



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON
CÁNCER DE VEJIGA Y PORTADOR DE NEOVEJIGA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MÓNICA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

NUMERO DE CUENTA: 88503051

DIRECTORA:

Lic. Gloria Rodríguez Díaz



JUNIO 2006



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.

DEDICATORIA

A MIS PADRES Y HERMANOS:

Con todo mi cariño y respeto

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

*Por haberme permitido llegar
a donde estoy.*

A mis Padres:

*Por todo su apoyo, amor incondicional
y ejemplo de lucha incansable.*

A mis hermanos:

Por su comprensión y apoyo.

A todos los profesores:

Por su motivación y consejos para seguirme superando.

A la maestra Gloria:

Por su ayuda invaluable que hizo posible la terminación de este trabajo.

A todas las enfermeras:

*Que día a día alivian el dolor y hacen la vida
más agradable de los pacientes que atienden*

A todas las personas:

En la historia de mi vida que me han brindado su apoyo y sincera amistad.

¡Mil gracias!

ÍNDICE

	Páginas
1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. OBJETIVOS	7
3.1 General	7
3.2 Específicos	7
4. METODOLOGÍA	8
5. MARCO TEÓRICO	10
5.1 CUIDADO DE ENFERMERÍA	10
5.1.1 EL CUIDADO	10
5.1.2 Metaparadigma de enfermería	13
5.1.3 Teorías de enfermería	15
5.1.4 Modelo de Virginia Avenel Henderson	18
5.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	27
5.2.1 Valoración	30
5.2.2 Diagnóstico	33
5.2.3 Planeación	37
5.2.4 Ejecución	39
5.2.5 Evaluación	40
5.3 RELACIÓN TERAPÉUTICA	42
5.4 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO URINARIO	47
5.5 CÁNCER DE VEJIGA	64
5.6 CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON NEOVEJIGA	74
5.7 ASPECTO PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL OSTOMIZADO	75
6. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	79

6.1	Presentación del caso clínico	79
6.2	Valoración de las 14 necesidades de acuerdo a Virginia Henderson	82
6.3	Diagnósticos de Enfermería, Plan de intervenciones y Evaluación	90
6.4	Evaluación General del Proceso Atención de Enfermería	116
7.	PLAN DE ALTA	119
8.	CONCLUSIONES	123
9.	GLOSARIO	125
10.	BIBLIOGRAFÍA	127
11.	ANEXOS	130

1. INTRODUCCIÓN

La salud es primordial para los seres humanos, siendo necesaria para crecer y desarrollarse normalmente, así como poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Para que haya salud debe existir un equilibrio entre la persona y su entorno. El individuo aprende a cuidar su salud, de acuerdo al medio en el que crece, influido por las enseñanzas de la familia, la sociedad y la cultura a la que pertenece, así mismo cada individuo reacciona de forma diferente ante la enfermedad.

El concepto de salud es multidimensional; incluye independencia, optimismo, sensación de bienestar psicológico, físico, emocional, social y espiritual (Plawecki, 1997). En la pérdida de la salud, se conjugan factores internos y externos del individuo que favorecen el desarrollo de la enfermedad, afectando a todos los aspectos de su vida como son: biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

En el desarrollo de la enfermedad existen algunas que causan mayor trauma en el aspecto psicológico del individuo. Una de estas enfermedades es el cáncer, ya que es común que el individuo al saber que lo padece, lo relacione con la muerte. El paciente con cáncer, en general requiere de tratamientos muy agresivos tales como: la quimioterapia, radioterapia y cirugías mutilantes, que ocasionan efectos adversos que deterioran su sistema inmunológico, la imagen corporal, lesionan la piel, mucosas y/o dejan secuelas físicas muy marcadas que repercuten en el estilo de vida del enfermo.

En el caso de la persona que ha desarrollado un cáncer de vejiga, como parte del tratamiento quirúrgico puede ser necesaria la extirpación de ésta con la consecuente construcción de una derivación urinaria. Debido a los avances en las técnicas quirúrgicas se pueden realizar derivaciones urinarias incontinentes, en las que el paciente tendrá que portar todo el tiempo una bolsa recolectora adherida al abdomen; o derivaciones urinarias continentales como la neovejiga, a la que el paciente tendrá que estar cateterizando periódicamente, siendo esta la más parecida funcionalmente a la vejiga normal.

Aún así, el individuo que es sometido a una cirugía en la que portará un reservorio urinario, se enfrenta junto con su familia a cambios drásticos en la forma de satisfacer sus necesidades y de realizar sus cuidados, principalmente en cuanto a la necesidad de eliminación, teniendo que adaptarse y aprender a llevar un nuevo estilo de vida.

Es por ello, que estos pacientes deben ser tratados por un equipo multidisciplinario, en el que intervenga el cirujano oncólogo, radioterapeuta, médico oncólogo, trabajadora social, psicólogo y la enfermera.

La participación de enfermería tiene gran relevancia en la atención y rehabilitación del paciente con una neovejiga, ya que todos sus cuidados deben estar dirigidos a evitar complicaciones y lograr en él la independencia. Mediante los cuidados específicos y la enseñanza sobre el manejo del reservorio urinario o neovejiga, se favorecerá la reintegración más prontamente a su núcleo familiar, laboral y social, teniendo así, una mejor calidad de vida.

Para la elaboración de este trabajo, se aplica el Proceso Atención de Enfermería a un paciente con cáncer de vejiga que le realizaron una derivación urinaria continente, permitiéndonos constatar el cambio radical ocasionado en la vida de la persona afectada, el gran impacto psicológico y la importancia que tienen los cuidados de enfermería para que el paciente se reintegre a su nuevo estilo de vida.

En el primer apartado se menciona El cuidado, metaparadigma de enfermería, teorías de enfermería, el modelo de Virginia Henderson y se describen las diferentes etapas del proceso de enfermería.

Posteriormente encontramos la anatomía y fisiología del aparato urinario, la fisiopatología de cáncer de vejiga, cuidados de enfermería y aspectos psicológicos y sociales del ostomizado.

En el siguiente apartado se aplica el proceso de atención de enfermería, describiendo la valoración de las 14 necesidades según el Modelo de Virginia Henderson, diagnósticos de enfermería de acuerdo a la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), plan de cuidados y evaluación general.

Como último apartado se encuentra el plan de alta, conclusiones, glosario, bibliografía y anexos como: el instrumento de valoración de las 14 necesidades básicas y el esquema de la historia natural de cáncer de vejiga.

Se espera que este trabajo sirva como ejemplo evidente de haber adquirido conocimientos más amplios al haber cursado el nivel Licenciatura de Enfermería y Obstetricia y la relevancia que tiene el aplicar el Proceso Atención de Enfermería. También nos permite contar con otra visión sobre el papel de enfermería reflejándolo en los cuidados que proporciona, así mismo, se espera que este proceso sirva como guía o referencia a otros pasantes de la carrera.

2. JUSTIFICACIÓN

La enfermería es una profesión enfocada específicamente al cuidado de la salud. El profesional de esta disciplina debe estar preparado para cubrir las necesidades que demanda la sociedad, tanto para la prevención, tratamiento y rehabilitación.

La enfermera como profesionista al cuidado de la salud, es parte esencial en el logro de los objetivos del sistema nacional de salud. Dado que actualmente se le ha dado gran auge a la calidad en los servicios de salud, se han desarrollado programas en los que la enfermera debe contar con los conocimientos científicos y habilidades para proporcionar cuidados con calidad y además debe estar en constante actualización de sus conocimientos, logrando así cubrir las necesidades del paciente, familia y comunidad.

El Proceso Atención de Enfermería es una herramienta metodológica para quien se desarrolla en el campo de la enfermería, nos ayuda a garantizar una atención con calidad, debido a que se proporcionan cuidados con fundamento científico y holístico. Se toman en cuenta todos los aspectos del ser humano, el medio al que pertenece y se respetan sus creencias y costumbres de manera que no afecten en su salud.

El Proceso Atención de Enfermería esta conformado por cinco etapas como son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, las cuales nos permiten, revalorar y mejorar en todo momento los cuidados.

La enfermera(o) a través del Proceso Atención de Enfermería demuestra sus conocimientos científicos y criterio propio capaz de dar solución a las respuestas humanas en la salud y enfermedad, así mismo le permite cierta autonomía mediante el desarrollo de un pensamiento crítico lógico.

