.

Se aconseja lo siguiente para llegar a una alimentación balanceada:

- Comer una amplia variedad de alimentos, consumiendo verduras, frutas y granos en abundancia.
- Conserva un peso corporal dentro de los límites establecidos.
- Seleccionar una dieta de bajo contenido en grasas y colesterol.
- Limitar la ingestión de azúcares sencillos.
- Limitar el consumo de sodio.
- Tomar 8 vasos de agua al día.
- Consumir alcohol con moderación es decir no más de 1 copa diaria en mujeres y no más de 2 en hombres.

6.3 INFORMACION SOBRE EL PROCESO DE DUELO

El paciente debe entender que es normal sentirse así y que el hecho que vaya de una etapa a otra no significa que sea malo o anormal es común que se presente de este modo y debe de conocerlas para saber en qué momento debe pedir ayuda.

Las etapas del proceso de duelo son:

1ª.FASE: NEGACIÓN Y AISLAMIENTO.

- En esta etapa el “No yo no, no puede ser cierto” Es el único pensamiento que cruza por sus mentes.

2ª. FASE: RABIA.

- Cuando ya no se puede mantener la negación, esta es situada por sentimientos de ira, rabia, envidia, resentimiento y se hace las siguientes preguntas, ¿Por qué yo?, ¿por qué a mí?, esta fase es muy difícil de manejar para la familia y para el personal del hospital.

3ª. FASE: REGATEO.

- Es menos conocida, dura solo breve tiempo, el pacto que se hace es un intento de diferir los hechos e incluye el vencimiento impuesto por el mismo enfermo, las mayores promesas se hacen con Dios y se guardan en secreto.

4ª. FASE: DEPRESIÓN.

- En esta fase el paciente ya no puede seguir negando su enfermedad ni sostener su rabia, empezara a tener una sensación de pérdida, la cual puede ser por diferentes causas.

D. Reactiva. Se puede descubrir la causa de la depresión.

D. Anticipada. Es silenciosa, esta no es el resultado de pérdidas anteriores, sino que su causa se debe a las pérdidas que van a venir.

5ª. FASE: ACEPTACIÓN.

- Si hubo ayuda en las fases anteriores, llegara la aceptación.
- Los momentos de silencio son las comunicaciones mas llenas de sentido.

7. CONCLUSIONES

Tomando en consideración mi experiencia como personal operativo en área hospitalaria estimo que las enfermeras difícilmente se interesan por conocer y mucho menos aplicar lo que es ahora el Proceso Atención de Enfermería, inclusive en mi unidad hospitalaria todavía no se realiza ninguna implementación de alguna teoría o modelo.

El ¿por qué?, yo podría pensar en un sinfín de factores para esta manera de actuar, pero quiero pensar que finalmente es por desconocimiento de las ventajas que esto podría traer al quehacer de la profesión, así como las costumbres equivocadas que se adquieren con la práctica rutinaria, quisiera mencionar algunas observaciones acerca de esto:

La primera es que, aunque algunas enfermeras lo desconocían y otras no consideran el Proceso Atención Enfermería como un evento científico, realizamos la mayoría de los pasos en forma no razonada y aunque durante las horas de trabajo tenemos que cumplir rutinas establecidas con la experiencia que nos da el contacto con los pacientes cubrimos rutinas establecidas, con la experiencia que nos da el contacto con los pacientes cubrimos este proceso indudablemente.

La segunda es que, esperando que la realización de este trabajo haya sido cercano a bueno yo tuve que emplear mucho mas tiempo del que regularmente puedo ofrecer en el cuidado de un paciente, ya que la orientación que se le debe de dar a este tipo de pacientes nunca es la suficiente, poder por lo menos, decir que se van con una orientación regular, porque en el turno nocturno el paciente duerme y si se suma el hecho de haber poco personal, las cargas de trabajo aumentan como comúnmente sucede en la unidad en donde laboro.

A pesar de esto tengo el deseo de que pronto al implementar en mi unidad algún plan de cuidados sea motivación para mis compañeras tengo interés en aprender a aplicar este proceso.

