



INSTITUTO MARILLAC I.A.P  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
INCORPORADA A LA UNAM

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON  
MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL R/C: INMOVILIDAD M/P:  
DOLOR ABDOMINAL.**

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

“GARCÍA ÁVILA LILIANA”

ASESORA:

LIC. MARÍA CRUZ SOTELO BADILLO

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE 2017



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.

**LIC. MARÍA ELENA QUIÑONEZ MUÑOZ**

---

DIRECTORA GENERAL  
INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

**LIC. MARÍA CRUZ SOTELO BADILLO**

---

DIRECTORA TÉCNICA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

**LIC. MARÍA CRUZ SOTELO BADILLO**

---

ASESOR DE TESIS

**LIC. YESICA CERÓN SOTELO**

---

PROFESORA  
DEL INSTITUTO MARILLAC, I.A.P.

**LIC. DELIA ESPINOSA RIOJA**

---

PROFESORA  
DEL INSTITUTO MARILLAC, I.A.P.

## ÍNDICE

<b><i>i. INTRODUCCIÓN</i></b>	<b>3</b>
<b><i>ii. JUSTIFICACIÓN</i></b>	<b>4</b>
<b><i>iii. OBJETIVOS</i></b>	<b>5</b>
<b><i>I. MARCO TEÓRICO</i></b>	<b>6</b>
1.1. ENFERMERÍA	6
1.2. CUIDADO DE ENFERMERÍA	6
1.3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ENFERMERÍA EN MÉXICO	8
1.4. CORRIENTES DEL PENSAMIENTO ENFERMERO	12
1.5. ESCUELAS DEL PENSAMIENTO ENFERMERO	16
1.6. MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON	21
1.7. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	26
1.8. TAXONOMÍAS NANDA, NIC, NOC.	28
1.9. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)	34
<b><i>II. METODOLOGÍA</i></b>	<b>36</b>
<b><i>III. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</i></b>	<b>38</b>
3.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	40
3.1.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	43
3.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.	46
3.3. RED DE RAZONAMIENTO	49
3.4. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	51
3.5. EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	57
3.6. PLAN DE ALTA	64
<b><i>IV. CONCLUSIONES</i></b>	<b>66</b>
<b><i>V. BIBLIOGRAFÍA</i></b>	<b>67</b>
<b><i>VI. ANEXOS</i></b>	<b>69</b>
6.1. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA DIGESTIVO	69
6.2. OCLUSIÓN INTESTINAL	79
6.3. ILEOSTOMÍA	85
6.4. MARCO CONCEPTUAL	88
6.5. VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS	90

## **i. INTRODUCCIÓN**

El proceso de atención de enfermería (PAE) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial enfermera, se emplea como un instrumento para la práctica profesional por lo cual tiene bases científicas, técnicas y psicosociales con el objetivo de lograr la eficacia y eficiencia en su implementación. En este sentido se constituye en la metodología del cuidado, con aportaciones de las teorías y modelos de enfermería que brindan un marco conceptual de referencia para brindar una práctica de enfermería de calidad.

El principal objetivo del PAE es:

Facilitar la implementación de elementos teórico-prácticos, con referencia en las teorías y modelos de enfermería a fin de favorecer la unificación de criterios sobre la implementación de decisiones que se tomen para favorecer la salud del paciente.

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se realizó a una paciente con padecimiento de oclusión intestinal, la cual fue ingresada al servicio de Hospitalización de Cirugía General, en el “Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzáles”.

En el, se plasma el proceso fisiológico por el que atravesó la paciente; la base teórica que permitió detectar necesidades alteradas y formulación de diagnósticos enfermeros, así como el proceso de planeación, implementación y evaluación de las diferentes intervenciones de enfermería.

Se hace referencia a la terapéutica médica basada en soluciones parenterales y fármacos que se otorgaron como método de solución y apoyo al padecimiento.

Y se concluye con un plan de cuidados, el cual se formuló con base a las capacidades cognitivas, necesidades fisiológicas y sociales de la paciente; con el objetivo de educar y capacitar a la misma para continuar con su recuperación fuera del área hospitalaria.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Reina, N. (2010) *El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado*. México. Umbral

## ii. JUSTIFICACIÓN

La importancia del proceso de atención en enfermería (P.A.E.), radica en que la profesión de enfermería requiere de un lugar donde plasmar sus acciones, de tal forma que puedan ser discutidas, analizadas y evaluadas.

Mediante el PAE se realiza un modelo centrado en el paciente, aumentando el grado de satisfacción, permitiendo una mayor autonomía, continuidad en los objetivos y la evaluación de las actividades realizadas por el profesional, manteniendo así, constancia de todo lo realizado, permitiendo el intercambio y contraste de información que lleva a la investigación.

El PAE proporciona un método para la información de cuidados, desarrolla una autonomía para la profesión de enfermería y fomenta el reconocimiento como profesionales de la salud.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Reina, N. (2010) *El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado*. México. Umbral

### **iii. OBJETIVOS**

#### **General:**

- Elaborar un proceso de atención de enfermería que permita demostrar los conocimientos teórico / prácticos adquiridos en la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, demostrando y desarrollando habilidades para la resolución y prevención en problemas de salud.

#### **Específicos:**

- Realizar una valoración eficiente, que permita identificar los problemas y/o necesidades alteradas; a fin de jerarquizar, planificar y ejecutar planes de cuidado e intervenciones de enfermería que beneficien el estado de salud de la misma.
- Educar acerca del padecimiento (oclusión intestinal; ileostomía; manejo de estoma) con el objetivo de desarrollar la capacidad para realizar procedimientos asertivos y efectivos fuera del área hospitalaria y así continuar con la recuperación satisfactoria de la misma.

# I. MARCO TEÓRICO

## ENFERMERÍA

La percepción de los comportamientos y cuidados de Enfermería, se define como una actividad humanística cuyo objetivo social es el cuidado a partir de las necesidades del ser humano en relación con sus procesos vitales, equilibrando el enfoque biologista mediante el apoyo de las ciencias sociales.<sup>3</sup>

Según la OMS enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Y concibe a la enfermera como el profesional responsable en la línea de acción en la prestación de los servicios y desempeñan una función importante en la atención centrada al paciente.

En muchos países son líderes o actores clave en los equipos de salud multiprofesionales e interdisciplinarios, ya que proporcionan una amplia gama de los servicios de salud a todos los niveles del sistema.<sup>4</sup>

## CUIDADO DE ENFERMERÍA

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. (De la Cuesta BC. En: El cuidado del otro: desafíos y posibilidades.)

En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. (Grupo de

---

<sup>3</sup> Benavent MA, Francisco C, Ferrer E. (2009). *Desde el origen de la enfermería hasta la disciplina enfermera*. Madrid: DAE: Colección Enfermería siglo 21. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/448/44812819003.pdf>

<sup>4</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) acerca de enfermería. Obtenido de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11170%3Aabout-nursing&catid=8186%3Anursing&Itemid=41045&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11170%3Aabout-nursing&catid=8186%3Anursing&Itemid=41045&lang=es) )

cuidado. En: Cuidado y práctica de Enfermería: nuevos avances conceptuales del grupo de cuidado. )

Actualmente, en la práctica de enfermería se concibe como la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado. (Daza. En: Significado del cuidado de Enfermería. )

Por otra parte, el cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica. (Baggio. En: Significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem.)

Como seres dialógicos, la comunicación enfermera/paciente implica un encuentro humanizador, que tiene como propósito despertar la conciencia del otro. (Levinas. En: Totalidad e infinito.)

A través de la reflexión de los cuidados, que incluye las creencias y los valores que impregnan la atmósfera en la que tienen lugar los hechos y las circunstancias del que hacer de enfermería. (Arvea. En: Palabra y trascendencia).<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Báez-Hernández. (2009). *El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería*. 2009, de Aquichan: vol. 9, pp. 127-134. Obtenido de [www.redalyc.org/pdf/741/74112142002.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/741/74112142002.pdf)

## **ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ENFERMERÍA EN MÉXICO**

En la época colonial por el distinto bagaje inmunológico de americanos y españoles, se iniciaron una serie de epidemias desastrosas para la población indígena, como viruela, sarampión, gripe y paludismo. Con los esclavos negros vino la fiebre amarilla y el dengue.

El Protomedicato era un cuerpo formado por un grupo de médicos por orden de los conquistadores, y era la máxima autoridad en lo referente a medicina, enfermería y salud pública.

Isabel de Cendala es considerada la primera enfermera sanitaria de Iberoamérica, debido a que en 1804, Carlos IV envió al doctor Balmis con 50 niños para tomar vacuna e inocularla de brazo en brazo contra la viruela; los niños iban al cuidado de Isabel de Cendala.

En este período colonial, se inició la educación universitaria de México, pues el Imperial Colegio de la Santa Cruz se transformó en la Real y Pontificia Universidad de México.

La educación en el ámbito de Enfermería se inició con las escuelas de parteras, debido a que en esas épocas, las mujeres morían principalmente por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio.

Ignacio Torres médico registrado ante el Protomedicato, enseñó a las parteras, obligándolas a prestar un servicio más eficiente, del tal manera que en marzo de 1831, poco antes de la extinción del tribunal Protomedicato, abrió una escuela para dar lecciones de obstetricia y así desterrar algunas prácticas consideradas perjudiciales, las clases eran gratuitas con un total de 15 lecciones, dos veces por semana; era requisito saber bautizar, leer y escribir, lo que se omitía si había ejercicio por dos años; el diploma se obtenía previo examen hecho por un catedrático y un cirujano.

Los médicos tomaron la estrategia de capacitar personal de enfermería, contrataron enfermeras norteamericanas recibidas y que hablaran español. Por acuerdo del presidente Porfirio Díaz en 1898 se estableció la “Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros” establecida en el Hospital de Maternidad e Infancia, donde fungía como director el Dr. Eduardo Liceága.

Hubo influencia alemana y norteamericana en la preparación de las enfermeras mexicanas por los nexos que el doctor Liceaga tenía.

Rose Crowder egresada de la escuela de enfermeras, inicio con la enseñanza de enfermería la cual consistía en limpieza y uso del uniforme, preparación de la unidad del paciente, tendido de camas, observación de síntomas especiales, registro de signos vitales, reporte de enfermería, baño y cambio de ropa, preparación y administración de alimentos y medicamentos, duchas, esterilización, preparación y manejo de material quirúrgico, cirugía menor, curaciones, actuación en la sala de operaciones y cuidado en cirugía abdominal; mientras que Rose Warden junto con el Dr. Eduardo Liceaga, establecieron el plan de trabajo y reglamento que orientó la preparación de las jóvenes en el cuidado de los enfermos.

Durante estos años la enseñanza “formal” estuvo a cargo de las profesoras enfermeras e incluía los contenidos y procedimientos de enfermería contemplados en el modelo de Nightingale.

El doctor Eduardo Liceaga, siendo Director de los Servicios Médicos del Hospicio, Maternidad y Consultorio en 1900, le solicitó al Presidente Díaz, autorización para establecer una Escuela de Enfermería en México.

La Escuela fue inaugurada el 9 de febrero de 1907, en el Hospital General, se creó el reglamento respectivo, en el cual se mencionó que la carrera se cursaría en tres años, distribuidos de la manera siguiente:

- Primer año. Llevarían anatomía, fisiología y curaciones
- Segundo año. Llevarían higiene y curaciones en general
- Tercer año. Llevarían pequeña farmacia, curaciones, cuidados de los niños, parturientas y enajenados.

Para 1908 la Escuela de Enfermería pasa a la Secretaría de Educación y el 30 de diciembre de 1911, la Universidad de México aprueba su integración a la Escuela de Medicina, siendo éste el antecedente de la actual Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). De aquí que: el primer Plan de

Estudios para la carrera de enfermeras y parteras, incluía dos años para estudiar enfermería y otros dos años para partos; iniciándose la enseñanza bajo este plan en 1912.

En 1922 La Escuela de Salud Pública de México inició sus actividades en marzo con el propósito de suministrar al personal técnico y subtécnico las bases científicas para una administración sanitaria y de asistencia social eficiente. Se incorporaron escuelas del centro e interior del país a la UNAM, y se solicitó a través de las autoridades les hicieran llegar los planes de estudio para normar la enseñanza de la Enfermería.

En 1924 se crea la carrera de Enfermería y Partera Homeopática dependiente de la Escuela de Medicina Homeopática, regulada por la Secretaría de Educación Pública, y posteriormente se incorpora en 1937 al Instituto Politécnico Nacional (IPN).

En el mandato del presidente Lázaro Cárdenas y por acuerdo presidencial, el 2 de marzo de 1937 se fundó la Escuela para Enfermeras del Ejército, y la (ENEO) en el año de 1945.

En 1952 se prepara el primer curso de docencia para Enfermeras Instructoras, solicitando el bachillerato como requisito de ingreso. A partir del año siguiente, se consideró como una escuela universitaria por lo cual se iniciaron los primeros cursos de especialización, siendo el primero en pediatría en el año de 1941, posteriormente el curso de anestesia en 1945, enfermera sanitaria en 1949, psiquiatría, educación y hematología en 1952, administración para jefes de servicio en 1953 y enfermera quirúrgica en 1956.

En mayo de 1947 con el propósito de satisfacer la demanda del personal en la atención hospitalaria, el Subdirector General Médico Dr. Mario Quiñones, por indicación del Director General Antonio Díaz Lombardo, fundó la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que también tenía la finalidad de impartir cursos pos técnicos para enfermeras especialistas, los cuales están relacionados con las necesidades de atención de la población derechohabiente y generada por los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población en el país.

En marzo se inicia el curso de enfermería pediátrica como el cimiento de una práctica especializada, siendo el Hospital Infantil de México el escenario y su coordinadora Consuelo Mendoza Laugier. Se inicia también el curso de enfermería psiquiátrica con Renée Valle Caloca como directora. Durante 1967 el Consejo Técnico de la ENEO, autoriza cinco cursos post básicos y 1968 aparece publicada la creación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

En 1976 se crea el Sistema de Universidad Abierta (SUA), logrando llevar a la ENEO a las instalaciones ex profeso para la enseñanza de la enfermería. De 1994 al 2003, la ENEO se convierte en Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS); se inician estudios de posgrado entre los años de 1997 a 2002 con el Plan Único de las Especialidades de Enfermería; en 2002 se aprueba el Plan de Estudios del Programa de Maestría en Enfermería, además de iniciarse los Programas de Alta Exigencia Académica (PAEA) y se inaugura el laboratorio de Fundación UNAM.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Dra. Leticia Cuevas Guajardo. (Febrero 2012). Breve historia de la Enfermería en México. *“El Arte del Cuidado”*, Volumen: 1 Número 1, pp. 73-79.

## **CORRIENTES DEL PENSAMIENTO ENFERMERO**

La medicina y la ciencia enfermera son disciplinas profesionales, es decir, que están ante todo orientadas hacia una práctica profesional.

Según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

Cada disciplina hace suyos los términos relacionados con la teoría y su desarrollo con el fin de dotarla de un cuerpo de conocimientos que le permitan orientar el ejercicio de la disciplina. En la enfermería se contemplan los siguientes términos:

**Ciencia:** Es tanto un cuerpo de conocimientos propios de una disciplina como las habilidades y metodología que hacen progresar dicha disciplina.

**Conocimiento:** Es la percepción de la realidad que adquirimos por el aprendizaje y la investigación.

El modelo conceptual en enfermería, es una concepción que guía la práctica, la investigación, la formación y la gestión de los cuidados.

**Teoría:** Consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de escribir, explicar, predecir y/o controlar dichos fenómenos. La utilidad de la teoría para la enfermería radica en que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo.

**Modelo:** Se trata de la representación simbólica de la realidad. Los modelos se desarrollan usando conceptos relacionados que aún no han progresado hacia una teoría. El modelo sirve como eslabón en el desarrollo de una teoría. Los modelos de enfermería son, pues, representaciones de la realidad de la práctica de enfermería. Representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí.

Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas paradigmas.

En el área de la ciencia enfermera, encontramos una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina.

Se trata de los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación.

Encontramos cuatro orientaciones generales de la disciplina enfermera en el seno de estas corrientes de pensamiento:

- La enfermedad
- La salud pública
- La persona
- La apertura sobre el mundo

Para dar sentido a las características de la práctica, de la formación, de la investigación y de la gestión en la ciencia enfermera, encontramos tres tipos de paradigmas en las corrientes del pensamiento:

- Paradigma de la categorización
- Paradigma de la integración
- Paradigma de la transformación

### **Paradigma de la categorización**

En el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Estas manifestaciones pueden ser ordenadas, tienen entre sí secuencias definidas de aparición y de enlaces previsibles.

El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera:

- Una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad.
- Una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

La preocupación de la enfermera consiste en proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud.

La actividad de la enfermera está dirigida hacia la persona y su entorno con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de las infecciones y heridas, la enseñanza de los modos de vida sana y el control de las condiciones sanitarias.

La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia que está muy unida a la de la profesión médica. Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir los déficit y ayudar a los incapacitados. Intervenir significa “hacer para” las personas.

### **Paradigma de la integración**

El paradigma de la integración reconoce los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integra el contexto específico en que se está situando.

El paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona; la mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de la orientación hacia la persona cuyo cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; la salud física, mental y social.