Por todo lo anterior y tomando en cuenta que el cáncer de vejiga representa la localización más frecuente de los cánceres del tracto urinario, que se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino¹ y que en México en 1995 ocupó el 7º. lugar de las neoplasias malignas en el hombre², se decidió elaborar el Proceso Atención de Enfermería a paciente con cáncer de vejiga como opción para la titulación. Además es el método que nos ayudará y guiará en nuestro quehacer diario, permitiéndonos el desarrollo de nuestra práctica de manera satisfactoria tanto para la enfermera(o) como para las personas a las que atendemos.

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería a un paciente con cáncer de vejiga al que le realizaron una neovejiga, resulta además interesante ya que este tipo de cirugía se realiza de forma esporádica y representa un reto para la enfermera(o) por todas las implicaciones que conlleva, por la repercusión que tiene en todos los aspectos de la vida y en el que los objetivos de enfermería abarcan hasta la enseñanza de los cuidados que el propio paciente realizará para lograr que vuelva a ser independiente y se adapte lo mas pronto posible a su nuevo estilo de vida.

¹ Walsh P.C. Campbell Urología. Pág. 1090-1133.

² <http://www.internet.uson.mx/webpers/platt/cancer.htm>.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL:

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a un adulto maduro con cáncer de vejiga para mejorar su calidad de vida, evitar complicaciones, favorecer su independencia y reintegración a su núcleo familiar, laboral y social mediante cuidados con fundamento científico y metodológico.

3.2 ESPECÍFICOS:

- Elaborar la valoración y los diagnósticos de enfermería, de acuerdo a los problemas o riesgos de salud detectados en la persona seleccionada.
- Aplicar el plan de atención, dando cuidados de calidad mejorando la situación de salud del enfermo oncológico.
- Capacitar al paciente y su familia sobre los cuidados específicos y generales de la neovejiga, para favorecer su independencia y aceptación de su nuevo estilo de vida.
- Evaluar el proceso del cuidado por cada una de las fases y en forma integral, tomando en cuenta los resultados esperados y satisfacción de expectativas del enfermo, el equipo multidisciplinario y el profesional de enfermería.

4. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de este trabajo, se contó con un seminario taller Proceso de Enfermería, que aunque previamente ya se tenían conocimientos adquiridos en la formación básica de enfermería, fue necesario revisarlos de manera amplia y/o reforzarlos. Se nos dio la información relacionada a las teorías de enfermería y modelo de Virginia Henderson considerada filósofa en enfermería que dio grandes aportaciones como docente, escritora e investigadora.³

Se llevó a cabo la selección de un caso clínico, eligiendo a un paciente con cáncer de vejiga al que le realizaron una derivación urinaria continente (neovejiga) para la aplicación del proceso, usando el modelo de Virginia Henderson.

Posteriormente se llevó a cabo la investigación bibliográfica y documental por vía Internet, revistas y libros sobre el Proceso de Enfermería, metaparadigma de enfermería, el cuidado, etc., seleccionando y clasificando la información para integrar parte del marco teórico.

Se recolectó la información sobre el paciente, a través de la entrevista, observación y exploración física aplicando la guía de valoración de las 14 necesidades según Virginia Henderson. Se recopiló la información sobre anatomía y fisiología del aparato urinario, fisiopatología del cáncer de vejiga y se realizó el esquema de la Historia Natural de la Enfermedad con los niveles de prevención.

³ <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

Posteriormente se elaboraron los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) con el formato Problema, Etiología y Sintomatología (PES) con el respectivo objetivo, cuidados de enfermería, fundamentación y evaluación. Se hizo una evaluación general y conclusiones de todo el trabajo.

La asesoría para la elaboración del Proceso Atención de Enfermería fue periódica para la revisión, corrección y aprobación de los elementos teóricos metodológicos incluidos en el presente trabajo.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 CUIDADO DE ENFERMERÍA

5.1.1 EL CUIDADO

Los cuidados han existido desde los orígenes de la vida y son necesarios para preservarla. Los cuidados están encaminados a procurar la satisfacción de las necesidades de los seres vivos, como son: alimentación, protección contra las inclemencias del clima, descanso, etc.

Estos se han venido realizando desde el origen de la vida, tanto seres vivos irracionales ya sea por instinto de supervivencia y seres racionales (el hombre). Al principio el hombre los realizó de forma empírica e individual, buscando su alimento, refugio y defensa contra los animales; después se empezó a organizar en grupos sociales, al admitir que todos los seres humanos necesitamos de otros para facilitar la satisfacción de sus necesidades y supervivencia. Es así como toma conciencia de la importancia de transmitir conocimientos y experiencias sobre los cuidados de generación en generación para preservar la especie.

El ser humano al nacer, vive rodeado de cuidados que son proporcionados por otros seres humanos adultos, principalmente de la madre, es así como satisface sus necesidades básicas vitalmente indispensables, estos son transmitidos esencialmente por las manos, por el tacto, por el contacto de cuerpo a cuerpo.

Conforme pasa el tiempo el individuo va adquiriendo la capacidad, la fuerza y el conocimiento para cuidarse por si mismo, así como a otros seres humanos.

Los cuidados son necesarios tanto en la salud como en la enfermedad y están vinculados a la necesidad de garantizar la continuidad de la vida siendo irremplazables.

Durante las diferentes etapas de los seres humanos, desde el nacimiento hasta la muerte los cuidados son diferentes. Es así como al inicio de la vida están dirigidos a movilizar todas las capacidades para despertarlas y desarrollarlas, compensar las que todavía no se encuentran desarrolladas y reforzar las que comienzan a adquirirse.

En el caso de la cercanía hacia la muerte estos, están encaminados a compensar las capacidades alteradas o perdidas, reconfortar y mantener las que disminuyen o se debilitan y estimular las que se conservan con el fin de diferir su deterioro.

Cuidar es un acto de vida, su objetivo es permitir que la vida continúe y se desarrolle tanto en un individuo, grupo o de la especie⁴.

Los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Son actos de cualquier persona que brinda así mismo o a otra persona, que le asegurará lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo.

⁴ Colliere F. Promover la vida. pág. 7

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.

La variedad de los cuidados depende de su finalidad y estos pueden ser: ⁵

◆ Cuidados de estimulación

Se centran en despertar y desarrollar las capacidades más fundamentales.

◆ Cuidados de confortación

Son cuidados de aliento que permiten adquirir seguridad, firmeza, favoreciendo la renovación y la integración de la experiencia exterior para que haya adquisición.

◆ Cuidados de compensación

Sustituir todo lo que no ha sido todavía adquirido o lo que por alguna situación de enfermedad no se puede realizar por si mismo. Por lo tanto es, tomar el lugar de lo que la persona ya no puede hacer.

◆ Cuidados de mantenimiento y conservación

Tiene como propósito conservar, mantener las capacidades adquiridas a fin de que no se pierdan.

◆ Cuidados de la apariencia

Son los cuidados al aspecto personal e imagen corporal.

◆ Cuidados de tranquilización

Están orientados hacia la relajación y liberación de tensiones, también contribuyen a disminuir el dolor.

⁵ Colliere F. op. cit. pag. 10-12

Una profesión que está específicamente enfocada al cuidado del ser humano y que revisaremos a continuación es la de enfermería.

5.1.2 METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA

Para conocer el metaparadigma de enfermería, es necesario definir lo que es enfermería.

Por lo tanto se dice que Enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales; así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas⁶.

La esencia y la razón de enfermería, es cuidar la salud, a través de cuidados que permitan mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad; por consiguiente su campo de acción específico es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas.

Es al mismo tiempo una ciencia y un arte, conformada por un conjunto de conocimientos basados en teorías científicas y conceptos enfocados hacia la salud y el bienestar del cliente. La Enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos,

⁶ Rodríguez S. B. Proceso Enfermero. pag. 19

espirituales, sociales y físicos de la persona tanto enferma como sana y no solo del proceso médico diagnosticado al cliente.

La enfermería se esfuerza por adaptarse a las necesidades de las personas en diversos marcos, como el hogar, el trabajo, los centros de asistencia ambulatoria y los hospitales, a través de la interacción personal con los individuos, las familias y las comunidades.

El metaparadigma de enfermería está conformado por cuatro conceptos centrales interconectados que dan soporte y guían el pensamiento filosófico y teórico de la enfermería⁷.

Estos son y han sido interpretados de la siguiente manera:

Persona: Unidad totalmente indivisible, ser humano holístico o unitario con el ambiente, con necesidades, habilidad para interactuar y modificar su contexto, habilidad para cuidar de sí mismo y quien por sufrir una alteración de salud o por estar en riesgo experimenta desequilibrio o está en riesgo de experimentar desequilibrio.

Entorno: el contexto de la persona y que forma parte integral e indivisible de ella, con él interactúa o coexiste y cualquier modificación de la persona o del contexto se asimila recíprocamente.