Considero, que aunque este es mi inicio de la realización de Proceso Atención de Enfermería con la guía de una asesora, conocí y comprendí que las bases de las

formas de pensar de diversas teóricas y de maestras que dedican su tiempo al estudio del Proceso. La tarea será, entonces, extender a mis compañeros el compromiso de entender este sistema, conocerlo mejor, consolidar las bases científicas para poder apropiarnos de su implementación para que llegamos al éxito esperado, sin olvidar, evidentemente, que los cambios incluyen al personal operativo que es el que día a día está con los pacientes dando la atención, viendo sus problemas y sus necesidades.

8. ANEXOS

8.1 VALORACION DE REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL (OREM).

1. Mantenimiento de un aporte de aire suficiente
Vías.
Piel y mucosas.
Entorno.
2. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
Ingesta típica diaria de líquidos
Piel en relación a la hidratación.
3. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.
Ingesta típica diaria de alimentos.
Peso. Perdida /Ganancia.
Deglución (Tolerancia, Malestar)
Dentadura.
Restricciones médicas.
4. Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación.
Eliminación intestinal. (describir).
Eliminación urinaria. (describir).
Problemas de retención.
Laxantes.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
Lugar de descanso, despejado, amplio, ventilado.
Ejercicio diario.
Descanso (como se encuentra al levantarse).
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
Vivienda.
Necesidades de compañía.
Como se siente ante la soledad.

Dependiente.

Confianza en sí misma.

Reflexión por sí sola.

Expresión.

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.

Factores personales (despistada, brusca, agresiva).

Factores ambientales (vivienda, entorno).

Coordinación de movimientos

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones y el deseo de ser normal.

Amistades, apoyos.

Muestras de confianza.

Como se define socialmente en sus relaciones.

Limitaciones.

Fuente: Orem D., Modelo de Orem, Concepto de Enfermería en la práctica.

8.2 EL PLATO DEL BIEN COMER:

UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA Y COMBINACIONES SABIAS.

El plato del Bien Comer muestra de manera grafica las proporciones en que se deberá consumir los diferentes grupos de alimentos para lograr una alimentación equilibrada. También hace referencia a algunas combinaciones importantes para la cultura mexicana. Enseguida se detalla el aspecto de las proporciones y combinaciones:

Es importante el consumo de muchas verduras y frutas. De preferencia cruda y de la estación. Las mujeres debieran comer por lo menos 4 tazas al día, y en el caso de los hombres 5 tazas. Los niños deben consumir mínimo de 3 a 4 tazas. Por desgracia en nuestro país el consumo de verduras y frutas está muy por debajo de esta recomendación. Solo el 8% de los niños mexicanos consumen una cantidad apropiada de frutas y verduras. No es una coincidencia que México es el país con mayor obesidad infantil. Enseñamos y acostumbramos a nuestros hijos a consumir mas verduras y frutas para crearles buenos hábitos alimentarios.

En caso de los cereales, su consumo debe ser suficiente, ya que son la principal fuente de energía, proveniente de los hidratos de carbono. Deben preferirse los cereales integrales y sus derivados debido a su aporte de fibra dietética y otros nutrimentos.

La combinación de cereales con leguminosas resulta muy benéfica, ya que se mejora la calidad de las proteínas tanto de un alimento como del otro (o por ejemplo, tortilla con frijol o arroz con frijol o haba). El cereal aporta ciertos aminoácidos indispensable y las leguminosas otros, que al unirlos se complementan y forman una proteína completa. La combinación sabia de los chinos ha sido el arroz (cereal) con frijol de soya (leguminosa). En el caso de los platillos mexicanos, un plato de enfrijoladas o bien tostadas con frijoles cumple con esta combinación.

Se debe recomendar la moderación en el consumo de alimentos de origen animal por su elevado contenido de colesterol y grasas saturadas, que en exceso resultan dañinos para la salud. Dentro de este grupo conviene elegir la carne blanca, como el pescado y las aves asadas (y sin piel), por su bajo contenido de grasas saturadas. Desafortunadamente hay mucha gente que cree que alimentarse bien es consumir carne, pescado o pollo y deja a un lado los cereales incluso cuando tratan de bajar de peso. Esta idea es completamente errónea y quien hace esto generalmente enfrenta más tarde consecuencias importantes en su salud como obesidad, ácido úrico y dislipidemia entre otros.