La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad, centra su atención en la situación presente, planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas, se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

La orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Intervenir significa “actuar con” la persona, a fin de responder a sus necesidades.

## **Paradigma de la transformación**

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad pues mezcla la categorización e integración para la práctica enfermera.

Se incursiona al principio en los aspectos culturales, después en la economía y finalmente en la política, se reconocen las relaciones entre la promoción, la protección de la salud social y el progreso equitativo sobre el plan económico y social.

El individuo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitarias pues se le considera un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad.

La enfermera, habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver a la persona, la acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino, utiliza todo su ser, incluida su sensibilidad que comprende los elementos más allá de lo visible y palpable. Este modelo hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona. Intervenir significa “estar con” la persona.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> De la fuente B.B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: :Mansson

## **ESCUELAS DEL PENSAMIENTO ENFERMERO**

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería.

Los modelos en general presentan visiones de ciertos fenómenos del mundo, pero representan solo una aproximación o simplificación de aquellos conceptos considerados relevantes para la comprensión del acontecimiento. Son representaciones de la realidad de la práctica y representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí. Se convierten en un instrumento que permanentemente recuerda los distintos aspectos del cuidado de enfermería y la relación entre los factores físicos, psicológicos que se debe tener en cuenta al brindar estos cuidados.

Estos modelos ofrecen una visión global de los parámetros generales de la enfermería que incluyen ideas sobre la naturaleza y el papel del paciente y de la enfermera, sobre el entorno o cultura en donde se desarrolla la enfermería, sobre el objeto o función de la enfermería, cual es el cuidado de la salud y sobre las acciones o intervenciones de enfermería.

### **Concepciones de Nightingale**

La relación particular entre los conceptos “cuidado”, “persona”, “salud” y “entorno” constituye el núcleo de la disciplina enfermera. Las concepciones elaboradas para la profesión enfermera permiten precisar la relación entre estos conceptos.

A mediados del siglo XIX Florence Nightingale expresó su firme convicción de que el conocimiento de la enfermería, no sólo su práctica, era intrínsecamente distinto del de la ciencia médica. En este marco, definió la función propia y distintiva de la enfermera (colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él) y defendió la idea de que esta profesión se basa en el conocimiento de las personas y su entorno (base de partida diferente a la tradicionalmente utilizada por los médicos para su ejercicio profesional).

Las grandes corrientes del pensamiento, principalmente el paradigma de la integración que ha conducido a una orientación hacia la persona y el paradigma de la transformación que lleva hacia la apertura hacia el mundo, han influenciado la elaboración de los modelos conceptuales.

Según sus bases filosóficas y científicas, podemos agrupar las concepciones de la disciplina enfermera en seis escuelas, a saber:

- Escuela de las necesidades
- Escuela de la interacción
- Escuela de los efectos deseados
- Escuela de la promoción de la salud
- Escuela del ser unitario
- Escuela del Caring

Todas orientadas hacia la persona, y las escuelas del ser humano unitario.

### **Escuela de necesidades**

Los modelos de esta escuela han intentado responder a: ¿Qué hacen las enfermeras?

El cuidado enfermero está centrado en la independencia de la persona y en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. La persona es percibida con necesidades jerárquicas, sean las necesidades fisiológicas y de seguridad o de amor y autoestima; ya que cuando las necesidades de base están insatisfechas, surgen otras, de nivel más elevado.

Por el hecho de reservar un lugar importante a la enfermedad y a los problemas de salud, las concepciones de la escuela de las necesidades han marcado el origen de un centro de interés específico de la disciplina enfermera u orientación hacia la persona.

**HENDERSON:** Intenta desarrollar la capacidad en la persona para llevar a cabo sus autocuidados.

Según la concepción de Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la elección de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Estas personas podrían llevar a cabo estas actividades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los

conocimientos necesarios. El objetivo de la profesión enfermera es, conservar y reestablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales.

OREM: Manifiesta que la enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la relación de sus autocuidados.

Autocuidado, según Orem es un acción adquirida, es decir, que es aprendida por una persona en su contexto cultural. La persona inicia una acción de manera voluntaria, deliberadamente, con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar.

### **Escuela de la interacción**

Intenta contestar a: ¿Cómo hacen las enfermeras lo que hacen?

Esta escuela ha centrado su interés sobre los procesos de interacción entre la enfermera y la persona, ya que concibe al cuidado como un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda.

Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse. Es pues, una acción humanitaria y no mecánica.

Según H. Peplau, la relación interpersonal es la base del cuidar pues es así como se logra desarrollar en la persona un potencial que le permite reconocer lo que le está pasando. El cuidado es un proceso interpersonal terapéutico, que trata de una relación humana entre una persona enferma y una enfermera.

### **Escuela de los efectos deseables**

Quiere responder a la pregunta: ¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen? Consideran que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasis o en preservar la energía.

La escuela de los efectos deseables propone objetivos amplios y ambiciones para los cuidados enfermeros destinados a la persona que es vista como un sistema.

Las enfermeras teorizadoras de esta escuela son Dorothy Johnson, Lydia Hall, Callista Roy y Bety Neuman.

### **Escuela de la promoción de la salud**

Quiere responder a la pregunta: ¿Qué hacen las enfermeras? y ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?

Esta escuela considera que los cuidados se amplían a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud. La sociedad tiene que tener conductas saludables para evitar posibles enfermedades. Moyra Allen teórica canadiense propone un modelo orientado a la promoción de la salud en la familia.

### **Escuela del ser humano unitario**

Quiere responder a la pregunta: ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?

Esta escuela predomina la idea de la unicidad o el todo holismo. Ve la persona como un ser global, lo que importa es el todo y no las partes.

Cuando se aceptan las partes se acepta el todo, cualquier cosa que afecte a una de las partes afecta al todo. La salud y la enfermedad no están ni opuestas ni divididas, sino que forman parte del proceso de vida. Hace referencia al bienestar, la autorrealización, la actualización y la realización del potencial de las personas por una participación consciente al cambio o trasciende la dimensión corporal y alcanza al ser humano en su totalidad.

### **Escuela del Caring**

Quiere responder a la pregunta: ¿Cómo las enfermeras hacen lo que hacen?

El concepto de Caring se concibe como esencia de la disciplina proceso simultáneo del fomento de enfermería, el ideal del caring ha de ser humanista y científico.

Las teorizadoras de la escuela del caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura y se integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones (Watson\_Leininger).<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> R. L. Wesley (1997): *Teorías y modelos de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana, México.

## **MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON**

### **Aportaciones**

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C. Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería.

En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher College revisó la cuarta edición del Textbook of Principles and Practice of Nursing, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica.

**Define a enfermería como:** La ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito.

### **Modelo conceptual**

El Modelo de Virginia Henderson parte de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera. De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos,

socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.

Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.

### **Principio máximo del modelo**

El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica, consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia.

### **Objetivo del modelo**

El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible. Para Henderson la/el enfermera/o es aquel que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz.

Para que el individuo pueda desarrollar su independencia, con ayuda del trabajo de enfermería, es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona.

Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Es una profesión que precisa y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. La enfermera también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud y sabe evaluar las necesidades humanas.

En base a la definición que Henderson tiene de enfermería es como plantea su teoría y modelo y lo desarrolla de la siguiente manera:

## **Método de aplicación del modelo**

- **Valoración:** se determina el grado de dependencia-independencia en la satisfacción de las 14 necesidades; las causas que dificultan su satisfacción; la interrelación de unas necesidades con otras.
- **Planificación:** Se formulan los objetivos de independencia en base a las fuentes de dificultades identificadas, en la elección del modo de intervención (ayuda-suplencia) y en la determinación de las actividades a realizar. Esos criterios guiarán la puesta en marcha del plan de cuidados en la intervención.
- **Evaluación:** Se comparan los criterios de niveles de independencia que se establecieron en el plan de cuidados con el grado de independencia conseguido.

## **Elementos del meta paradigma de enfermería**

Respecto al modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

- **Salud:** La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios.

Se considera salud a la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.

- **Persona:** Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

- **Entorno:** Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia.

- **Enfermera** (cuidados o rol profesional): La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su

recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.

### **Necesidades humanas básicas**

Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que este la consiga del modo más rápido posible. El paciente, según Virginia tiene que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos.

Henderson establece 14 necesidades básicas que todo ser humano tiene. Estas necesidades normalmente están cubiertas por un individuo sano y que tiene el suficiente conocimiento para ello. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de V. Henderson son:  
Oxigenación. (Respirar normalmente)

1. Oxigenación (Respirar normalmente)
2. Nutrición e hidratación. (Comer y beber de forma adecuada)
3. Eliminación. (evacuar los productos de desecho del organismo)
4. Moverse y mantener una posición adecuada.
5. Sueño y descanso.
6. Usar prendas de vestir adecuadas. (Para vestirse y desvestirse)
7. Termorregulación. (Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales)
8. Mantener la higiene.
9. Evitar los peligros del entorno. (Impedir daños personales y a los demás)
10. Comunicarse con otras personas. (expresar emociones, necesidades, temores)

11. Vivir según sus valores y creencias. (Actuar con arreglo a la propia Fé)
12. Trabajar y sentirse realizado. (Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo)
13. Participar en actividades recreativas. (Disfrutar de diversas formas de entretenimiento)
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad. (Alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles)

### **Relación del Proceso Enfermero con el modelo de cuidados de Virginia Henderson**

La profesión enfermera se ha convertido en las últimas décadas en la ciencia del cuidado, alejándose cada vez más del modelo biomédico en que se trataba la enfermedad. La profesión enfermera se ha convertido en una ciencia que abarca en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas.

Para lograr el desarrollo disciplinar de la profesión ha sido necesario establecer un marco teórico conceptual sobre el cual están basados los principios y objetivos de la profesión. Además de establecer un marco teórico conceptual, se ha necesitado adaptar un método científico usando una metodología propia para resolver los problemas competentes a la enfermería. Esto implica la utilización de un método sistemático para proporcionar cuidados centrados en la obtención de los resultados preestablecidos y esperados. Es decir, que la implantación del Proceso Enfermero (PE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados ha sido fundamental para el desarrollo de la disciplina enfermera.

La relación existente entre el modelo conceptual de Virginia Henderson y el Proceso Enfermero (PE) radica en la idea de que el modelo de Henderson servirá como guía fundamental a la hora de llevar al cabo el Proceso Enfermero. Es decir, valorar las necesidades de un individuo a través de un modelo teórico, orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos.<sup>9 10</sup>

---

<sup>9</sup> Reina G., Nadia Carolina. (diciembre, 2010.). *El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado*. Umbral Científico, núm. 17.

<sup>10</sup> R. L. Wesley (1997): *Teorías y modelos de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana, México.

## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería (PAE) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial enfermera. Este método permite al área de enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica, y sistemática con el fin de ayudar al paciente a recuperar, mantener y/o mejorar su salud, siendo idóneo por sus características de dinamismo, secuencialidad, medición, facilidad de aplicación y juicio crítico.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se complementan. El PAE está constituido por cinco etapas:

**-Valoración**, consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalopodálico basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud.

**-Diagnóstico**, consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en las necesidades funcionales alteradas, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería.

**-Planeación**, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) dirigidas a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

**-Ejecución**, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la

planificación, el paciente, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

**-Evaluación**, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos.

El Proceso de Enfermería tiene un sustento teórico fundamentado en las diversas teorías de Enfermería, donde a través de la observación, identifica prioridades en términos de condiciones de salud, la identificación de problemas que correspondería a la fase diagnóstica y la realización de actividades encaminadas a resolver las problemáticas.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Andrade Cepeda Rosa. (2014). *Proceso de atención de enfermería*. México: Trillas. pág., 47-59.

## **TAXONOMÍAS NANDA, NIC, NOC.**

### **NANDA**

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) se transformó en un organismo internacional en 2002, cambiando su nombre por el de NANDA International (NANDA-I). La NANDA-I es una red mundial de profesionales de enfermería, cuyo propósito es definir, promover y seguir trabajando para que se implante la terminología que refleja los juicios clínicos de las enfermeras, también conocidos como diagnósticos de enfermería. Refleja en sus principios la utilización de un lenguaje enfermero estándar reconocido internacionalmente y deja plasmado el compendio de los conocimientos generados tras el cuidado de los pacientes, ofreciendo de esta forma numerosas ventajas en la gestión y administración de los cuidados de la salud.

La normalización es una de las herramientas fundamentales en el desarrollo y crecimiento de cualquier sector. Este es el objetivo principal de la NANDA, que busca estandarizar los diagnósticos de enfermería de manera que los pacientes en igual situación reciban el mismo tratamiento de enfermería, independientemente del lugar en el que se encuentre y del personal que le atienda. Estableciendo las mismas directrices para todos y agrupando las distintas situaciones con las que trabaja enfermería se logra una mayor eficacia y eficiencia.

El objetivo principal del trabajo es contribuir al conocimiento del desarrollo del pensamiento de enfermería a lo largo de la historia y la estandarización de los planes de cuidado a nivel mundial. Así como mostrar su relevancia y necesidad de instauración debido a los grandes beneficios que ello reporta a la práctica de la enfermería, creando una línea de discusión acerca del pasado, presente y futuro de los Diagnósticos de Enfermería.

Mantiene 13 dominios

#### **DOMINIO 1: PROMOCIÓN A LA SALUD**

Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función.

#### **DOMINIO 2: NUTRICION**

Actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y repara los tejidos y producir energía.

### DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo.

### DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.

### DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

### DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Conciencia de sí mismo.

### DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran.

### DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Identidad sexual, función sexual y reproducción.

### DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Convivir con los eventos/procesos vitales.

## DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Principios subyacentes en la conducta, pensamientos y comportamientos sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de un valor intrínseco.

## DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN

Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.

## DOMINIO 12: CONFORT

Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social.

## DOMINIO 13: CRECIMIENTO/DESARROLLO

Aumentos apropiados según la edad de las dimensiones físicas, la maduración de los sistemas orgánicos y/o la progresión en las etapas del desarrollo.

### **Componentes**

Etiqueta (enunciado del problema): proporciona un nombre diagnóstico; es un término o frase concisa con el que se representa un patrón de claves relacionadas; puede incluir modificaciones.

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

Características definitorias: grupos de claves (signos y síntomas); inferencias observables que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero.

Factores relacionados: factores que parecen mostrar un tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden definirse como antecedentes asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes del diagnóstico.

## **Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)**

La NIC es una clasificación de las intervenciones de enfermería. Una intervención de enfermería puede ser cualquier tratamiento basado en juicios clínicos y conocimientos específicos, que la enfermera realiza para que el paciente consiga los resultados, aumentando su estado de salud.

Una intervención de enfermería incluye: cuidados directos (tratamientos realizados interaccionando con el paciente), cuidados indirectos (tratamientos realizados lejos del paciente pero para su beneficio), tratamientos puestos en marcha por personal enfermero (intervenciones iniciadas en respuesta a un diagnóstico de enfermería) y tratamientos puestos en marcha por personal médico (intervenciones iniciadas por respuesta a un diagnóstico médico).

Las intervenciones de enfermería necesitan una clasificación (la NIC) en el cual se exprese el orden y la disposición de las actividades de enfermería en grupos, en función de sus relaciones y la asignación de denominaciones de intervenciones a estos grupos.

La organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes es lo que puede considerarse como estructura conceptual, es lo que se llama taxonomía de la NIC. Dicha taxonomía tiene tres niveles: campo, clases e intervenciones.

## **Clasificación de los resultados (NOC)**

Los resultados del paciente se han utilizado como medidas de la efectividad del sistema sanitario. El uso sistemático de los resultados de pacientes para evaluar la atención sanitaria empezó cuando Florence Nightingale registró y analizó las condiciones sanitarias y los resultados de los pacientes durante la guerra de Crimea, desde entonces se han utilizado básicamente como indicadores para la evaluación de la calidad de la práctica médica. Un resultado es un concepto variable, sensible a las intervenciones de enfermería. Hay una medida de los resultados que se refleja de forma numérica.

Esta cuantificación refleja:

- 1= Higiene personal independiente.
- 2= Requiere alguna ayuda con el vestir para su higiene personal.
- 3= Requiere ayuda con el traslado para su higiene personal.
- 4= Requiere ayuda completa para su higiene personal.

La clasificación de resultados de enfermería es una clasificación estandarizada de los resultados que el paciente alcanza después de las intervenciones de enfermería. La estandarización de resultados es necesaria para la documentación clínica, para el desarrollo del conocimiento enfermero y la formación profesional de las enfermeras.

Al hablar del NOC hay que tener clara la diferencia que hay entre diagnóstico y resultado, esta es, que el diagnóstico identifica un estado de alteración el cual puede empeorar o mejorar mientras que el resultado evalúa el estado en un momento determinado mediante una escala de medida. El momento apropiado para medir los resultados varía porque algunos responden muy rápidamente a las intervenciones, mientras que otros lo hacen a más largo plazo, por eso seleccionar el momento adecuado para su medida es uno de los principales inconvenientes.

### **Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC**

Una interrelación es aquello que dirige una asociación de conceptos.

Las interrelaciones entre los diagnósticos NANDA y los resultados NOC indican las asociaciones entre el problema o estado actual del paciente y los aspectos del problema o estado que se espera resolver o mejorar mediante una intervención.