⁷ Rubio D. S. La Construcción de Teoría en la Ciencia Formal. pags. 169-184.

Salud: Se identifica como la meta de enfermería. Estado o proceso que puede existir independientemente de la enfermedad, ya que una persona puede lograr un estado de bienestar a pesar de mantener una condición patológica que en circunstancias comunes se define como enfermedad (Chinn y Jacobs, 1987).

Cuidado de Enfermería:

Son las intervenciones de enfermería con el cliente o usuario y se define como lo que hace la enfermera para, por y con la persona.

La enfermera interactúa (interacción) con el ser humano (cliente de enfermería) quien a su vez es parte integral e indivisible de su contexto socio cultural (entorno) y quien esta en algún tipo de transición o cambio (transición), en una situación de salud; las interacciones de la enfermera y el cliente se organizan con algún propósito (proceso de enfermería) y la enfermera utiliza acciones terapéuticas para reforzar, restaurar o facilitar el estado de salud⁸.

5.1.3 TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno.⁹ Como profesión que tiene cada vez mas auge, la enfermería está ahora profundamente interesada en construir su propia y exclusiva base de conocimientos esenciales para la práctica de la enfermería.

⁸ Duran M. Ciencia en Enfermería. pag. 139

⁹ Marriner T.A. Introducción al análisis de las teorías de enfermería. pag. 13.

Una manera de poder llevar a cabo esta, son las teorías de enfermería y los modelos conceptuales, ya que sirven de dirección y guía para estructurar la práctica, la formación y la investigación de la enfermería profesional y diferenciar las aportaciones de la enfermería de las de otras profesiones e incrementar su autonomía, mediante la definición de sus propias funciones independientes.¹⁰

Nos ayudan a las enfermeras a describir, explicar y predecir las experiencias diarias, así como de guía para la valoración, las actuaciones y la evaluación de los cuidados que proporcionamos.

Las teorías varían en las definiciones según la filosofía personal de cada teórica, así como la orientación científica, la experiencia en enfermería y la forma en que esa experiencia ha afectado a la opinión que tiene de enfermería. Reflejan las realidades e ideales en un momento concreto del desarrollo de la disciplina de enfermera.

Se han desarrollado diferentes teorías a lo largo de la historia y estas las podemos clasificar en diferentes escuelas, de acuerdo al enfoque o punto de vista que las teóricas tienen sobre la función de enfermería e interacción con la persona, familia o comunidad. Estas son:

Escuela de las necesidades

Se centran en la independencia de la persona y en la satisfacción de sus necesidades. La enfermera reemplaza a la persona.

¹⁰ Kozier. Fundamentos de Enfermería. pag. 856.

Escuela de la Interacción

Se dice que el paciente y la enfermera entran en un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerla.

Escuela de los efectos deseados

La persona es vista como un sistema y el objetivo es restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasis o en preservar la energía.

Escuela de la Promoción de la Salud

Los cuidados se amplían a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.

Escuela del ser humano unitario

Considera a la persona y a la enfermera un proceso continuo en el cual ambos son colaboradores y es la persona misma quien precisa la dirección de su cambio.

Escuela del Caring

Se dice que la enfermería debe tener una apertura hacia el mundo y paradigma de la transformación, incluye las dimensiones de la espiritualidad y la cultura.¹¹

Dentro de las teóricas de la escuela de las necesidades está Virginia Henderson, Dorotea Orem y F. Abdellah. En esta ocasión solo se mencionará a Virginia Henderson.

¹¹ Kérouac M.N. Pensamiento Enfermero. pags. 26-46.

5.1.4 MODELO DE VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

Proporcionó inmensas aportaciones a la enfermería en sus más de 60 años de servicio como enfermera, docente, escritora e investigadora.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrolló una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge el modelo de enfermería de Virginia Avenel Henderson.¹²

Virginia Henderson nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897. En 1921 se gradúa y trabaja como enfermera. Al año siguiente inicia su carrera como docente. En 1955 publica la sexta edición del *Textbook of the Principles and practice of Nursing*, que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson. En su obra *The Nature of Nursing* (1966) describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera. En 1978 publica la sexta edición de *The Principles of Nursing* fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años en su casa, de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en la escuela de las necesidades que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería.

¹² Marriner T. A. Introducción al análisis de las teorías de enfermería, pags. 3-15

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible. Afirmaba que a medida que cambiaran las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

▪ **Fuentes Teóricas**

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursing Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson

clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W. Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thorndike, Dr. George Deaver, Bertha Harmer e Ida Orlando.

- **Tendencia y modelo**

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las Necesidades Humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

- **Principales conceptos y definiciones**

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

▪ **Causas de la Dificultad**

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1.- Falta de fuerza

Interpretamos por FUERZA 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.

2.- Falta de conocimientos

En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad de la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3.- Falta de voluntad

Entendida como 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.¹³

Niveles de dependencia según Mariner¹⁴

Existen diversos grados de dependencia/independencia, los cuales varían según el grado de ayuda necesaria que necesita el paciente para satisfacer sus necesidades. Independencia es la consecuencia de un nivel de satisfacción de la persona, realizadas por el mismo, sin ayuda ajena; por dependencia se entiende la incapacidad de la persona de realizar por sí misma los cuidados que le permitan la satisfacción de sus necesidades. Los grados de dependencia/independencia se dividen en 6 niveles: el nivel "0" es el de la independencia, que presenta dos aspectos; lo que la persona realiza por sí sola de manera aceptable y lo que realiza de manera independiente pero con ayuda de un aparato, dispositivo o tratamiento. Los otros cinco, señalan una graduación progresiva de la

¹³ Fernández F.C. El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de Casos, pag. 7.

¹⁴ Mariner T.A. Modelos y Teorías de Enfermería, pag. 99.

dependencia y varían según el grado de ayuda necesaria para satisfacer sus necesidades.

- **Definición de Enfermería**

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

- **Salud**

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

- **Entorno**

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

- **Persona (paciente)**

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

NECESIDADES

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
9. Evitar peligros y no dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Profesar su fe.
12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

▪ Supuestos principales

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona

debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

▪ **Postulados**

- ❖ Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- ❖ El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- ❖ Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está completo, entero, independiente.¹⁵

▪ **Afirmaciones teóricas**

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente:

Este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

¹⁵ Phaneuf M. Las necesidades Fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson. pag 26.

La enfermera como auxiliar del paciente:

Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente:

La enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

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

- **Método lógico**

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

Virginia Henderson no adoptó afirmaciones internacionales, ni tampoco operativas para sustentar una teoría, es por eso que ella no desarrolló una teoría definitiva de

enfermería, por el contrario, desarrolló un concepto o definición personal que en algunas ocasiones señaló que eran un compendio de muchas influencias algunas positivas, otras negativas.

Si bien en su escrito señala la importancia de la formación de la enfermera, hace hincapié en que esta debe tener preparación en el área de la Biología y en Sociología.

Su definición se ubica en el modelo de las necesidades humanas y en la tendencia de suplencia y ayuda, es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, sin embargo, el concepto de enfermería de Henderson es complejo, posee numerosas variables y diferentes relaciones explicativas y descriptivas. Su trabajo ha influido en el desarrollo de programas de estudios y ha contribuido a potenciar la investigación. En la actualidad en las áreas hospitalarias se pone en práctica su definición de enfermería.¹⁶

¹⁶ [http:// www.aibarra.org/](http://www.aibarra.org/).

5.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso Atención de Enfermería, constituye la base del ejercicio de la enfermería. Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes que cubran las necesidades del paciente, su familia y la comunidad, que a la vez enriquezcan y sustenten nuestro que hacer profesional, rescatándolo así del contexto puramente instrumental en que se encuentra. 17

Historia

El término proceso de enfermería y el método de trabajo que implica son relativamente nuevos. Actualmente consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961), y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso actual de cinco fases. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70 Roch (1974), Roy (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Características

¹⁷ <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3200-editorial.htm>

- ❑ Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.
- ❑ Sistemático: por estar conformado por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.
- ❑ Humanista: por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.
- ❑ Intencionado: porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo.
- ❑ Dinámico: por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- ❑ Flexible: porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- ❑ Interactivo: por requerir de la interrelación humano-humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.

Las enfermeras al utilizar el proceso de enfermería deben ser creativas, analíticas y contar con los conocimientos científicos y habilidades técnicas y de comunicación.

El Proceso Atención de Enfermería consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evolución.

5.2.1 VALORACIÓN

Es el primer paso del Proceso Atención de Enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente.