Para prevenir deficiencias de hierro se recomienda combinar (durante la misma comida) los alimentos ricos en hierro con alimentos que son buena fuente de vitamina C, ya que esta ayuda a la mejor absorción.



8.3 ABSCESOS COLONICOS Y ENFERMEDAD DIVERTICULAR

La diverticulosis colónica, es una de las enfermedades más comunes de la civilización occidental, es consecuencia de las dietas pobres en fibras. Aunque todo el colon puede estar comprometido, la mayor concentración de divertículos suele hallarse en los sigmoides y el colon descendente. La inflamación aguda de los divertículos se conoce como diverticulitis, la que puede clasificarse en términos amplios como complicada y no complicada. La mayor parte de los pacientes con diverticulitis aguda no complicada responden al tratamiento médico y no necesitan cirugía. La diverticulitis complicada por lo general debe ser tratada quirúrgicamente y afecta aquellos pacientes que no responden al tratamiento médico o empeora durante el mismo, sufren ataques recurrentes o presentan complicaciones específicas como perforación con peritonitis difusa, abscesos localizados, formación de fístulas (característicamente colo-vesical o colo-vaginal), obstrucción intestinal o todas ellas.

Cuadro clínico y diagnóstico.

La diverticulitis no complicada es de diagnóstico clínico. El cuadro de presentación clínica se caracteriza por dolor en fosa iliaca izquierda o en hipogástrico (suprapúbico), constipación y fiebre. Otros síntomas acompañantes son náuseas, vómito, diarrea y disuria. Puede rescatarse el antecedente de episodios similares en el interrogatorio. En la mayoría de los casos, el proceso inflamatorio se limita al colon, su meso y las estructuras y superficie peritoneal adyacente. Por lo tanto, el examen físico puede indicar fiebre, taquicardia no muy importante y dolor a la palpación en la fosa iliaca izquierda.

La presentación clínica de la diverticulitis complicada es más grave en la fase aguda, aunque los pacientes con fístulas ilimitadas a los órganos genitourinarios pueden presentar un cuadro más indolente. En el paciente con perforación diverticular puede hallarse un absceso pericolónico o pelviano acompañado de fiebre y taquicardia. Los pacientes con perforación y peritonitis difusa por lo general refieren dolor abdominal intenso generalizado e íleo paratítico, la peritonitis difusa puede llevar al choque séptico. La obstrucción colónica de alto grado

manifiesta por dolores cólicos abdominales, distensión abdominal y constipación o falta de eliminación de gases y heces. Los signos abdominales reflejan la gravedad y la localización del proceso séptico. El colon inflamado o el absceso pericolónico provocan dolor localizado a la palpación y puede haber una masa palpable. En caso de peritonitis generalizada hay dolor a la palpación en todo el abdomen, defensa y disminución o ausencia de los ruidos intestinales. La aparición de neumaturia o de fecaluria indican la aparición de fistula colovesical. La distensión abdominal importante hace sospechar oclusión intestinal. El tacto rectal se efectuara en todos los pacientes y podrá percibirse sensación de ocupación o dolor en dirección de la fosa iliaca izquierda.

El diagnóstico de diverticulitis aguda se basa en la anamnesis, los hallazgos clínicos y la presencia de leucocitosis. Los estudios por imágenes rara vez son necesarios para hacer el diagnóstico de diverticulitis no complicada. Sin embargo, pueden ser útiles en los casos de duda diagnóstica si la condición médica del paciente es más grave y si se sospecha diverticulitis complicada, o bien cuando el paciente no responde al tratamiento médico dentro de las primeras 48 horas. A los pacientes con dolor abdominal agudo intenso se les efectuarán radiografías de urgencia de abdomen en posición de decúbito y de pie, y una placa de tórax erguido. Las radiografías pueden mostrar neumoperitoneo. La dilatación acentuada del colon más proximal con engrosamiento parietal indica obstrucción del sigmoide. En los casos de enfermedad localizada, la TC desplazado de bario como técnica de diagnóstico por imagen de elección. El estudio endoscópico del colon está contraindicado en la diverticulitis aguda ya que la insuflación de aire puede causar, o bien agravar, la perforación libre en cavidad y la peritonitis. Cuando el episodio agudo ha cedido se indica la colonoscopia o colon por enema, 6 a 8 semanas después del alta hospitalaria, a fin de documentar la extensión de la enfermedad diverticular y descartar carcinoma colorectal. Si se sospecha fistula colovesical, el diagnóstico suele efectuarse por los antecedentes clínicos y la TC.