Las interrelaciones entre los diagnósticos NANDA y las intervenciones NIC indican la relación entre el problema del paciente y las acciones enfermeras que resolverán o disminuirán el problema.

Las interrelaciones entre los resultados NOC y las intervenciones NIC indican una asociación parecida a la que existe entre la resolución o estado del resultado de un problema sobre el que se espera que influya una intervención.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Irea González Lago, Yolanda Ortigueira Noya. (2012). *Taxonomía NANDA. NIC, NOC*. 2015, de Universidad de Vigo Sitio web: <https://yoliandkiwi.files.wordpress.com>

## **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)**

El origen de los planes de cuidados se encuentra en la aplicación de la metodología enfermera, del proceso enfermero. La tendencia universal en la atención de enfermería es realizarla a través de los planes de cuidado, una unificación de criterios de atención y procurar el máximo de calidad de la misma.

De esa manera, no solo se garantiza la calidad en la atención, sino que a la vez se puede cuantificar tanto los tiempos de atención como los costos que estos suponen.

Un plan de cuidados estandarizado, es aquel en el que se definen las respuestas de una persona frente a una situación tipo, específica, asignando la responsabilidad y la actuación del personal de enfermería. El plan estandarizado debe individualizarse, es decir, aplicarse a cada persona en particular, basándose en una valoración detallada del paciente y atendiendo a los problemas detectados en él.

Los planes de cuidados estandarizados de enfermería suponen una herramienta muy útil para nuestra profesión, aportando una mejor comunicación con los pacientes y entre los propios profesionales, favoreciendo la continuidad de los cuidados, fomentando la formación para el desarrollo de la profesión y facilitando la aplicación del proceso enfermero en su aplicación y registro.

Por supuesto es un instrumento que permite mejorar la atención al usuario, ofreciendo una actuación unánime y de calidad a las personas. Los planes deben cumplir las siguientes premisas:

- 1- Servir para mejorar la calidad científico-técnica de los cuidados que se prestan.
- 2- Proporcionar a los enfermeros herramientas que les permitan, desde la perspectiva del cuidado, un abordaje integral y continuo de los diferentes problemas que plantea la población.

## **Análisis del resultado del estado actual (Modelo AREA)**

El modelo área establece una estructura para el razonamiento clínico que incluye los problemas centrándolos en los resultados esperados para la práctica enfermera, puede ser de suma utilidad para resolver algunos problemas que se nos plantan en la clínica a la hora de aplicar el proceso enfermero, así como para desarrollar el razonamiento clínico de las enfermeras.

## **Razonamiento clínico**

Proceso de razonamiento reflexivo concurrente creativo, crítico, sistemático, y complejo inherente a la práctica; utilizados para enmarcar, aprobar y emitir juicios sobre la transición del estado actual hacia los objetivos del resultado esperado

## **Red de razonamiento**

Se basa en la representación gráfica de las relaciones que existen entre los diferentes diagnósticos y el elemento central, que es la situación que consideramos más oportuna atender para el paciente y el diagnóstico médico.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Vallejo, J.C. (Junio). *Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero*. Diciembre 2006. Sitio web: [http://www.index-f.com/inquietudes/35pdf/35\\_articulo\\_21\\_29-0707.pdf](http://www.index-f.com/inquietudes/35pdf/35_articulo_21_29-0707.pdf)

## II. METODOLOGÍA

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería (PAE), se realiza en la nueva torre de especialidades del Hospital Doctor Manuel Gea Gonzales, en el área de Hospitalización de Cirugía General, durante la segunda rotación de la pasantía del servicio social en enfermería, periodo comprendido de noviembre de 2016 a enero de 2017.

Para la realización de dicho Proceso se utilizaron dos fuentes de información:

- **Primaria:** Se obtuvo información de manera directa proporcionada por la paciente, además de obtener información de pruebas de laboratorio y estudios de gabinete.
- **Secundaria:** Se obtuvo información de familiares cercanos al paciente.

Se realizaron dos valoraciones

- **Inicial:** Valoración cefalopodálica realizada el día 20 de febrero de 2017.
- **Focalizada:** Realización de entrevista a la paciente, además de la aplicación de una cédula de valoración basada en el “Modelo de 14 necesidades básicas de Virginia Henderson”

Estos métodos de valoración dieron lugar a la detección de necesidades alteradas, mismas que ayudaron a la formulación de diagnósticos enfermeros, los cuales fueron priorizados de acuerdo a una red de razonamiento lógico.

Se llevaron a cabo las etapas del proceso enfermero planeación y ejecución, las cuales dieron lugar a la realización de planes de cuidado de enfermería y de manera consecuente a la valoración de las mismas, a través del estado de salud de la paciente.

Se concluye con la realización de una Plan de Alta, el cual es trabajado desde la estancia hospitalaria, por medio de educación a la paciente sobre el manejo de estomas: (dicho tema comprende, definición, cuidados, técnicas y tratamientos farmacológicos de apoyo, alimentación y complicaciones).

Para respaldo de la información que se maneja es este proceso, se obtuvieron diferentes fuentes bibliográficas, tales como libros, artículos y revistas; en las cuales se maneja información relacionada con el diagnóstico de oclusión intestinal y manejo de estomas.

### III. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

#### PRESENTACIÓN DEL CASO.

##### Ficha de identificación

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
NOMBRE	ELÍAS LUCINA
SEXO	MUJER
FECHA DE NACIMIENTO	30/JULIO/1957
EDAD	60 AÑOS
ALERGIAS	NEGADAS
RELIGIÓN	CATÓLICA
OCUPACIÓN	GUIA DE TURISTAS
FECHA DE INGRESO	19/FEBRERO/2017
DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	05 DÍAS
PESO	60 KG
TALLA	1.65 CM

##### Diagnóstico medico

- Oclusión intestinal.
- Formación de ileostomía.

##### Antecedentes heredofamiliares

- Madre finada a los 45 años de edad, con diagnóstico de cáncer de mama.
- Padre vivo de 85 años de edad; residente de la Ciudad de México; con diagnóstico de hipertensión arterial y antecedentes de tabaquismo desde hace 40 años (1 o 2 cigarrillos al día).
- Hermana viva de 50 años de edad, residente de la Ciudad de México, niega padecimientos médicos (aparentemente sana).

##### Antecedentes personales no patológicos

Paciente femenino de 60 años de edad, residente de la Ciudad de México, producto de la primer gesta de un total de dos, niega alcoholismo tabaquismo u otra toxicomanía, refiere chequeo médico anual, niega hospitalización médica previa al padecimiento actual.

### **Inicio del padecimiento**

Paciente femenino de 60 años de edad, se presenta el día 19 de febrero de 2017 al área de Urgencias del Hospital Dr. Manuel Gea Gonzáles por presentar dolor en área abdominal (escala EVA 9), con referencia de ausencia en evacuaciones con evolución de 4 días.

Frente a la primera valoración médica se indica realización de ultrasonido doppler, el cual revela acumulación de materia (desconocida) en intestino, por lo cual se indica la realización de tomografía computarizada, a fin de detectar la porción intestinal en la cual se encuentra ubicada dicha materia.

Posterior a la interpretación del estudio, se determina el diagnóstico de oclusión intestinal ubicada en porción baja del intestino delgado (íleon), por lo cual se le refiere al área médica de cirugía general.

Y como primer intervención de tratamiento al padecimiento se indica colocación de sonda nasogástrica a derivación.

El día 21 de febrero de 2017 se continua con tratamiento al padecimiento, el cual consiste en mantener por 24 horas más la sonda nasogástrica a derivación, con el fin de liberar la mayor cantidad posible de materia gástrica, el residuo que se obtiene de dicho procedimiento, revela que existe sangrado gastrointestinal lo que amerita la realización de una endoscopia, estudio que revela presencia de adherencias intestinales que obstruyen el 90% de la luz intestinal, sangrado y erosión de la porción afectada.

En esta misma fecha se ingresa a la paciente al área de hospitalización de cirugía general y al no presentar evolución con la colocación de la sonda nasogástrica, se programa a la paciente para cirugía (creación de orificio artificial de eliminación).

El día 22 de febrero se ingresa a la paciente al área quirúrgica, con el objetivo de liberar oclusión y realizar la inserción artificial de orificio de evacuación (ileostomía).

## VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

### Valoración inicial

Fecha: 20 de febrero de 2017

Signos vitales	Somatometria
FC: 116 lpm	Peso: 60 kg
FR 18 rpm	Talla: 1.65 cm
TEM 36.5° C	
T/A: 90/70 mmhg TAM: 77	
SOp2 95%	
Glicemia 76 mg/dl	

Paciente femenino de 60 años de edad, se encuentra alerta, reactiva a estímulos externos, con ligera palidez de tegumentos. (Escala de Glasgow 15)

**Cráneo:** Normocéfalo, perímetro cefálico de 53 cm, cuero cabelludo con adecuada implantación.

**Orejas:** Adecuada implantación, simétricas, flexibles, cartílago presente, pabellón auricular sin alteraciones, conductos auditivos permeables, membrana timpánica íntegra.

**Ojos:** Simétricos, pupilas isocóricas, normoreflécticas, sin presencia de secreciones.

**Nariz:** Tabique nasal central, narina izquierda permeable sin presencia de secreciones. Se mantiene instalada sonda nasogástrica (sonda Levin # 18 Fr.) con residuo gástrico de 200ml con características propias de contenido gástrico.

**Cavidad oral:** Lengua centrada y móvil, paladar íntegro, ausencia de 12 piezas dentales, carrillos y encías sin alteraciones.

**Cuello:** Simétrico, cilíndrico, con movimientos de rotación, arcos de movilidad conservados, sin presencia de adenomegalias.

**Tórax:** Se observan movimiento de amplexión y amplexación adecuados, glándulas mamarias simétricas, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos con adecuado tono e intensidad.

**Abdomen:** Distendido (circunferencia de 106 cm), con presencia de dolor a la palpación que se intensifica en mesogastrio (escala EVA 9), ausencia de ruidos peristálticos.

**Pelvis:** Genitales de acuerdo al sexo, con presencia de sonda vesical (Foley 18 Fr.; uresis de 0.8 ml / kg/ hrs ; color amarillo ámbar; suigeneris).

**Extremidades torácicas:** Integras, simétricas, sin alteraciones de sensibilidad y movilidad, con pulsos periféricos simétricos con buena intensidad, llenado capilar de 3 seg, adecuado tono muscular.

**Extremidades pélvicas:** Integras, simétricas, sin alteraciones de sensibilidad y movilidad, con pulsos periféricos simétricos, llenado capilar de 3 seg, adecuado tono muscular.

**Columna vertebral:** Íntegra, con presencia de curvaturas de lordosis y sifosis, con cavidad anal permeable.

### **Indicaciones médicas**

#### **Dieta:**

Ayuno

#### **Soluciones parenterales:**

- Solución Hartmann 1000cc P/24 horas más 30 Meq de KCL más 2 g de MgSo4

#### **Medicamentos:**

- Paracetamol 1g IV C/8 horas
- Tramadol 50 mg IV C/8 horas
- Ceftriaxona 1 g IV C/12 horas

**Estudios de laboratorio** 20 de febrero 2017

<b>BIOMETRIA HEMATICA</b>		
<b>Valores de biometría hemática alterados</b>		
<b>Componente</b>	<b>Resultado</b>	<b>Valor normal</b>
Leucocitos	7.40 mil/mm <sup>3</sup>	11.00 - 54 mil/mm <sup>3</sup>
Basófilos	9.60 mil/mm <sup>3</sup>	1.8 - 7.70 mil/mm <sup>3</sup>
Eritrocitos	3.91 millones/uL	4.10 - 5.30 millon/uL
Hemoglobina	11.90 gr/dl	12.00 - 15.00 gr/dl
Hematocrito	39.90 gr/dl	42.00 - 48.00 gr/dl
<b>COAGULACIÓN</b>		
<b>Valores de coagulación</b>		
Tiempo de protombina	20.7 seg	13.8 seg
inr	1.46 seg	0.8 – 1.20 seg
<b>QUÍMICA SANGUÍNEA</b>		
<b>Valores de química sanguínea alterados</b>		
Glucosa	114 mg/dl	70 – 105 mg/dl
Potasio	3.2 mg/dl	3.6 – 5.1 mg/dl

## VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

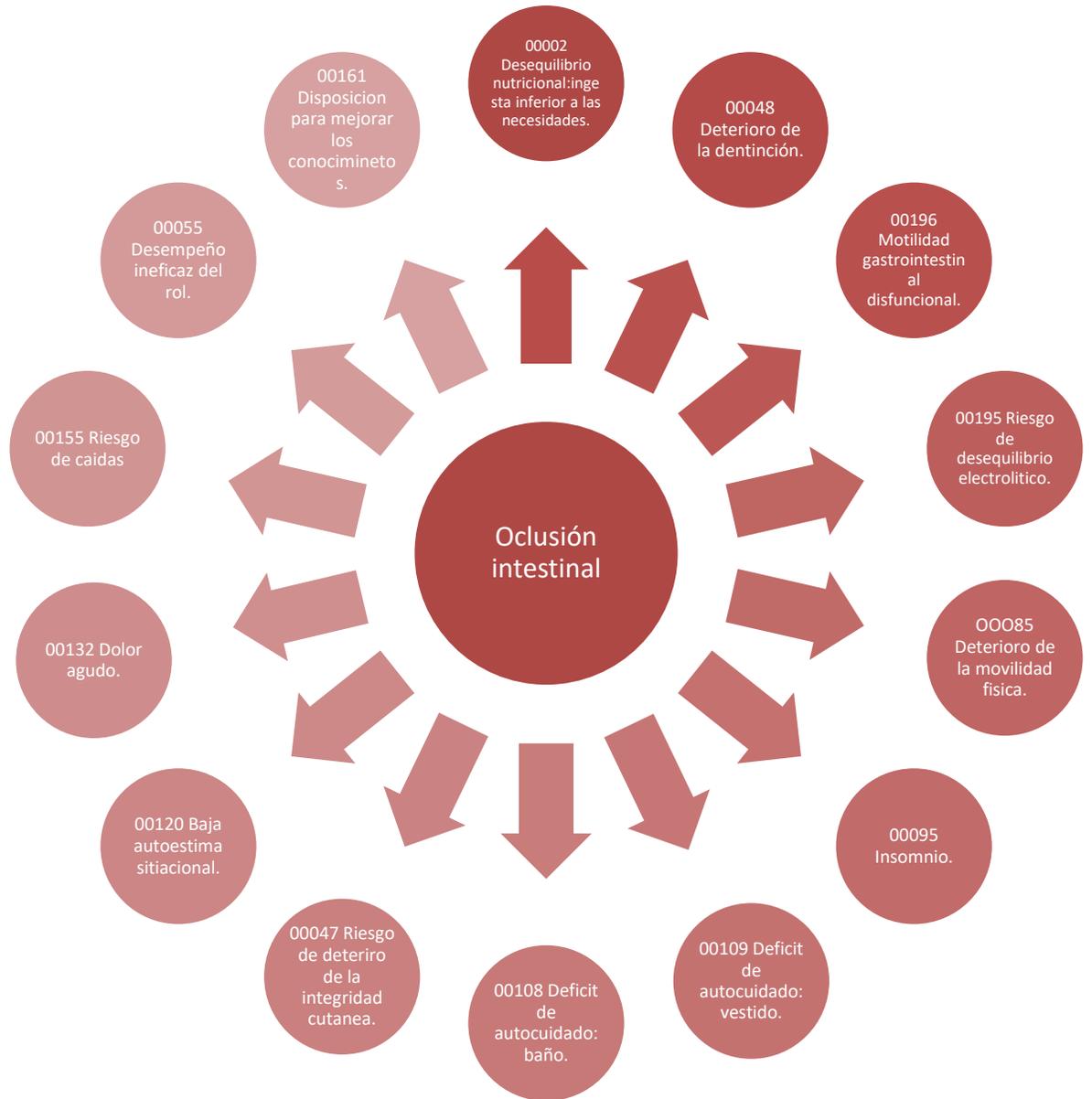
La valoración y recopilación de datos se realizó el día 21 de febrero de 2017 obteniendo la información a través de dos fuentes, primaria (paciente) y secundaria (cuidador principal).

