

52  
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UN PACIENTE CON CA. COLORRECTAL.

T E S I S

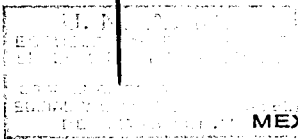
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :  
MA. ISABEL NEGRETE REDONDO  
NO. DE CUENTA. 93682040

DIRECTOR DEL TRABAJO RECEPCIONAL  
LIC. ENF. AMANDA OROZCO TAGLE

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1997

TESIS CON FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

**A DIOS POR EL DON DE LA VIDA**

**A MIS PADRES POR SU AMOR Y EJEMPLO**

**A MI ESPOSO E HIJOS POR DARLE SENTIDO A MI VIDA**

**A MIS HERMANOS Y AMIGOS POR SU CARIÑO**

**AL DR. CASTRO POR SU EMPATÍA Y APOYO HACIA MI PROFESIÓN**

**A LA PROF. AMANDA O. POR SU DEDICACIÓN Y PACIENCIA**

**A ANGELES INCONDICIONAL Y FIEL AMIGA**

**A CLARA INCANSABLE COLABORADORA**

**A LA ENEO POR LA OPORTUNIDAD QUE MEDIO DE CRECER**

**Este trabajo esta dedicado a todos mis pacientes  
y especialmente a : Don Jesús.  
Ya que me dieron la oportunidad de conocerme  
más a mí misma y a mi profesión**

## INDICE

<b>1.- INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2.- JUSTIFICACIÓN</b>	<b>2</b>
<b>3.- OBJETIVO</b>	<b>4</b>
<b>4.- METODOLOGÍA</b>	<b>5</b>
<b>5.- MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
5.1.- Sustento de Teorías y Modelos	
5.1.1.- Concepto de Teoría	
5.1.2.- Concepto de Modelo	
5.1.3.- Formas de Teoría	
5.1.4.- Como se construye una Teoría	
<b>5.2.- Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson</b>	<b>12</b>
5.2.1.- Antecedentes	
5.2.2.- Principales Conceptos y Definiciones	
5.2.3.- Supuestos principales	
5.2.4.- Afirmaciones Teóricas	
<b>5.3.- Proceso de Enfermería</b>	<b>18</b>
5.3.1.- Historia	
5.3.2.- Concepto	
5.3.3.- Etapas	
5.3.4.- Diagnósticos de Enfermería	
<b>6.- APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON A UN PACIENTE CON CA. COLORRECTAL.</b>	<b>29</b>
6.1.- Presentación de Caso	
6.1.2.- Valoración Inicial de las Necesidades de Virginia Henderson.	
6.1.3.- Análisis de datos	
6.1.4.- Plan de Cuidados	
<b>7.- CONCLUSIONES</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>51</b>
<b>1.-CANCER COLORRECTAL</b>	<b>52</b>
1.1.- Epidemiología	
1.2.- Etiología	
1.3.- Fisiopatología	
1.4.- Signos y Síntomas	
1.5.- Tratamiento	
1.6.- Cuidados pre y postoperatorios	
1.7.- Guía de información general	
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>60</b>

## 1.- INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objeto ilustrar el Proceso de Atención de Enfermería\* aplicando el Modelo de Virginia Henderson a un paciente de 42 años con trastornos en la eliminación por un CA de Colon

Para poder entender en su totalidad la trascendencia de las teorías en enfermería, es necesario partir de una serie de conocimientos que conforman el marco teórico de este trabajo. El contenido del mismo incluye la explicación del sustento para la elaboración de las teorías, los pasos para la construcción de las mismas, así también se manejan las definiciones de Teoría, de Modelo, se enumeran las teorías más importantes de enfermería en la actualidad y bajo que razonamiento fueron realizadas, la descripción del Modelo de Virginia Henderson, para finalmente concluir con el Proceso de Enfermería.

El modelo de Henderson fue elegido por ser un sistema al que se pueden aplicar fácilmente los conocimientos previos, como lo es el antiguo Plan de Cuidados basado en las necesidades del ser humano, las cuales están relacionadas con todas sus áreas y sobretodo por las características que presentaba el paciente y su entorno, consideramos era el modelo que se ajustaba para una atención integral.

Posteriormente se realiza un breve análisis de tres autoras para lo correspondiente al Proceso de Enfermería, con el objeto de observar las similitudes o diferencias en las generalidades del proceso, las autoras seleccionadas fueron Ann Marriner, Patricia Iyer concluido con Rosalinda Alfaro con la cual se continúa trabajando toda la información del Proceso de Enfermería.

Cabe mencionar que dentro de los resultados paralelos que se encontraron fueron el interés creciente que manifestó el equipo de enfermería hacia el proceso, ya que pudieron confirmar la utilidad del mismo para la unificación de criterios y la continuidad en el manejo del paciente así como el reconocimiento del cuerpo médico de la importancia del rol de la enfermera dentro de los procesos actuales en la atención interdisciplinaria del paciente.

\* De aquí en adelante solo se llamará Proceso de Enfermería (1)

## 2.- JUSTIFICACIÓN

La enfermería ha permanecido en un esfuerzo sostenido por su profesionalización y reconocimiento tanto profesional como social, en el camino de ese esfuerzo, se ha incluido la ciencia, la tecnología y la investigación para intentar definir una práctica de enfermería que consolide en un campo disciplinario de la misma

Hoy estamos más cerca de lograrlo, ya que dentro de la formación de las enfermeras, se incluye el estudio del Proceso de Enfermería y de las teorías sobre la práctica de la misma, buscando una profesión más libre de la dependencia intelectual de otras disciplinas y una atención de más calidad en los cuidados que proporciona

Realizando un breve análisis de la trayectoria de los cuidados de enfermería, se pretende justificar la importancia que tiene en el momento actual, el implementar en su práctica los procesos con base en referentes teóricos que rigen la misma, sin dejar de mencionar que es de vital importancia el continuar buscando la verdadera naturaleza de la enfermería

Para comprender la prevalencia del rol de la enfermera y para determinar el concepto de Cuidado de Enfermería es importante estudiar y analizar lo que ha precedido a la aparición y la evolución de la práctica de esta "disciplina".

Los cuidados han sido "*una constante*" desde los principios de la humanidad, surgen con carácter propio e independiente, manifestándose en diferentes civilizaciones de la antigüedad con acciones dirigidas a preservar la especie

Con el advenimiento del Cristianismo, los cuidados están basados en el concepto de vocación y las mujeres dedicadas al cuidado, realizan entre otros votos, los de obediencia y pobreza, por lo que fueron catalogadas como mujeres consagradas, creando comunidades y bases para el trabajo de enfermería, situación que da origen a la institucionalización de los cuidados, no obstante la jerarquización que establece la iglesia en ese entonces, dejan a la mujer consagrada como subalterna, factor que influye en forma determinante en el proceso de profesionalización de las enfermeras - auxiliares del médico de la época moderna

En esa misma época se sientan bases muy importantes para la formación de las enfermeras y su posterior desempeño en su práctica profesional, como la obediencia, la sumisión y el servicio poco remunerado

Posteriormente son estas ordenes religiosas, las que a través del proceso de conquista de México, llegan a nuestro país y son las que llevan a cabo los cuidados en los hospitales fundados por los conquistadores, así mismo son las que inician la formación de personal de enfermería, no considerando aspectos propios de la cultura prehispánica dentro del cuidado proporcionado, tanto a individuos sanos como enfermos

Los numerosos descubrimientos realizados en diferentes campos de la ciencia a finales del siglo XIX, abren vías totalmente nuevas para la medicina, esta toma un enfoque más analítico en cuanto a la causa y tratamiento de las enfermedades, este hecho repercute inevitablemente en la práctica de enfermería. En la primera mitad del siglo XX la enfermería va girando más hacia la tecnología, sin dominar o acceder a la marcha analítica que originan la multiplicación de la tecnología médica. La enfermedad determina la

tecnología a usar y por lo tanto el objeto de trabajo de enfermería, realizando actos reflejos que dan lugar a actos estereotipados

En los años sesentas surgen los Principios Fundamentales de Enfermería Virginia Henderson realiza un nuevo planteamiento de los cuidados de enfermería e introduce una definición que revaloriza la relación cuidador -persona cuidada

Posteriormente surge el Plan de Cuidados el cual funciona principalmente como un instrumento pedagógico pero con poca aplicación a la práctica

En la conferencia de ALMA -ATA en 1978 y sus expectativas de salud para todos en el año 2000 ,también tiene efectos en la práctica de enfermería por la corriente centrada en el desarrollo de la salud y se establecen acciones esenciales universalmente accesibles a todos los individuos ,la familia y la comunidad de todos los países

El rol de la enfermera ha sido modificado en múltiples ocasiones por distintas circunstancias, por lo que uno de los retos con los que se enfrenta es encontrar un método de aplicación de los cuidados que dejen manifiesto la profesionalidad que requieren los mismos y la competencia del que los debe de ejercer

Todo lo anterior ha servido para ir definiendo el cuerpo teórico de enfermería , ya que se puede realizar un proceso de análisis para encontrar la naturaleza integradora de la profesión inherente a su objeto de trabajo y estudio

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



### **3.-OBJETIVOS**

**1.- Utilizar el Proceso de Atención de Enfermería para la atención integral del paciente y su familia aplicando el modelo de Virginia Henderson**

**2.- Proporcionar cuidados integrales de Enfermería de alta calidad sistematizando la atención holística con base en las necesidades básicas del paciente.**

**3.- Empezar a introducirnos en el mundo científico y explicativo de la enfermería a través de realizar nuestro *Hacer* basado en teorías y modelos propios de nuestra disciplina**

#### **4-METODOLOGÍA**

La metodología se iniciará con la investigación bibliográfica para la realización de un marco teórico que sustenta la construcción del mismo. Para esto se considerarán los modelos y teorías, haciendo énfasis en el de Virginia Henderson y la aplicación del PAE, el cual se aplicará a un paciente de 42 años de edad con trastorno de la eliminación ocasionado por cáncer colorrectal que fue hospitalizado en el Hospital Español de México, posteriormente de ser tratado médicamente por amibiasis intestinal en otra institución.

La recolección de datos se realizará a través de la observación directa al paciente e interrogatorio al mismo y a la familia, expediente clínico y médicos tratantes.

Posteriormente se establecerá el Diagnóstico de Enfermería que será la base para la siguiente etapa de planificación de la atención. Se ejecutarán los cuidados de enfermería y se realizará la evaluación del paciente y del proceso de atención de enfermería.

## 5.-MARCO TEÓRICO

### 5.1.-SUSTENTO DE TEORÍAS Y MODELOS

El estudio de las teorías de la ciencia ha sido realizado a lo largo de la historia por múltiples personajes desde Aristoteles con sus métodos deductivo e inductivo, hasta los métodos experimentales de Bacon, a partir de él, numerosos filósofos y científicos con otros métodos como el axiomático, el observacional, y el de clasificación, se han ido desarrollando hasta nuestros días

Otros autores fueron Reichenbach quien lo realizó por su capacidad de predicción, Popper por su falsabilidad, Carnap por su corroborabilidad y Lakatos por su aptitud para hechos nuevos y sorprendentes.<sup>1</sup>

Las reflexiones de Khun sobre las relaciones entre los hechos y las teorías están basadas en la caracterización de la ciencia para resolver enigmas y problemas.

Tomando en esta ocasión a Thomas Khun con su obra "*The structure of scientific revolution*", se realizará un breve resumen como antecedente para la comprensión de las Teorías y Modelos surgidos en la profesión de Enfermería, ya que ésta ha recibido mucha atención en los últimos años dentro de las concepciones de las teorías científicas como estructuras, la cual surgió después de que Khun centró su atención en la historia de la ciencia, donde se percató que sus ideas preconcebidas acerca de la naturaleza de la ciencia se desmoronaban, dándose cuenta que las concepciones tradicionales de la ciencia, ya fueran inductivistas o falsacionistas, no soportaban una comparación con las pruebas históricas

Según este autor los rasgos característicos de su teoría son

1 -Carácter revolucionario del progreso científico, ésta supone el abandono de una estructura teórica y su reemplazo por otra que no es compatible con la anterior

2 -La importancia de las características sociológicas de las comunidades científicas

Por lo anterior, tanto Lakatos como Khun exigen que sus concepciones filosóficas resistan a las críticas basadas en la historia de la ciencia.<sup>2</sup>

Khun esquematiza el progreso de una ciencia de la siguiente manera

*preexistencia = ciencia normal \_ crisis = revolución \_ nueva ciencia \_ normal = nueva crisis*

Khun nos explica que a la formación de una ciencia siempre le precede una desorganizada y diversa actividad, la cual se estructura y se dirige cuando una comunidad se rige por un "*solo paradigma*".<sup>3</sup> Entendiendo en este momento al paradigma en un sentido "ejemplar", lo cual implica la aparición de crisis debido al surgimiento de dificultades, la crisis se resuelve cuando surge un nuevo paradigma. Este cambio discontinuo constituye una revolución científica.

*Ann Murriner define paradigma como un diagrama conceptual. Puede tratarse de una amplia estructura utilizada para organizar la teoría.*

Posteriormente Khun refinándose ahora a los paradigmas como una "*matriz disciplinar*" explica que una ciencia madura se rige por algunos de los componentes típicos de éstos, entre los que se

<sup>1</sup>HEMPFL Carl El pluralismo axiológico de la ciencia y sus modelos p p 16-37

<sup>2</sup>KHUN The structure of scientific revolutions p p 127-133

<sup>3</sup>Desde la primera redacción Khun ha admitido que en un principio utilizó el término "paradigma" en un sentido ambiguo

<sup>4</sup>En la podada a la edición de 1970 distingue un sentido general del término, al que ahora se refiere como "Matriz disciplinar" y en un sentido estricto del término que reemplaza por el de "ejemplar". Se continúa utilizando "paradigma" en su sentido general para referirse a lo que Khun ha rebautizado como matriz disciplinar

encuentran principalmente 1) leyes explícitamente establecidas 2) el que en su naturaleza esté el escapar a una definición precisa, 3) incluirán las maneras normales de aplicar las leyes fundamentales a los diversos tipos de situaciones así como los 4) instrumentos y técnicas necesarios para hacer que las leyes se refieran al mundo real, 5) algunos principios metafísicos generales que guían el trabajo dentro del paradigma

Khun denomina a la Ciencia Normal, como una actividad de resolver problemas gobernada por las reglas de un paradigma y los problemas que se presenten serán tanto de naturaleza teórica como experimental<sup>4</sup>

Una observación de Khun entre la ciencia normal y la preciencia es que la última tiene una actividad relativamente desorganizada la cual se debe al total desacuerdo y el constante debate de lo fundamental, surgiendo un sinnúmero de teorías, cada una tratando de justificar su propio enfoque. Khun reconoce el papel que desempeña el paradigma como guía de la investigación y la interpretación de los fenómenos observables, insiste en que en un paradigma hay más de lo que se puede exponer explícitamente en formas de reglas y directrices explícitas.