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos:

- Subjetivos. No se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe o verifica (sentimientos).
- Objetivos. Se pueden medir por cualquier escala o instrumento.
- Históricos. Aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Actuales. Son datos sobre el problema de salud actual.¹⁸

La fase de valoración ofrece una base sólida que favorece la prestación de una atención individualizada de calidad. Permite la identificación del diagnóstico de

¹⁸ Pérez H. M. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Pags. 62-66.

enfermería, el desarrollo de resultados, la ejecución de las actuaciones de enfermería y la evaluación de las acciones de enfermería.

Forma la base para posteriores fases del Proceso de Enfermería: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

FUENTES DE DATOS

Se clasifican como primarios o secundarios. El paciente es la fuente primaria y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos y objetivos.

Fuentes secundarias son todas las demás que no sean el propio paciente como son: familiares, amigos, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria y el registro clínico.

MÉTODOS DE RECOGIDA DE DATOS

Incluyen la entrevista, la observación y exploración física.

La entrevista

Es una charla, plática o comentarios con el usuario, familiar o persona vinculada con el usuario. Existen dos tipos de entrevistas formal e informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con el propósito específico, en el cual la enfermera realiza la historia del paciente. La informal es la conversación entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.

Observación

Consiste en el uso de los sentidos vista, olfato, oído y sensibilidad para adquirir información sobre el cliente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas tres variables.

Exploración Física

Durante la exploración se utilizan cuatro técnicas como son: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección: Se refiere a la exploración visual (uso de los ojos sin ninguna ayuda) del cliente para determinar estados o respuestas normales, no habituales o anormales. Es más sistemática y detallada que la observación, ya que define características como tamaño, forma, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento, etc.

Palpación: Es el uso del tacto (uso de las manos) para determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel. Permite evaluar tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

Percusión: Consiste en golpear la superficie del cuerpo con dedo o los dedos para provocar sonidos. Esto permite determinar tamaño, densidad, límites de órganos y localización. Los sonidos producidos por la percusión se pueden describir como mates, sordos, resonantes o timpánicos.

Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por órganos del cuerpo y puede ser directa o indirecta. Se utiliza para determinar las características de los ruidos pulmonares, cardíacos e intestinales. Permite identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos auscultados.

La valoración es una actividad continuada que comienza con el ingreso y continúa durante cada contacto con el paciente.

5.2.2 DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso y para llevarlo a cabo requiere de una completa valoración, así como contar con conocimientos sobre fisiología, psicología, sociología y contar con un razonamiento crítico.

El diagnóstico de enfermería es 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.¹⁹ Un diagnóstico es básicamente una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable.

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia y comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde

¹⁹ Alfaro. Aplicación del Proceso de Enfermería. pag. 59.

la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.²⁰

En la Novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería.²¹

De la realización de los diagnósticos de enfermería depende la resolución a los problemas reales de la persona y a disminuir o evitar los riesgos potenciales, dando pauta a una planeación satisfactoria que nos conduzca al logro de los objetivos.

Para la elaboración de un diagnóstico hay que recordar que las funciones de enfermería tiene tres dimensiones: dependiente, interdependiente e independiente²², según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otra actuación.

La dimensión **dependiente** de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

²⁰ Rodríguez S. B. op. cit. pag. 55.

²¹ Pérez H. M. op. cit. pag. 63

²² Rodríguez S.B., ibidem.

La dimensión **interdependiente** de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describen como problemas colaborativos o interdependiente y son implicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

Dimensión **independiente** de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de enfermería.

Para elaborar los diagnósticos se requiere de cuatro pasos fundamentales.²³

1.- *Razonamiento diagnóstico*: que es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas.

2.- *Formulaciones Diagnósticas*

Usar el formato PES para describirlo

a.- El problema (**P**)

b.- La causa o etiología (**E**)

c.- Los signos y síntomas (características definitorias) que son evidentes en el paciente (**S**)

Para formular un diagnóstico de Enfermería se une el problema con su etiología usando "*relacionado con*".

²³ Rodríguez S. B. op.cit. pag. 51

Se añade “*manifestado por*” o “*evidenciado por*” y escribir los signos y síntomas mayores que validan la existencia de ese diagnóstico.

3.- *Validación*: consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. Se debe consultar al usuario para corroborar que esté en lo cierto.

4.- *Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes*

Pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación.

CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Se clasifican en reales, alto riesgo, posible y de salud o bienestar

- Diagnóstico enfermero real: describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias (datos subjetivos y objetivos), además de factores relacionados.
- Diagnóstico enfermero de alto riesgo (anteriormente designado como potencial): describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias, solo se apoya en los factores de riesgo. Se formulan en dos partes identificando el problema potencial añadiendo “*relacionado con*” para unir el problema y los factores contribuyentes (factores de riesgo).
- Diagnóstico enfermero posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe

confirmar o excluir. Consta de dos componentes, problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- Diagnóstico enfermero de salud o bienestar: es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. No contiene factores relacionados

5.2.3 PLANEACIÓN

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Características: Individualidad, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados / riesgos específicos, la participación del usuario, familia y comunidad en su elaboración.

La actualización con respecto a los cambios del usuario y a los avances de la enfermería como disciplina científica.

Fundamentación científica de las acciones con fines didácticos.

Ser fuente de comunicación entre los profesionales de enfermería.

Los pasos para realizar la planeación son:

- a) Establecer prioridades

1. Problemas que amenazan la vida e interfieren en las necesidades fisiológicas.
2. Problemas que interfieren con la seguridad y la protección
3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia
4. Problemas que interfieren con la autoestima
5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales

b) Elaborar objetivos

Permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados y medir el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados.

c) Determinar acciones de enfermería

Se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.

d) Documentar el plan de cuidados

Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

5.2.4 EJECUCIÓN

Constituye la cuarta etapa del proceso y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. Estas intervenciones se derivan de la planeación de acuerdo a los diagnósticos elaborados. Implican las acciones a realizar a la persona, para la persona o con la persona y/o su familia.

Pasos de la ejecución:

Preparación

Es la preparación para comenzar las intervenciones de enfermería.

1. Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido.
2. Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
3. Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas.
4. Proporcionar los recursos necesarios.
5. Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarias.

6. Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta. (Alfaro 1999: 160).

Intervención

Es el inicio de las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del cliente. Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es precisa la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas.

Documentación

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

Su finalidad es mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre el paciente, ser base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados, respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera y servir para estimar el pago de los servicios prestados.

Las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

5.2.5 EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

Mide las respuestas del cliente a las acciones de enfermería y el progreso de los objetivos fijados. También incluye la medición de la calidad del cuidado enfermero. La enfermera debe desarrollar un pensamiento crítico para evaluar de manera objetiva los resultados esperados e inesperados de las intervenciones que realizó y de otras disciplinas. La enfermera tiene relación directa o indirecta con otros profesionales de la salud y servicios auxiliares que participan en mayor o menor grado en la atención del paciente, teniendo así que coordinarse o comunicarse para solucionar algún problema que afecta al paciente o impide la ejecución de alguna intervención para cumplir con los objetivos y que para la solución de dicho problema, no implica una acción directa de enfermería.

El propósito de la evaluación trata de determinar si los problemas conocidos han mejorado, empeorado o experimentado algún cambio. La fuente primaria para la evaluación es el paciente. Secundariamente son otros profesionales de la salud y familiares.²⁴

Se evalúa con las siguientes preguntas:

¿La valoración estuvo completa y la información fue validada?

¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?

²⁴ Potter P.A. Fundamentos de Enfermería. pag. 377.

¿La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertada?

¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?

¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos?

La evaluación sirve de retroalimentación para el personal de enfermería, ya que al conocer los resultados de los cuidados que proporciona, se percata de los objetivos logrados y no logrados.

Cuando los resultados no son los esperados o no hay respuesta satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas para mejorar el bienestar del paciente.

Como se observó el proceso de enfermería es sistemático, en el que cada una de las etapas se enlaza y repercute positiva o negativamente la primera en la segunda y así sucesivamente. El realizar correctamente la primera etapa dará pauta de realizar la segunda de la misma manera hasta llegar a la evaluación de forma satisfactoria para el cliente y la (el) enfermera(o).

5.3 RELACIÓN TERAPÉUTICA

Es necesario mencionar la importancia que tiene la relación enfermera-paciente en el logro de los objetivos para cada uno de los problemas detectados. La adecuada comunicación entre ambos favorece la confianza y da tranquilidad al paciente. Esta se va dando a través de la interacción enfermera-paciente y está favorecida por la empatía. Para favorecer esta relación es necesario demostrar al paciente interés por lo que le sucede y lo que necesita.