Necesidad	Valoración
Necesidad de respiración	<p>No presenta alteración.</p> <p>Se observan movimiento de amplexión y amplexación normales, campos pulmonares ventilados.</p> <p>FR: 20 x min</p> <p>SOp2: 95 %</p>
Necesidad de alimentación/hidratación	<p>La dieta habitual ingerida por la paciente consistía en todo tipo de alimentos blandos, debido a la prótesis dental que utilizaba (ausencia de 12 piezas dentales); se mantiene en ayuno por padecimiento y cirugía programada.</p>
Necesidad de eliminación	<p>La paciente mantiene instalada sonda nasogástrica a derivación para lograr vaciamiento total intestinal (Sonda Levin # 18 Fr. con residuo gástrico de 250 ml, en 16 hrs).</p> <p>Sonda vesical por cuantificación de líquidos estricta (Sonda Foley 18 Fr.; uresis 0.9 ml/ kg/ hr; color amarillo ámbar; suigéneris).</p>
Necesidad de movilización	<p>La paciente no sufre de limitaciones motoras o cognitivas para la movilización; sin embargo esta necesidad se encuentra alterada debido a los diferentes dispositivos invasivos que mantiene instalados en el cuerpo (Sonda nasogástrica, sonda urinaria) además de presentar dolor e incomodidad física.</p> <p>(Escala Glasgow 15; Escala Braden 15)</p>
Necesidad de reposo/sueño	<p>La paciente refiere cansancio, además de alteración en el tiempo y calidad del sueño debido al ambiente hospitalario, dispositivos invasivos y molestia intestinal.</p> <p>(Horas sueño: 5 horas promedio; escala EVA 7)</p>

Necesidad de vestirse	El tipo de ropa hospitalaria que actualmente utiliza la paciente, mantiene la necesidad básica de vestido, sin embargo manifiesta incomodidad de no poder utilizar ropa íntima.
Necesidad de termorregulación	No presenta alteración (Registros de 35.6 *C a 36.8 *C)
Necesidad de higiene	La paciente requiere de suplencia parcial para la higiene general (baño y vestido). En un futuro puede presentar riesgo elevado de lesión periestomal o complicación en estoma debido a un mal manejo del mismo. (Escala Glasgow 15; Escala Downton 2; Escala Braden 15).
Necesidad de seguridad	La paciente es portador de diferentes dispositivos invasivos, además refiere sentirse temerosa de continuar con su vida diaria, pues ser portadora de estoma le genera temor e inseguridad, sobre todo con el desarrollo social. (Sonda Levin # 18 Fr.; Sonda Foley 18 Fr.; futura portadora de estoma).
Necesidad de comunicación	La paciente no presenta alteración anatómica, fisiológica o psicológica de ningún tipo para expresar necesidades, inquietudes u opiniones.
Necesidad de religión y creencias	La paciente refiere ser católica “Confía en que Dios le ayudará a salir adelante”.
Necesidad de trabajar/realizarse	La paciente refiere que su sustento económico es por las excursiones que organiza a diferentes estados de la república, pues esta actividad le permite tener independencia económica y realización personal; sin embargo al ser futura portadora de estoma, considera que tendrá que dejar de lado esta actividad y permanecer un tiempo en casa (no está conforme con la decisión).

Necesidad de actividades recreativas	Las actividades recreativas que normalmente realizaba la paciente eran caminatas y reuniones familiares, actividades que pretende seguir realizando, posterior a la capacitación de manejo del estoma.
Necesidad de aprender	La paciente se manifiesta temerosa, ante la probabilidad de no lograr adquirir las habilidades para el cuidado del estoma, tal cual se realizaban en el área hospitalaria, sin embargo manifiesta estar en la mejor disposición para aprender el manejo de este. 22 de febrero de 2017

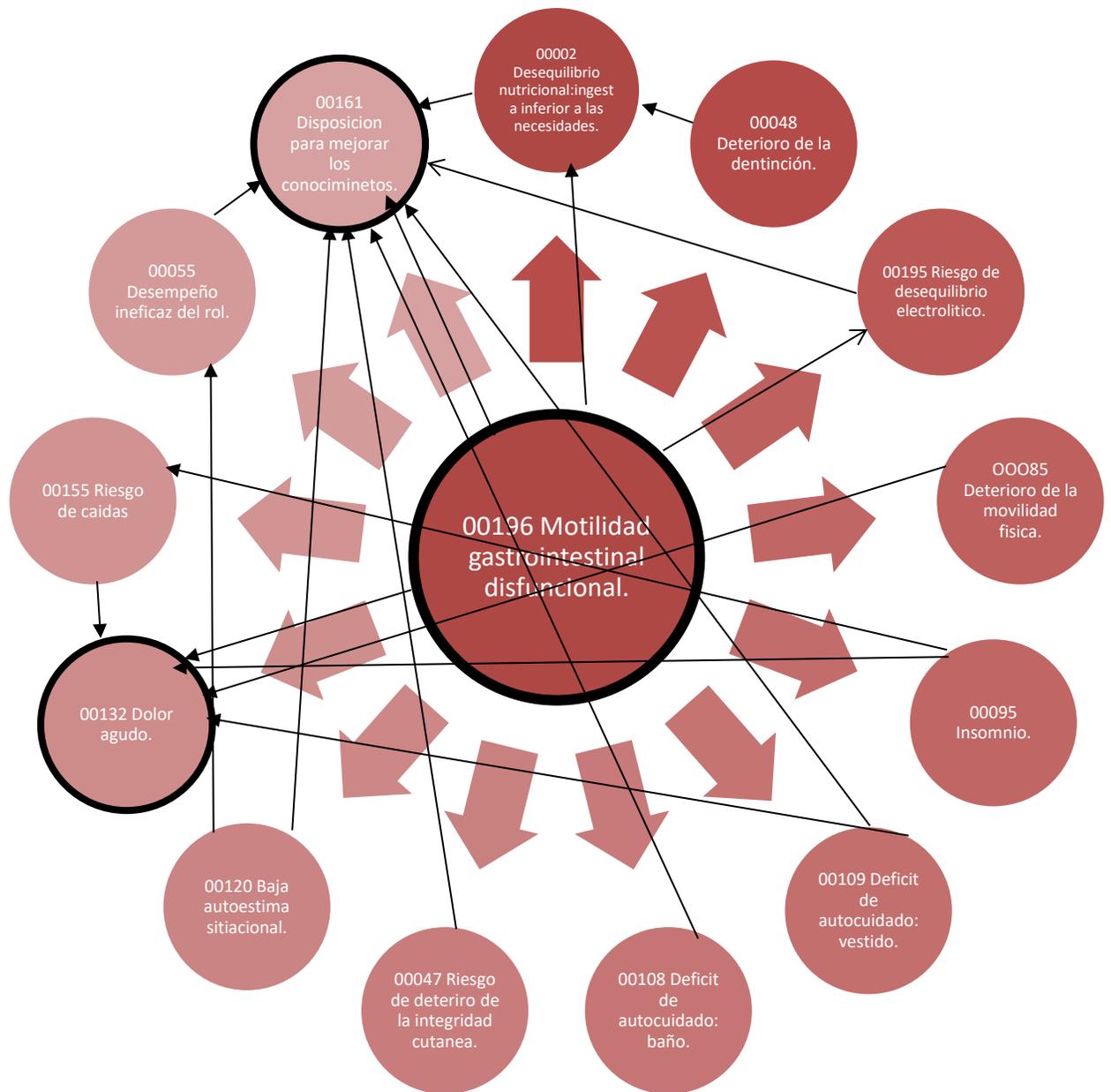
## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.



Necesidades alterada	Diagnóstico
Necesidad de alimentación/hidratación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.</b> R/C: Factores biológicos, incapacidad para digerir alimentos. M/P: Dolor abdominal.</li> <li>• <b>00048 Deterioro de la dentición.</b> R/C: Higiene oral inadecuada. M/P: Ausencia de dientes.</li> </ul>
Necesidad de eliminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional.</b> R/C: Inmovilidad, intolerancia a la alimentación. M/P: Abdomen distendido, dolor abdominal.</li> <li>• <b>00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico.</b> R/C: Compromiso de los mecanismos reguladores.</li> </ul>
Necesidad de movilización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>00085 Deterioro de la movilidad física.</b> R/C: Malestar generalizado, dolor. M/P: Enlentecimiento y limitación en amplitud de movimientos.</li> </ul>
Necesidad de reposo/sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>00095 Insomnio.</b> R/C: Malestar físico, obstáculos en el entorno. M/P: Alteración del patrón del dormir, insatisfacción del sueño.</li> </ul>
Necesidad de vestirse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>00109 Déficit de autocuidado: vestido.</b> R/C: Debilidad, dolor, dispositivos invasivos. M/P: Deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias.</li> </ul>
Necesidad de higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>00108 Déficit de autocuidado: baño.</b> R/C: Debilidad, dolor, medios invasivos. M/P: Deterioro de la capacidad para lavarse el cuerpo.</li> <li>• <b>00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</b> R/C: Excreciones, factores mecánicos, humedad.</li> </ul>

Necesidad de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>00120 Baja autoestima situacional.</b> R/C: Alteración de la imagen corporal, deterioro de la capacidad funcional. M/P: Subestima la capacidad de afrontar los acontecimientos, reto situacional, a su valía personal.</li> <li>• <b>00132 Dolor agudo.</b> R/C: Agentes físicos y biológicos: adherencias intestinales, traumatismo. M/P: Expresión facial y verbal de dolor.</li> <li>• <b>00155 Riesgo de caídas</b> R/C: Deterioro de la movilidad física.</li> </ul>
Necesidad de trabajar/realizarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>00055 Desempeño ineficaz del rol.</b> R/C: Alteración de la imagen corporal. M/P: Cambio en la capacidad para reanudar el rol.</li> </ul>
Necesidad de aprender	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>00161 Disposición para mejorar los conocimientos.</b> M/P: Expresa deseo de mejorar el aprendizaje.</li> </ul>

## RED DE RAZONAMIENTO



## **Priorización de necesidades según red de razonamiento.**

- **00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional.**

Definición: Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

R/C: Inmovilidad, intolerancia a la alimentación.

M/P: Abdomen distendido, dolor abdominal.

- **00132 Dolor agudo.**

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial; de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

R/C: Agentes físicos y biológicos: Adherencias intestinales, traumatismo.

M/P: Expresión facial y verbal de dolor.

- **00161 Disposición para mejorar los conocimientos.**

Definición: La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar objetivos relacionados con la salud.

M/P: Expresa interés en mejorar el aprendizaje.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	
00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C inmovilidad gastrointestinal. M/P dolor abdominal.	
Dominio 03	Eliminación e intercambio
Clase 02	Función gastrointestinal
Definición: Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.	

<b>RESULTADO (NOC) 1015 Función gastrointestinal.</b>				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio II Salud fisiológica. Clase K- Digestión y nutrición.	101508: Ruidos abdominales	.Gravemente comprometido 1 .Sustancialmente comprometido 2 .Moderadamente comprometido 3 .Levemente comprometido 4 .No comprometido 5	1	3
	101510: Cantidad y características de residuo gástrico.		2	3

### CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

<b>NIC 1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal</b>		<b>NIC 6650 Vigilancia</b>	
<b>Definición:</b> Actuación ante un paciente con sonda gastrointestinal.		<b>Definición:</b> Recopilación interpretación y síntesis objetiva y continua del Estado del paciente para la toma de decisiones clínicas.	
<b>Campo:</b> 01 Fisiológico: básico	<b>Clase:</b> D Apoyo nutricional.	<b>Campo:</b> 04 Seguridad.	<b>Clase:</b> V Control de riesgos
<b>Actividades</b>		<b>Actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Auscultar periódicamente los ruidos intestinales.</li> <li>*Registro e informe de cualquier aumento en la frecuencia y/o sonidos intestinales agudos.</li> <li>*Monitorizar la cantidad, color y consistencia del contenido gástrico drenado</li> <li>*Fijar sonda a la parte corporal correspondiente teniendo en cuenta la Comodidad e integridad de la piel del paciente.</li> <li>*Reemplazar el líquido gastrointestinal con la solución intravenosa adecuada según la indicación.</li> <li>*Proporcionar cuidados a la piel alrededor de la zona de inserción de la sonda.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>*Obtener información sobre la conducta y rutinas normales.</li> <li>*Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata (alteración de signos vitales, saturación de oxígeno, cambios en el estado mental, dolor torácico.)</li> <li>*Comprobar la función gastrointestinal.</li> <li>*Anotar el tipo y cantidad del drenaje de tubos y oficios.</li> <li>*Explicar los resultados de las pruebas diagnósticas al paciente y a la familia.</li> </ul>	

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
00132 Dolor agudo R/C Agentes físicos y bilógicos: adherencias intestinales y traumatismo M/P expresión facial y verbal de dolor.	
Dominio 12	Confort
Clase 01	Confort físico
Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular o potencial; de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a seis meses.	

RESULTADO (NOC) 3016 satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor.				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio V Salud percibida	301602: Nivel de dolor controlado	.No del todo satisfecho 1 .Algo satisfecho 2 .Moderadamente satisfecho 3 .Muy satisfecho 4 .Completamente satisfecho 5	2	4
Clase E- Satisfacción con los cuidados	101604: Acciones tomadas para aliviar el dolor		2	4

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)			
<b>NIC</b>	<b>1400 Manejo del dolor</b>	<b>NIC</b>	<b>1400 manejo del dolor</b>
<b>Definición:</b> Alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia aceptable para el paciente.		<b>Definición:</b> alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia aceptable para el paciente.	
<b>Campo:</b> 01 Fisiológico: básico	<b>Clase:</b> E Fomento a la comodidad física.	<b>Campo:</b> 01 fisiológico: básico	<b>Clase:</b> E fomento a la comodidad física.
<b>Actividades</b>		<b>Actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.</li> <li>*Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</li> <li>*Determinar el impacto de la experiencia de dolor sobre la calidad de vida, ( sueño, apetito, función cognitiva, estado de ánimo).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>*Utilizar un método de valoración adecuado según el nivel de desarrollo que permita el seguimiento de los cambios del dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (escala EVA).</li> <li>*Proporcionar información acerca del dolor tales como: causas del dolor , tiempo de duración, y las incomodidades que se esperan debido a procedimientos.</li> <li>*Seleccionar y desarrollar medidas (farmacológicas y no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor.</li> </ul>	

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
00161: Disposición para mejorar los conocimientos. M/P Expresa interés en mejorar el aprendizaje.	
Dominio 05	Percepción /Cognición
Clase 04	Cognición
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.	

RESULTADO (NOC) Conocimiento: Cuidados de la ostomía				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio 04 conocimiento y conducta de salud.  Clase S Conocimientos sobre salud.	182903: Cuidados generales de la ostomía.	.Ningún conocimiento 1 .Conocimiento escaso 2 .Conocimiento moderado 3 .Conocimiento sustancial 4 .Conocimiento extenso 5	2	4
			1	3

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)			
<b>NIC</b>	<b>0480 Cuidados de la ostomía.</b>		
<b>Definición:</b> : Asegurar la evaluación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante			
<b>Campo:</b> 01 Fisiológico : básico		<b>Clase:</b> B control de la eliminación.	
<b>Actividades</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Identificar el tipo de estoma que tiene el paciente al cual que se le otorgaran cuidados.</li> <li>*Obtener el equipo necesario para el cuidado del estoma.</li> <li>*Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente.</li> <li>*Vigilar la curación del estoma / tejido circundante y adaptación del equipo de ostomía.</li> <li>*Observar la curación de la inserción / estoma.</li> <li>*Vigilar posibles complicaciones postoperatorias.</li> <li>*Cambiar / vaciar la bolsa de ostomía según corresponda.</li> <li>*Irrigar la ostomía según corresponda.</li> </ul>			
<b>NIC</b>	<b>0480 Cuidados de la ostomía.</b>		
<b>Definición:</b>			
<b>Campo:</b>		<b>Clase:</b>	
<b>Actividades</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Mantener control estricto de gasto del estoma para lograr un balance de líquidos mediante reposiciones parenterales o enterales.</li> <li>*Otorgar dieta adecuada al padecimiento para control del mismo.</li> <li>*Proporcionar apoyo y ayuda mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma.</li> <li>*Ayudar al paciente a practicar los autocuidados.</li> <li>*Animar al paciente a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de la imagen corporal.</li> <li>*Fomentar las visitas al paciente por parte de personal psicológico.</li> </ul>			

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
00161: Disposición para mejorar los conocimientos. M/P Expresa interés en mejorar el aprendizaje.	
Dominio 05	Percepción / Cognición
Clase 04	Cognición
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.	

RESULTADO (NOC) 1829 Conocimiento: Cuidados de la ostomía.				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio IV Conocimiento y conducta de salud.  Clase S Conocimientos sobre salud.	182901: Funcionamiento de la ostomía.	. Ningún conocimiento 1 .Conocimiento escaso 2 .Conocimiento moderado 3	2	4
	192902: Propósito de la ostomía.	.Conocimiento sustancial 4 .Conocimiento extenso 5	2	4

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)			
<b>NIC</b>	<b>5606 Enseñanza individual.</b>	<b>NIC</b>	<b>5602 Enseñanza proceso de enfermedad.</b>
<b>Definición:</b> Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.		<b>Definición:</b> Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con el proceso de enfermedad específico.	
<b>Campo:</b> 03 Conductual	<b>Clase:</b> S Educación a los pacientes.	<b>Campo:</b> 03 Conductual.	<b>Clase:</b> S Educación de al paciente.
<b>Actividades</b>		<b>Actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Establecer una relación de confianza.</li> <li>*Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.</li> <li>*Valorar el nivel educativo del paciente.</li> <li>*Valorar las capacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.</li> <li>*Determinar la capacidad del paciente para similar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).</li> <li>*Valorar el estilo de aprendizaje del paciente.</li> <li>*Seleccionar los métodos adecuados de enseñanza para la paciente.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>*Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad.</li> <li>*Explicar al paciente y familia la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y fisiología.</li> <li>*Describir el proceso de la enfermedad incluidos signos y síntomas comunes de la enfermedad.</li> <li>*Explicar el propósito de los procedimientos realizados para control de la enfermedad a paciente y familia.</li> <li>*Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.</li> <li>*Informar al paciente y allegados acerca de cuándo y donde tendrá lugar el procedimiento y tiempo de duración.</li> </ul>	

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
00161: Disposición para mejorar los conocimientos. M/P Expresa interés en mejorar el aprendizaje.	
Dominio 05	Percepción /Cognición
Clase 04	Cognición
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.	