Tratamiento

Los pacientes con diverticulitis leve no complicada que con la posibilidad de la consulta médica de apoyo pueden ser manejados inicialmente como pacientes

ambulatorio, con dieta líquida y antibióticos de amplio espectro por vía oral. El paciente será instruido para que advierta que si los síntomas empeoran deberá volver al consultorio, acudir a un establecimiento de cuidados agudo o una sala de urgencias, según corresponda. Los pacientes con diverticulitis grave deben ser internados para recibir hidratación parenteral, antibióticos de amplio espectro por vía endovenosa y mantener el reposo intestinal. Puede haber necesidad de colocar una sonda nasogástrica con fines descompresivos ante un cuadro clínico de obstrucción intestinal. La instauración del tratamiento por lo general es seguida de una rápida mejoría clínica con desaparición de dolor, la fiebre y el íleo en el lapso de 48 a 72 horas. Los antibióticos de amplio espectro se mantiene hasta la normalización de la temperatura y el recuento de blancos, y la alimentación oral será progresiva de acuerdo con la tolerancia. Después de la desaparición de los signos y los síntomas el paciente deberá consumir una dieta con alta contenido de fibras para disminuir la posibilidad de nuevos episodio. En el caso de diverticulitis aguda no perforada que no mejora con el tratamiento médico agudo se efectuara una tomografía del abdomen, sin demora. Si no se detectan abscesos macroscópicos está indicada la resección del colon. Si hay un absceso identificable se efectuara el drenaje percutáneo mediante un catéter colocado bajo guía tomografía. Si esta conducta no es posible, se efectuara la exploración quirúrgica con drenaje de la colección y resección colónica programada con anastomosis primaria cuando ha cedido la inflamación aguda.

Las operaciones para la diverticulitis y sus complicaciones pueden realizarse en la urgencia o en forma programada. Los pacientes con peritonitis difusa requieren la estabilización inmediata del medio interno con soluciones parenterales, antibióticos por vía endovenosa y exploración quirúrgica de urgencia. Por lo general, hace falta resecar el segmento colónico perforado con descenso del cabo proximal abocado como colostomía terminal y cierre del muñón rectal (Operación de Hartmann). En determinadas circunstancias puede efectuarse la anastomosis primaria y una colostomía de derivación proximal. Para cuadro menos graves y sin perforación libre de cavidad, puede considerarse la resección y la anastomosis primaria.

Las pautas han sugerido como indicaciones de cirugía programada 1) dos episodios agudos o más de diverticulitis tratada médicamente en forma efectiva 2) un episodio agudo que requirió internación en un paciente de menos de 40 años de edad 3) un único episodio agudo con evidencias de perforación bloqueada, obstrucción colónica o compromiso inflamatorio del tracto urinario y 4) imposibilidad de descartar cáncer de colon. Las nuevas informaciones han cuestionado estas pautas y la resección sigmoidea puede no ser indispensable después de un número indefinido de episodios de diverticulitis complicada y tampoco según edades límite definidas.

Dado que en abrumadora mayoría de los casos de diverticulitis aguda hay compromiso del colon sigmoidees, pocas veces hace falta reseccionar otras porciones del colon. La hemicolectomía izquierda puede estar indicada para la diverticulitis del colon descendente. La diverticulitis aislada cecal o del colon ascendente, una patología poco frecuente que suele descubrirse durante una operación de urgencia para una supuesta apendicitis, en ocasiones hace necesaria la resección.

Los pacientes con diverticulitis aguda complicada con fístula colovesical o a otros órganos excepcionalmente requieren cirugía de urgencia. La mejor conducta con estos pacientes es el tratamiento médico y la posterior desmontura de la fístula en forma programada, con resección de colon y anastomosis primaria.