Posteriormente Khun ilustra la Crisis y Revolución, en donde explica que *"la mera existencia de un paradigma con problemas sin resolver no constituye una crisis"* ya que reconoce que los paradigmas siempre encontrarán dificultades. Explica algunas características de cuando una anomalía puede considerarse grave, siendo el caso cuando esta va en contra de los propios fundamentos del paradigma, cuando estas anomalías son importantes en relación a alguna necesidad social, el número de anomalías es otro factor que influye en el inicio de una crisis. Cuando aparece este período de crisis en la ciencia, es de la competencia de un psicólogo y de un historiador. Cuando las anomalías plantean al paradigma serios problemas comienza un período de *"inseguridad profesional"* de esta manera el desarrollo de la situación girará hasta que el paradigma sea debilitado y rechazado hasta que sus defensores pierdan la confianza en él, llegando el momento de la revolución. Siendo la función de la revolución el ocasionar que se pase de uno a otro paradigma mejor.

La ciencia debe contener dentro de sí la manera de pasar de un paradigma a otro sin la presencia de una crisis, pero cuando esta falta de compaginación no existe, el paso a la revolución es necesario para el progreso efectivo de la ciencia.

Hace hincapié en que los paradigmas no son tan precisos como para poder ser reemplazados por un conjunto explícito de reglas dándole a los científicos o grupos de científicos la oportunidad de interpretar y aplicar el paradigma de un modo diferente, o sea la misma situación ante varias opciones, lo cual hace que se multipliquen el número de estrategias intentadas, distribuyendo los riesgos en toda la comunidad científica y aumentando las probabilidades de tener éxito a largo plazo<sup>5</sup>.

Fernando Mora Carrasco en *"La construcción de un cuerpo teórico en enfermería"* comenta acerca de los paradigmas y explica que dentro de las *"Limitaciones del paradigma científico vigente para construir un cuerpo teórico en enfermería se encuentran en su contra que existen elementos fundamentales de la forma que ha tomado el pensamiento científico en esta época, los encontramos desde las propuestas de Descartes y de Newton y conservan aún hoy su vigencia y son: la certeza del conocimiento científico, la necesidad de proceder analíticamente y una visión del mundo como una máquina que funciona de acuerdo con leyes matemáticas exactas. A menudo la medicina moderna pierde de vista que el paciente es un ser humano y que al reducir la salud a un funcionamiento mecánico no es capaz de manejar el concepto de*

<sup>4</sup>Ibidem p.135

<sup>5</sup>Ibidem p.p.137-140

*curación en un sentido amplio. Una forma de resolver esta limitación es introducir el concepto de ciencia y humanismo o arte y ciencia en la práctica de enfermería"*

El resumen anterior nos proporciona una idea de las bases que debe contener una Teoría y lo complejo que resulta su diseño

### 5.1.1.-CONCEPTO DE TEORÍA

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos<sup>9</sup>

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

Las teorías son conjeturas, hipótesis generales que permiten explicar fenómenos que a menudo son sugeridos por hechos de la experiencia o por ciertos aspectos de otras teorías. Las teorías de la Enfermería se han intentado construir con el fin de apresar la naturaleza de los Cuidados de Enfermería para, así mismo, racionalizarlos, explicarlos, y dominarlos<sup>7</sup>

Martha Rogers utiliza el concepto de teoría como *"un conjunto de conocimientos dirigidos a explicar los fenómenos que permiten una comprensión más profunda de la realidad de los hechos y pueden servir para plantear hipótesis"*<sup>8</sup>

### 5.1.2.-CONCEPTO DE MODELO

Guba, autor lógico que define un modelo como *"un conjunto de entidades que constituyen una interpretación de todos los axiomas y teoremas de un sistema siendo todos ellos verdaderos"*.

Una segunda definición de modelo sostiene que las teorías pueden ser idénticas a los modelos pero que pueden ser consideradas como diferentes entre los miembros de la disciplina dependiendo del grado de aceptación de los conceptos y los enunciados de relación, o sea que los enunciados de relación del modelo pueden ser menos aceptados que los mismos enunciados definidos en una teoría.

En general las teorías, los modelos y los sistemas conceptuales tienen una estructura idéntica formados por un conjunto de enunciados de relación que intentan describir o explicar los fenómenos.

Un modelo es la forma práctica de aplicar una teoría, hacen más fácil el pensar en los conceptos y en las relaciones que existen entre ellos, o para delinear el proceso de investigación<sup>9</sup>

En el caso de Enfermería los modelos de atención unifican y sistematizan las acciones de la enfermera basandolas científicamente, lo que nos permitirá determinar ciertos aspectos de la práctica, facilitan la educación y promueve simultáneamente la investigación<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> MARRINERA. Introducción al análisis de las teorías de enfermería " en *Modelos y Teorías de Enfermería* p 11

<sup>8</sup> HILJANDER C. J. "La construcción disciplinar" en *Historia de la Enfermería* p 158

<sup>9</sup> ROGER M. *An introduction to the theoretical base of nursing* p 79.

<sup>10</sup> MARRINERA. "Introducción al análisis de las teorías de enfermería" en *Modelos y Teorías de Enfermería* pp 12-13

<sup>9</sup> STI BANCALIERI. *La construcción de una disciplina* pp 118-120

### 5.1.3.-FORMAS DE TEORÍA

Las formas de teoría son

Conjunto de leyes, Axiomas, Proceso Causal

#### CONJUNTO DE LEYES

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

#### AXIOMAS

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

#### PROCESO CAUSAL

El proceso causal incrementa la comprensión por medio de enunciados de relación que especifican la relación causal entre variables independiente y dependientes. Este proceso también requiere conceptos, definiciones y enunciados de relación. Explica como ocurre algo <sup>11</sup>

*"La construcción de cuerpo teórico no es una tarea simple o realizable en tiempo corto : es una actividad compleja con profundas implicaciones para nuestra forma de percibir e interpretar la realidad y que posee características de un proceso continuo de transformación que se desarrolla de forma irregular en ocasiones rápidamente, y en otras con fastidiosa lentitud y finalmente a veces parece más un retroceso que un avance"* <sup>12</sup>

El cuerpo teórico de cualquier profesión describe y explica los fundamentos en los cuales basa su actividad, lo que permite predecir y controlar los efectos de su práctica. Hablamos de un cuerpo teórico , ya que en él se conjuntan diferentes concepciones, estructuras metodológicas ,categorías de análisis e hipótesis que conforman un cuerpo integrado, generalmente armónico y de validez relativa. Esto es preferible al concepto de "teoría " que daña la impresión de una estructura sólida e indiferenciada. <sup>13</sup>

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

Algunas de las dificultades iniciales que el texto explica , en la construcción de este proceso , es cuando la actividad a analizar incluye elementos no solo científicos , sino también éticos, morales, políticos relacionados con amplios marcos de actuación social , por lo que el conocimiento científico se percibe solo como el componente de un complejo "científico- humanístico" que no es fácilmente reducible solamente al

<sup>11</sup> MARRINER A. Introducción al análisis de las teorías en enfermería en Modelos y Teorías de la Enfermería p 14

<sup>12</sup> MORA C. La construcción de un cuerpo teórico en enfermería pp 10-12

<sup>13</sup> MORA C. La construcción de un cuerpo teórico en enfermería pp 13-14

saber. Otra dificultad puede ser la importación de construcciones teóricas y metodológicas de otros campos de la ciencia, ya que generan un cuerpo teórico poco orgánico, mal integrado, que necesariamente fragmenta la comprensión teórica de la práctica profesional, además de imponerle dimensiones extraordinariamente amplias a sus propios determinantes o al propio saber.<sup>11</sup>

#### 5.1.4.-COMO SE CONSTRUYE UNA TEORÍA

La ciencia se rige por el método empírico. Lo que significa formular una hipótesis y someterla a los experimentos empíricos mediante la cuidadosa recogida de datos para comprobar su veracidad o falsedad con la intención de extraer conclusiones que le permitan convertirse en una teoría, o en ocasiones incluso en una ley. La ciencia por lo tanto, es la relación entre los detalles concretos y el razonamiento abstracto, entre lo inductivo y lo deductivo, entre los sentidos que registran los datos y la mente abstracta que los ordena en pautas significativas de relaciones.<sup>15</sup>

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

**INDUCCIÓN** - Forma de razonamiento que va de lo específico a lo general, combinando una serie de detalles para formar un conjunto mayor de cosas. Es un método que parte de la investigación y progresa hacia la teoría.<sup>16</sup>

**DEDUCCIÓN** - Razonamiento lógico que se desarrolla de lo general a lo específico, puede partir de varios enunciados o de un axioma. Los enunciados teóricos abstractos se utilizan para formular hipótesis empíricas específicas, lo que nos indica que es un método que parte de la teoría y progresa hacia la investigación.<sup>17</sup>

**RETROINDUCCIÓN** - Se combinan las dos anteriores.

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

Es así como una teoría se desarrolla a partir de una ciencia normal o madura como la definiría Khun. Los pasos a seguir serían:

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

<sup>11</sup> Ibidem, p. 11.

<sup>15</sup> WILHELM R. Un diálogo entre científicos y filósofos, p. 22.

<sup>17</sup> MARINER A. "Análisis de las teorías de Enfermería" en Modelos Teóricos de Enfermería, p. 14.

<sup>16</sup> Ibidem, p. 11.

Retomando la importancia que menciona Khun del factor histórico en la elaboración de una ciencia , agregaremos lo que Esteban Albert piensa al respecto *"El desarrollo de una disciplina científica no es sólo producto de los presupuestos internos de su objeto ni el precipitado natural, espontáneo y súbito de una sistematización de los enunciados internos o de las representaciones de los fenómenos que estudia. Antes que eso , es siempre, o casi siempre, también el producto de una historia y de una práctica profesional"*<sup>18</sup>

Las teorías terminan cuando los hechos buscados son observables , pero dada la naturaleza de la enfermería estas teorías son difíciles de estar sólo limitadas a fenómenos observables , verificables y controlables , por lo que la retroinducción siempre será un método aplicable.

El primer paso hacia las teorías fue el Proceso de Enfermería , el cual nace de la aplicación del método científico, ya que tiene un enfoque deliberativo de resolución de problemas y a partir de deducciones surgidas por este Proceso se inicia el desarrollo de las teorías en enfermería

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

Florence Nightingale  
Ernestine Wiedenbach  
Virginia Henderson  
Jean Watson  
Glenn Abdellah  
Patricia Benner  
Lydia E Hall

Inductivo  
Inductivo  
Deductivo  
Descriptivo  
Lógico-inductivo  
Descriptiva -cualitativa  
Lógico-inductivo<sup>19</sup>

<sup>18</sup> HERNANDEZ C. "La construcción disciplinar" en *Historia de la Enfermería* p. 161

<sup>19</sup> MARRINI R. A. "Teorías y Modelos en Enfermería" p p 71,83,95,105,143,154,164



## 5.2.-CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

### 5.2.1.-ANTECEDENTES

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

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

A partir de la definición de la Enfermería de Henderson en la cual explica que "*la única función de la enfermera es la de asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o la recuperación, actividades que realizaría por el mismo, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario*".<sup>20</sup>

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

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

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

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

Observa que la meta de la rehabilitación en el Institución era la "*reconstrucción de la independencia del paciente*".

Coincide con Bertha Harmer de 1922 en que define que la "*enfermería se basa en las necesidades de la humanidad*".<sup>21</sup>

<sup>20</sup>MARRINER A. *Teorías y Modelos de Enfermería* p.69

<sup>21</sup>Ibidem p.68

## **5.2.2.-PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES**

Los explicados en su obra son los correspondientes a la SALUD, el ENTORNO, la PERSONA y las NECESIDADES

Desde una filosofía humanista Henderson equipara la salud con la independencia, explicando que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales buscando y tratando de lograr la independencia que se traduciría en la satisfacción de las 14 necesidades

Aunque Henderson no expone una definición específica de Salud, la considera en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería, cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a diversas causas de dificultad, que son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades

La Dependencia es considerada por Henderson desde dos vertientes. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades y por otro lado que estas actividades no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Las causas de lo anterior pueden ser

- Falta de Fuerza
- Falta de Voluntad
- Falta de Conocimientos

Por Fuerza se entiende no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

La falta de Conocimientos se refiere a lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona o sea el autoconocimiento y sobre los recursos propios y ajenos disponibles

La falta de Voluntad es explicada por Henderson como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades

Henderson considera a la persona o paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener la salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables, considerando al paciente y su familia como una unidad

Las necesidades que describe Henderson son 14 básicas en el paciente y constituyen los componentes de la asistencia de enfermería y actualmente se manejan como

- Necesidad de oxigenación
  - Necesidad de nutrición e hidratación
  - Necesidad de eliminación
  - Necesidad de movimiento y mantener buena postura
  - Necesidad de descanso y sueño
  - Necesidad de usar prendas de vestir
  - Necesidad de termorregulación
  - Necesidad de higiene y protección de la piel
  - Necesidad de evitar peligros
  - Necesidad de comunicarse
  - Necesidad de vivir conforme a sus creencias y valores
  - Necesidad de autorealizarse
  - Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas
  - Necesidad de aprendizaje<sup>22</sup>
- Para la valoración de estas necesidades se puede seguir una Guía en la cual se contemplan los siguientes factores que las pueden influenciar
    - Biofisiológicas
    - Psicológicas
    - Socioculturales
    - Interacciones

<sup>22</sup>FERNANDEZ / 1 El proceso de atención de enfermería p p 3-10

### 5.2.3.-SUPUESTOS PRINCIPALES

Virginia Henderson no cita directamente lo que cree que constituyen sus supuestos fundamentales. A partir de las publicaciones de Henderson han sido adaptados los siguientes que incluyen a la Enfermera, Persona, Salud y Entorno, ampliando los conceptos antes mencionados a lo que ella consideraba más importante en cada uno de los aspectos

En cuanto a la Enfermera Henderson considera que

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

En lo correspondiente a la Persona explica

- La persona debe mantener su equilibrio físico y emocional
- Los 14 componentes abarcan las funciones de la enfermería
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables

De la Salud opina que

- La salud representa la calidad de vida
- La promoción de la salud es más importante que la atención del enfermo
- Los individuos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad

Del Entorno explica que

- Los individuos normales pueden ser capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir con tal capacidad
- Los enfermos deben minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativas al ambiente hospitalario
- Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las practicas religiosas del paciente para valorar riesgos

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

Se encuentra en forma implícita y explícita la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico, para la valoración de las necesidades como la planificación de los cuidados<sup>21</sup>

<sup>21</sup>MARRINER ANN Teorías y Modelos, en Enfermería, p 70

#### 5.2.4.- AFIRMACIONES TEÓRICAS

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

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

En cuanto a la relacion enfermera - medico

- La enfermera tiene una funcion unica , distinta a la de los médicos
- Cuestiona una filosofia que permita "al medico dar ordenes a los pacientes o a los profesionales sanitarios"

En cuanto a la enfermera como miembro del equipo sanitario

- La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales
- La enfermera se modifica con la epoca en que se ejerce y depende en gran medida de lo que hagan los demas trabajadores sanitarios
- La enfermera debe desarrollarse y aprender a identificar las nuevas necesidades sanitarias de la poblacion a medida que se nos vayan planteando <sup>24</sup>

#### El método lógico utilizado

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

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

Henderson opina que el Proceso de enfermeria es el proceso de solución de problemas y que no es específico de la enfermeria, nos explica que la fase de planeación conlleva la elaboración de un plan adecuado a las necesidades del individuo actualizando dicho plan segun sea necesario. En la fase de ejecución , la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades que conserven la salud , que lo lleven a recuperarse de la enfermedad o que ayuden a lograr una muerte tranquila. En la valoración la enfermera tendría que valorar los 14 componentes , analizando los datos recopilados para lo cual es necesario saber que es normal en salud y en enfermedad <sup>25</sup>.