RESULTADO (NOC) 1829 Conocimiento: Cuidados de la ostomía.				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio 04 Conocimiento y conducta de salud.  Clase S Conocimientos sobre salud.	182909: Materiales necesarios para cuidar la ostomía y procedimiento a realizar.	.Ningún conocimiento 1	2	4
		.Conocimiento escaso 2		
		.Conocimiento moderado 3	1	3
		.Conocimiento sustancial 4		
		.Conocimiento extenso 5		

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
<b>NIC</b>	<b>0480 Cuidados de la ostomía.</b>		<b>NIC</b>	<b>5620 Enseñanza: Habilidad psicomotora</b>
<b>Definición:</b> Asegurar la eliminación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante		<b>Definición:</b> Preparación de un paciente para que practique una técnica psicomotora.		
<b>Campo:</b> 01 Fisiológico : básico	<b>Clase:</b> B control de la eliminación.		<b>Campo:</b> 03 Conductual.	<b>Clase:</b> S Educación del paciente.
<b>Actividades</b>		<b>Actividades</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Instruir al paciente y allegados en la utilización del equipo para cuidado e higiene de la ostomía.</li> <li>*Ayudar al paciente a obtener el equipo necesario para el procedimiento.</li> <li>*Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte y cumpla con las necesidades del paciente de manera adecuada.</li> <li>*Explicar al paciente y allegados el propósito y funcionamiento del material necesario para la higiene de la ostomia</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>*Mostrar la técnica al paciente y allegados.</li> <li>*Dar instrucciones claras y secuenciales.</li> <li>*Enseñar al paciente y allegados a realizar la técnica poco a poco.</li> <li>*Establecer sesiones prácticas según corresponda.</li> <li>*Dar un tiempo adecuado para el dominio de la tarea.</li> <li>*Observar la demostración de la técnica por parte del paciente</li> <li>*Proporcionar al paciente y allegados una retroalimentación frecuente sobre lo que hacen correcta e incorrectamente para que no se creen malos hábitos.</li> </ul>		

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
00161: Disposición para mejorar los conocimientos. M/P Expresa interés en mejorar el aprendizaje.	
Dominio 05	Percepción /Cognición
Clase 04	Cognición
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.	

RESULTADO (NOC) Conocimiento: Cuidados de la ostomía				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio 04 conocimiento y conducta de salud.	182911: Modificaciones en la dieta.	.Ningún conocimiento 1 .Conocimiento escaso 2	2	4
Clase S Conocimientos sobre salud.	182914: Modificaciones en las actividades diaria.	.Conocimiento moderado 3 .Conocimiento sustancial 4 .Conocimiento extenso 5	2	4

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)			
<b>NIC</b>	<b>5614 Enseñanza: Dieta prescrita</b>		
<b>Definición:</b> Preparación de un paciente para seguir correctamente la dieta prescrita.			
<b>Campo:</b> 01 Fisiológico : Básico		<b>Clase:</b> D Apoyo nutricional.	
<b>Actividades</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.</li> <li>*Informar al paciente de cuánto tiempo se debe seguir la dieta.</li> <li>*Informar al paciente acerca de los alimentos permitidos y prohibidos.</li> <li>*Ayudar al paciente a sustituir las preferencias de alimentos de la dieta prescrita.</li> <li>*Proporcionar los planes de comida por escrito.</li> </ul>			
	<b>NIC</b>	<b>5612 Enseñanza: Ejercicio prescrito.</b>	
<b>Definición:</b> Prepara a un paciente para que consiga o mantenga un nivel de ejercicio prescrito.			
<b>Campo:</b> 01 Fisiológico : Básico		<b>Clase:</b> A Control de actividad y ejercicio	
<b>Actividades</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en funcionamiento del estado físico.</li> <li>*Advertir al paciente acerca de los peligros de sobrestimar sus aptitudes.</li> <li>*Advertir al paciente acerca de los efectos del calor y frío extremos.</li> <li>*Enseñar al paciente una oportuna y mecánica corporal correctas.</li> <li>*Informar acerca de los dispositivos de ayuda disponibles que pueden utilizarse para facilitar la práctica de la técnica requerida.</li> </ul>			

## EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

**Fecha: 22 febrero de 2017**

Las actividades planeadas conforme al plan de cuidados son implementadas, manteniendo escala diana en acenso.

### Signos vitales

F/C: 83

FR: 20

TEM: 36.3

T/A: 110/73 mmHg

SOp2: 96%

Glicemia: 83 mg/dl

### Indicaciones medicas

Paracetamol 1g IV C/8 hrs.

Metronidazol 500 mg IV C/8 hrs.

Sucralfato .5 g V/O C/8 hrs.

Omeprazol 40 mg I/V C/24 hrs.

Necesidad	Valoración
Necesidad de respiración	La paciente no presenta alteración en el patrón respiratorio. FR: 19 x min SOp2: 95%
Necesidad de alimentación/hidratación	Se mantiene en ayuno a la paciente por cirugía programada (ileostomía). Esquema de solución parenteral: Sol. Hartmann 1000cc IV P/24hr *Glicemia: 83 mg/dl
Necesidad de eliminación	Se realiza retiro de sonda nasogástrica con un residuo total de 300 ml Se realiza creación de orificio artificial de eliminación (Ileostomía).
Necesidad de movilización	La paciente es preparada para su ingreso a área quirúrgica, se mantiene en escala de Glasgow de 15; escala de Downton 2. Mantiene catéter periférico, sonda Foley; se retira sonda nasogástrica.
Necesidad de reposo/sueño	La paciente es preparada para su ingreso al área quirúrgica, persiste malestar intestinal.

	(Horas sueño: 4 horas promedio; escala EVA 6)
Necesidad de vestirse	Se prepara a la paciente para su ingreso al área quirúrgica.
Necesidad de termorregulación	La paciente no presenta alteración en el patrón de termorregulación. TEM: 36.3 *C
Necesidad de higiene	Se prepara a la paciente para su ingreso al área quirúrgica.
Necesidad de seguridad	Se otorga a la paciente una explicación general de procedentito que se le realizará y los cambios anatómicos que sufrirá.
Necesidad de comunicación	La paciente no presenta alteración anatómica, fisiológica o psicológica de ningún tipo para expresar necesidades, inquietudes u opiniones.
Necesidad de religión y creencias	La paciente refiere ser católica “Confía en que Dios le ayudará a salir adelante”.
Necesidad de trabajar/realizarse	La paciente se encuentra en área quirúrgica.
Necesidad de actividades recreativas	La paciente se encuentra en área quirúrgica.
Necesidad de aprender	La paciente se encuentra en área quirirgica

**Fecha: 23 febrero de 2017**

Las actividades planeadas conforme al plan de cuidados son implementadas, manteniendo escala diana en acenso.

**Signos vitales**

F/C: 71

FR: 19

TEM: 36.0

**Indicaciones medicas**

Paracetamol 1g IV C/8 hrs.

Metronidazol 500 mg IV C/8 hrs.

Ciprofloxacino 400 mg IV C/12 hrs.

T/A: 123/69 mmHg

SOp2: 95%

Glicemia: 78 mg/dl

Omeprazol 40 mg I/V C/24 hrs.

Sucralfato .5 g V/O C/8 hrs.

Ketorolaco 30 mg IV C/8 hrs.

<b>Necesidad</b>	<b>Valoración</b>						
Necesidad de respiración	La paciente no presenta alteración en el patrón respiratorio. FR: 19 x min SOp2: 95%						
Necesidad de alimentación/hidratación	Posterior a la cirugía se inicia dieta basada en líquidos claros a tolerancia. Consumo de 200 ml desayuno Consumo de 300 ml comida Esquema de solución parenteral: solución Hartmann 1000cc + 20 Meq KCL IV P/12 hrs. <table border="1"><tr><td>Potasio</td><td>3.2 mg/dl</td><td>3.6 – 5.1 valor</td></tr><tr><td></td><td>resultado</td><td>normal</td></tr></table> *Glicemia: 78 mg/dl	Potasio	3.2 mg/dl	3.6 – 5.1 valor		resultado	normal
Potasio	3.2 mg/dl	3.6 – 5.1 valor					
	resultado	normal					
Necesidad de eliminación	La paciente mantiene un gasto del estoma de 400ml con características líquidas en un transcurso de 7 horas. *El orificio de eliminación se mantiene funcional (uresis de 0.9 ml/ kg/ hr).						
Necesidad de movilización	La paciente mantiene una escala de Glasgow 14; escala de Downton 3, escala de Braden 15. Se realiza higiene general del paciente (baño de esponja), se realiza movilización de la paciente cada 2 hrs. Mantiene instalado catéter periférico, sonda urinaria, estoma funcional.						
Necesidad de reposo/sueño	La paciente se recupera del evento quirúrgico, refiere dolor moderado en herida quirúrgica. (Horas sueño: 6 horas promedio; escala EVA 5).						
Necesidad de vestirse	Se realiza higiene general de la paciente (baño de esponja y vestido).						

Necesidad de termorregulación	de	La paciente no presenta alteración en el patrón de termorregulación. TEM: 36.0 *C
Necesidad de higiene		Se realiza higiene general de la paciente (baño de esponja y vestido). Se inicia educación a la paciente sobre el manejo de estoma.
Necesidad de seguridad		Se inicia educación a la paciente sobre manejo de estoma (dispositivos existentes, higiene, cambios de bolsa recolectora, tipo de alimentación, actividades físicas y recreativas).
Necesidad de comunicación	de	La paciente no presenta alteración anatómica, fisiológica o psicológica de ningún tipo para expresar necesidades, inquietudes u opiniones.
Necesidad de religión y creencias		La paciente refiere ser católica “Confía en que Dios le ayudará a salir adelante”.
Necesidad de trabajar/realizarse	de	Se inicia educación a la paciente sobre manejo de estoma (dispositivos existentes, higiene, cambios de bolsa recolectora, tipo de alimentación, actividades físicas y recreativas)
Necesidad de actividades recreativas		Se inicia educación a la paciente sobre manejo de estoma (dispositivos existentes, higiene, cambios de bolsa recolectora, tipo de alimentación, actividades físicas y recreativas).
Necesidad de aprender		Se inicia educación a la paciente sobre manejo de estoma (dispositivos existentes, higiene, cambios de bolsa recolectora, tipo de alimentación, actividades físicas y recreativas).

**Fecha: 24 febrero de 2017**

Las actividades planeadas conforme al plan de cuidados son implementadas, manteniendo escala diana en acenso.

**Signos vitales**

F/C: 79

FR: 17

TEM: 35.9

T/A: 100/78 mmHg

SOp2: 98%

Glicemia: 97 mg/dl

**Indicaciones medicas**

Paracetamol 1g IV C/8 hrs.

Metronidazol 500 mg IV C/8 hrs.

Enoxoparina 40 mg SC C/24 hrs

Omeprazol 40 mg I/V C/24 hrs.

Sucralfato .5 g V/O C/8 hrs.

Ketorolaco 30 mg IV C/8 hrs.

Necesidad	Valoración
Necesidad de respiración	La paciente no presenta alteración en el patrón respiratorio. FR: 17 SOp2: 98%
Necesidad de alimentación/hidratación	Se inicia dieta blanda (te, verduras y frutas) a tolerancia. Consumo de 300 ml desayuno Consumo de 300 ml comida Se inicia reposición de líquidos según gasto de estoma Sol. Fisiológica al 0.9% IV 1 a 1. Esquema de solución parenteral: solución Hartmann 1000 IV P/24 hrs. Glicemia: 87 mg/dl Se inicia educación al paciente sobre manejo de estoma (dieta).
Necesidad de eliminación	La paciente mantiene un gasto del estoma de 550 ml con características líquidas y semisólidas en un transcurso de 7 horas. *El orificio de eliminación se mantiene funcional (uresis 0.8 ml/ kg/ hr).
Necesidad de movilización	La paciente mantiene una escala de Glasgow 15; escala de

	<p>Downton 2, escala de Braden 15.</p> <p>Se realiza higiene general del paciente (baño de esponja) se inicia movilización de cama a reposte.</p> <p>Mantiene instalado catéter periférico, sonda urinaria, estoma funcional.</p>
Necesidad de reposo/sueño	<p>La paciente refiere dolor moderado en herida quirúrgica, incapacidad a la movilidad.</p> <p>(Horas sueño: 7 horas promedio; escala EVA 2)</p> <p>Se inicia con educación a la paciente para manejo de estoma (movilidad).</p>
Necesidad de vestirse	<p>Se realiza higiene general de la paciente (baño de esponja y vestido)</p> <p>Se inicia con educación a la paciente para manejo de estoma (vestido, ropa adecuada).</p>
Necesidad de termorregulación	<p>La paciente no presenta alteración en el patrón de termorregulación.</p> <p>TEM: 35.9 *C</p>
Necesidad de higiene	<p>Se realiza higiene general de la paciente (baño de esponja y vestido)</p> <p>Se inicia con educación a la paciente para manejo de estoma.</p>
Necesidad de seguridad	<p>Se inicia educación a la paciente sobre manejo de estoma (dispositivos existentes, higiene, cambios de bolsa recolectora, tipo de alimentación, actividades físicas y recreativas).</p>
Necesidad de comunicación	<p>La paciente no presenta alteración anatómica, fisiológica o psicológica de ningún tipo para expresar necesidades, inquietudes u opiniones.</p>
Necesidad de religión y creencias	<p>La paciente refiere ser católica “Confía en que Dios le ayudara a salir adelante”.</p>

Necesidad de trabajar/realizarse	Se inicia educación a la paciente sobre manejo de estoma (dispositivos existentes, higiene, cambios de bolsa recolectora, tipo de alimentación, actividades físicas y recreativas)
Necesidad de actividades recreativas	Se inicia educación a la paciente sobre manejo de estoma (dispositivos existentes, higiene, cambios de bolsa recolectora, tipo de alimentación, actividades físicas y recreativas).
Necesidad de aprender	Se inicia educación a la paciente sobre manejo de estoma (dispositivos existentes, higiene, cambios de bolsa recolectora, tipo de alimentación, actividades físicas y recreativas).

## PLAN DE ALTA

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA					
Nombre del Paciente: Elías Lucina			Sexo: Femenino	Edad: 60 Años	
Fecha de ingreso: 19 /febrero / 2017		Fecha de egreso: 04 /marzo/ 2017		Motivo: Mejoría clínica	
Diagnóstico médico de egreso: Portador de estoma					
CUIDADOS ESPECIALES					
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta adecuada para cuidado de estoma.</li> <li>Preparar dieta de forma limpia en un espacio adecuado.</li> <li>Consumir alimentos blandos, evitar embutidos, disminuir el consumo de carnes rojas, consumo abundante de líquidos.</li> <li>Realizar el consumo de desayuno, comida, cena y 2 colaciones.</li> </ul>				
Higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene general a diario.</li> <li>Cambio de bolsa recolectora según corresponda, bajo medidas higiénicas adecuadas.</li> <li>Uso de aditamentos especiales para cuidado de la piel periestomal en cada recambio de bolsa recolectora.</li> </ul>				
Ejercicio Físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar actividades recreativas, bajo el cuidado adecuado.</li> <li>Realizar caminatas diarias 30 min aprox.</li> </ul>				
Heridas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilar datos de infección en área periestomal o complicaciones.</li> </ul>				
Estomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manejo, cuidado y prevención de complicaciones de estoma.</li> <li>Vigilar datos de infección en área periestomal o complicaciones.</li> <li>Vigilar datos de deshidratación.</li> </ul>				
MEDICAMENTOS INDICADOS					
Nombre	Presentación	Dosis	Vía	Hora	Días de tratamiento
Paracetamol	tabletas	500mg	oral	En caso de dolor	En caso de dolor

Protector cutáneo	spray	28ml	cutánea	Cambio de bolsa recolectora	Cambio de bolsa recolectora
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA					
Signos y síntomas			Acciones recomendadas ante la evidencia de signos y síntomas de alarma		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pus o secreción.</li> <li>• Mal olor procedente de la herida.</li> <li>• Fiebre (38*c), escalofríos.</li> <li>• Está caliente al tacto.</li> <li>• Enrojecimiento.</li> <li>• Dolor o molestia al tocarse.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar higiene de la herida.</li> <li>• Realizar recambio de la bolsa recolectora de estoma.</li> <li>• Acudir al “Hospital Dr. Manuel Gea Gonzales”.</li> </ul>		

Nombre y firma de enfermera: Liliana García Ávila

## IV. CONCLUSIONES

- Los cuidados brindados al paciente por parte de enfermería, son determinantes para que este logre recuperar y/o mantener su salud. Esta es razón por la cual, es necesaria una preparación profesional adecuada, basada en valores y con un alto sentido de compromiso hacia las personas cuidadas.
- Los objetivos planteados, al inicio del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), se lograron cumplir y en consecuencia el estado de salud de la paciente se mantiene estable y evolucionando a una recuperación satisfactoria.
- Uno de las principales objetivos del área de enfermería es la educación a los pacientes, con el fin de prevenir complicaciones y/o mantener un estado de salud en equilibrio. La educación que se impartió a la paciente dio como resultado el conocimiento de técnicas y procesos fisiológicos básicos para continuar con su recuperación satisfactoria fuera del área hospitalaria e insertarse a su rol familiar de manera satisfactoria.
- La práctica de los conocimientos adquiridos durante el estudio de la carrera profesional de enfermería, permite al estudiante ampliar y reforzar conocimientos teóricos y prácticos, que en un futuro profesional y laboral tendrán resultados satisfactorios, no solo por la experiencia vivida, sino por la experiencia laboral que se adquiere.