La adecuada comunicación es la base en las relaciones humanas, por lo tanto tenemos que comunicación es: Un proceso en el que las personas se ven influidas unas a otras a través del intercambio de información, ideas y sentimientos.²⁵

El proceso de enviar y recibir mensajes mediante símbolos, gestos u otras acciones. Es un proceso que se desarrolla a niveles múltiples, consiste en el contenido o información, la parte que envía el mensaje y la parte que define el significado de este. Los mensajes que se envían y reciben definen la relación entre las personas.

Desde el punto de vista de una técnica aprendida, la comunicación intenta alcanzar un objetivo definido. Es la transmisión de hechos, sentimientos y significados a través del proceso de comunicación. En ausencia de una comunicación clara, la enfermera no puede examinar, administrar ni evaluar sus acciones en la realización de su trabajo.

²⁵Potter P.A op.cit. pag. 456.

Los principios de la comunicación terapéutica constituyen la base para las técnicas de entrevista y asesoría.

Todo lo que ocurre dentro de la interacción enfermera-paciente incluye algún tipo de comunicación. El proceso de comunicación incluye expresiones tanto verbales como no verbales, y está influido por la relación intrapersonal del trabajo del individuo, las relaciones entre los participantes y el propósito del emisor del mensaje.

Factores que influyen sobre la comunicación eficaz.

- Un individuo no puede dejar de comunicar. Esta idea es básica en la comunicación. El ser humano tiene una necesidad inherente de comunicar, ya sea de manera verbal o no verbal. Aun el silencio es un tipo de comunicación.
- Hay un contenido o valor de información en los mensajes enviados y recibidos, que explica el contenido del mensaje y expresa lo que considera el emisor con respecto al receptor.
- El mensaje enviado no es necesariamente el recibido.
- Los mensajes contienen significados evidentes y encubiertos.
- La comunicación se vuelve disfuncional cuando una persona no asume la responsabilidad de comunicación.

Lineamientos para una comunicación más terapéutica y eficaz:

- Si el paciente es muy titubeante, tome un papel activo y guíe la conversación.
- Hacer afirmaciones iniciales amplias y pregunte de manera abierta para ayudar a que el paciente describa lo que le está sucediendo.
- Usar el lenguaje corporal para manifestar empatía, interés y estímulo con objeto de facilitar la comunicación.
- Utilizar el silencio como un instrumento terapéutico, pues permite que el paciente haga pausas y dirija sus propias comunicaciones.

Técnicas de comunicación²⁶

Reconocimiento: Reconozca al paciente sin incluir sus propios valores o juicios. El reconocimiento puede ser simple e implicar o no comprensión, verbal o no verbal.

Esclarecimiento: Aclare el mensaje del paciente. Verificar si el mensaje enviado fue el mensaje recibido.

Retroalimentación: Use retroalimentación para hacer recaer sobre el paciente el efecto de sus palabras.

Enfoque: Enfoque o vuelva a retomar la declaración del paciente. Tome los temas centrales o indicios que proporcione el paciente.

Frases u oraciones incompletas: Para estimular al paciente a que continúe.

Escuchar: El proceso de recibir conscientemente el mensaje de otra persona.

Actividad verbal mínima: Mantenga su propia verbalización al mínimo y deje que el paciente conduzca la conversación.

Ajuste mutuo o congruente: Armonización de los mensajes verbales y no verbales.

²⁶Smith F.S. Enfermería básica y clínica. pags. 76-78

Respuesta neutra: Muestre interés y participación sin darle valor alguno ni agregar nada.

Estimulación no verbal: Use lenguaje corporal para comunicar interés, atención, comprensión, apoyo y preocupación, o bien escuche para favorecer la obtención de datos.

Preguntas abiertas: Haga preguntas que no puedan contestarse con si o no o quizá.

Paráfrasis: Ponga en otras palabras o resuma lo que se dijo.

Reflexión: Identifique y regrese un mensaje, reconociendo el sentimiento o repitiendo las últimas pocas palabras de lo que dijo el paciente.

Validación: Proceso de verificar la precisión del mensaje del emisor.

Bloqueos de la Comunicación²⁷

Cambio de tema, brindar seguridades falsas, proporcionar consejos, incongruencia, supuestos, invalidación, sobrecarga, respuesta social, descarga y juicio de valores.

Terapéutica de relación

Esta relación se puede definir como la interacción entre la enfermera y un paciente con objetivos terapéuticos compartidos. Las características de la relación incluyen aceptación, honestidad, comprensión y empatía de la enfermera hacia el enfermo, quien tiene o no la voluntad de buscar ayuda. Es importante que la enfermera vea al paciente como un individuo singular que es responsable de sus propios

²⁷ Smith F.S. op. cit. pags 78-79.

sentimientos, acciones y conductas y es participante activo en un programa de atención a la salud. La relación será mas eficaz si el enfermo muestra voluntad de aceptar responsabilidades y participa de manera activa en la relación terapéutica.²⁸

²⁸ Smith F.S. op. cit. pags 79-80.

5.4 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO URINARIO

A continuación revisaremos la anatomía y fisiología del aparato urinario, ya que el órgano que se encuentra afectado por el cáncer en el paciente seleccionado, forma parte de este.

El sistema urinario está constituido por:²⁹

- 1) Riñones, cuyas funciones son excretar los productos terminales del metabolismo y contribuir de forma importante al control del equilibrio hidroelectrolítico.
- 2) Sistema de conductos para eliminar la orina excretada.

Como dato anatomofisiológico de importancia para un estoma urinario cabe señalar que precisamente la producción de orina es continua a lo largo del día.

Esta orina es un conjunto de residuos nitrogenados, electrolitos, agua y materiales diversos, que se hallaban en la sangre en concentraciones excesivas y deben ser eliminados por el riñón, gracias a su función de formar orina.

▪ RIÑONES

Anatomía

Son dos órganos situados en la parte posterior de la cavidad abdominal, a ambos lados de la columna vertebral, apoyados sobre el borde de los músculos psoas. Aproximadamente su polo superior está a nivel de la duodécima vértebra dorsal y

²⁹ Ortiz H. Indicaciones y cuidados de los estomas. pags. 215-225.

su polo inferior a nivel de la tercera vértebra lumbar; sin embargo, el riñón derecho suele estar ligeramente más abajo que el izquierdo debido a la posición del hígado. Los riñones quedan por detrás del peritoneo parietal posterior, entre éste y la fascia transversalis, es decir, quedan fuera de la cavidad peritoneal, razón por la que se consideran órganos retroperitoneales.

Su tamaño en un adulto es aproximadamente de 12 cm. de largo, 7 cm. de ancho y 3 cm. de grosor, con un peso alrededor de 150 g. En el polo superior de cada riñón se encuentran las respectivas glándulas suprarrenales.

Tres cápsulas rodean a cada riñón:

1. *Cápsula verdadera*, que es una membrana fibrosa aplicada íntimamente sobre el riñón.
2. *Grasa perirrenal*, que rodea la cápsula verdadera y contribuye a la fijación del riñón.
3. *Fascia renal o perirrenal*, que es una capa fibrosa que fija el riñón a las estructuras que lo rodean.

Por fuera de esta fascia perirrenal hay también tejido graso que se denomina grasa pararrenal que rellena el hueco entre el peritoneo, fascia transversalis y fascia renal.

Histología

Si se corta un riñón longitudinalmente se pueden apreciar dos zonas claramente diferenciadas

1. Una zona externa más pálida, denominada *corteza*.
2. Una zona interna más oscura, denominada *médula*, que está constituida por unas estructuras de forma piramidal cuya base contacta con la corteza, y en número de ocho a doce; la corteza desciende entre las pirámides denominándose *columnas de Bertín*.

Histológicamente, el riñón está constituido por un gran número de túbulos largos y por una trama de vasos sanguíneos.

La unidad funcional del riñón se denomina **nefrona**, calculándose que en cada riñón hay aproximadamente un millón; cada una de estas unidades es capaz de formar orina por sí misma.

La **nefrona** está constituida por:

1. Un *corpúsculo renal* (o corpúsculo de Malpíghi).
2. Un *túbulo renal*.

El corpúsculo renal está formado por:

1. Una red de capilares denominada *glomérulos*.
2. *Cápsula de Bowman*, que rodea en forma de copa el ovillo de capilares; tiene

dos capas:

- interna, en contacto con el glomérulo, denominada *visceral*, y cuyas células tienen unas prolongaciones llamadas *podocitos*.

- externa o parietal.

La cápsula de Bowman, aunque forme parte del corpúsculo renal, constituye el inicio del sistema tubular del riñón.