<sup>24</sup>Ibidem p 79

<sup>25</sup>Ibidem p 71

Así mismo Henderson proporciona una serie de afirmaciones en lo correspondiente a la formación de enfermeras, aseverando que *"para que la enfermera ejerza como una experta por derecho propio y para que utilice el planteamiento científico para mejorar su ejercicio, necesita un tipo de formación que solo se imparte en colegios y universidades"* <sup>26</sup>

Plantea tres fases para la formación del estudiante , la primera en la cual se centra en las necesidades fundamentales del paciente , la planificación de la asistencia de las actividades de su vida diaria . En la segunda fase se incorporan los estados patológicos , y en la tercera fase la atención se centra en el paciente y en la familia , siempre destacando que el alumno desarrolle el hábito de la investigación , ya que opina que la investigación es el análisis con mayor grado de fiabilidad <sup>27</sup>

En conclusión la definición de Henderson puede considerarse una gran teoría o una filosofía dentro de la fase de paradigma del desarrollo de la teoría de enfermería . Su concepto es descriptivo y fácil de leer . Esta definido con un lenguaje sencillo y habitual . Su definición y sus 14 componentes ofrecen una perspectiva que pretende explicar toda la conducta de la enfermería <sup>28</sup>

<sup>26</sup>HENDERSON V La Naturaleza de la Enfermería pp 111

<sup>27</sup>ibidem p 64

<sup>28</sup>MARRINER A *Conceptos y Modelos de Enfermería* pp 70

### 5.3.-PROCESO DE ENFERMERÍA

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

Las autoras seleccionadas son Ann Marriner, Patricia W Iyer, y R Alfaro

Segun Ann Marriner en "El proceso de Atención de Enfermería" (1983) explica que el proceso es un método para realizar algo, que abarca cierto número de pasos. Es la aplicación de la resolución científica de los problemas de enfermería. Marriner establece 4 pasos que son el de Valoración, Planeación, Ejecución y Evaluación. Se contempla al proceso como una herramienta para el cuidado individualizado.

Dentro de la etapa de valoración menciona al Diagnóstico de Enfermería como una conclusión basada en principios científicos que indican las necesidades del paciente en relación al cuidado de enfermería y con la cual termina la etapa de valoración.<sup>29</sup>

La obra de Patricia W Iyer, en la cual ya se maneja el título de Proceso de Enfermería, se manifiestan diferentes definiciones, realizadas tanto por líderes en esta profesión, como por organizaciones profesionales, hace hincapié en las Respuestas Humanas como fenómeno que preocupa a la enfermera, ejemplificando con varios ejercicios para la autoevaluación por parte del lector de la detección de éstas.<sup>30</sup>

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

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

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

#### 5.3.1.-HISTORIA

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

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

<sup>29</sup> MARRINER A. El proceso de atención de Enfermería pp 4-5

<sup>30</sup> IYER P. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería pp 2-3

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

### 5.3.2.-CONCEPTO

Método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos, a las alteraciones de salud reales o potenciales.<sup>11</sup>

Posteriormente desarrolla en forma extensa las 5 etapas del proceso

El proceso de atención de enfermería es una metodología que se aplica a la práctica de enfermería unifica y sistematiza los cuidados de enfermería individualizados, con un enfoque deliberado dirigido a la resolución de problemas jerarquizados, abarcando todas las necesidades tanto del paciente como de la familia e inclusive la comunidad, considerándola como un sistema.<sup>12</sup>

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

Alfaro también establece 5 etapas las cuales se desarrollarán a continuación

### 5.3.3.-ETAPAS

Las etapas del proceso de enfermería son

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

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

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

En enfermería, el uso del proceso ayuda a asignar de forma sistemática y organizada todos los cuidados, guiando a la enfermera a realizar deliberadamente las etapas para identificar problemas únicos del

<sup>11</sup> Ibidem p 3

<sup>12</sup> NOTTBE: *Enfermería de la recuperación en la enfermería* p 8



**paciente, objetivos realistas e intervenciones individualizadas, estimulando la identificación y utilización de las capacidades del paciente**

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

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

Características del proceso

## **ETAPA VALORACIÓN**

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

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

Las actividades que incluyen el proceso de recolección información son las siguientes

- Obtención de datos
- Validación de los mismos
- Organización de los datos
- Comunicación y anotación de los datos

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

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

Los tipos de valoración de enfermería son la valoración de los datos básicos y la valoración focalizada, para la primera es necesario el tener establecido algún instrumento para guiar dicha valoración, es muy importante que éste instrumento sea de acuerdo al modelo de enfermería que se trabaje, la segunda, es un tipo de valoración continua para determinar el estado de problema real o potencial<sup>11</sup>

<sup>11</sup>ALFARO R. Aplicación del Proceso de Enfermería, pp 17-40

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

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

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

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

## ETAPA DIAGNÓSTICA

**Diagnóstico.- ANÁLISIS DE LOS DATOS PARA IDENTIFICAR FUERZAS Y PROBLEMAS.** Una vez recopilada la información se determinan las capacidades, y los problemas reales y potenciales que se presentan, se definen las acciones que son directas de enfermería y los que necesitan ser intervenidas por cualquier otro profesional.

El estándar 1 dice "De los datos sobre el estado de salud se derivan los diagnósticos de enfermería".

Durante esta etapa se termina de organizar toda la información para poder identificar los problemas y las capacidades del paciente los cuales serán la base del plan de cuidados.

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

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

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

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

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

- Etapa 1 -Reúna todas las claves relacionadas, pe algún sintoma relacionado con problemas de eliminación
- Etapa 2 -Busqueda de signos, síntomas, antecedentes contribuyentes, adicionales, a la identificación de algún signo, síntoma o hecho significativo encontrado. Se puede utilizar la valoración focalizada.
- Etapa 3 -Utilizar una lista de control que ayude a comprobar los problemas mas comunes.
- Etapa 4 -Siempre buscar opciones al origen de los problemas de los pacientes
- Etapa 5 -Comparar nuestros posibles diagnósticos con las definiciones para corroborar que realmente es lo que queremos expresar
- Etapa 6 -Una vez que se han identificado los problemas, intente determinar la causa o factores contribuyentes al mismo
- Etapa 7 -Cuando sea posible explique tanto el problema como su etiología, utilizando la palabra "relacionado con"
- Etapa 8 -Cuando los datos demuestren factor de riesgo, pero no existen datos objetivos del mismo etiquetarlo como problema potencial. Uniendo el problema al factor de riesgo observado.
- Etapa 9 -Identificar "*Problema Posible*" si se sospecha la existencia de algún problema pero se carece de datos que lo confirmen

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

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

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

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

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

Para poder decidir si se trata de un problema interdependiente o no, la enfermera posteriormente a la identificación del problema de salud, se debe plantear la siguiente pregunta

¿ Puedo independientemente validar el problema e iniciar el tratamiento? Si la respuesta es SI se trata de un diagnóstico de enfermería Si la respuesta es NO se trata de un problema interdependiente. Dado que todos los diagnósticos médicos se centran en la patología o fisiopatología de órganos y sistemas todos los diagnósticos médicos seran problemas interdependientes

Cabe hacer mención que los problemas interdependientes no se escriben en el plan de cuidados a menos que sean inusuales o complejos ya que las actuaciones de enfermería ante los mismos generalmente ya estan contemplados en las normas del hospital o en las ordenes médicas

Las autoras hacen hincapié que para escribir una formulación diagnóstica que valide un diagnóstico de enfermería real siempre habrá que llevar la siguiente regla

**REGLA :** Para escribir una formulación diagnóstica para un diagnóstico de enfermería real, una el problema con su etiología usando "relacionado con", añade "manifestado por, o evidenciado por" y escriba los signos y síntomas mayores que validan la existencia de ese diagnóstico

Existen tres componentes esenciales de los planteamientos diagnósticos de Enfermería conocidos como formato PES

- Los términos que describen el problema (P)
- La etiología del problema (E)
- Características de signos y síntomas (S)

La regla para formular diagnósticos de enfermería potenciales es la siguiente

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

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

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

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

## ETAPA PLANIFICACIÓN

**Planificación.- DISPOSICIÓN DE OBJETIVOS Y DESARROLLO DE UN PLAN DE ACCIÓN.** Se desarrolla el plan de acción junto con el paciente y la familia, realizando la priorización de los problemas, aclarando cuales son los objetivos que se esperan y cuando se esperan lograr, delimitar las intervenciones de cada uno de los integrantes del plan de cuidados

En esta etapa los estándares son los siguientes

- III El plan de cuidados de enfermería incluye objetivos derivados de los diagnósticos de enfermería
- IV El plan de cuidados de enfermería incluye prioridades y los enfoques o medidas de enfermería prescritos para lograr los objetivos derivados de los diagnósticos de enfermería
- V Las actividades de enfermería permiten la participación del paciente en la promoción ,mantenimiento y recuperación de la salud
- VI Las actividades de enfermería ayudan al paciente a potenciar al máximo sus capacidades en el campo de la salud

La planificación es el tercer paso del proceso en el cual se determinan cómo se van a brindar los cuidados de enfermería de manera organizada ,individualizada y orientada a los objetivos

\*\*\*ibidem pp 57-86

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las ordenes de enfermería deben proporcionar una serie de instrucciones claras sobre que acciones deberán realizarse para cada problema específico ,se deben incluir los siguientes componentes Fecha, Verbo, Sujeto, Frase Descriptiva y Firma de la enfermera

3) Las actividades de las enfermeras son actividades o acciones específicas de enfermería que se deben realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual y promover mantener y restaurar la salud . A continuación se citan algunos puntos que la enfermera identifica en la planificación de los cuidados

- Valoración de Enfermería como intervención
- Educación Sanitaria
- Asesora como intervención para cambios o ajuste en al vida del paciente
- Interconsulta y referencia
- Incorporación de las ordenes del médico

4) Los planes de cuidados de enfermería se centran en los diagnósticos de enfermería y sirven para tres propósitos principales 1) dirigir las acciones de enfermería, 2) dirigir las anotaciones y 3) proporcionar un instrumento para la evaluación Por lo tanto el plan de cuidados debe incluir los siguientes

componentes: breve perfil del paciente, objetivo a largo plazo para el alta, ordenes especificas de enfermeria, y un espacio para comentarios de evaluacion. Es importante señalar que dentro del plan de cuidado, se puede manejar el plan de alta, realizando este de la misma forma que un plan de cuidados hospitalario.<sup>15</sup>

## ETAPA EJECUCIÓN

**Ejecución.- PUESTA EN PRACTICA DEL PLAN DE ACCIÓN.** En esta fase es necesario el continuar recabando información para poder saber como ha respondido e identificar nuevos problemas, realizando todas las intervenciones que se planearon. Registrar y comunicar el estado de salud a otros profesionales.

Los estandares para esta etapa son los siguientes:

Estandar V. Las actividades de enfermeria, permiten la participacion del paciente en la promocion ,mantenimiento y recuperacion de la salud.

Estandar VI. Las actividades de enfermeria ayudan al paciente a potenciar al maximo sus capacidades.

La etapa de ejecucion es la puesta en práctica del plan de atención, las actividades que se derivan de esta fase son:

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

La recolección continua de datos nos permite encontrar nuevos datos importantes que pudieran haber sido pasados por alto, y nos proporciona información clave sobre como se pueden ir adecuando los diagnosticos de enfermería.

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

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

<sup>15</sup> Ibidem p.p 91-120

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

La autora recomienda el uso del acrónimo CLIPVE par recordar las tareas comunes que deberian realizarse antes de llevar a cabo cualquier intervencion de enfermería . Significa :

C Comprobar órdenes y equipo

I. Lavado de manos

I Identificar al paciente

V Valorar el problema

E Explicar o enseñar a la persona lo que se le va a hacer

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

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

## ETAPA EVALUACIÓN

**Evaluación.- DECIDIR LA EFICACIA DEL PLAN** Esta se realiza conjuntamente con el paciente para ver si es necesario realizar alguna modificación

Los estándares para esta etapa son

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

Estándar VIII El progreso o falta de progreso del paciente hacia los logros de los objetivos dirige una nueva valoración, reordenación de prioridades , nueva versión de objetivos y revisión del plan de cuidados de enfermería.

De hecho la evaluación se ha llevado a cabo durante todo el proceso, pero en esta fase se realiza de una forma detallada la evaluación de todo el plan de cuidados, las actividades que se desencadenan de esta son

- Establecimiento de criterios para la evaluación

Los criterios de evaluación serán los mismos que los objetivos o criterios de resultados del plan de cuidados , es decidir hasta que punto se ha logrado cada uno de estos

- Evaluación del logro de objetivos

La evaluación de los objetivos empieza con la valoración, por lo que hay que examinar, entrevistar y reunir datos

- Valoración de las variables que afectaron el logro de los mismos.