## V. BIBLIOGRAFÍA

- Reina G., Nadia Carolina. (diciembre, 2010,). *El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado*. Umbral Científico, núm. 17, pp. 18-23.
- Silen William. Obstrucción intestinal aguda. En: *Harrison. principios de medicina interna* Vol. II. 14ª edición.2005. pp 1643 Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, pp. 2517.
- Benavent MA, Francisco C, Ferrer E. (2009). *Desde el origen de la enfermería hasta la disciplina enfermera*. Madrid: DAE: Colección Enfermería siglo XXI.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) acerca de enfermería. Obtenido de <http://www.paho.org/hq/index.php>.
- Báez-Hernández. (2009). *El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería*. 2009, de Aquichan: vol. 9,pp. 127-134.
- Dra. Leticia Cuevas Guajardo. (Febrero 2012). Breve historia de la Enfermería en México. “*El Arte del Cuidado*”, Volumen: 1 Número 1, pp. 73-79.
- De la fuente B.B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: :Mansson.
- R. L. Wesley (1997): *Teorías y modelos de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana, México.
- Andrade Cepeda Rosa. (2014). *Proceso de atención de enfermería*. México: Trillas. pág., 47-59.

- Irea González Lago, Yolanda Ortigueira Noya. (2012). *Taxonomía NANDA. NIC, NOC*. 2015, de Universidad de Vigo.
- Vallejo, J.C. (Junio). *Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero*. Diciembre 2006.
- Gerard J Tortora. Trastornos. En: *Principios de Anatomía y Fisiología* 9ª edición. 2002. Oxford University Press
- Vargas DA. Gastroenterología. 2ª. Edición. 1998. Ed. McGraw-Hill Interamericana.
- María Iraidis Soto Soto . (2009). *Guía de intervención a paciente ostomizados*. 2009, de ACOFAEN.
- Herman. Et.Al. (2014) NANDA. *Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación*. 2012-2014. North American Nursing Diagnosis Association. Barcelon. EL SEVIER España.
- Jhonson. Et.Al. (2001) proyecto de resultados de IOWA. *Clasificación de Resultados de Enfermería*. Madrid. Harcourt S.A.
- Mccloskey. Et.Al. (2001) proyecto de intervenciones de IOWA. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. Madrid. Harcourt S.A.

## **VI. ANEXOS**

### **ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA DIGESTIVO**

El aparato digestivo es el conjunto de órganos encargados del proceso de la digestión, es decir, la transformación de los alimentos para que puedan ser absorbidos y utilizados por las células del organismo.

La función principal del sistema digestivo es convertir el alimento en moléculas pequeñas y hacerlas pasar al interior del organismo. En su camino a lo largo del tracto digestivo, los alimentos sufren fragmentación mecánica y digestión química. Los productos resultantes de la degradación de los alimentos son absorbidos a través de la pared del intestino delgado hasta la sangre, que los transportará a los tejidos del organismo para su utilización o almacenamiento. Los residuos no digeridos de los alimentos son eliminados como heces. Las funciones principales del sistema digestivo son:

- Ingestión de alimentos.
- Transporte de los alimentos a lo largo del tubo digestivo a una velocidad adecuada para que se produzca una digestión y absorción óptimas.
- Secreción de líquidos, sales y enzimas digestivos.
- Digestión de los alimentos.
- Absorción de los productos resultantes de la digestión.
- Defecación.

#### **Anatomía y fisiología**

##### **Tubo digestivo**

Desde la boca hasta el ano, el tubo digestivo mide unos once metros de longitud. En la pared del tubo digestivo distinguimos las siguientes capas de adentro hacia fuera:

- Una mucosa que consiste en una capa de epitelio que está especializado según las regiones, para las diferentes funciones digestivas, una capa de tejido conectivo laxo, la lámina propia y una capa de músculo liso llamada muscular de la mucosa.
- Una submucosa o capa de tejido conectivo laxo donde se encuentran numerosos vasos sanguíneos, nervios, vasos linfáticos y ganglios linfáticos. La pared del tubo digestivo tiene un rico aporte de vasos sanguíneos que le suministran el oxígeno y las sustancias necesarios para sostener sus actividades. Las venas y los vasos linfáticos trasladan los productos absorbidos procedentes de la digestión hasta el hígado y la circulación sistémica, respectivamente.

Dos capas de músculo liso:

- Externa, con células dispuestas longitudinalmente y la otra, más interna, con células dispuestas circularmente. La capa circular es 3-4 veces más gruesa que la capa longitudinal y a ciertos intervalos a lo largo del tubo aparece engrosada y modificada formando un anillo llamado esfínter, que actúa como una válvula. Con excepción de la boca y la lengua, movidas por músculo estriado esquelético, las fibras musculares lisas son responsables de las funciones motoras del tubo digestivo ya que se encargan del mezclado del alimento con las secreciones digestivas y de su propulsión a una velocidad que permite una digestión y absorción óptimas de los nutrientes.
- Una capa externa, llamada adventicia que en la boca, el esófago y el recto, es de tejido conectivo laxo que los une a los órganos adyacentes. Y en el estómago y los intestinos es una membrana serosa, el peritoneo, que permite a estos órganos deslizarse libremente dentro de la cavidad abdominal durante los movimientos peristálticos del tubo digestivo.

Además la pared del tubo digestivo contiene un sistema complejo de plexos nerviosos que constituyen el sistema nervioso entérico. Debido a su compleja organización y a su independencia, a veces estos plexos nerviosos reciben el nombre de pequeño cerebro intestinal. Pero no solo trabajan de modo independiente sino que también establecen conexiones con la inervación extrínseca al sistema digestivo constituida por el sistema nervioso simpático y el sistema nervioso parasimpático.

El sistema nervioso parasimpático estimula todos los procesos de secreción y movimiento del sistema digestivo mientras que el sistema nervioso simpático los inhibe.

## **Boca**

La boca es la primera parte del tubo digestivo. Está tapizada por una membrana mucosa, la mucosa oral, con epitelio plano estratificado no queratinizado y limitada por las mejillas y los labios. El espacio en forma de herradura situado entre los dientes y los labios, se llama vestíbulo y el espacio situado por detrás de los dientes, es la cavidad oral propiamente dicha.

El techo de la cavidad oral está formado por el paladar que consiste en dos partes: paladar duro, formada por parte de los huesos maxilar superior y otra, llamada el paladar blando, que se inserta por delante en el paladar duro y, por detrás es libre y presenta una proyección a la úvula. A cada lado del paladar blando hay dos músculos recubiertos de repliegues verticales de mucosa que constituyen los dos pilares anteriores y los dos pilares posteriores del paladar y forman el istmo de las fauces o puerta de comunicación de la cavidad oral con la parte oral de la faringe u orofaringe.

Entre los pilares, en cada lado, se encuentra una colección de tejido linfóide que constituye las amígdalas palatinas.

Los dientes trituran los alimentos y las secreciones de las glándulas salivales los humedecen e inician su descomposición química transformándose en el bolo alimenticio.

## **Faringe**

La faringe es un tubo que continúa a la boca y constituye el extremo superior común de los tubos respiratorio y digestivo. En su parte superior desembocan los orificios posteriores de las fosas nasales o coanas, en su parte media desemboca el istmo de las fauces o puerta de comunicación con la cavidad oral y por su parte inferior se continúa con el esófago, de modo que conduce alimentos hacia el esófago y aire hacia la laringe y los pulmones.

Para una mejor descripción se divide en 3 partes:

-Nasofaringe, situada por detrás de la nariz y por encima del paladar blando,

-Orofaringe, situada por detrás de la boca,

-Laringofaringe, situada por detrás de la laringe.

## **Esófago**

El esófago es el tubo que conduce el alimento desde la faringe al estómago. Se origina como una continuación de la faringe y desciende a través del cuello y el tórax para atravesar después el diafragma y alcanzar el estómago. El epitelio de su mucosa es plano estratificado no queratinizado y en las capas musculares de su pared, se encuentra músculo estriado esquelético que gradualmente es sustituido por músculo liso.

En la parte superior del esófago existe el esfínter faringoesofágico, entre la faringe y el esófago, que permanece cerrado entre deglución y deglución y por tanto impide que el aire entre en el esófago durante la inspiración. La función principal de este esfínter es impedir el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago, ya que dicho contenido es muy ácido y rico en enzimas proteolíticas y puede dañar la mucosa esofágica que no es capaz de resistir la agresión y se puede llegar a ulcerar.

## **Estómago**

El estómago es una dilatación del tubo digestivo situada entre el esófago y el duodeno, con una capacidad aproximada de 1-1.5 litros.

Difiere del resto del tubo digestivo ya que su pared tiene una tercera capa de fibras musculares lisas orientadas de modo oblicuo y situado en la parte interna de la capa circular.

El fundus o fórnix, es la parte más alta del estómago. El ángulo que se forma entre el fundus y el cardias ayuda a evitar el reflujo gastroesofágico.

La porción pilórica o píloro, tiene forma de embudo y es la zona comprendida entre la incisura angular y el esfínter pilórico, que separa al estómago del duodeno.

En el estómago se realiza la digestión de: Proteínas (principalmente pepsina), lípidos. Otras funciones del estómago son la eliminación de la flora bacteriana que viene con los alimentos por acción del ácido clorhídrico.

### **Intestino delgado**

El intestino delgado comienza en el duodeno (tras el píloro) y termina en la válvula ileocecal, por la que se une a la primera parte del intestino grueso. Su longitud es variable y su calibre disminuye progresivamente desde su origen hasta la válvula ileocecal y mide de 6 a 7 metros de longitud y de 2.5 a 3 cm de diámetro.

En el intestino delgado se absorben los nutrientes de los alimentos ya digeridos. El tubo está repleto de vellosidades que amplían la superficie de absorción. El duodeno, que forma parte del intestino delgado, mide unos 25-30 cm de longitud; el intestino delgado consta de una parte próxima o yeyuno y una distal o íleon; el límite entre las dos porciones no es muy aparente. El duodeno se une al yeyuno después de los 30 cm a partir del píloro.

El yeyuno-íleon es una parte del intestino delgado que se caracteriza por presentar unos extremos relativamente fijos: El primero que se origina en el duodeno y el segundo se limita con la válvula ileocecal y primera porción del ciego. Su calibre disminuye lenta pero progresivamente en dirección al intestino grueso.

El límite entre el yeyuno y el íleon no es apreciable. El intestino delgado presenta numerosas vellosidades intestinales que aumentan la superficie de absorción intestinal de los nutrientes y de las proteínas. Al intestino delgado, principalmente al duodeno, se vierten una diversidad de secreciones, como la bilis y el jugo gástrico y las secreciones pancreáticas.

La desembocadura del íleon en el colon, se produce en el ciego, en el orificio íleocecal a través del cual pasa el contenido del intestino delgado al intestino grueso, y que está rodeado por la válvula íleo-cecal cuya función principal es evitar el reflujo de materias fecales desde el colon al intestino delgado.

## **Intestino grueso**

El intestino grueso se extiende desde la válvula íleo-cecal hasta el ano y mide aproximadamente 1.5 m de longitud. Consta de: ciego, apéndice, colon ascendente, colon transverso, colon descendente, colon sigmoideo, recto y conducto anal.

- El ciego es un fondo de saco de unos 8 cm de longitud y 8 cm de ancho que comunica con el íleon a través de la válvula íleocecal.
- El apéndice vermiforme es una protrusión de unos 8 cm de longitud. Comunica con el ciego.
- El colon ascendente tiene unos 15 cm de longitud y se extiende desde la válvula íleo-cecal hasta el ángulo cólico derecho o ángulo hepático (a nivel de la cara inferior del lóbulo derecho del hígado), en donde gira para continuarse con el colon transverso.
- El colon transverso tiene unos 50 cm de longitud y se extiende transversalmente hasta el ángulo cólico izquierdo o ángulo esplénico en donde el colon gira para continuarse con el colon descendente.
- El colon descendente es la porción más estrecha del colon. Tiene unos 30 cm de longitud..
- El colon sigmoideo tiene unos 40 cm de longitud.
- El recto tiene unos 12 cm de longitud y se extiende desde el colon sigmoide hasta el conducto anal.
- El conducto anal es la porción terminal del tubo digestivo, se encuentra fuera de la cavidad abdominal y en la unión recto-ano hay una transición brusca del epitelio de la mucosa intestinal que pasa a ser plano estratificado no queratinizado, ya que es una zona más expuesta a las abrasiones. Este conducto tiene unos 4 cm de longitud, se abre al exterior por un orificio llamado ano y en él se distinguen 2 esfínteres, el esfínter anal interno y el esfínter anal externo.

El esfínter anal interno es un engrosamiento de la musculatura lisa circular del recto y rodea los 2/3 inferiores del conducto anal. Es involuntario.

El esfínter anal externo rodea el conducto anal y se superpone, en parte, al esfínter interno. Está integrado en la musculatura estriada esquelética del suelo de la pelvis. Es un esfínter voluntario desde los 18 meses de edad aproximadamente.

En la lámina propia y submucosa del conducto anal se encuentra una red venosa (el plexo hemorroidal) formada por la anastomosis o conexión de venas rectales superiores y venas rectales medias e inferiores.

## **Estructuras accesorias**

### **Dientes**

Los dientes son órganos digestivos accesorios implantados en los alvéolos dentarios situados en los bordes alveolares de la mandíbula y del maxilar superior. Consta de 8 piezas, en cada cuadrante: 2 incisivos, 1 canino, 2 premolares y 3 molares. Es decir, 32 dientes en total.

Los dientes tienen las siguientes funciones:

- La captura o sujeción del alimento
- La división o separación de una parte del alimento, antes de introducirlo en La boca
- La masticación o conversión de las partículas grandes de alimento en otras más pequeñas.

### **Lengua**

Es un órgano digestivo accesorio que forma el suelo de la boca. La lengua está formada por músculos esqueléticos recubiertos por una mucosa con un epitelio plano estratificado no queratinizado. Un tabique medio que la divide simétricamente en dos mitades, cada una de las cuales contiene un conjunto idéntico de músculos intrínsecos y extrínsecos.

Los músculos intrínsecos modifican la forma y el tamaño de la lengua para el habla y la deglución y los extrínsecos mueven la lengua de lado a lado y de adentro afuera para acomodar los alimentos durante la masticación, formar el bolo alimenticio y transportarlo hacia la parte posterior de la boca para deglutirlo. Las caras superior, dorsal y lateral de la lengua están cubiertas por papilas, en algunas de las cuales hay receptores gustativos, mientras que en otras hay receptores del tacto.

## **Glándulas accesorias del tubo digestivo**

Se proyecta al interior de la pared del tubo digestivo para formar glándulas cuyas células producen moco, enzimas digestivas y hormonas. La mayoría de estas glándulas permanecen en la submucosa. Otras, proliferan y dan lugar a órganos independientes, las llamadas glándulas accesorias del tubo gastrointestinal, son: glándulas salivares, hígado, páncreas.

Estas glándulas accesorias permanecen conectadas por largos conductos con la superficie epitelial que recubre la luz o parte hueca del tubo digestivo, en donde liberan sus secreciones.

### **Glándulas salivares**

La salivación es la secreción de saliva por las glándulas salivares, que es de alrededor de 1 litro por día. Las glándulas salivares están situadas 10 por fuera de las paredes del tubo digestivo. Las más importantes son: las parótidas, las submaxilares y las sublinguales. Son estructuras pares o sea que hay 6 glándulas salivares mayores, aunque existen otras pequeñas. Las glándulas parótidas están formadas exclusivamente por células serosas que producen una secreción acuosa desprovista de moco. Contribuyen al 25% de la secreción total de saliva en reposo. Las glándulas submandibulares contribuyen a un 70% de la secreción de saliva en reposo y las sublinguales al restante 5%. La secreción serosa contiene la amilasa salivar o ptialina, un enzima utilizada para digerir el almidón y la secreción mucosa contiene mucoproteínas que dan a la saliva una consistencia pegajosa (moco) y sirve para lubricar. La saliva basal contiene, además, iones de sodio, cloro y bicarbonato.

### **Páncreas**

El páncreas es una glándula accesoria del tubo digestivo que está conectada al duodeno por dos conductos secretores, manteniendo con él una estrecha relación anatómica. Es una glándula mixta, exocrina y endocrina.

Glándula exocrina porque segrega jugo digestivo que llega a la cavidad del duodeno. Tiene una estructura similar a la de las glándulas salivares, ya que tiene células secretoras

agrupadas (los acini o acinos) que vierten sus secreciones a conductos que se van haciendo mayores hasta formar los conductos pancreáticos.