El sistema tubular está constituido por:

1. Un primer tramo que se denomina *túbulo contorneado proximal*, que está recubierto de un epitelio cúbico.

2. A continuación sigue un tramo en forma de U, que penetra en la médula y vuelve a salir de la misma, y que se llama *asa de Henle*, y que está recubierta de un epitelio; el tramo del asa que se introduce dentro de la médula es más delgado que el del trayecto a nivel de la corteza; en la porción ascendente gruesa de esta asa hay de nuevo un cambio de epitelio plano a cúbico.

3. De nuevo el túbulo se vuelve a enrollar y se denomina *túbulo contorneado distal*, que está recubierto de epitelio cúbico.

4. El último tramo se llama *túbulo colector*, que recoge la orina proveniente de varios túbulos contorneados distales; está recubierto en su parte proximal de epitelio cúbico y en su parte distal de epitelio cilíndrico; desemboca en el vértice de una de las pirámides renales junto con otros túbulos colectores.

Irrigación renal

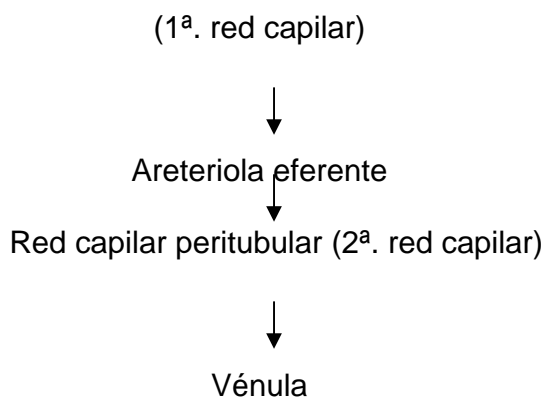
Cada riñón recibe una arteria renal, rama directa de la aorta; esta arteria penetra por el hilio del riñón en su parte interna, dividiéndose en varias ramas denominadas *arterias interlobulares*, que al llegar al límite entre corteza y medula se ramifican dando las *arterias arciformes*, que forman arcos a través de las bases de las pirámides; de estas arterias arciformes salen ramas más finas denominadas *arterias interlobulillares* que se dirigen hacia la corteza y sus ramas más finas penetran en el glomérulo renal, dentro del ovillo de capilares, por medio de la *arteriola aferente*. Hay una zona en que esta arteriola aferente entra en contacto

con el túbulo contorneado distal que se denomina *aparato yuxtaglomerular*.

Del glomérulo sale otra pequeña *arteriola eferente* que se distribuye por la corteza y medula a lo largo del sistema tubular renal, formando una red capilar peritubular siendo una parte fundamental del mismo los *vasos rectos* que se disponen también en forma de asa, alrededor del asa de Henle; los capilares peritubulares se unen formando las venas interlobulillares que desembocan en las venas arciformes que convergen en las venas interlobulares, que se unen hasta desembocar en la vena renal que sale por el hilio renal junto a la arteria, desembocando directamente en la vena cava inferior.

Es importante esta disposición vascular tan peculiar a nivel del riñón para la formación de la orina:

Arteriola aferente → red capilar glomerular



De la importancia de esta rica irrigación del riñón da idea que el flujo sanguíneo por ambos riñones es de 1200 ml/min.

Fisiología

Los riñones tienen como misión excretar los productos terminales del metabolismo por medio de la formación de orina, contribuyendo de forma importante al control del equilibrio hidroelectrolítico y ácido-básico.

1. Formación de orina

Este proceso se puede considerar dividido en dos estadios:

a) *Glomerular o fase de filtración.*

b) *Tubular*, en el cual hay dos tipos de procesos simultáneos:

- *Reabsorción*, desde la luz tubular a la sangre.

- *Secreción*, desde la sangre a la luz del túbulo.

a) *Fase de filtración* es el primer paso en la elaboración de la orina. En ella los constituyentes plasmáticos a excepción de las proteínas pasan de la sangre del capilar glomerular a la luz de la cápsula de Bowman a través de una barrera de filtración constituida por el endotelio capilar del glomérulo, la membrana basal y la capa visceral (podocitos) de la cápsula de Bowman.

En esta fase el glomérulo actúa simplemente como una membrana semipermeable y el paso a través de este filtro está regulado por un sistema de presiones. Por un lado una presión ejercida por la acción bombeadora del corazón y que oscila alrededor de 70 mm Hg, como valor promedio, a nivel de los capilares glomerulares. Por otro lado existen dos tipos de presiones que se oponen a esa filtración:

- La presión coloidosmótica de la sangre, originada por las grandes moléculas no difusibles existentes en la sangre, cuya concentración va aumentando a medida

que se va filtrando el agua, y que tiende a reintegrar al capilar el agua perdida y que ejerce una fuerza de 32 mm Hg.

La presión en el interior de la cápsula de Bowman que oscila alrededor de 20 mm Hg.

Como se ha indicado anteriormente, por el riñón pasan aproximadamente 1200 ml. de sangre por minuto. De este volumen se filtran por todos los glomérulos de ambos riñones unos 125 ml/min, siendo variable esta *intensidad de filtración glomerular* en función de la presión de filtración. Esto viene a suponer un filtrado glomerular total de 180 litros por día, que en un 99 % se reabsorbe y el resto pasa a la orina.

La composición del filtrado glomerular es casi similar a la del plasma, salvo que apenas contiene proteínas.

b) *Reabsorción*. A medida que el filtrado glomerular va descendiendo por el sistema tubular renal, la mayoría (un 99 %) es reabsorbido y reintegrado a los capilares peritubulares, con lo que de los 180 litros filtrados diariamente sólo un litro aproximadamente se elimina en forma de orina.

Este proceso de reabsorción se produce fundamentalmente a nivel del túbulo con-
torneado proximal, pasando apenas un 20 % al asa de Henle, a cuyo nivel se reabsorbe otro 5-8 % del volumen filtrado, con lo que a nivel de los túbulos distales y conductos colectores se reabsorbe sólo el 12-15 % del filtrado glomerular.

Las sustancias reabsorbidas deben pasar una triple barrera: epitelio tubular, espacio intersticial (entre el túbulo y capilar peritubular) y endotelio capilar.

Las características celulares de estas membranas van cambiando a lo largo de todo el sistema tubular, precisamente en función de su mayor o menor actividad metabólica. Por ello las células del túbulo proximal están recubiertas de un epitelio cúbico con abundantes microvellosidades en su superficie libre y conteniendo abundantes mitocondrias. A nivel de los segmentos delgados del asa de Henle, y dado que su actividad metabólica es menor, el epitelio es de tipo plano. Y a nivel de los túbulos distales y colectores de nuevo se vuelve a encontrar epitelio cúbico, sin embargo más delgado y dotado de menor capacidad metabólica y permeabilidad que el de los túbulos proximales.

Los mecanismos por los cuales se reabsorben las sustancias filtradas son dos: transporte activo y transporte pasivo.

El mecanismo de reabsorción activa es el efecto combinado de un *gradiente electroquímico* compuesto de dos factores; uno de diferencia de concentración o gradiente químico, y otro de diferencia eléctrica, que produce el paso de diferentes sustancias de la luz tubular al interior de la célula tubular, y el verdadero mecanismo de transporte activo desde el interior de la célula tubular al líquido peritubular se realiza merced a una sustancia portadora que es específica para cada sustancia a transportar y que implica un consumo de energía activo.

Además, esta reabsorción está sometida a una limitación en la cantidad transportable por unidad de tiempo, debido a la cual cuando la oferta de una determinada sustancia por unidad de tiempo excede en una cantidad, ya no puede reabsorberse más, y es lo que se denomina *máximo tubular*, que es diferente para cada sustancia.

Las sustancias que se reabsorben por este mecanismo activo son: el sodio, glucosa, aminoácidos, iones de calcio, iones de potasio, iones de fosfato e iones de urato.

El mecanismo de difusión pasiva puede ser de dos formas:

- Como consecuencia de un gradiente de concentración u ósmosis, siendo ejemplo de ello el agua, que difunde en función de la concentración de solutos a uno u otro lado de la membrana tubular; gracias a este mecanismo el 99 % del agua del filtrado glomerular es reabsorbida en los túbulos; de esta manera, de los 125 ml/min de agua del filtrado glomerular, al asa de Henle pasan sólo 25 ml/min, al túbulo distal 18, al túbulo colector 6 y a la orina 1 ml/min, en condiciones de reposo, lo cual viene a suponer unos 1400 ml/día. Este mismo mecanismo lo siguen otras sustancias como la urea.