Actualmente, casi todos los tipos de cirugía programada para enfermedad diverticular pueden llevarse eficazmente a cabo por laparoscopia. Si en la laparoscopia se encuentran adherencias importantes, inflamación, sangrado u otras dificultades técnicas, puede ser aconsejable la conversión a cirugía abierta. Esta conversión de necesidad no es una complicación en sí, puede ser adecuada para garantizar la realización segura del procedimiento completo.

Riesgos

La mortalidad después de la resección del colon por diverticulitis es inferior a 2% cuando la cirugía es programada y se efectúa anastomosis primaria y de 5 a 20% cuando es de urgencia. Las complicaciones relacionadas con la cirugía de urgencia por lo común son secundarias a la falta de control adecuado de la sepsis. Por

consiguiente, el tratamiento sin demora tiene gran importancia para controlar la sepsis y disminuir las posibilidades de morbilidad y mortalidad.

Las complicaciones técnicas vinculadas a la cirugía de colon incluyen el sangrado, la filtración de la anastomosis y la infección consiguiente, y la lesión inadvertida de órganos adyacentes, especialmente del uréter. Aunque los riesgos de hemorragia y lesión de órganos adyacente se elevan en las cirugías de urgencia, no hacer la anastomosis primaria en gran medida elimina el problema de la filtración anastomótica. Dado que la diverticulitis suele estar presente en los ancianos, las afecciones comorbidas con antecedentes de diverticulitis no complicada tratada eficazmente es baja, estos pacientes deben de considerar la cirugía principalmente programada. Después de una resección y anastomosis exitosa es excepcional que se produzcan episodios recurrentes de diverticulitis. Los pacientes que fueron sometidos a cirugía de urgencia presentan morbilidad y mortalidad perioperatoria más elevadas y pueden necesitar una segunda operación para el cierre de la ostomía.

8.4 COLOSTOMÍA

Una colostomía es una abertura producida quirúrgicamente en el colon a través del abdomen. La colostomía sirve para permitir que las heces fecales se desvíen de una parte enferma o dañada del colon.

Cuando una persona tiene una colostomía, las heces fecales dejan de evacuarse por el ano y estas se eliminan a través de la colostomía. La colostomía carece de musculo esfínter, por lo que la persona no puede controlar la evacuación de forma voluntaria. El paciente lleva una bolsa para recoger las heces fecales. Las colostomías pueden ser temporales o permanentes dependiendo de la razón médica de la cirugía.



Para construir una colostomía, el cirujano hace que parte del colon atraviese la pared abdominal. La nueva abertura en el abdomen se llama estoma.

La colostomía se puede construir en casi cualquier punto del colon. La posición de su colostomía depende de la razón médica de la cirugía.



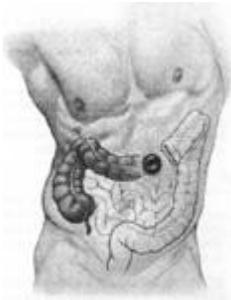
Costomía Ascendente- en la parte ascendente del colon.

Salida de heces fecales liquidas o pastosas.



Colostomía Descendente-en la parte descendente del colon.

Salida de heces fecales casi completamente formadas.



Colostomía Transversa-en la parte transversa del colon.

Salida de heces fecales pastosas o semiformadas.



Colostomía Sigmoide-en la parte sigmoide del colon.

Salida de heces fecales completamente formadas.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez B., Proceso Enfermero Aplicación Actual 1ª. ed. País; México, Editorial: Cuéllar, 1998.
2. Atkinson L., Murria M. Proceso Atención Enfermería 1ª. ed. País: México, Editorial: Manual Moderno, 1983.
3. Alfaro R., Aplicación del Proceso Enfermero Fomento el cuidado en colaboración 5ª. ed. País Filadelfia, Editorial: LeFevre Masson, 2005.
4. Marriner T., Modelos y Teorías de Enfermería 4ª. ed. País: Madrid España, Editorial: Harcourt Brace, 1999.
5. Carpenito J., Manual de Diagnostico de Enfermería 9ª. ed. País: México Editorial: Mc Grawhill México 2005.
6. Hernandez J., Historia de Enfermería, Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería 1ª. ed. País: España Editorial: McGraw, 1995
7. Tucker S., Canobbio M., Vargo E., Fyfe M., Normas de Cuidados del Paciente, Guía de planificación de la practica asistencial conjunta 6ª. ed. País: España, Editorial: Harcourt Brace, 1997.
8. Carpenito J., Planes de Cuidado y Documentación Clínica de Enfermería 2ª. ed. País: España, Editorial: McGraw Hill-Interamericana, 2005.
9. Antología, Teorías y Modelos de Enfermería para la Atención de Enfermería 2ª. ed. País: México, Editorial: ENEO-UNAM, 2003.