Glándula endocrina porque segrega 2 hormonas principales: el glucagón y la insulina que pasan a la sangre. Las células endocrinas se disponen en los islotes de Langerhans que están separados del tejido exocrino.

El páncreas tiene una forma alargada y aplanada y se localiza en la parte izquierda del abdomen, en posición transversal con respecto a los cuerpos de las vértebras lumbares superiores. Tiene una longitud de 12-15 cm y pesa unos 100 gr.

### **Hígado.**

El hígado es el órgano de mayor importancia metabólica del cuerpo y el más grande, pesa 1.5 Kg aproximadamente. Es una glándula accesoria del tubo digestivo. Ocupa el hipocondrio derecho, y parte del epigastrio y del hipocondrio izquierdo. Está situado debajo del diafragma.

Presenta 4 caras: anterior, posterior, diafragmática y visceral. Se relaciona con el estómago, a través del duodeno, la vesícula biliar y el colon.

En ella se encuentra el hilio hepático por el que pasa la arteria hepática, la vena porta, los conductos hepáticos derecho e izquierdo y vasos linfáticos. Los 2 lóbulos hepáticos están separados funcionalmente. Cada uno recibe su propio aporte de la arteria hepática y de la vena porta y tiene su propio drenaje venoso. En forma similar, el conducto hepático derecho recoge bilis desde la 1/2 derecha del hígado y el conducto hepático izquierdo recoge bilis desde la 1/2 izquierda del hígado.

### **Sistema biliar**

El sistema biliar es el sistema de canales y conductos que lleva la bilis hasta el intestino delgado. Se diferencian en él dos partes: una que está constituida por los canalículos y conductillos biliares que forman parte de la estructura microscópica del hígado: vía biliar intrahepática; y otra que sale por el hilio hepático y conecta con la vesícula biliar y el duodeno: vía biliar extrahepática.

La vía biliar extrahepática comienza en cada uno de los conductos hepáticos derecho e izquierdo que recogen la bilis de la mitad correspondiente del hígado y salen por el hilio. Después de dejar el hilio, los 2 conductos hepáticos se unen para formar el conducto hepático común de unos 4 cm de longitud que desciende y se une con el conducto cístico, procedente de la vesícula biliar, para formar el conducto colédoco que tiene de 8-10 cm de longitud.

La vesícula biliar es un saco de paredes delgadas en forma de pera, que se encuentra en una depresión de la cara visceral del hígado. Almacena la bilis secretada por el hígado en los intervalos entre las fases activas de la digestión y la concentra absorbiendo agua y electrolitos.

### **Peritoneo**

El peritoneo es una delgada membrana serosa que rodea la cavidad abdominal. Una membrana serosa tapiza una cavidad corporal que no está abierta al exterior y recubre los órganos que se encuentran en el interior de dicha cavidad y consiste en una fina capa de tejido conjuntivo laxo cubierta por una capa de epitelio plano simple.

Como el tipo de epitelio de una serosa es siempre el mismo (al contrario de lo que sucede en las mucosas, que varía según la localización), se le da el nombre genérico de mesotelio al epitelio de una serosa. El mesotelio secreta un líquido lubricante, el líquido seroso, que permite a los órganos deslizarse fácilmente unos contra otros o contra las paredes de la cavidad. En el peritoneo se distinguen dos partes, la que tapiza las paredes abdominales es el peritoneo parietal y la que tapiza las vísceras abdominales es el peritoneo visceral. Las capas visceral y parietal están separadas entre sí por una pequeña cantidad de líquido, el líquido peritoneal, para suavizar el movimiento de las vísceras.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Gerard J Tortora. Trastornos. En: *Principios de Anatomía y Fisiología* 9ª edición. 2002. Oxford University Press

## **OCCLUSIÓN INTESTINAL**

### **Concepto**

La oclusión intestinal (OI) es un conjunto de signos y síntomas que consiste en la detención completa y persistente del tránsito intestinal normal, debido a un bloqueo de la luz por obstáculos diversos.

### **Etiología y clasificación**

La oclusión u obstrucción intestinal es un conjunto de signos y síntomas que se pueden producir por diversas patologías lumbales (bezoares, litos), extralumbales (adherencias) o intralumbales (enfermedad de Crohn) del tracto gastrointestinal, peritoneal y sistémico, que dan como problema principal la imposibilidad de canalizar gases y evacuar el contenido intestinal.

Ocupa un 20% de las admisiones quirúrgicas agudas y es una de las causas de intervención quirúrgica más frecuentes.

La oclusión u obstrucción intestinal puede ser de tipo mecánica o no mecánica (secundaria a alteraciones neuro-musculares que producen un íleo dinámico o adinámico).

La causa de la oclusión mecánica está dividida en tres grupos:

- Lesiones extrínsecas al intestino, por ejemplo, bridas adhesivas, hernias internas y externas.
- Lesiones intrínsecas de la pared intestinal, por ejemplo, diverticulitis, carcinoma y enteritis regional.
- Oclusión de la luz, por ejemplo, por cálculos biliares e invaginación.
- 

### **Fisiopatología**

La distensión intestinal es causada por la acumulación de gas y líquido proximal en el segmento obstruido y en el interior del mismo. Entre 70 y 80% del gas intestinal consta de aire deglutido, y dado que éste consiste principalmente en nitrógeno, el cual no se absorbe bien en la luz intestinal, la eliminación del aire mediante la aspiración gástrica constante es una maniobra complementaria de utilidad en el tratamiento de la distensión intestinal.

La acumulación de líquido proximal en el sitio de obstrucción no sólo se debe al líquido que se ingiere, la saliva deglutida, el jugo gástrico y las secreciones biliares y pancreáticas, sino a la interferencia en el transporte normal de sodio y agua. Durante las primeras 12 a 24 hrs de la obstrucción ocurre una reducción notable en el flujo de sodio desde la luz intestinal hasta la sangre y en consecuencia del agua, la cual queda en el intestino proximal y lo distiende. Después de 24 hrs, el sodio y el agua se desplazan hacia la luz intestinal y exacerbaban la distensión y la pérdida de líquido. La presión intraluminal aumenta desde la cifra normal de 2 a 4 hasta 8 a 10 cmH<sub>2</sub>O. La pérdida de líquidos y electrólitos es extrema y a menos que se restituya con rapidez sobrevendrá hipovolemia, insuficiencia renal y choque.

El vómito, la acumulación de líquidos en la luz intestinal y el secuestro de líquidos hacia la pared intestinal edematosa y la cavidad peritoneal como resultado de las alteraciones en el retorno venoso desde el intestino, son factores que contribuyen a la pérdida masiva de líquido y electrólitos.

La complicación más temida de la obstrucción intestinal aguda es un “asa cerrada”. La obstrucción de asa cerrada en el intestino delgado se presenta cuando la luz intestinal es ocluida en dos puntos por un solo mecanismo como una hernia aponeurótica o una banda adhesiva, lo cual produce un asa cerrada cuya vascularización a menudo es ocluida por la hernia o también por la banda. Durante el peristaltismo, cuando existe un “asa cerrada”, se alcanzan presiones de 30 a 60 cmH<sub>2</sub>O. La estrangulación del asa cerrada es común y se acompaña de una notable distensión proximal al segmento intestinal afectado. Se presenta un tipo de obstrucción de asa cerrada cuando ocurre obstrucción completa del colon en un paciente con una válvula ileocecal competente (85% de los individuos).<sup>ii</sup> Aunque el aporte sanguíneo del colon no resulta afectado por el mecanismo de obstrucción, la distensión del ciego es extrema debido a su mayor diámetro (ley de Laplace), y es considerable la alteración del aporte sanguíneo intramural, con la gangrena subsiguiente de la pared del ciego. Una vez que se altera la irrigación del sistema gastrointestinal, sobreviene invasión bacteriana y peritonitis. Los efectos generales de la distensión extrema incluyen elevación del diafragma con restricción de la ventilación y atelectasia subsiguiente. También se altera el retorno venoso a través de la vena cava inferior.

## Signos y síntomas

- Dolor abdominal

Tipo calambre en la parte media del abdomen, que tiende a ser más grave cuanto más alta es la obstrucción. El dolor ocurre en paroxismos y el paciente se encuentra relativamente cómodo en los intervalos entre los accesos de dolor. A menudo el enfermo advierte borborigmos audibles, los cuales son simultáneos a los paroxismos de dolor. Éste se vuelve menos intenso conforme avanza la distensión, lo que probablemente se debe a que se altera la motilidad en el intestino edematoso. Cuando hay estrangulación, el dolor suele ser más circunscrito y puede ser constante e intenso sin que tenga un componente cólico, un hecho que a menudo retarda el diagnóstico de obstrucción.

- Vómito

Es casi invariable, y aparece en una fase más temprana y en cantidad más abundante cuanto más alta sea la obstrucción. Al principio contiene bilis y moco y persiste como tal si la obstrucción se encuentra en un sitio elevado del intestino. Con la obstrucción ileal baja, el vómito se torna fecaloide, es decir, de color pardo naranja y de olor fétido, lo cual se debe a la proliferación de bacterias proximales a la obstrucción.

- Estreñimiento

El estreñimiento acompañado de imposibilidad para expulsar gases por el recto cuando la obstrucción es completa.

- La sangre en las heces es rara pero se da en pacientes con intususcepción.

(En el íleo adinámico lo mismo que en la pseudoobstrucción colónica, no se presenta dolor cólico y únicamente se manifiesta malestar por la distensión. El vómito es frecuente pero raras veces abundante. No siempre hay estreñimiento. El hipo es común).

- Distensión abdominal

Es el dato distintivo de todos los tipos de obstrucción intestinal. Es menos intensa en casos de obstrucción elevada en el intestino delgado y muy intensa en la obstrucción colónica.

- En las primeras etapas de la obstrucción del intestino delgado y grueso, la hipersensibilidad y la rigidez suelen ser mínimas.
- Temperatura raras veces es  $>37.8^{\circ}\text{C}$ .

La aparición de choque, hipersensibilidad, rigidez y fiebre indican contaminación del peritoneo con contenido intestinal infectado.

- borborigmos agudos e intensos

A la auscultación revela que coinciden con el dolor tipo cólico, pero este dato no suele encontrarse en la etapa tardía de la obstrucción con estrangulación o sin estrangulación.

- Masa abdominal

La presentación de una masa abdominal palpable por lo general significa una obstrucción de asa cerrada del intestino delgado con estrangulación; el asa llena de líquido a tensión es la lesión palpable.

### **Laboratorio y gabinete**

Los estudios de laboratorio y gabinete se utilizan para distinguir dos aspectos clínicos importantes de este trastorno: estrangulación o no estrangulación y obstrucción parcial por contraposición a completa. Cuando hay estrangulación por lo general ocurre leucocitosis, pero un recuento leucocítico normal no descarta estrangulación. El incremento en la concentración sérica de amilasa se encuentra en ocasiones en todas las formas de obstrucción intestinal. Las imágenes radiográficas que demuestran distensión de asas de intestino delgado llenas de líquido y de gas por lo general dispuestas en una imagen “escalonada” con niveles hidroaéreos y la falta o la escasez de gas en el colon son datos patognomónicos de la obstrucción del intestino delgado. La falta de expulsión de gas o de heces por el recto y el no observar gas en la parte distal del intestino en la radiografía son indicios de una obstrucción completa. Se observa una opacidad general debida a líquido peritoneal y a veces una masa en forma de “grano de café” en el caso de una obstrucción de asa cerrada con estrangulación. Una serie gastrointestinal alta con bario diluido ayudará a

distinguir la obstrucción parcial de la compleja. Sin embargo, es mejor no administrar por vía oral la papilla de bario espesa si se piensa que es muy grande la obstrucción o es completa, porque el sulfato de bario retenido puede espesarse y completar una obstrucción incompleta o ser broncoaspirado en el árbol traqueobronquial.

La modalidad más usada para valorar individuos en busca de obstrucción intestinal es la tomografía computarizada,<sup>iii</sup> pero la diferenciación entre íleo adinámico, la obstrucción parcial y la completa puede ser difícil. La sensibilidad y la especificidad de CT en el caso de obstrucción estrangulada es pequeña (50 y 80%, respectivamente).

Las causas frecuentes de obstrucción del colon se pueden identificar en las series radiográficas de abdomen; en la radiografía se puede identificar el signo de “pico de pájaro” cuando se ha producido un vólvulo en sigmoide o hay agrandamiento del ciego cuando hay torsión o basculación cecal. La obstrucción del colon con suficiencia de la válvula ileocecal se identifica fácilmente porque la distensión por gases se circunscribe más bien al colon.

## **Tratamiento**

- Médico

El tratamiento de la obstrucción intestinal tiene tres objetivos:

a) Corregir el desequilibrio hidroelectrolítico: La mayor alteración secundaria a la obstrucción intestinal es la pérdida de líquidos y electrolitos. Por lo tanto, el paciente requiere una restitución intensa de líquidos isotónicos como requisito para la operación. Esto implica la administración de líquidos con un catéter central para presión venosa central y sonda de Foley. En pacientes con enfermedad cardiovascular subyacente es necesario colocar un catéter de Swan-Ganz.

b) Descomprimir con sonda si fuera el caso: La descompresión del tracto gastrointestinal puede realizarse con una sonda nasogástrica o un tubo largo nasointestinal, la desventaja principal de los tubos largos es que, en caso de perforación, ésta puede pasar inadvertida. Tales tubos deben emplearse teniendo siempre en cuenta que el paciente debe someterse a exploración quirúrgica.

c) Intervención quirúrgica.

- Quirúrgico

El tratamiento definitivo es quirúrgico.

Los procedimientos específicos varían de acuerdo con la causa. Deben administrarse antibióticos de amplio espectro durante el preoperatorio y dependiendo de los hallazgos, continuarlos de manera terapéutica. En los casos de adherencias pueden practicarse desde el simple retiro de las adherencias hasta los complejos procedimientos de retiro o restitución de la porción afectada del intestino.

Cuando el problema principal es íleo adinámico o el diagnóstico es incierto, se tomarán medidas conservadoras que incluyen líquidos por vía intravenosa, descompresión nasogástrica y observación para permitir que el intestino reanude su actividad y funcionamiento normales. Por supuesto debe discontinuarse cualquier medicamento que inhiba la movilidad intestinal. Es también aconsejable efectuar un examen radiológico para confirmar la colocación de la sonda nasogástrica o la ubicación de la sonda larga.

El vólvulo de colon sigmoideo por lo general se descomprime con sigmoidoscopia e inserción de sonda rectal. En caso de sospecharse obstrucción de asa cerrada, necrosis intestinal o vólvulo cecal, debe emprenderse la intervención quirúrgica sin demora.<sup>16 17</sup>

---

<sup>16</sup> Gerard J Tortora. Trastornos. En: *Principios de Anatomía y Fisiología* 9ª edición.2002. Oxford University Press

Vargas DA. Gastroenterología. 2ª. Edición. 1998. Ed. McGraw-Hill Interamericana.  
<sup>17</sup>

## **ILEOSTOMÍA**

La ileostomía es la comunicación de un segmento del íleon con el exterior (piel)

Si bien hay variadas razones para la confección de una ileostomía/colostomía, se pueden sistematizar sus indicaciones de la siguiente forma:

- 1.- Resección o falla del complejo esfinteriano anal.
- 2.- Cirugía resectiva colorrectal en la cual no es recomendable realizar una anastomosis.
- 3.- Cirugía resectiva colorrectal en la cual se puede realizar una anastomosis, pero debe ser protegida.
- 4.- Cirugía de urgencia para descomprimir una obstrucción.
- 5.- Reducción del paso de contenido fecaloídeo por un segmento de colon o recto comprometido por una enfermedad.

### **Clasificación de las ostomías**

Si bien lo más usual es clasificar a las ostomías según el segmento exteriorizado, también es posible clasificarlas según temporalidad:

- Ostomías temporales, es el caso de las que se construyen para una protección de una anastomosis colorrectal.
- Ostomías permanentes, por ejemplo las colostomías realizadas en las operaciones de resección abdominoperineal.

### **Fisiología de las ileostomías.**

Al construir una ileostomía o colostomía, se producen cambios físicos en los pacientes, pero además cambios fisiológicos. Los cambios están en relación a la falta de continencia de la expulsión de deposiciones, la disminución de la absorción del agua, además de posibles desbalances hidroelectrolíticos. El débito de la ostomía dependerá de forma proporcional al segmento exteriorizado, de esta forma, el contenido de una ileostomía será líquido y el contenido de una sigmoidostomía será más parecido al de una deposición tradicional.

Contenido: Mientras más distal es la ostomía en el tubo digestivo, más similitud poseen las deposiciones producidas con las usuales.

Las ileostomías en los primeros días en general poseen un débito entre 800 a 1500 cc/día, flujo que va disminuyendo a medida que pasan los días del postoperatorio. Su color inicial

es verde claro y de consistencia casi líquida, para luego pasar a ser amarillo-café y de mayor consistencia. En el caso de haber resecado una cantidad importante de íleon, posiblemente se verá alterada la absorción de nutrientes y de medicamentos que se ingieran vía oral.