Para identificar las variables que afectan el logro de objetivos se tendrá que examinar lo que sucedió durante las fases de planificación y ejecución, respondiendo una serie de preguntas a este respecto

---

<sup>1</sup>ibidem p p 134-148

- **Modificación del plan de cuidados o finalización de los cuidados de enfermería**  
Una vez fijados objetivos realistas y después de que se hayan identificado variables se puede modificar el plan de cuidado para hacerlo cada vez más individualizado

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

- El logro o no de los objetivos debe ser determinado por el paciente y la enfermera
- Para determinar la obtención de los objetivos, debe cerciorarse de lo que el paciente puede hacer en relación con los objetivos fijados durante la fase de planificación
- Es importante una documentación exacta para poder realizar una evaluación adecuada
- La modificación del plan de cuidados implica revisarlo para reflejar los cambios necesarios que se detectaron en la valoración completa del plan de cuidados de enfermería
- Por último la evaluación es el factor clave para determinar estándares, protocolos, normas y procedimientos que ayudarán a las enfermeras a proporcionar cuidados de enfermería de calidad.<sup>17</sup>



### 5.3.4.-DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Con Florence Nightingale comenzó la investigación para definir a la enfermería y sus funciones. A principios del siglo XX los intentos de diferenciar a la enfermería de la medicina surgieron a raíz de la necesidad de definir cada una de estas disciplinas con propósitos legislativos y educacionales. El término Diagnóstico de Enfermería fue introducido en 1953 por V. Fry para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados. Posteriormente este término se encuentra en forma esporádica, retomándose en 1973 en la primera reunión del Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería.<sup>39</sup>

Tanto V. Herderson como F. Abdellah en 1955 y 1960 respectivamente propusieron organizar los programas académicos de enfermería conforme a problemas de enfermería o necesidades de los pacientes y no según a los diagnósticos médicos, lo que se ha continuado hasta la actualidad con el desarrollo de los modelos.

El Diagnóstico de enfermería proporciona un mecanismo útil para estructurar los conocimientos en un intento por definir su rol y ámbito particulares.

El diagnóstico de enfermería puede proporcionar una solución a la continua búsqueda en enfermería porque sirve para definirla en su estado actual, clasifica su ámbito y la diferencia de la medicina.

Los diagnósticos en enfermería han sufrido una evolución sorprendente, ya que antes de 1970 las enfermeras eran responsables de valorar, pero no podían emitir juicios sobre sus observaciones. Su formación estaba más dirigida a la ayuda del médico que a actuar en forma independiente para tratar respuestas humanas.

La Americana Nurses Asociación (ANA) reconoce la necesidad de publicar nuevos estándares para la práctica de enfermería que incluyeran en su papel profesional la formulación de diagnósticos de salud. La Social Policy Statementen 1980 establece "que la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales y potenciales". Con lo anterior las enfermeras se hicieron responsables de elaborar los diagnósticos, pasando el centro de atención de la enfermedad hacia el tratamiento de la persona en su totalidad y no solo en un estado patológico.<sup>40</sup>

Para lograr una real diferencia entre los diagnósticos médicos y los diagnósticos de enfermería, se reunieron un grupo de enfermeras en 1973 para formar la National Conference Group For the Classification of Nursisng Diagnoses, lo que posteriormente conocemos como la ANA.

Los diagnósticos de enfermería están todavía en evolución, por lo que encontraremos diversas opiniones sobre su desarrollo; sin embargo el consenso general sobre cómo las enfermeras deben de realizarlos, incluyen 1) una valoración previa, 2) analizar la información 3) sintetizarla para formular los diagnósticos con respecto al estado de salud del paciente.

<sup>39</sup>CARPENTIER, Diagnósticos de Enfermería pp 2-9  
<sup>40</sup>M. LUIS, Diagnósticos de Enfermería pp 5-8

## **6.- APLICACIÓN DEL MODELO DE HENDERSON**

### **6.1.-PRESENTACIÓN DE CASO**

#### **DATOS GENERALES**

J N M de 40 años de edad casado hace 5 años sin hijos Religión católica Con estudios hasta nivel preparatoria El y su esposa trabajan en la Comisión Federal de Electricidad como supervisor de trabajo de campo y ella como secretaria

#### **ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES DE INTERÉS**

Su padre vive y su madre murió a consecuencia de complicación del parto de su hermana menor, quedándose como madre de familia la mayor de las hermanas, razón por la cual existe más una relación de tipo materna que filial

Antecedentes personales son irrelevantes

#### **SITUACIÓN DE SALUD ACTUAL**

Don Jesus es hospitalizado para someterse a una cirugía de resección de colon, programada para el día 4 de noviembre

La entrevista e historia clínica de enfermería se realiza el día 2 de noviembre, en la unidad del paciente primer día de su internamiento .

A la exploración física el paciente se encuentra consciente, tranquilo, cooperador al interrogatorio.

El resumen de la valoración física sería el siguiente

Peso 75 kgr Talla 165 Signos vitales normales

Sistema respiratorio, cardiovascular, musculoesquelético, genito-urinario , sistema nervioso central y órganos de los sentidos sin ningún problema, con buen estado de hidratación , piel íntegra y en buen estado . reporta pérdida no cuantificada de peso Sus movimientos son coordinados, no requiere de ningún tipo de ayuda, aunque se le observa algo tenso, al preguntar sobre su estado emocional refiere no haber dormido bien los últimos días a causa de su internamiento Se observan buenos hábitos higiénicos

Presenta alteraciones en el aparato digestivo ya que hace 6 meses presenta cambio en el hábito intestinal manifestado por diarrea y estreñimiento intermitente A la exploración física se palpa abdomen blando no se palpan masas en ninguno de sus cuadrantes , ni tampoco adenomegalias

el paciente refiere pujo y tenesmo

Al preguntar tratamientos llevados a cabo refiere que acude a centro hospitalario donde se le indica hace 6 meses tratamiento antiambiano, mismo que llevo durante 60 días

Desde hace dos meses comienza a presentar en forma insidiosa dolor tipo cólico de intensidad moderada y estreñimiento predominante Al no observar mejoría con el tratamiento anterior, decide acudir a facultativo , quien ordena una rectosigmoidoscopia en la cual refiere que se encuentra una obstrucción , siendo necesaria una revisión quirúrgica, y es el motivo por lo que se encuentra en el hospital

Los exámenes de laboratorio están todos en límites normales El diagnóstico de la rectosigmoidoscopia es Tumoración dura que abarca la circunferencia de la luz intestinal, se realiza biopsia, el estudio histopatológico reporta Adenocarcinoma indiferenciado

El paciente no sabe con seguridad su diagnóstico, aunque manifiesta temor de que pueda ser algo malo Don Jesus se muestra colaborador y abierto en el interrogatorio, mostrando interés por su enfermedad y

**las consecuencias** Se le plantea la posibilidad de una probable colostomía observando que evade este punto, dirigiendo su atención hacia lo relativo con la cirugía

**El paciente es apoyado** por su esposa y demás familiares en los que juega un papel muy importante su hermana mayor

**Después de los estudios** se determina que la probable cirugía será una Resección abdomino - perineal dependiendo del reporte transoperatorio de patología, lo cual requerirá una colostomía de tipo permanente

**La valoración de las Necesidades Básicas** a su ingreso a la Unidad de cirugía y las valoraciones posteriores se anexan en el siguiente formato el cual incluye una columna con la valoración realizada por cada una de las Necesidades que maneja Virginia Henderson las cuales están enlistadas en la columna del medio y con numeración progresiva para usarla posteriormente en el plan de cuidados, en la última columna se enlistan los diagnósticos potenciales o posibles que se detectaron en ese momento

**En el segundo formato,** la primera columna corresponde a las valoraciones focalizadas que se fueron observando en días posteriores, se abrevian en las dos siguientes columnas el número de necesidad a la que corresponde y enseguida se define la causa de dificultad según Virginia Henderson, la siguiente columna contiene los Diagnósticos de Enfermería, las columnas posteriores se refieren al Resultado Esperado, Ordenes de Enfermería, Acciones de Enfermería y Evaluación. En esta última, se engloba la evolución que tuvo el paciente

## 6.1.2.-VALORACIÓN INICIAL SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

**FECHA 2 NOVIEMBRE 1992 INGRESO A LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN / CIRUGÍA**

VALORACIÓN	NECESIDADES DE HENDERSON	DIAGNÓSTICO ENFERMERÍA
Datos de independencia : Vías respiratorias permeables . Sistema cardiovascular sin datos anormales . Tabaquismo negativo . Signos vitales normales . Datos de dependencia : No se observan	OXIGENACIÓN	1 Diagnóstico de Bienestar
Datos de independencia : Pérdida de peso no cuantificada . no datos de déficit de nutrición . Mucosas orales bien hidratadas . turgencia de la piel normal . volumen urinario normal . Datos de dependencia : Disfruta el comer bien y en abundancia así como antojitos .	NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	2 Diagnóstico de Bienestar
Datos de independencia : Micción urinaria con volumen , cantidad y características normales sin reportar molestias . Datos de dependencia : Cambios del hábito intestinal desde hace 6 meses , cursando primero con cuadros intermitentes de estreñimiento y diarrea y posteriormente cursa con estreñimiento tratado de diferentes formas .	ELIMINACIÓN	3 Alteración de la eliminación manifestada por cambios en el hábito intestinal y relacionada con tumoración en sigmoides
Datos de independencia : Movilidad actual satisfactoria , independiente . muestra constitución y capacidad física favorable debido al tipo de trabajo que realiza . Datos de dependencia : No se observan	MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	4 Diagnóstico de Bienestar
Datos de independencia : Suficiente y adecuado hasta hace 3 semanas en donde se le dificulta conciliar el sueño insomnio tardío . Datos de dependencia : En ocasiones ha tenido que tomar calmante para inducir el sueño .	DESCANSO Y SUEÑO	5 Alteración del patrón de sueño relacionado con miedo a cirugía
Datos de independencia : Adecuada a edad y constitución . Preocupación por probable adaptación en su vestido después de la cirugía . Datos de dependencia : La esposa se encarga de escogerle la ropa en las mañanas .	USAR PRENDAS VESTIR ADECUADAS	6 *Potencial déficit en el autocuidado
Datos de independencia : Temperatura normal . Datos de dependencia : No presenta ningún problema	TÉRMORREGULACIÓN	7 Diagnóstico de Bienestar

2 NOV 1996

VALORACION	NECESIDADES HENDERSOS	DIAGNOSTICO ENFERMERIA
Datos de independencia - Buena diurno y buenos hábitos higiénicos. Datos de dependencia - Le afecta posibilidad de depender para cubrir esta necesidad. Integridad de la piel	HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL  8	Diagnostico de Bienestar  Posible deterioro de la integridad cutánea relacionado con el uso de bolacas colectoras. Posibilidad de defecto en el auto cuidado de la integridad de la piel
Datos de independencia - Consciente, orientado con movimientos coordinados. Datos de dependencia - Método de cambio de su imagen corporal. Se apoya en forma importante en su esposa - presenta datos de inseguridad	EVITAR PELIGROS  9	Trastorno de la imagen corporal
Datos de independencia - Organos de los sentidos íntegros, escucha con atención. Datos de dependencia - No le agrada estar solo.	COMUNICARSE  10	Diagnostico de Bienestar  Posible Afrontamiento individual eficaz
Datos de independencia - Tuvo educación católica. Datos de dependencia - se dirige a Dios para solicitar deseos relacionados a su enfermedad o fortaleza. "Cree que será escuchado."	CREENCIAS Y VALORES  11	Posible Desesperanza Posible Dnielo Anticipado Posible Sufrimiento espiritual
Datos de independencia - Acepto la visita de sacerdotado. Datos de independencia - Se caso hace 5 años. Dice estar feliz y satisfecho. No tiene hijos. Le agrada su trabajo. Datos de dependencia - No se observan.	AUTOREALIZACION  12	Diagnostico de Bienestar Posibles alteraciones en: * Los patrones familiares. * Afrontamiento familiar. * Afrontamiento individual eficaz.
Datos de independencia - sociable y abierto. Disfruta pasar momentos en familia los fines de semana. Datos de dependencia - Sus fines de semana la pasa siempre con sus hermanas.	JUGAR/RECREACION  13	Diagnostico de Bienestar
Datos de independencia - Adecuada capacidad intelectual para el aprendizaje. Coordinación atención adecuadas. Escucha datos generales de enfermedad con interés. Datos de dependencia - evade los aprendizajes para el manejo de colostoma.	APRENDIZAJE  14	Posible Trastorno de la adaptación  Posible presencia de déficit en el autocuidado.

### 6.1.3.-ANALISIS DE LOS DATOS

Don Jesús es una persona abierta, sencilla, fácil de entablar relación con él, se describe el mismo como una persona que siempre ha sido sana y fuerte y no entiende que es lo que le pasa ahora, manifiesta no tenerle miedo al dolor, pero le preocupa grandemente su integridad corporal. Es su primer internamiento en un hospital

Don Jesús no sabe con certeza su diagnóstico pero manifiesta enorme preocupación por su enfermedad, negando la posibilidad de una colostomía, situación que cambiaría su vida. Se observa cierta dependencia hacia su esposa

Se muestra muy preocupado y ansioso ante los posibles cambios, pero no pierde el sentido del humor

Dentro de los aspectos más importantes para la planificación de cuidados se debe de tener en cuenta su capacidad física, su sentido del humor y el apoyo de su familia. No obstante deberán observarse cuidadosamente los aspectos de dependencia y aprendizaje, la negación hacia la probable colostomía y tipo de cirugía (resección abdomino -perineal )

## 6.1.4.-PLAN DE CUIDADOS

VALORACIÓN FOCALIZADA	Nº N	C	DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	ORDENES ENFERMERIA	ACCIONES ENFERMERIA	EVALUACION
J NOV Aparato respiratorio sin problemas Tabaquismo negativo Signos vitales normales Nerviosismo	1	C	Diag. de Bienestar Potencial alteración de la limpieza de vías aéreas relacionada con dolor en la incisión, lo que probablemente ocasiona poco esfuerzo al toser	El paciente realizará adecuadamente los ejercicios respiratorios y sabrá utilizar el inspirómetro	Enseñar la importancia de toser y respirar profundamente	Ayudar al paciente en el uso de inspirómetro y técnicas respiratorias Revisar campos pulmonares y realizar ejercicios respiratorios cada 4 hrs en el postoperatorio	J NOV El pct. Respira profundamente y comprende funcionamiento de inspirómetro 5 Nov Inicia Terapia respiratoria Cursa sin problemas
J NOV Al paciente se le reanuda colostomía con gran probabilidad de que sea permanente	1	C	Potencial alteración de la eliminación relacionada con presencia de colostomía	El paciente comprenderá y explicará el motivo de la colostomía Conocera los tipos de bolsas colectoras	Valorar el tipo de bolsa adecuada al paciente Explicación amplia del manejo y características de la colostomía	Valoración física del sitio ideal para bolsa colectoras Mostrar opciones de equipo Proponer el contacto con otro paciente colostomizado	El paciente escuchó con atención pero se observa rechazo a la bolsa colectoras
Preocupación por probable adaptación en su vestido después de la cirugía	6	C	Potencial déficit en el autocuidado	El paciente seguirá usando el mismo patrón de vestido	Verificar tipo y características de vestido para la selección de la bolsa	Probar bolsa seleccionada con diferentes prendas de vestir usadas por el paciente	J NOV El paciente probó por sí mismo des cambio de ropa con bolsa colectoras después de mostrarle 14 Nov Sale de alta con ropa normal
No presenta ningún problema Cuenta de líquidos normales	6	PI	Potencial de infección relacionada con cirugía contaminada	El intestino grueso quedara perfectamente limpio y preparado para la cirugía	Verificar limpieza intestinal	Preparación de colon por sonda nasogástrica pasar 4 hrs en 6 hrs checando características del líquido expulsado	El liquido evacuado era claro
Se observa Integridad de la piel, pero presenta gran cantidad de vello	8	C	Potencial deterioro de la integridad de la piel relacionada con el uso de bolsas colectoras	El paciente mantendrá la integridad de la piel	Establecer medidas de protección de la piel en el área de la colostomía	Realizar incisión de la región evitando irritar el área quirúrgica Verificar uso de protector de piel en la sala de operaciones en el área de la colostomía	El área quirúrgica no presenta irritación Se aplicó protector de piel en el querosoleno
El paciente y su esposa presentan capacidad intelectual e interés por participar en el cuidado	14	C	Potencial trastorno de adaptación	Comprensión del paciente y esposa del manejo y características del postoperatorio	Brindar apoyo y asistencia continua a pct y familia	Explicar al paciente en la situación en la que saldrá de quirófano y a la esposa aspectos en los que puede ayudar	No exhiber interacciones por parte de la familia para la atención del paciente

NO Necesidad de más fondos. C Causa de Dolor. PI Problema interdependiente.