10. Orem D., Modelo de Ore, Conceptos, Básicos de Enfermería en la Práctica
País: España, Editorial: Masson-Salvat Enfermería Ediciones Científicas Técnicas,
1993.

11. Cavanagh S. Modelo Orem Aplicación Práctica edición original, País: España,
Editorial: Masson-Salvat Enfermería Ediciones Científicas y Técnicas, 1993.

12 Memorias, I Reunión Interdisciplinaria de Enfermería: Misión y Valores de una
Profesion, Universidad Panamericana Noviembre de 1998.

13. O'Connor N., Déjalos ir con amor País: México, Editorial: Trillas, 1990.

14. McCloskey J., Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC 4ª. ed. País:
España, Editorial Elsevier-Mosby, 2006.

15 Moorhead S., Johnson M., Clasificación de Resultados de Enfermería NOC
3ª. ed. País España, Editorial: Elsevier-Mosby, 2006.

16. N.A.N.D.A. Diagnostico Enfermería Definiciones y Clasificación País: España,
Editorial: Elsevier 2005-2006.

17. Villalobos J., Valdovinos M., Principios de Gastroenterología 1ª. ed. País:
México, Editorial: Méndez Editores 2000.

10. GLOSARIO

Autocuidado

La práctica de actividades que las personas maduras y en proceso de maduración inician y realizan, dentro de un marco temporal concreto, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida, unas funciones saludables, el continuo desarrollo personal y su bienestar.

Cuidado Dependiente

La práctica de actividades que personas responsables maduras y en proceso de maduración inician y ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes durante cierto tiempo o de manera continuada para mantener y contribuir a su salud y bienestar.

Metaparadigma

Es la perspectiva de conjunto de una disciplina que precisa de los conceptos centrales de la misma (cuidado, persona, salud y entorno) e intenta explicar sus relaciones.

Modelo

1. Idea que explica a través de la visualización simbólica y física. Los modelos simbólicos han perdido toda forma física para lograr un nivel de abstracción superior al de los modelos físicos. 3. Los modelos pueden usarse para facilitar el razonamiento basado en los conceptos y las relaciones entre ellos, o bien para planificar el proceso de investigación. 4. Los modelos son representaciones esquemáticas de ciertos aspectos de la realidad.

Modelo Conceptual

1. Representación abstracta que explica una perspectiva de la disciplina, es decir, una concepción que guía la práctica, la investigación, la formación y la gestión.
2. Constituidos por ideas abstractas y generales (conceptos) y proposiciones que especifican sus relaciones.

Paradigma

1. Corriente de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influye en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las disciplinas 2. Diagrama conceptual, puede ser una amplia estructura en torno a la cual se articula la teoría 3. Representa la línea más general de cualquier disciplina, su unidad o marco, describiendo los fenómenos sobre los que se debe basar y regir de forma unívoca.

Teoría

1. Conjunto de enunciados y proposiciones formados por conceptos y relaciones entre ellos, organizados de manera coherente y sistemática que tiende a describir, explicar o predecir un fenómeno. 2. Se constituye con conceptos y proposiciones (igual que un modelo) aunque explica con mucho más detalle todos los fenómenos a los que se refiere. Su primer objetivo es generar conocimientos en un determinado campo.

Requisito de autocuidado

Una reflexión formulada y expresada sobre las acciones que se han de realizar, que se sabe o se supone que son necesarias en la regulación de uno o más aspectos circunstancias específicas. El requisito de autocuidado formulado y expresado constituye el objetivo concreto de autocuidado. Son las razones por las que se llevan a cabo los autocuidados; expresa los resultados pretendidos o deseados.

Salud

Una descripción de las cosas vivas respecto a su totalidad y su estado estructural y funcional.