El flujo de una ileostomía de meses de evolución con débito estable será entre 250 y 750 cc/día si bien esto puede ser un factor para la deshidratación de los pacientes, por lo general, el riñón puede estabilizar estos cambios.

### **Complicaciones de la ileostomía**

- **Isquemia:** Es una complicación del postoperatorio temprano. Uno de los factores para que se genere esta complicación son las cirugías de urgencia especialmente en pacientes obesos. Debe considerarse una falla en la irrigación y/o drenaje venoso, y se debe evaluar una re-intervención dependiendo de la severidad de la complicación.
- 
- **Retracción de la ostomía:** Es una complicación que se presenta, generalmente en el postoperatorio temprano (hasta los 30 días de la cirugía). Se produce principalmente por una mayor tensión del meso de la zona ostomizada, la cual produce una retracción. Por esto es muy importante valorar en la cirugía que la salida del segmento exteriorizado quede libre de tensión.
- **Dermatitis periestomal:** Esta complicación puede ser de forma temprana o tardía, se evidencia mayormente en los pacientes con ileostomía (mayor contenido alcalino), ya que el contenido es más irritante para la piel.
- **Deshidratación y alteraciones hidroelectrolíticas:** Una de las principales complicaciones son las alteraciones hidroelectrolíticas y la deshidratación. Esta complicación se observa mayormente en pacientes con ileostomía y en el periodo postoperatorio temprano, ya que en ese período por lo general el paciente presenta un mayor débito de la ostomía y no puede ingerir alimentos libremente, por lo que se sugiere un estricto control de la ingesta y electrolitos plasmáticos.

Las ileostomías en los primeros días en general poseen un débito entre 800 a 1500 cc/día, flujo que va disminuyendo a medida que pasan los días del postoperatorio. Su color inicial es verde claro y de consistencia casi líquida, para luego pasar a ser amarillo-café y de mayor consistencia.

En el caso de haber resecado una cantidad importante de íleon, posiblemente se verá alterada la absorción de nutrientes y de medicamentos que se ingieran vía oral. El flujo de una ileostomía de meses de evolución con débito estable será entre 250 y 750 cc/día aproximadamente.

Si bien esto puede ser un factor para la deshidratación de los pacientes, por lo general, el riñón puede estabilizar estos cambios.

La principal alteración electrolítica es la hiponatremia, ya que el contenido de una ileostomía tiene mayor cantidad de sodio que las heces.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> María Iraidis Soto Soto . (2009). *Guía de intervención a paciente ostomizados*. 2009, de ACOFAEN Sitio web: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0026.pdf>

## **MARCO CONCEPTUAL**

### **Proceso de atención de enfermería:**

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.

### **NANDA:**

Sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar diagnósticos de enfermería.

### **NOC:**

Clasificación de Resultados de Enfermería.

### **NIC:**

Clasificación de Intervenciones Enfermeras.

### **Modelo teórico:**

Conjunto coherente de proposiciones demostradas, que sugieren un modelo a seguir para alcanzar un objetivo antes previsto.

### **Sistema digestivo:**

Conjunto de órganos encargados del proceso de la digestión, es decir, la transformación de los alimentos para que puedan ser absorbidos y utilizados por las células del organismo.

### **Oclusión intestinal:**

Conjunto de signos y síntomas que consiste en la detención completa y persistente del tránsito intestinal normal, debido a un bloqueo de la luz por obstáculos diversos.

### **Estoma:**

Abertura al exterior que se practica en un órgano hueco como el intestino o entre dos de ellos.

**Ileostomía:**

Abertura en la pared abdominal, el extremo terminal del íleon (la parte más baja del intestino delgado) es reubicado a través de esta abertura para formar un estoma.

**Valoración de enfermería:**

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes.

**Diagnóstico enfermero:**

Juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad, que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud, o el fin de la vida.

**Plan de cuidados:**

Estandarización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con determinado diagnóstico, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

**Educación sanitaria:**

Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables, por ejemplo con respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan.

## VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

### I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Elías LucíNA .	Edad: 60	Talla: 1.58
Fecha de nacimiento: 30-07-1957		Sexo: femenino
Ocupación: Excursionista	Escolaridad: secundaria	Fecha de admisión: 19-02-17
Hora:-----	Procedencia:-----	Fuente de información: paciente y familiares
Fiabilidad: familiar directo	Miembro de la familia/ persona significativa: Hermana	

### II. VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

#### 1. NECESIDADES BÁSICAS DE:

**Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.**

#### NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

##### *Datos Subjetivos:*

Disnea debido a; de inicio súbito	Tos productiva /seca: no refiere
Dolor asociado con la respiración: solo refiere sentirse fatigada	
Fumador: Negado	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional:	

##### *Datos Objetivos:*

Registro de signos vitales y características: T/A: 90/ 70 F.C. :116 F.R.: 18 Tmp: 36.5	
presenta apoyo ventilatorio	
Tos productiva /seca: No aplica	Estado de conciencia: Alerta
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: con ligera palidez de tegumentos, mucosas hidratadas, y presencia de un afta en región peri bucal.	
Circulación del retorno venoso: presenta un llenado capilar de 2 segundos	
Otros:	

#### NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

##### *Datos subjetivos*

Dieta habitual ( tipo): Intolerancia a los alimentos
Número de comidas diarias: 3 antes del padecimiento
Trastornos digestivos: motilidad disfuncional
Intolerancia alimentarias/ Alergias: ninguna
Problemas de la masticación y deglución: No presenta alteración mantiene prótesis dentaria

*Datos objetivos:*

Turgencia de la piel: Presenta palidez de tegumentos.
Membranas mucosas hidratadas/ secas: mucosas hidratadas
Características de uñas/cabello: correcta implantación de cabello, sin presencia de células muertas u hongo, uñas con correcta coloración y llenado capilar
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Se encuentra aleta orientada mantiene la movilización con ligera fatiga
Aspecto de los dientes y encías: correcta higiene bucal. Ausencia de piezas dentales
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: No presenta
Otros:

**NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

*Datos subjetivos:*

Hábitos intestinales: Ausencia de evacuaciones de 4 días	
Características de las heces/orina/ menstruación: Ausencia de evacuaciones	
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: negadas	
Uso de laxantes: negados	Hemorroides: negadas
Dolor al defecar/menstruar/orinar: Dificultad para la eliminación evacuaciones	
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: -----	

*Datos objetivos:*

Abdomen, características: : Abdomen distendido, doloroso a la palpación
Ruidos intestinales: Ausencia de ruidos peristálticos
Palpación de la vejiga urinaria:-----

**NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN**

*Datos subjetivos:*

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Se procura mantener abrigada o descubierta según el clima y la temperatura
Ejercicio, tipo y frecuencia: No realiza
Temperatura ambiental que le es agradable: Cálida

*Datos objetivos:*

Características de la piel: Piel semi hidratada
Transpiración: ligera transpiración
Condiciones del entorno físico: en condiciones de poca humedad y temperatura ambiente
Otros:

## NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

### *Datos subjetivos:*

Capacidad física cotidiana: Agitación ante la movilización.
Actividades en el tiempo libre: Caminatas.
Hábitos de descanso: Ninguno.
Hábitos de trabajo: Sus actividades son recreativas.

### *Datos objetivos:*

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: No presenta dificultad para la movilización.	
Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: mantiene flexibilidad y fuerza en los músculos	
Posturas: encorvamiento	
Necesidad de ayuda para la deambulacion: Apoyo para la movilización debido al padecimiento.	
Dolor con el movimiento: No	Presencia de temblores: No.....
Estado de conciencia: Alerta	Estado emocional: Ansiedad
Otros:	

## NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

### *Datos subjetivos:*

Horario de descanso: Al medio día	Horario de sueño: Nocturna
Horas de descanso: 4 horas	Horas de sueño: 8 horas
Siesta: -----	Ayudas: No-----
Insomnio: -----	Debido a:-----
Descansado al levantarse: Si-	

### *Datos subjetivos:*

Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje: Estrés	
Ojeras: Si	Atención: -----
Bostezos: No-	Concentración: -----
Apatía: No-	Cefaleas: Si
Respuesta a estímulos: respuesta a estímulos dolorosos	
Otros:	

## NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

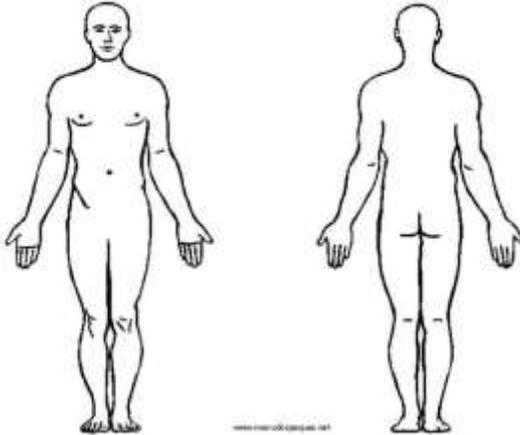
### *Datos subjetivos:*

Frecuencia del baño: diario
Momento preferido para el baño: medio día
Cuántas veces se lava los dientes al día: 3 vez al día
Aseo de manos antes y después de comer: Siempre
Después de eliminar: Siempre
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

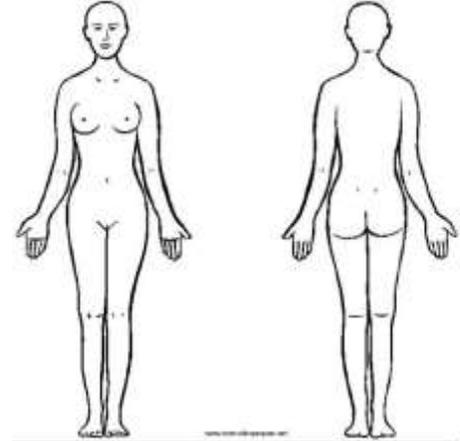
*Datos objetivos:*

Aspecto general: pulcro	
Olor corporal : agradable	Halitosis: no presenta
Estado del cuero cabelludo: adecuado	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama): en tobillo izquierdo	
Otros:	

Masculino:



Femenino:



**NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

*Datos subjetivos:*

Que miembros componen la familia de pertenencia:, Hermana	
Cómo reacciona ante situación de urgencia: Con cierto desconcierto	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: Si	
Hogar: quemaduras, sismos , incendios	Trabajo: Sismos, incendios
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: Si	
Familiares: .....	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Ralizando actividades físicas.	

*Datos objetivos:*

Deformidades congénitas: Negadas
Condiciones del ambiente en su hogar: Es adecuado y armonioso
Trabajo.....
Otros

**NECESIDAD DE COMUNICARSE**

*Datos subjetivos:*

Estado civil: soltera	Años de relación:
Viven con: Hermana	Preocupaciones / estrés: .....
Familiar:.....	
Otras personas que pueden ayudar: Amigas	
Rol en estructura familiar: Cabeza de familia	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: Solo a la familia	
Cuanto tiempo pasa solo: Más de medio dia	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo:.....	

*Datos objetivos:*

Habla claro:Si	Confuso No
Dificultad. Visión no	Audición No
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas	
Otros	

**NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES**

*Datos subjetivos:*

Creencia religiosa: Católica
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No
Principales valores en la familia: Respeto y amor
Principales valores personales: Respeto por si misma y responsabilidad
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Si

*Datos objetivos:*

Hábitos específicos de vestido.( grupo social religioso): Libre
Permite el contacto físico: Si
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: No
Otros:

**NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

*Datos subjetivos:*

Trabaja actualmente: Si-	Tipo de trabajo: Excursionista
Riesgos: No	Cuánto tiempo le dedica al trabajo: Medio día -
Está satisfecho con su trabajo:-Si	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: Si	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega:Si	

*Datos objetivos:*

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/ eufórico:
Temerosa y ansiosa
Otros:

**NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

*Datos subjetivos:*

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Salía con amigas
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: No
Recursos en su comunidad para la recreación: salía a Parques
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: Si con su comunidad en convivios

*Datos objetivos:*

Integridad del sistema neuromuscular: No
Rechazo a las actividades recreativas : No
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: Participativa
Otros

**NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

*Datos subjetivos:*

Nivel de educación : secundaria	
Problemas de aprendizaje :Ninguno	
Limitaciones cognitivas: Ninguna	tipo
Preferencias. leer/escribir: Leer	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Si, bibliotecas y escuelas	
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo: Si	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Si	
Otros	

*Datos objetivos:*

Estado del sistema nervioso: Se mantiene integro
Órganos de los sentidos: Integro
Estado emocional ansiedad.
Memoria reciente: Integra
Memoria remota: Integra
Otras manifestaciones:



## CUIDADO DE ESTOMA

### CONCEPTOS

Una ostomía es la incisión o estoma realizada quirúrgicamente desde una pared del intestino al exterior a través de la pared abdominal.

#### Ileostomía:

Es la incisión que se realiza en el extremo proximal del ileon se exterioriza a través de la pared abdominal.

Colostomía: Incisión en cualquier tramo de la longitud del colon, hacia la superficie exterior de la piel, creando un ano artificial.

### OBJETIVOS

- Observar la evolución de la ostomía y realizar la higiene adecuada, con el fin de mantenerla libre de infección.
- Evitar lesiones en los tejidos periestomales.
- Enseñar al paciente la técnica de higiene del estoma.

### MATERIAL Y EQUIPO

- Equipo de ostomía de dos piezas y drenable.
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles.
- Guía para medición del estoma.
- Filtro para evitar los olores desagradables.
- Guantes estériles y sin esterilizar.
- Recipiente para el depósito del drenaje.
- Bolsa para desechos.
- Protector cutáneo

### PROCEDIMIENTO

- Lavarse las manos e integrar el equipo.
- Explicar al paciente sobre el procedimiento que se le va a practicar.
- Colocar al paciente en posición de Fowler o decúbito lateral, del lado del estoma, como si la bolsa de la ostomía descansara sobre la cama, a la cual se colocará un hule clínico y sábana para evitar manchar la ropa de cama.
- Disponer el equipo para realizar, en forma práctica, el desarrollo de la técnica.



- Colocarse los guantes no estériles.
- Retirar, con un movimiento de arriba hacia abajo, el dispositivo y la bolsa que contiene el material de drenaje del estoma, hacer la maniobra con cuidado para evitar derramamiento del drenaje.
- Observar las condiciones del estoma, color y tamaño, si existen datos de sangrado o de infección.
- Colocarse los guantes estériles.



- Realizar la asepsia del estoma, impregnando una gasa con solución antiséptica.
- Calcular el diámetro del estoma, utilizando la guía para elegir la medida que más se adapte al mismo.
- Retirar de su empaque el dispositivo para la bolsa de drenaje. Retirar el protector del adhesivo del dispositivo.



- Adherir el dispositivo a la piel del paciente, dejando libres las pestañas.
- Colocar la bolsa de ostomía, adaptándola en el área circundante del estoma, con un margen de 2 a 3 mm, aproximadamente.
- Desechar el drenaje de la bolsa. Utilizar guantes durante esta maniobra. Asimismo, el material de desecho (gasas y guantes) utilizados en el procedimiento.



## COMPLICACIONES DE ESTOMAS



OR Necrosis: Complicación secundaria a un compromiso vascular del asa intestinal implicada.



OR Estenosis: Por procesos infecciosos acompañados de inflamación que obstruye la luz intestinal.



OR Prolapso: El asa de colon se prolapsa por orificio aponeurótico demasiado grande o falta de fijación del mesenterio a la pared abdominal.



OR Retracción: Normalmente secundaria a necrosis o por quedar el estoma sometido a tracción, por lo que al cicatrizar el estoma queda dentro de la cavidad abdominal.



OR Alteración de la piel periestomal: Son las complicaciones más frecuentes en pacientes ostomizados ocasionadas frecuentemente por realización inadecuada de la higiene o técnicas.



## ALIMENTACIÓN EN PACIENTES OSTOMIZADOS



### DIETA EQUILIBRADA:

BEBER UN MÍNIMO DE 2 LITROS DE LÍQUIDOS AL DÍA,  
O ESTO CON LA FINALIDAD DE PREVENIR UNA  
DESHIDRATACIÓN YA QUE EL GASTO DEL ESTÓMAGO  
ES EN UN 70% LÍQUIDO.



MANTENER LOS HORARIOS DE LAS INGESTAS PARA  
CONSEGUIR LA REGULARIZACIÓN DEL TRÁNSITO  
INTESTINAL.



-EVITAR INGESTAS ABUNDANTES DE LEGUMBRES,  
PEPINO, COLIFLOR, FRUTOS SECOS Y BEBIDAS  
GASEOSAS PARA EVITAR AUMENTAR LOS GASES  
INTESTINALES; ASÍ COMO LAS COMIDAS DEMASIADO  
CONCENTRADAS COMO, YA QUE LOS AJOS, LAS  
CEBOLLAS Y PIMIENTAS AUMENTAN LA  
CONCENTRACIÓN DE OLOR EN LAS HECE.



---

Reina G., Nadia Carolina. (diciembre, 2010,). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico, núm. 17, pp. 18-23.

<sup>4</sup>Gerard J Tortora. Trastornos. En: Principios de Anatomía y Fisiología 9ª edición.2002. Oxford University Press

<sup>iii</sup> Vargas DA. Gastroenterología. 2ª. Edición. 1998. Ed. McGraw-Hill Interamericana.