VALORACION FOCALIZADA	No S	C	DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	ORDENES ENFERMERIA	ACCIONES ENFERMERIA	EVALUACION
4 Nov Paciente que regresa de quirefano con pulidez de tegumentos y hieira hipotension arterial	2	PI	Deficit de volumen de liquidos relacionado con sangrado transoperatorio de 1500ml Y manifestado por regular hidratacion de mucosas orales y palidez de tegumentos	Prevenir complicaciones	Vigilancia estrecha hasta estabilizacion del paciente Seguir indicaciones medicas Reporte frecuente del estado del paciente al medico	Toma de signos vitales cada 2 hrs Administracion de liquidos parenterales Sol Mixta 150 ml Por hora Plasma 300 ml cada 12 hrs Control estricto de liquidos  Insistira en la toma de alimentos exigiendo la toma de minimo un platillo Dieta Blanda	4 NOV El paciente estabiliza su T A a las 20:00 No hay signos ni sintomas de sangrado 5 Nov. Signos vitales estables mucosas orales hidratadas 6-7. Nov sin problemas
08-Noviembre-1996 El paciente no obtiene gusto de la comida, no la acepta para disminuir el funcionamiento de la colostomia.	2	C	Deficit de nutricion por defecto	Aceptara dieta que ayude a al formacion de bolo fecal	Informar al paciente de la importancia de la dieta para el adecuado funcionamiento de la colostomia		9 Nov acepta comer un poquito de todo 10 Nov. Aumenta cantidad de alimentos
Amplias incisiones quirurgicas en abdomen y region perineal	4	F	Movimiento ineficaz relacionado con dolor en incision y manifestado por la incapacidad para movilizarse por si solo	Don Jesus se movilizara cada 2 horas con ayuda Al tercer dia de postoperatorio se movilizara por si mismo	Verificar movilizacion asistida Supervisar movilizacion del paciente cada 2 hrs	Proporcionar cambios de posicion cada 2 horas por 48 hrs Asistir la movilizacion del paciente cuando lo efectue el solo	El primer dia de postoperatorio es movlizado con mucha dificultad refiere mucho dolor y se encuentra muy tenso 6 Nov. Más cooperador 7-8 Nov. Solo requiere supervision 11 Nov. Se movliza sin problema l a esposa ayuda movilidad 12 Nov. Don Jesus se movliza practicamente asi mismo solo necesita ayuda para ciertos movimientos

VALORACIÓN FOCALIZADA	No N	C	DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO	ORDENES ENFERMERÍA	ACCIONES ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Paciente que reporta cansancio y no haber dormido en toda la noche " No puedo dejar de pensar"	5	F	Alteración del patrón de sueño relacionado con dolor y miedo manifestado por insomnio y cansancio matutino	El paciente tendrá 4 horas mínimas de sueño efectivo nocturno	Respetar sueño nocturno	Esperar acción de medicamento y disminuir las acciones que perturban al paciente por 4 hrs si es posible.	6 Nov. Reporta haber descansado más aunque no concilio totalmente el sueño 7 Nov. reporta haber dormido bien 8 Nov. Continúa con calmante , duerme mejor 10 Nov. Reporta haber dormido toda la noche.
Amplia herida quirúrgica en abdomen y región perianal. Herida quirúrgica próxima a colostomía	7	PI	Potencial de infección	El paciente tendrá heridas limpias y con adecuada cicatrización.	Evitar infección en heridas quirúrgicas	Curación de herida con técnica estéril Toma de temp cada 2 hrs Vigilar características de heridas Qx.	5 Nov Herida limpia , drenajes de características normales 6 Nov. herida limpia y seca . 9 Nov. No hay datos de irritación , el drenaje de herida perineal ha cesado
7 Nov. Ligero eritema en región perineal por uso de apósitos	8	PI	Alteración de integridad de la piel relacionada con el uso de apósitos para drenaje manifestado por irritación local de la piel	Controlar irritación Local	Mantener seca región perineal.	Aplicación de calor local en región perineal, cambios aposito cuantas veces sea necesario	10 Nov. se retira canalización 11 Nov. sin problemas. 14 Nov. Egresa con integridad de piel
7 Nov. Inicia funcionamiento de la colostomía con abundante secreción	8	C	Potencial deterioro de la piel relacionado con secreción de colostomía	El paciente conservará la integridad de su piel tanto del área Qx y colostomía	Mantener la integridad cutánea	Cambio de bolsa colectora Protección de la piel Aseo. Mantener zona seca	8 Nov. bolsa colectora funcionando bien, no hay salida de secreción por bordes
11 Nov. La bolsa colectora se despegó durante la noche, no causa irritación de la piel	8	PI		No se ensuciará el paciente si la bolsa se despegó.	Controlar hasta donde sea posible vaciamiento de bolsa en el T.N	Poner doble sistema de seguridad con apósitos y plástico durante la noche para evitar que el paciente se ensucie. Explicar al paciente el procedimiento haciendo notar que esto ocurre con frecuencia al principio	9 Nov. Aumenta excreción , buen funcionamiento de la bolsa 12 Nov. Ha funcionado sistema de protección 14 Nov. Se sugiere continuar con protección nocturna

VALORACION FOCALIZADA	No	C	DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	ORDENES ENFERMERIA	ACCIONES ENFERMERIA	EVALUACION
5 Nov. Don Jesus se niega a ver la colostoma y le pide a su esposa que ella escuche las instrucciones del manejo. Miedo por el cambio en su imagen corporal	9	V	Trastorno de la imagen corporal relacionado con la incapacidad para observar su colostoma manifestado por la expresión verbal de no querer hacerlo.	Al ser dado de alta el paciente podrá observar el cuidado de su colostoma participando pasivamente.  No aumentar innecesariamente la ansiedad del paciente	Promover el autocuidado	Invitar al paciente en cada curación a que participe en la misma respetando el proceso de aceptación.  No aumentar la ansiedad forzándolo.  Motivar al paciente a que exprese sus miedos y sentimientos	7 Nov. Existe verdadero rechazo a observar la colostoma mostrando angustia al momento de insistir en su cuidado  9 Nov. Acepta observar la colostoma cuando esta es muy limpia y ya arreglada
7 Nov. Se observa al paciente muy angustiado, solo quiere la participación de enfermería para las curaciones. Se observa un alejamiento de su esposa, cuando se cuestiona al paciente comenta "no se que decirle"	10	F  V	Alteración en la comunicación relacionado con la disminución de participación de su esposa y con la solicitud del paciente de mayor intervención de enfermería	El paciente expresará sus sentimientos y miedos. La esposa comprenderá el proceso de adaptación por el que cursa el paciente	Promover la expresión verbal de miedos y sentimientos	Dedicar tiempo exclusivo para poder escuchar al paciente orientándolo a ubicar el porque de sus miedos.  Establecer dialogo con la esposa para la explicación del proceso de duelo.  Promover la comunicación entre el paciente y su esposa	12 nov. ayuda en el arreglo de la colostoma  8 Nov. La esposa refiere haber pensado al respecto " Ahora comprendo mejor porque no me quiere cercior - Quiero saber como ayudarlo -"  10 Nov. No se establece todavía una total comunicación, pero se observa menos tensión entre ellos y más acercamiento físico-emocional
8 Nov. el paciente refiere sentimiento de culpa por problema con sus hermanos a los cuales le gustara ver, pero no se han hablado en los últimos años y no sabe como acercarse a ellos	10	V	Alteración de la comunicación relacionado con la incapacidad de emitir pensamientos y deseos directamente con los involucrados	El paciente podrá establecer comunicación verbal directa con sus hermanos manifestando sus sentimientos	Favorecer y establecer comunicación con sus familiares	Solicitar a los hermanos que acudan a ver a Don Jesus  Favorecer privacidad cuando se efectúan las visitas de los familiares	9 Nov. Los hermanos del paciente vienen a visitarlo sin entablar mucha conversación con él. Se les explica la situación de Don Jesus  12 Nov. Antes de ser dado de alta recibe dos visitas mas de sus hermanos siendo estas ocasiones más significativas

VALORACIÓN FOCALIZADA	Nº S	C	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	ORDENES DE ENFERMERIA	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
6 Nov. El paciente no acepta el aprender a manejar su colostomia	14	V	Deficit en el autocuidado relacionado con la incapacidad del manejo de colostomia manifestado por el no querer hacerlo	El paciente ayudará en la preparación del equipo	Motivar al paciente en el autocuidado	<p>Pedirle a la esposa que vaya dejando al paciente el manejar su colostomia</p> <p>Buscar la intimidad del paciente cuando realice el procedimiento</p>	<p>8 Nov. Persiste problema de manejo de colostomia</p> <p>10 Nov. el paciente prepara la bolsa</p> <p>12 Nov. el paciente ayuda en el manejo de la colostomia pero no lo hace por si solo</p> <p>14 Nov. No maneja por si mismo la colostomia ocasionándole angustia el tener que hacerlo</p>
Manifiesta necesidad de mas contacto con hermanas ya que su pasaba sus fines de semana	15	F	Alteracion de los procesos familiares	Don Jesus tendrá la visita de sus hermanas	Favorecer restablecimiento del proceso familiar	<p>Contactar a través de esposa a las hermanas del paciente</p> <p>Explicarles la situación y deseos de Don Jesus</p>	<p>8 Nov. se realiza visita de las hermanas. El paciente se muestra contento</p> <p>10 Nov. Las hermanas visitan continuamente a Don Jesus</p>

VALORACIÓN FOCALIZADA	No N	C	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	ORDENES DE ENFERMERIA	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
Después de la curación Don Jesús rompe en llanto manifestando miedo a la muerte y el morir sin haber arreglado la situación con sus hermanos. Manifiesta no poder hablar con su esposa de este punto pues sabe que la va a dejar sola	11	C	Sufrimiento espiritual	Don Jesús podrá hablar con su esposa respecto a su muerte y sentimientos	Asegurar una relación de ayuda al paciente y la familia	Aportan información acerca del proceso del duelo y ayudar a identificar la fase en la que se encuentran tanto el paciente como familiares	10 Nov. La esposa comprende el proceso del paciente y de ella misma, demostrando paciencia, fortaleza y comprensión hacia el paciente
			F Miedo	Continuará exteriorizando sus sentimientos	Propiciar ambiente tranquilo	Explicar que las reacciones de enojo son normales	11 Nov. El paciente acepta la visita del sacerdote pero no manifiesta sus sentimientos con él
			V	No se sentirá solo	Escuchar sin juzgar	Hablar con hermanos para favorecer reconciliación efectiva	Continúa manifestándolas con miembros del personal enfermería
			Reconciliación con sus hermanos para no dejar asuntos pendientes	Estar con el paciente en momentos críticos	Sugerir búsqueda de lectura del tema	Explicar a la esposa que el cambio en las reacciones de Don Jesús son normales y se irán modificando	12 Nov. Toca el tema de la muerte con más curiosidad en cuanto al momento en que esta ocurre
						Apoyar a la toma de decisiones realistas enfocadas a futuro inmediato	Reporta haber pedido la compra de un libro con este tema
						No dar falsas expectativas	
						Promover que continúe exteriorizando sus sentimientos	
						Sugerir apoyo espiritual	

VALORACIÓN FOCALIZADA	No	C	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	ORDENES DE ENFERMERIA	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
Manifiesta sentirse incapaz de hacerle frente a la situación . incapacidad de pedir ayuda a su esposa y hermanos	12	F  V	Afrontamiento individual ineficaz	El paciente expresará sus deseos de permanecer en casa de su hermana después de su alta	Facilitar y ser puente de comunicación entre la familia y el paciente	Explicar a la esposa que los deseos del paciente son debido a que no quiere que se encuentre " sola " Verificar con las hermanas las características de cuidado que deberán tener en su domicilio	12 Nov. El paciente residirá en casa de sus hermanas decisión que tomaron en comua acuerdo el y su esposa Es dado de alta el 14 de noviembre de 1992 Programando una visita domiclihana cada 2 semanas
Durante las tres primeras visitas el paciente manifiesta mas tranquilidad por el hecho de estar en su casa . su movilidad es adecuada , la integridad de la piel es muy buena . en cuanto al manejo de la colostomia el paciente le asca durante el baño en regadera y su esposa le coloca la bolsa . Los temores han disminuido . La relación con sus hermanos a mejorado notablemente . con su esposa plantea temas relacionados al trabajo de ella							

27 NOV. El médico tratante decide iniciar tratamiento con quimioterapia por lo que se efectúa una Valoración General de las Necesidades.