- Como consecuencia de diferencias eléctricas entre el líquido peritubular (que es positivo) frente al tubular (que es negativo), que atrae a los iones negativos intracelulares (iones de cloruro, iones de bicarbonato, fosfato) hacía el líquido peritubular.

c) *Secreción tubular*. Es un fenómeno análogo al de la reabsorción, producido en la nefrona proximal y distal y que sólo se diferencian en el sentido en el que se realiza el transporte de las distintas sustancias. Por ello sus mecanismos son también:

- Activos, igualmente con un límite de transporte por unidad de tiempo; los iones

hidrógeno además de otra serie de compuestos químicos como la penicilina, son secretados por este mecanismo.

- Pasivos, que en realidad es una simple difusión; el potasio y diferentes productos químicos como el ácido acetilsalicílico son secretados por este mecanismo.

2. Regulación del equilibrio hidroelectrolítico

El riñón regula las reservas hídricas del medio interno y el equilibrio de electrolitos, extrayendo de la sangre un líquido más o menos concentrado por medio de un trabajo osmótico de concentración o dilución, siendo esta misión realizada fundamentalmente por el asa de Henle, túbulos contorneados distales, túbulos colectores, tejido intersticial renal y vasos rectos, y que en su conjunto se denomina *sistema concentrador osmótico contracorriente*.

De esta manera:

- A nivel del túbulo contorneado proximal se reabsorbe el 80-85 % del agua filtrada.
- La osmolaridad del fluido tubular va aumentando a medida que desciende por el asa de Henle, siendo máxima en su punto de inflexión; fundamentalmente hay una difusión de iones sodio y cloruro.
- En su trayecto por la rama ascendente del asa de Henle va disminuyendo de nuevo la osmolaridad, llegando un líquido hipotónico al túbulo distal.
- Este intercambio de sustancias, bien por transporte activo o pasivo, se realiza entre las ramas del asa de Henle y el tejido intersticial renal.

- Ahora las hormonas *antidiurética (ADH)* y *aldosterona*, actúan sobre los túbulos distales y colectores, alterando su permeabilidad al agua; de esta manera la ADH aumenta la permeabilidad al agua y por tanto disminuye el volumen de agua que va en la orina y la orina es hipertónica; si no actúa la ADH se elimina una orina hipotónica, que lleva mucha agua; la aldosterona aumenta la reabsorción tubular de sodio, lo que a su vez origina un aumento en la reabsorción de agua y además aumenta la secreción de potasio; la ADH se produce en la hipófisis si los núcleos supraópticos del hipotálamo se ven excitados por un líquido extracelular concentrado; la aldosterona se produce en la corteza suprarrenal liberada por efecto de la renina producida en el aparato yuxtaglomerular del riñón, que se transforma en angiotensinógeno, que a su vez pasa a angiotensina que actúa sobre la corteza suprarrenal; la aldosterona se libera si hay disminución de la concentración de sodio extracelular, aumento extracelular de potasio, disminución del volumen sanguíneo, y situaciones de alarma como traumatismos y quemaduras.

De esta manera y con este complejo mecanismo de concentración contracorriente regulado hormonalmente se mantiene el equilibrio hidroelectrolítico.

3. Regulación del equilibrio ácido-básico

El riñón puede extraer del organismo una orina de reacción variable, desde más ácida a más alcalina que la sangre y líquidos extracelulares, con oscilaciones del pH urinario entre 4,5-8,2, con el fin de mantener el equilibrio acidobásico.

Esto lo consigue manteniendo una adecuada concentración de bicarbonato en el

líquido extracelular, por medio del sistema amortiguador: *bicarbonato sódico-ácido carbónico*.

En este sentido:

- Conserva el bicarbonato que alcanza el sistema tubular, si el equilibrio está mantenido.
- Elimina bicarbonato en caso de exceso de ingreso o de producción de álcalis.
- Aumenta las reservas de bicarbonato en caso de excesivo ingreso o producción de ácidos.

▪ **PELVIS RENAL – URÉTERES**

Anatomía

1. La *pelvis renal* es la porción superior ensanchada del uréter, con una forma parecida a un saco y que actúa como colectora de las papilas de las pirámides renales. Está situada en el lado cóncavo del riñón, en el hilio, por donde además penetran los vasos y nervios renales. Tiene una porción por fuera del riñón y otra que se extiende en su interior; para ello dispone de unas prolongaciones en forma de embudo llamadas *cálices*, que se extienden abarcando las pirámides renales y recogen la orina vertida por las papilas .

2. Los *uréteres* son dos tubos que conectan cada riñón con la vejiga urinaria y cuya función es conducir la orina. Comienza cada uno de ellos al unirse varios cálices que confluyen en una dilatación en forma de embudo que es la pelvis renal, que a partir de ahí se estrecha y comienza el uréter propiamente dicho, con

una longitud de 25 a 30 cm de largo y 4-5 mm de ancho, y que descienden por la pared posterior del abdomen para entrar en la cavidad pélvica por detrás de la vejiga y desembocando en ella.

Histología

La pared ureteral está constituida por tres capas:

1. Mucosa interna, revestida por un epitelio de transición apoyado sobre tejido conectivo.
2. Muscular media, de músculo liso.
3. Túnica fibrosa, que es una capa de tejido conjuntivo que se confunde con el tejido conectivo de alrededor.

Fisiología

La función de la pelvis renal es recoger la orina vertida por las papilas renales por medio de los cálices y a través de ella pasar al uréter, donde, gracias a contracciones peristálticas regulares de su musculatura lisa, van desplazando la orina hasta la vejiga urinaria.

▪ VEJIGA

Anatomía

La *vejiga* es un órgano muscular hueco, situado en la excavación pélvica, inmediatamente por detrás del pubis. En el hombre está por delante del recto, separada únicamente por las vesículas seminales, y en la mujer por delante del útero y

vagina. La cara superior de la vejiga está recubierta de peritoneo. Interiormente se observan tres aberturas: dos más posteriores que corresponden a la desembocadura de los uréteres, y otra más inferior que corresponde al inicio de la uretra. Entre estos tres orificios delimitan una forma triangular denominada *trígono*.

Histología

La pared de la vejiga consta de tres capas:

1. Mucosa, cubierta como el uréter de un epitelio de transición, y apoyada sobre la submucosa que falta a nivel del trígono.
2. Muscular de tipo liso; esta capa es muy gruesa y sus fibras se condensan alrededor de la abertura uretral formando el *esfínter uretral interno*.
3. Fibrosa externa, que en su cara posterior y superior está recubierta por peritoneo.

Fisiología

La función de la vejiga urinaria consiste en almacenar la orina, distendiéndose gradualmente hasta que se elimine en el momento de la micción.

La vejiga recibe la orina proveniente de los uréteres y se va llenando progresivamente, aumentando la presión en su interior, pero manteniéndose constante el tono del músculo liso de su pared. Cuando el volumen de orina almacenado en la vejiga alcanza los 300-350 ml. la presión alcanza los 15-18 cm. de agua, que estimula los receptores situados en la pared vesical, que transmiten impulsos a centros nerviosos parasimpáticos situados en la porción inferior de la medula espinal y al sistema nervioso central, produciéndose sensación subjetiva de

necesidad de orinar. Este reflejo puede inhibirse mediante un control voluntario, hasta un límite de 100 cm. de agua de presión en que comenzaría una micción involuntaria, llegando a almacenarse cantidades de orina de 800 ml o más.

Si no se decide controlar el reflejo de la micción, los impulsos procedentes de los centros espinales sacros originan la relajación esfinterina y la contracción muscular de la vejiga para que tenga lugar la expulsión de la orina; este vaciamiento puede acelerarse merced a la contracción del diafragma y de los músculos de la pared abdominal.

▪ URETRA

Es el conducto final a través del cual la orina sale al exterior, siendo diferente en el hombre y en la mujer.

Anatomía

1. La *uretra masculina* es un tubo estrecho músculo membranoso, que se extiende desde la vejiga hasta el *meato urinario* (u orificio uretral externo), constituyendo una vía común para los sistemas urinario y reproductor; tiene tres porciones:

- *uretra prostática*, que comienza en el cuello vesical y atraviesa la próstata, con una longitud de 2,5-4 cm.

- *Porción membranosa*, con una longitud de 1.25 cm. que atraviesa el diafragma muscular urogenital, cuyas fibras que rodean la uretra son de tipo estriado y

constituyen el *esfínter uretral externo*.

- *Porción esponjosa, cavernosa o peneana*, que se extiende a lo largo del pene, con una longitud de 10-15 cm.