VALORACION GENERAL	No	C	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO	ORDENES DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
2 <sup>a</sup> Vis Sistema respiratorio sin problemas	1		Diag. De Bienestar Potencial deterioro de la perfusión tisular relacionado con neumonitis por efectos de quimioterapia	Mantener el actual estado de bienestar	Detectar oportunamente complicación pulmonar	Auscultación de campos pulmonares Detección de aparición de tos disnea o dolor al inspirar Favorecer ejercicios respiratorios	5 Dic. paciente sin alteraciones respiratorias
El paciente refiere comer poco o no refiere vómitos, adecuada hidratación, mucosas orales íntegras	2		Potencial déficit de volumen de líquidos relacionado con náuseas y vómito Potencial alteración de la nutrición relacionada con irritación gastrointestinal	Minimizar los efectos adversos del tratamiento Conservar adecuada hidratación	Reducir lo más posible efectos de medicamento Detectar complicaciones oportunamente Realizar gráfica de peso ingesta y excreción	Explicar por y familia los cuidados específicos del horario de alimentos, medidas paliativas, uso de antieméticos secundaria elaboración de registro de peso ingesta y volumen Urinario Dieta hiperproteica y baja en residuos Admen De antiácidos	5 Dic. El paciente presenta náuseas y vómitos con frecuencia Estado de hidratación regular, mucosas orales secas e íntegras
En cuanto a la eliminación la boca oclatoria funciona adecuadamente, el estoma se ha reducido en forma notable Volumen urinario adecuado	3	PI	Potencial alteración del patron de eliminación relacionada con irritación vesical e intestinal	Reducir efectos colaterales	Vigilar aparición de complicaciones Establecer medidas paliativas al tratamiento Instruir sobre signos y síntomas de alarma	Estimular ingesta líquidas Aconsejar vaciamiento completo de vejiga Instruir sobre signos y síntomas de alarma	5 Dic. El paciente refiere ligera disminución del volumen urinario dolor en espalda a nivel lumbar y presencia de tenesmo vesical
El paciente presenta adecuada movilidad	4	PI	Dure de bienestar Potencial deterioro de la movilidad física relacionado con fatiga	El paciente conservará lo máximo de movilidad que pueda Proporcionar mejor calidad de vida	Evitar la fatiga y posibles lesiones	Planificar periodos de descanso y de movilidad Establecer movimientos pasivos Vigilancia en la de embolización Enseñar los pasos de la relajación alternandolos con la administración de calmantes	5 Dic. La movilidad del paciente a disminuido notablemente
El paciente refiere poder dormir en forma adecuada con los calmantes	5	PI	Potencial alteración del patron de descanso y sueño relacionado con miedo y dolor	Favorecer comodidad	Establecer instrucciones sobre técnicas de relajación Observación del origen y tipo de dolor	Permitir libertad al paciente en lo relacionado a su arreglo, motivando que sea el adecuado a su estado	
El paciente refiere sentirse más cómodo con ropas	6	V		Conservar Estado de			

Integridad			Bienestar			
El paciente no presenta hipercemia. Bñ dentro de cifras normales para su estado	7	PI	Diagnóstico de Bienestar	El paciente elegirá sus prendas de vestir	Toma de temperatura diariamente Realizar Bñ de control	5 Dic El paciente muestra interés para el aprendizaje de la relajación realizandola adecuadamente
El paciente presenta integridad de la piel, el area de la colostoma está sin problemas	8	PI	Diagnóstico de Bienestar Potencial de infección relacionada con leucopenia	Conservar integridad de piel	Detección de complicaciones en forma oportuna  Instruir al paciente y familiares sobre cuidados específicos de la piel y medidas preventivas de úlceras por decúbito	5 Dic el paciente ha preferido usar pijamas en los últimos días
En cuanto a la necesidad de Evitar Peligros	9	F C V PI	Diagnóstico de Bienestar Potencial deterioro de la integridad cutánea relacionado con efectos del tratamiento.	Proporcionar la mejor calidad de vida posible	Continuar con medidas de protección de la piel Establecer vigilancia de zonas de presión  Informar al paciente y familia en forma progresiva de las medidas que vayan siendo necesarias	5 Dic La temperatura ha oscilado entre los 37.8° C y los 38° C
Existe adecuada comunicacion con su esposa y hermanos	10	V	Potencial presencia de peligro relacionado con alteración de sistemas corporales por efectos de quimioterapia	El paciente exteriorizará sus sentimientos, dudas y temores	Establecer medidas paliativas de tratamiento  Indicar a la familia mas acercamiento verbal y físico con el paciente respetando sus momentos de soledad	5 Dic el paciente presenta piel íntegra coopera en su movilización
Se muestra con ánimo y acepta en forma adecuada el tratamiento, tiene esperanzas de que todo saldra bien, aunque lo manifiesta en forma triste y con desconsuelo	11	F V	Diag. de Bienestar		Informar a la familia sobre cambios en el estado de ánimo del paciente con la quimioterapia	
Sus intereses reciativos de han modificado de acuerdo a su estado	12	C	Desesperanza Duelo anticipado Sufrimiento espiritual		Mantener y profundizar la comunicación  Ser escucha de las inquietudes y dudas del paciente y su familia  Mantener una actitud de escucha constante	5 Dic Estabilidad psicomotora afectada, deterioro físico adecuado apoyo familiar y entorno
Se observa disponibilidad a conocer todo lo que le ocurre	14	C			Mantener informado al paciente de todo lo concerniente a su estado y la importancia de su participación en los cuidados	6 Dic El paciente reporta pasar por momentos muy difíciles continua el miedo a la muerte



VALORACIÓN FOCALIZADA	No S	C	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO	ORDENES DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
15 Dic en adelante La valoración focalizada más importante del paciente en este periodo fue la siguiente El paciente refiere dolor lumbar que va en aumento y que le ocasiona el tener que permanecer más tiempo en cama y no poder dormir A La exploración física no se encuentra ningún dato muscular o esquelético que justifique el dolor				Reportar al médico signos y síntomas del paciente			22 Dic
	4	F	Movimiento ineficaz relacionado con dolor en región lumbar	El paciente conservará lo máximo de movilidad que pueda	Mantener la movilidad del paciente	El paciente realizará caminatas cortas tres veces al día con ayuda de algún familiar	El paciente muestra deterioro del estado general
	4	F	Alteración del patrón del sueño relacionado con dolor y miedo	El paciente manejará técnicas alternativas para el manejo del dolor	Establecer sistemas alternativos para el manejo del dolor Se sugiere el uso de musicoterapia	Continuar con técnicas de relajación Se proporcionaran masajes para favorecer circulación	El paciente reporta pasar malas noches
	2	Fi	Pérdida de peso y desnutrición relacionada con náuseas y vómito	Proporcionar la mejor calidad de vida posible	Realizar gráfica de peso, ingesta y excreción	Ofrecer líquidos fríos en pequeñas cantidades varias tomas durante el día, especialmente después de la toma del antihemético	Continúan vómitos de 3 a 4 al día Paciente con regular hidratación
	1	PI	Complicación de obstrucción de vías urinarias relacionada con cercanía de tumor primario y manifestado por disminución del volumen urinario y dolor lumbar	Disminuir lo más posible las molestias del paciente  Proporcionar comodidad	Reportar al médico signos y síntomas del paciente  Vigilancia de eliminación urinaria	Cuantificar diuresis	Se observa que el volumen urinario disminuye progresivamente  Acepta de buen agrado las técnicas alternativas de relajación y musicoterapia  El paciente se muestra cooperador no obstante su deterioro físico  Continua manifestando intenso dolor lumbar

VALORACIÓN FOCALIZADA	No. N	C	DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	ORDENES DE ENFERMERIA	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
18 de Febrero el paciente es hospitalizado por presentar obstrucción bilateral ureteral con insuficiencia renal	1	PI	Trastornos de la eliminación urinaria manifestada por anuria relacionado con obstrucción bilateral ureteral	Conservará la mayor calidad de vida posible  El paciente sufrirá lo menos posible.	Establecer medidas para proporcionar alivio al paciente		
Mal estado de nutrición con pérdida de peso de 15 Kg en tres meses, moderado estado de hidratación, palidez de tegumentos	2	PI	Trastorno de la nutrición manifestada por pérdida de peso en relación con efectos adversos de quimioterapia	El paciente manejará el dolor con analgésicos y relajación	Verificar y establecer pautas para el manejo del dolor	Mantener hidratación por cateter venoso  Dar pruebas de nuevo o bebidas frías en pequeñas tomas	19 Feb se conserva hidratación por cateter central  Acepta de buen agrado la nueva
Anuria de 3 días dolor lumbar bilateral	3	PI	Complicación potencial de insuficiencia renal relacionado con obstrucción ureteral por proceso maligno manifestado por anuria y dolor lumbar bilateral			Aplicar analgésicos SOM Dolac 6/8 hrs 1 M Dorivana 6/6hr 1 M Novam 6/12hrs 1 M Insistir en las técnicas de relajación practicandolas una vez por turno	20 Feb Se observa que con la misma dosis de medicamentos no se obtiene alivio del dolor  El paciente realiza la relajación con dificultad cuando hay crisis de dolor El paciente coopera en su movilización
Colestasia funcionando sin problemas	4	I		El paciente se movilizará pasivamente con ayuda conservando la integridad de la piel	Favorecer la movilización del paciente  Cuidar la integridad de la piel evitando úlceras por decubito	Insistir en las técnicas de relajación practicandolas una vez por turno directamente con el paciente  Movilizar al paciente cada 2 horas proporcionando masaje en espalda Proteger áreas de presión	22 Feb paciente muy tenso y angustiado  23 Feb piel en buenas condiciones
El paciente presenta dificultad para la movilización debido al dolor, se observa al paciente tenso	X	I	Severa alteración de la movilidad relacionada con incapacidad del paciente para moverse manifestada por dolor al movimiento				

VALORACIÓN FOCALIZADA	Nº	C	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	ORDENES DE ENFERMERIA	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
El paciente refiere no poder dormir en las noches tanto por dolor como por miedo	5	F C	Alteración del patron del sueño relacionado con miedo y dolor manifestado verbalmente por el paciente	El paciente comprenderá la causa de su miedo para que la acción de los medicamentos sea más efectiva	Favorecer el expresar el miedo del paciente en un medio ambiente tranquilo	Aprovechar momentos de masaje de espalda y relajación para ser escuchada del paciente  Adonar tranquilizante y respetar el tiempo de su efecto sin despertar al paciente Halcion 0.5mg V O 22 Hrs	20 Feb El paciente no logra conciliar el sueño en su totalidad  22 Feb la técnicas de relajación y masajes ayudan para estar más tranquilo  23 Feb El paciente reporta haber dormido un poco mejor
Debilidad extrema que no permite el baño en regadera	8	F	Défici de autocuidado relacionado con debilidad extrema manifestado por la imposibilidad de mantenerse de pie	El paciente conservara sus hábitos higiénicos de baño diario ayudado por el personal	Conservar higiene y cuidado de la piel	Baño de esponja diario Aseo de cavidades y acicalamiento general, respetando la independencia que pueda presentar el paciente	22 Feb El paciente se encuentra en adecuadas condiciones higiénicas
23 Feb Don Jesus manifiesta tener deseo de poder hablar con su esposa ya que cree que pronto va a morir, pero no sabe como enfrentar esta conversación	10	V	Afrontamiento individual ineficaz	El paciente hablara con su esposa de sus sentimientos	Facilitar la comunicación entre el paciente y su esposa	Explicar a la esposa la situación del paciente y de los deseos de establecer comunicación con ella. Preparar psicológicamente a la esposa para cuando el paciente decida abordar el tema ella no lo rechace	25 Feb el paciente inicia con comunicación con su esposa haciendo planes para el futuro y de lo que a ella le gustaria hacer  1 Mzo El paciente pregunta a la paciente que haria si el muriese  2 Mzo El paciente lleva diciendo lo difícil que es el hablar de su muerte con su esposa como una realidad

VALORACIÓN FOCALIZADA	No S	C	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	ORDENES DE ENFERMERIA	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<p>24 Feb se instalan tratamientos de tipo paliativo debido a la invasión del tumor y las condiciones del paciente por lo que Don Jesus entra en estado depresivo, manifestando un gran miedo a la muerte, cuestionando si "existira algo mas" o "que podria encontrarse en el otro lado" Presenta sentimientos de culpabilidad hacia su esposa por tenerla que dejar sola</p>	11	V	Sufrimiento espiritual Duelo	El paciente comprenderá el proceso de duelo	<p>"Estar con el paciente cuando este manifieste sus sentimientos</p> <p>Ayudarlo a aclarar sus dudas hacia la muerte y a definir lo que el siente por la misma</p> <p>Explicar el proceso de duelo</p>	<p>Promover la expresion de sentimientos y miedos</p> <p>Proporcionar un ambiente tranquilo que le ayude a la reflexión</p> <p>Incrementar relaciones mas profundas</p> <p>Observar cualquier manifestacion de esta necesidad de esta urgencia de algun tipo de intervencion u objeto</p> <p>No dar falsas esperanzas</p> <p>Ayudarlo en la toma de decisiones</p> <p>Ser puente de comunicacion entre el y su esposa</p>	<p>28 Feb El paciente habla mas sobre la muerte</p> <p>1 Mar El paciente pregunta en que fase del duelo está y como puede afrontarlo</p> <p>El paciente refiere el haber estado hablando con Dios para pedirle fortaleza</p> <p>No ha podido establecer un dialogo abierto con su esposa</p>
<p>El paciente manifiesta que su unica preocupacion es poder dejar plancada la vida de su esposa y pedir perdón a todos los que la ofendió en esta vida pero que no logra creer toda la que vino a morir</p>	12	V	Duelo	El paciente estará tranquilo en lo correspondiente a los planes con su esposa	<p>Favorecer los contactos necesarios con las personas que el paciente decida</p>	<p>Observar cualquier manifestacion de esta necesidad de esta urgencia de algun tipo de intervencion u objeto</p> <p>No dar falsas esperanzas</p> <p>Ayudarlo en la toma de decisiones</p> <p>Ser puente de comunicacion entre el y su esposa</p>	<p>El paciente ve su muerte como un hecho inminente</p>
<p>El paciente es dado de alta a su domicilio En donde se continuan las vistas</p>							

VALORACIÓN FOCALIZADA	Nº	C	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	ORDENES DE ENFERMERIA	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
La valoración en el domicilio del paciente							6 Mzo
Su estado general es crítico persistiendo los problemas de nutrición, de eliminación urinaria, movilidad y sueño	2 3 4 5	F	MISMOS DIAGNÓSTICOS	Que el paciente tenga una muerte tranquila y digna	Enseñar a los familiares a manejar al paciente en su domicilio con técnicas de movilización baño, aseó cavidades, masajes, protección de piel	Movilizar al paciente a sillón todas las mañanas y cambios de posición frecuentes  Baño diario con masaje  Poner protectores en prominencias óseas	Las condiciones de cuidado del paciente son excelentes observando una dedicación por parte de sus familiares  El paciente refiere sentirse agradecido y contento con lo anterior. Ya que también sus hermanos participan en su cuidado
4 Mzo							8 Mzo El paciente dice haber aceptado que va a morir
La angustia del paciente gira alrededor de no dejar ningún asunto pendiente y de no sentir dolor cuando muera	11 12	V C	Duelo	El paciente estará tranquilo y sin miedo al dolor en el momento de su muerte  Hablará con su esposa y demás personas que están pendientes	Establecer medidas de relajación profunda con visualización  Incrementar musicoterapia y lecturas específicas	Combinar relajación profunda y musicoterapia Alentar a la esposa a que escuche y hable con él	10 Mzo El paciente puede hablar con su esposa de su preocupación por ella cuando él muera y le ayuda a decidir aspectos inmediatos a su fallecimiento Controla el dolor con analgésicos y relajación
11 de Marzo El paciente refiere hambre y tener antojo de "Pichones"				El paciente comera "Pichones"	Consultar con médico el deseo del paciente	Explicar al médico las condiciones del paciente y sus deseos	El paciente comió la mitad de un pichón manifestando que estaba delicioso
13 de Marzo El paciente fallece sentado en su sillón después de haberse despedido de cada uno de sus hermanos y familiares, de la nieta de su esposa y su hermana			Muerte tranquila		Continuar contacto con esposa para ayudarla en su duelo		La esposa continúa asistiendo a visitas por varios meses

## 7.- CONCLUSIONES

La aplicación del Proceso de Enfermería utilizando el Modelo de Virginia Henderson en el caso de este paciente fue de gran utilidad, ya que desde un inicio se pueden ir observando la modificación que sufren las necesidades del paciente con respecto a su situación.

En este proceso se enfocaron básicamente los cuidados independientes de enfermería, no haciendo mayor mención de los problemas interdependientes, ya que las acciones de enfermería que se derivan de estas son ampliamente conocidas.

Se intento enunciar de manera explícita todos los pasos implicados en una decisión de enfermería, pero por lo general en la vida real se abordan en conjunto ya que estos se interrelacionan en las causas de dificultad o en las necesidades.

No obstante lo detallado que pueda ser un Proceso de Enfermería o un Modelo, siempre hay algo más que decir del paciente y que no encuentra uno donde ubicarlo.

En ocasiones el tener que establecer la Causa de Dificultad o un Diagnóstico(s) de Enfermería por cada necesidad era difícil, ya que en muchas ocasiones se presentaban en forma interrelacionada. Así mismo se encontró dificultad para expresar las características subjetivas del paciente, estando consientes de que se utilizaba más la intuición que la objetividad. Para lo anterior se trato de seguir los consejos manejados por Alfaro en cuanto a esta característica del cuidado enfermero, no tomando acciones hasta verificar si la intuición era verdadera.

Este Modelo también es de gran utilidad para la presentación de Casos o para la enseñanza ya que el seguir un orden en la valoración de las mismas nos va proporcionando una sistematización en nuestro trabajo pues la metodología se va integrando a los procesos mentales, llegándolo a dominar, lo cual nos da la ventaja de proporcionar una atención de más calidad. Sin embargo en la práctica clínica considero que no sería adecuado el sistematizar y desglosar absolutamente todos los pasos, pues se caería en el error de suponer que la enfermería es un conjunto de procedimientos y no una práctica holística, corriendo el riesgo de que el Proceso y el Modelo llegaran a ser más un fin que un medio.

Se considera que el Modelo elegido fue el más indicado para el tipo de paciente que se manejó, ya que un Modelo basado en el autocuidado, habría angustiado innecesariamente al paciente por el desenlace que tuvo el mismo.

Lo anterior me hace deducir que es imposible el implementar un solo Modelo para la totalidad de los pacientes, ya que estos deberán ser elegidos no por las características del hospital sino por las características y situación de los propios pacientes.

Se puede concluir que la Enfermera debe conocer varios Modelos para poder elegir el más adecuado a sus paciente, aunque considero que cada enfermera podría establecer su propio Modelo sin que esto implique que deje de ser una profesional, por el contrario, el que cada enfermera pueda establecer con cada paciente " su modelo " aplicado a sus características y necesidades, sea tal vez cuando verdaderamente, la practica de enfermería sea absolutamente profesional, independiente y libre, antes esta estuvo sujeta a Tecnicas, ahora no puede estar sujeta a Modelos.

Con lo anterior no se pretende minimizar la absoluta importancia que tienen las Teorías y Modelos actualmente en enfermería, ya que proporcionan un cuerpo de conocimientos propios de la práctica que la ayudan a proporcionar una atención individualizada y a la vez su reconocimiento profesional y el encuentro de su identidad.

El Proceso de Enfermería y los Modelos son excelentes instrumentos con los que cuenta la enfermera para su práctica, son peldaños para ir experimentando la potencialidad de la profesión, pero no son por ellos mismos la **esencia de enfermería**, la cual se explicaría como la auténtica interacción entre dos seres humanos y sus correspondientes espíritus.

## ANEXOS



## 1.-CÁNCER COLORRECTAL

En la década pasada, se ha hecho claro que la frecuencia del cáncer colorrectal esta cambiando de una predominancia en el recto hacia una localización en el colon. La causa de este cambio no se conoce hasta el momento, pero cerca de 70% de los casos y 80% de las muertes de cáncer del intestino grueso son debidos a tumores en el colon, el resto corresponde al recto. Hasta el momento, los patrones epidemiológicos no han cambiado lo suficiente para justificar que se describan las dos entidades por separado por lo cual se considera al cáncer de colon y de recto, como cáncer colorrectal.

### 1.1.-EPIDEMIOLOGÍA

Existen variaciones muy marcadas en cuanto a la frecuencia y la mortalidad a nivel internacional. Es claro hasta el momento que las causas de estas diferencias son de tipo ambiental y no genéticas y se ha postulado que:

1 - Las dietas que son bajas en fibras, termino utilizado por largo tiempo y que es un tanto inespecifico para englobar una variedad de carbohidratos no digeribles llevan a la formación de heces compactas, que tienen poco volumen y un transito muy lento de los componentes dietarios a lo largo del intestino. El transito intestinal lento, puede permitir un tiempo mayor para la formación de carcinógenos en el intestino y un mayor periodo en el cual estos carcinógenos estén en contacto con la pared intestinal. Este tipo de evacuaciones compactas lleva a que los carcinógenos estén presentes en mayores concentraciones que en las evacuaciones con gran cantidad de fibras y mayor volumen.

2 - Las dietas altas en grasa, particularmente grasas no saturadas, parecen asociarse con tasas altas de cáncer en el colon. El metabolismo de las grasas en el lumen intestinal se asocia con la producción de esteroides neutros, ácidos y de sus metabolitos, algunos de los cuales tienen similitud estructural con carcinógenos conocidos. Los ácidos biliares pueden desempeñar un papel en ello, ya que como es bien sabido, la concentración de estos y de esteroides neutros esta influida por la ingestión de grasas, como se ha demostrado en estudios controlados, se encuentran altas concentraciones de ácidos biliares en las heces de 82% de los pacientes con cáncer y solamente 17% de los grupos controles. La posibilidad de que los tumores por si solos cambien el metabolismo del contenido intestinal, complica los estudios.

3 - La flora bacteriana del intestino y particularmente los anaerobios, son capaces de conjugar las sales biliares, lo cual varia con la dieta y es un factor determinante en la composición química del contenido del intestino. Finalmente, gracias a su alto contenido de enzimas, es factible que algunos microorganismos puedan metabolizar la grasa de los ácidos biliares a carcinógenos.

### 1.2.-ETIOLOGÍA

Al igual que para la mayor parte de los tumores malignos, se desconoce la etiología precisa del cáncer colorrectal. Sin embargo, la tendencia actual es pensar que los factores dietarios mencionados anteriormente son los principales causantes, aunque tambien se han propuesto algunas bases genéticas, así, el cáncer colorrectal se ha asociado a los polipos adenomatosos. Los adenomas vellosos se encuentran definitivamente asociados al mismo y las poliposis congénitas múltiples del colon, tienen un potencial muy importante para su malignización.

La colitis ulcerativa de la misma manera parece tener un potencial para estimular el desarrollo de un carcinoma en las partes enfermas. Todo ello ha hecho que algunos autores consideren como lesiones precancerosas a los adenomas vellosos, a la colitis ulcerativa, a la poliposis familiar y al síndrome de Gardner.

Con respecto a los pólipos adenomatosos, existe mucha controversia hasta el momento en lo que respecta a si son o no, lesiones que contribuyan al potencial maligno.<sup>7</sup>

### 1.3.-FISIOPATOLOGIA

El 95% de los tumores colorrectales se originan con el desarrollo de un polipo adenomatoso benigno situado en el intestino grueso y el recto, este puede degenerar hasta convertirse en un tumor maligno en un periodo de 5 años o más. Los adenomas vellosos tienen entre un 40 y un 50% de posibilidades de transformarse en malignos.

La mayoría de los tumores colorrectales son adenocarcinomas, otros son carcinoides, leiomiomas y linfomas. Los ganglios linfáticos regionales están afectados en al menos la mitad de los pacientes en el momento del diagnóstico. La mayoría de los tumores de colon se extienden a los ganglios periaórticos, mientras que el carcinoma anal se disemina hacia los ganglios perineales. Las metástasis a distancia suelen aparecer más frecuentemente en el hígado y los pulmones.

La tasa de supervivencia a los 5 años para los pacientes con la enfermedad localizada es del 87% para los tumores de colon y del 79% para los rectales. Estas tasas se reducen a la mitad cuando existe afectación regional o distal. Incluso con un tumor de gran tamaño y la invasión de las estructuras adyacentes, el pronóstico es favorable si se proporciona un tratamiento apropiado. Solo las metástasis a distancia impiden la posibilidad de una curación.<sup>8</sup>

### 1.4.-SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas más comunes del cáncer colorrectal son la hemorragia rectal, seguida de cambios en el patrón intestinal (estreñimiento o diarrea), cantidad excesiva de gas, distensión, calambres, obstrucción y anemia inexplicada. El tipo de síntomas depende de la localización del tumor. Las lesiones colónicas del lado izquierdo producen alteración en los hábitos intestinales, disminución del calibre de las heces (del tamaño de un lápiz), y urgencia para defecar, dolor abdominal vago y hemorroides. Las lesiones colónicas de lado derecho pueden provocar anemias inexplicada por déficit de hierro y sangrado de las vías gastrointestinales. Los tumores del colon sigmoide se caracterizan por la obstrucción como consecuencia del crecimiento en anillos concentricos. Los tumores rectales provocan sangrado rectal abundante y tenesmo, con sensación de evacuación incompleta.

Los síntomas del cáncer en los ancianos pueden consistir en problemas generalizados, como confusión, debilidad, pérdida de peso o incapacidad para seguir adelante. Por ejemplo, un cambio en los hábitos intestinales puede ser un síntoma de cáncer colorrectal o puede deberse a otros factores, como la dieta, la ingesta de líquidos, la falta de ejercicio o la medicación.<sup>9</sup>

<sup>7</sup>ibidem p 194

<sup>8</sup>TEJERA A. "Cáncer Colorrectal y otros Cánceres Gastrointestinales" en Enfermería y Cáncer p 82

<sup>9</sup>ibidem p 82

## 1.5.-TRATAMIENTO

TRATAMIENTO MÉDICO
<b>CIRUGÍA</b> Resección local de tumores rectales bien diferenciados. Resección de lesiones primarias de colon pinto con todo el mesenterio que contenga ganglios linfáticos a los que es probable que se haya extendido el tumor anastomosis terminoterminal (solo tratamiento curativo). Resección en bloque del colon, el intestino delgado, la vejiga, el útero y o los ovarios. Desviación quirúrgica de tumores obstructivos irresecables, con la creación de un estoma fecal.
<b>RADIO TERAPIA</b> Radioterapia intraoperatoria. Implantes radioactivos. Terapia con radiación externa para tumores rectales obstructivos inoperables. Irradiación transanal. Terapia coadyuvante postoperatoria con sensibilizadores de radiación para tumores disecantes de la pared del intestino o con ganglios linfáticos positivos. Paliación.
<b>QUIMIOTERAPIA</b> Regimen coadyuvante de 5-Fluorouracilo (5-FU) con levamisol. Radiación de sensibilización con 5-FU y metronidazol.
<b>LASER ENDOSCOPIO</b> Para tumores rectales obstructivos irresecables.

### Cirugía

El objetivo de la intervención quirúrgica es la resección de colon con márgenes libres de enfermedad. El tumor y sus vasos sanguíneos se resecan en bloque, junto con las estructuras linfáticas y vasculares proximales. Se realiza una biopsia del hígado y de los ganglios linfáticos regionales durante el procedimiento quirúrgico para determinar la extensión de la enfermedad. El tamaño y la localización del tumor y la evidencia de metastasis determinan el tipo y la extensión de cirugía. Cada paciente es también evaluado en base a su edad, estado nutricional y presencia de perforación u obstrucción. En general, el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal es el siguiente:

**Tumor en la parte superior del recto (a 12cm del borde anal): colectomía anterior.**

**Tumor en la mitad del recto (a 7-11 cm del borde anal): procedimiento para salida al exterior.**

**Tumor en la parte inferior de recto ( a 7 cm o menor del borde anal): resección perineal abdominal y colostomía.**

**Tumor de la porción derecha del colon: Colectomía o colostomía derechas.**

**Tumor de la porción izquierda del colon: colectomía o colostomía.**

**Tumor en el colon sigmoide: resección sigmoide.**

La cirugía puede también llevarse a cabo para aliviar el dolor, el olor desagradable o la hemorragia. En casos de enfermedad metastásica mas extensa puede ser necesaria una cirugía mas amplia, como la exenteración pélvica ( extirpación de la vejiga urinaria y del recto y creación de un conducto ileal colostomía sigmoide) <sup>4</sup>

## 1.6.-CUIDADOS

### CUIDADOS PREOPERATORIOS

El paciente será sometido a algún tipo de preparación intestinal que por lo general incluye 2 o 3 días de dieta líquida, una combinación de laxantes o enemas y antibióticos orales para esterilizar el intestino. El antibiótico de elección puede ser la neomicina, la kanamicina, la bacitracina o la eritromicina, cada uno de los cuales suprime tanto los microorganismos anaerobios como los aerobios del colon. Este régimen no se emplea para el paciente que tiene una obstrucción.

Otros aspectos de cuidado preoperatorio incluyen las instrucciones sobre la necesidad de girarse de un lado a otro, la tos y la respiración profunda, la sujeción de la herida y los ejercicios con las piernas. El paciente debe saber que después de la intervención quirúrgica llevará vías intravenosas, una sonda de Foley, una sonda nasogástrica y apósitos abdominales.

Si se ha de formar un estoma, es necesario notificarlos al estomaterapeuta para que se marque el punto donde estará situado el estoma antes de la intervención. Este estoma debería estar lejos de la línea de la cintura, de los pliegues cutáneos, de las cicatrices y de la incisión abdominal. Habitualmente se localiza por debajo del ombligo, en la prominencia infraumbilical, donde el paciente puede ver y alcanzar la bolsa fácilmente.

### CUIDADOS POSOPERATORIOS

Debe valorarse al paciente para determinar si los signos vitales son estables y si ha recuperado el ruido intestinal. Debe vigilarse el apósito de la herida por si aparece drenaje o sangrado y debe cambiarse según necesidad. Hay que controlar la sonda nasogástrica y la sonda de Foley para verificar su permeabilidad y la cantidad y el color del drenaje. Es necesario mantener un registro exacto de los aportes y las pérdidas a fin de mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos. Debe observarse el punto del estoma para determinar su tamaño, color (debe ser rosado) y grado de humedad. El drenaje debe ser escaso y serohemático.

Para estos pacientes, los aspectos importantes del cuidado de enfermería son la inducción de la tos, la respiración profunda, la ambulación temprana, la nutrición adecuada, el control del dolor, el cuidado metuculoso de la herida y el estoma y la permeabilidad de la sonda nasogástrica y de Foley en el postoperatorio.

El íleo paralítico, que es una complicación común tras la cirugía abdominal, provoca los clásicos signos de incremento del perímetro abdominal, distensión, náuseas y vómitos. Las intervenciones incluyen la descompresión intestinal con una sonda nasogástrica, el ayuno y el incremento de la actividad del paciente.

En México, este tumor parece ser menos frecuente que el cáncer gástrico, sin embargo, se carece de cifras confiables de frecuencia a nivel nacional. Gran número de pacientes tienen enfermedad diseminada cuando se diagnostican, y de los pacientes a los que es posible efectuar cirugía radical con intención curativa, seguirán vivos sin tumor poco más de 50% a los cinco años. El pronóstico de los pacientes operado en forma radical es menos malo que el del adenocarcinoma del estómago, sin embargo, la quimioterapia es menos eficaz, la radioterapia es más útil en el carcinoma del recto que en otras localizaciones del intestino grueso y que en el estómago.

\* BELCHER A. Enfermería y Cáncer. Mosby 1995.

LIBRA P. "Quimioterapia y Radioterapia en Neoplasias del Aparato Digestivo" en Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. p.p. 355-356.

**Cuadro 34-5. Medicamentos utilizados en cáncer de colon y recto**

Fármaco	Eficacia (%)
5-Fluorouracilo	18
Metil-CCNU	18
Mitomicina C	12
BCNU	10
CCNU	9

**QUIMIOTERAPIA**

Existen varios fármacos que tienen alguna eficacia en esta neoplasia El fármaco de elección ha sido durante muchos años el 5-fluorouracilo, el cual ha sido reportado por tener mayor eficacia con dosis altas, pero esto produce toxicidad importante que no compensa la relativa ganancia en la frecuencia de remisiones En el cuadro 34-5 se presentan los agentes útiles en el adenocarcinoma colorrectal

Las combinaciones de fármacos no han sido tan eficaces como en otras neoplasias puede afirmarse que actualmente el utilizar una combinación para esta enfermedad debe quedar restringido al uso dentro de protocolos de investigación clínica No hay ninguna combinación que produzca resultados que justifiquen su empleo como tratamiento de elección (cuadro 34-6)

La respuesta que se logra con quimioterapia consiste siempre en remisiones parciales y de duración no muy larga.

Esta es una neoplasia en donde se necesita mucho el desarrollo de nuevos fármacos que produzcan mejores resultados que los obtenidos hasta ahora

**Cuadro 34-6. Eficacia con la combinación de medicamentos utilizados en cáncer de colon y recto.**

Combinación	Eficacia (%)
5-Fluorouracilo, metil-CCNU, vincristina, estreptozocina	27
5-Fluorouracilo, metil-CCNU, vincristina	23
5-Fluorouracilo, metil-CCNU	20
5-Fluorouracilo, metil-CCNU, DTIC*	14

\* DTIC = diamino-triaceno-imidazol-carboxamida.

•

## QUIMIOTERAPIA ASOCIADA A CIRUGÍA

Como ya se había mencionado, existe un grupo de pacientes en los que habrá recidiva tumoral a pesar de cirugía radical.

Esto está directamente relacionado a la extensión del tumor primario, como se puede apreciar en el cuadro 34-7, en donde se utiliza la clasificación de Dukes modificada.

Desde hace mucho tiempo se ha estado utilizando quimioterapia poscirugía en aquellos pacientes con pronóstico desfavorable, principalmente los que tienen lesiones C1 y C2 de la clasificación de Dukes. Se han empleado combinaciones de fármacos y 5-fluorouracilo solo. No hay diferencia entre los diferentes programas de quimioterapia. En general, la quimioterapia produce muy poco beneficio. La ganancia en pronóstico es poco menos de 10%, sin que se haya podido demostrar que estadísticamente sea significativa.

El que hasta ahora no se hayan podido obtener resultados satisfactorios, no quiere decir que la idea de administrar tratamiento poscirugía en los casos de mal pronóstico deba abandonarse; al contrario, debe continuarse la búsqueda de alguna terapia que mejore el pronóstico de estos pacientes.

Cuadro 34-7. Pronóstico de cáncer de colon y recto

Extensión de la neoplasia	Supervivencia a 5 años (%)
Dukes A Tumor limitado a la mucosa y submucosa	80-90
Dukes B1 El tumor atraviesa la muscular pero respeta la serosa; los ganglios son negativos	70
Dukes B2 El tumor llega o atraviesa la serosa invade la grasa pericolónica. Ganglios negativos	55
Dukes C1 El tumor respeta la serosa. Ganglios positivos	50
Dukes C2 El tumor atraviesa la serosa. Ganglios positivos	25

## RADIOTERAPIA

La radioterapia juega un papel importante en el tratamiento de las lesiones del recto. Esta se ha usado tanto antes como después de cirugía en los casos en que esta es posible. No existe un acuerdo acerca de si es mejor su utilización pre o poscirugía. Uno u otro método tiene pros y contras.

El hecho definitivo es que parece ser que el paciente que se somete a radiación antes o después de cirugía radical se asocia a un mejor pronóstico. La radiación también puede ser utilizada en casos inoperables o cuando hay recidiva tumoral a pesar de cirugía radical. En estos pacientes la radioterapia no solo puede llegar a producir una excelente paliación, si no que en algunos casos el tiempo de supervivencia puede ser prolongado al agregar quimioterapia en estos casos parece ser que mejora los resultados, sin embargo, la toxicidad es mayor y debe valorarse cuidadosamente el riesgo/beneficio del tratamiento en estos pacientes.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ibidem p.p 355-356.

## 1.7.- GUÍA DE INFORMACIÓN GENERAL

### Prevención, búsqueda y detección temprana

El número de personas que contraen cáncer va en aumento. Algunos de estos cánceres pueden curarse en los estadios tempranos, pero no cuando la enfermedad está demasiado avanzada. La detección y el tratamiento tempranos son las claves de la curación del cáncer, pero su prevención es incluso mejor.

#### Directrices generales de prevención

Usted puede hacer mucho para evitar o prevenir el cáncer. Se ha demostrado científicamente que el hábito de fumar provoca cáncer, así pues si fuma, deje de hacerlo. Lo que come puede también tener efecto sobre la aparición del cáncer. A continuación se detallan recomendaciones para la prevención del cáncer:

- Reduzca la cantidad de grasa en la dieta al 30% de su ingesta calórica diaria.
- Limite la cantidad de alcohol que ingiere a una o dos bebidas al día.
- Limite la cantidad de alimentos asados al carbón, ahumados o salados que come.
- Mantenga su peso ideal.
- Coma alimentos ricos en:
  - Vitamina A: albaricoques, melocotones, zanahorias, espinacas, espárragos, calabaza boniatos.
  - Vitamina C: naranjas, limones, pomelo, fresas, tomates, col y nueces.
  - Vitamina E: lechuga, alfalfa y aceites vegetales.
  - Fibras. Verduras y frutas frescas, pan y cereales integrales, frutos secos, judía y guisantes.

#### Directrices para la prevención, búsqueda y detección temprana de los cánceres comunes.

**Cáncer de mama.** Reduzca la cantidad de grasa de su dieta. Cualquiera de los siguientes signos y alguna combinación de ellos puede constituir una señal de advertencia de la presencia de cáncer: un bulto en la mama, aparición de hoyuelos en la piel, hundimiento del pezón o secreción procedente de este, hinchazón de la mano o cambio de su tamaño o forma. La detección temprana incluye la autoexploración de las mamas una vez al mes, una exploración anual de mamas realizada por un profesional sanitario, una mamografía basal entre 35 y 39 años y una mamografía anual después de los 40 años. Si tiene antecedentes familiares de cáncer de mama, debe comenzar el control mediante mamografía a los 30 años de edad.

**Cáncer cervical.** Evite las relaciones sexuales a una edad temprana (especialmente antes de los 18 años) y no tenga parejas múltiples. Utilice preservativos y practique una buena higiene perineal. Los signos de advertencia del cáncer incluyen hemorragia vaginal anormal o pequeñas pérdidas después del coito. Para la detección temprana se requiere la práctica de una extensión de Papanicolaou anual para las mujeres mayores de 18 años. Después de realizar al menos tres revisiones normales, pueden llevarse a cabo las pruebas con menor frecuencia.

**Cáncer de colon/recto** Siga las directrices dietéticas indicada anteriormente. Haga que le extirpen los polipos colorrectales. Los signos de advertencia de la presencia de cáncer incluyen hemorragia rectal, cambios en las heces, dolor abdominal y sensación de presión en el recto. La detección temprana requiere una exploración digital rectal anual a partir de los 40 años, una prueba para la detección de sangre en heces a partir de los 50 años y una exploración anual del colon con un instrumento especial (sigmoidoscopio) a partir de los 50 años.

**Cáncer de endometrio** Siga las directrices dietéticas indicadas anteriormente. Conente con su médico los beneficios y los riesgos de la terapia con estrógenos si ya ha pasado la menopausia. Los signo de advertencia de la presencia de cáncer incluyen el sangrado y el dolor vaginal anormal o una tumoración en el abdomen. La detección temprana requiere exploraciones vaginales y biopsia de endometrio al llegar a la menopausia y en las mujeres de alto riesgo.

**Cáncer de la cabeza y del cuello** Siga las directrices dietéticas indicada anteriormente. Evite el tabaco en todas sus formas. Practique una buena higiene bucal. Los signos de advertencia del cáncer incluyen dificultad para masticar, dolor de garganta persistente, afonía, cambios de color en la boca, dolor de oído, un bulto en el cuello, pérdida del olfato y dificultad para respirar. La detección temprana requiere exámenes bucales mensuales y una exploración medica física anual.

**Cáncer de pulmón** No fume. Siga las directrices relativas al ambiente laboral para reducir la exposición a las sustancias causantes del cáncer. Los signos de advertencia incluyen tos o resfriado persistente, dolor torácico, silbancia, dificultad para respirar y cambios en el volumen y el olor de los esputos. No existen pruebas para la detección temprana.

**Cáncer de próstata** No existen directrices preventivas para el cáncer de prostata. Los signos de advertencia incluyen dificultad para orinar, micción frecuente y dolorosa y sangre en la orina. La detección temprana requiere una exploración rectal digital anual a partir de los 40 años.

**Cáncer de piel** Utilice una crema solar protectora con factor de protección solar de al menos 15 (se indica en el frasco) y lleve prendas de vestir que lo protejan cuando esta expuesto al sol. Evite las cabina de rayos bronceadores. Los signos de advertencia del cáncer incluyen cambios en una verruga o un lunar y aparición de una úlcera que no cicatriza. La detección temprana requiere una exploración física anual y autoexámenes de la piel mensuales, con especial atención a los lunares, las verrugas, y marcas de nacimiento.

**Cáncer de testículo** No existe directrices de prevención para el cáncer de testículo. Los signos de advertencia del cáncer incluyen hinchazon, aparición de un bulto o sensación de pesadez en el testículo. La detección temprana requiere una exploración física anual y una autoexploración testicular mensual.

ESTA TEXTO NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

ALFARO R. Aplicación del Proceso de Enfermería . 2ª ed. Ed. Mosby Doyma. Barcelona 1995.

BARE B.G. Enfermería Médico Quirúrgica . Ed. Interamericana Mc. Graw-Hill, México 1994.

BELCHER A. E. Enfermería y Cáncer . 1ª ed. Ed. Mosby Doyma Madrid 1995.

BISHOP MARQUIS S. Razonamiento Lógico en Modelos y Teorías de Enfermería Barcelona 1989 .

CARPENITO L.. Diagnósticos de Enfermería . Ed. Interamericana Mc. Graw-Hill . México 1988.

CHARMERS F. ALAN Las teorías como estructuras . Mecanograma.

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

FERNÁNDEZ FERRIN CARMEN. El proceso de atención de Enfermería. Estudio de casos. Ediciones científicas y técnicas S. A.. Barcelona 1995.

GARRIDO ABEJAR Dolores. Modelos y Teorías en enfermería : Un enfoque epistemológico. Enfermera al Día (México D.F. febrero 1994).

GUTIERREZ S. C. Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo . Ed. Manual Moderno México 1990.

HERNANDEZ C.J. Historia de la Enfermería. Ed. Interamericana . Mc. Graw- Hill Madrid 1994 .

HENDERSON, V La Naturaleza de la Enfermería. Ed. Interamericana . México 1994 .

IYER PATRICIA, et. al Proceso de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería, Ed.. Interamericana Mc. Graw-Hill, México 1990.

M. T. LUIS Diagnósticos Enfermeros 2ª ed. Ed. Mosby Doyma Barcelona 1995.

MORA, C. Fernando. La construcción de un cuerpo teórico en enfermería. Enfermera al Día (México D.F. febrero 1994) .

MARRINER-TOMEY . Modelos y Teorías de Enfermería . Ed. Doyma Barcelona 1995

MARRINER A. Modelos y Teorías de Enfermería. Ed. Mosby Doyma Barcelona 1989

MARRINER A. EJ proceso de Atención de Enfermería. Ed. Manual Moderno. México 1983.

NOTTER E. L. Principios de la Investigación en Enfermería .Ed .Doyma Barcelona 1992.

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

WEBER .R . Diálogos con científicos y místicos . De. Liebre de Marzo Barcelona 1994.