2. La *uretra femenina* es un conducto más corto, de sólo 3.5-5 cm., y sólo posee función urinaria. Está situada por encima de la pared anterior de la vagina. También dispone de un esfínter uretral externo formado por musculatura estriada.

Histología

1. En el hombre:

- Capa mucosa, muy elástica y vascularizada; el epitelio es de transición en la porción prostática, continuación del epitelio vesical; en las porciones membranosa y peneana el epitelio es cilíndrico estratificado con zonas de células pavimentosas.

- Túnica submucosa.

- Túnica muscular, con fibras longitudinales internas y circulares externas, que en su porción más inicial contribuyen también a la formación del esfínter interno, y en su porción membranosa las fibras circulares son sustituidas por las fibras de tipo estriado del esfínter externo.

- A lo largo de la uretra se extienden abundantes glándulas, más numerosas en la porción membranosa y cavernosa.

2. En la mujer:

- Mucosa, revestida de epitelio de transición en su primera porción y de epitelio

pavimentoso estratificado en el resto.

- Túnica muscular, de fibras lisas, con fascículos longitudinales externos y circulares internos y que está rodeada por las fibras estriadas del esfínter externo.

- Dispone también de numerosas glándulas que desembocan en su luz.

Fisiología

En el varón la uretra es común al aparato urinario y genital, y en la mujer pertenece exclusivamente al aparato urinario. A través de ella se elimina la orina de la vejiga al exterior. Para ello y por el reflejo de la micción, se produce la relajación de los esfínteres interno y externo permitiendo la emisión de la orina. Estos esfínteres son de control voluntario y su contracción contribuye a la inhibición del reflejo miccional.

▪ ORINA

Es el producto final formado por el riñón, por concentración del filtrado plasmático. Diariamente se eliminan 1000-1500 ml, que varía según la ingesta de líquidos. Su pH oscila entre 4-8, siendo el más habitual 6, con ligera tendencia ácida. Su densidad oscila entre 1015-1025.

La composición de la orina es compleja y se describe en la tabla siguiente.

Elemento	Concentración mEq/litro	Eliminación diaria en gramos
Agua		1200
Sólidos		60
Urea	1820	30
Acido úrico	42	0,7
Acido hipúrico		0,7
Creatinina	196	1,2
Cloro	134	12
Sodio	128	4
Potasio	60	2
Calcio	4,8	0,2
Magnesio	15	0,15
Fosfato	50	1,1
Amoníaco		0,7
Bicarbonato	14	
Sulfato	33	1,0
Varios		6,25

Fuente: Ortiz H., Martí R.J., Foulkes. Indicaciones y cuidados de los estomas. 1ª. ed, Edit Jims Barcelona España, 1994. pag. 224.

5.5 CÁNCER DE VEJIGA

La vejiga urinaria es un órgano formado por tres capas. Todas ellas pueden verse afectadas por neoplasias, ya sean de origen primario o bien secundarias a invasión local o metastásica.

De todas las tumoraciones que pueden afectar a la vejiga, las más frecuentes son los carcinomas, que provienen de su capa mucosa. La presencia de sarcomas es escasa en este órgano.

El epitelio mucoso que cubre el tracto urinario desde los cálices renales a la uretra, es característico de este sistema y se denomina epitelio transicional. De todos los tumores que provienen de la mucosa vesical los carcinomas de células transicionales representan más del 90 % de ellos³⁰, siendo extraños otros tipos de carcinomas: el *carcinoma escamoso*, que se asocia a litiasis o esquistosomiasis, o los *adenocarcinomas* característicos de la persistencia del uraco o en metaplasias endometriales en la mujer.

El epitelio transicional esta en contacto con grandes cantidades de orina, en la que van disueltas múltiples sustancias que potencialmente pueden ser carcinogénicas.

El hecho de que la vejiga actúa como reservorio urinario, hace que dicha exposición a este tipo de agentes sea más alta y condiciona que la aparición de tumores transicionales sea mucho mayor a nivel de vejiga que de pelvis renal o uréter. Otro factor importantísimo que caracteriza a estos tumores es la denominada *multifocalidad*, que es la capacidad de aparecer varias neoformaciones dentro de

³⁰ Duran H. Compendio de cirugía. pag. 937

este epitelio transicional a lo largo de toda su extensión y de forma sincrónica o anasincrónica en el tiempo.

Etiología

Entre las múltiples causas que se han involucrado como posibles agentes carcinogénicos están el consumo de café, determinados edulcorantes artificiales, radiación pelviana, el estasis urinario, etc., sin encontrar una relación estadísticamente significativa. Sin embargo, sí que hay estudios que demuestran un mayor índice de afectación tumoral en poblaciones con consumo de tabaco superior a 20 cigarrillos/día y en poblaciones expuestas a determinados productos químicos de amplio uso: anilinas, aminas aromáticas, benzidinas, aminofenoles, derivados del triptófano; usados como colorantes, tintes, plásticos, alquitranes, textiles, etc³¹.

Huésped

El carcinoma de células transicionales afecta más frecuentemente a varones y sobre todo de la 5ª. y 6ª. década de la vida, siendo una neoplasia poco habitual en el adulto joven y excepcional en el niño.

Signos y síntomas

La clínica típica de estos tumores es la hematuria indolora, signo fundamental; esta orina hemática se suele acompañar de la emisión de coágulos. Otros síntomas, mucho menos frecuentes, pero no por ello menos importantes, son:

³¹ Ortiz H. op. cit.. pag. 236

síndrome miccional repetitivo sin infección urinaria, retención urinaria por la hematuria, una insuficiencia renal, o dolor lumbar por atrapamiento uretral. En ocasiones el tumor debuta por la sintomatología que ocasiona en otros órganos por la presencia de metástasis.

Toda hematuria, especialmente con coágulos, que aparezca en adultos ha de hacer sospechar inicialmente una tumoración vesical.

- Estadificación en base al tamaño y la extensión del cáncer.³²

Según criterios de TNM (tumor, nódulo y metástasis) y de Jewett-Marshall. A mayor profundidad, mayor posibilidad de diseminación.

Estadíos		Grado de invasión
Jewett-Marshall	TNM	
0	Tis	Ca insitu: tumores papilares o carcinomas que no han invadido la lámina propia.
A	T1	Invade lámina propia pero no el músculo
B1	T2	Invade la capa muscular superficial del destrusor
B2	T3	Invade la capa muscular profunda del destrusor
C	T3	Afecta toda la pared vesical, así como la grasa y los linfáticos perivesicales
D1	T4	Infiltra órganos adyacentes (matriz, recto, etc.)
D2	N1	Metástasis a ganglios regionales distales a la bifurcación aórtica.
D3	N2	Metástasis a ganglios regionales proximales a la bifurcación aórtica.
D3	M	Metástasis a distancia.

³² Duran H. op. cit. pag. 938.

Diagnóstico

Se debe iniciar con una historia clínica completa, el historial sobre cambios en los hábitos de la eliminación urinaria y exploración física detallada. Posteriormente se realizarán estudios de laboratorio y gabinete como la ecografía abdominal que nos permite determinar la forma, el tamaño y la localización de los riñones, los uréteres y la vejiga; indica tumores y obstrucción del flujo de la orina.

La Urografía excretora nos permite obtener imágenes de los riñones y los uréteres. Detecta el deterioro de la función renal proveniente de obstrucción.³³

Los tumores de gran tamaño pueden manifestarse como defectos de llenado de la vejiga en la fase cistográfica de la urografía. La obstrucción ureteral secundaria a un tumor vesical por lo general indica un cáncer invasor del músculo.

La TAC (tomografía axial computarizada) ofrece información de secciones transversales e indica las densidades de los tejidos, permite evaluar la extensión del tumor primario, da información acerca de la presencia de linfadenopatías pelvianas y paraaórticas y metástasis pelvianas, es una buena exploración, especialmente útil para el estadiaje tumoral y como control de seguimiento o sospecha de recidiva.

La cistoscopia continúa siendo una exploración eficaz, nos permite examinar el interior de la vejiga, para identificar la presencia del tumor, su aspecto y

³³ Dewit S. Fundamentos de enfermería medicoquirúrgica. pag. 717.

localización asimismo permite la práctica de biopsias tumorales.

Otras exploraciones cada vez más utilizadas son los estudios de orina: citologías urinarias cada vez más útiles en el diagnóstico y seguimiento de los tumores (en algunos casos la asociación de citología y ecografía puede sustituir parcialmente a las cistoscopias), hay que pensar en la posibilidad de falsos positivos y negativos. Actualmente se están realizando estudios sobre las cantidades de diferentes lípidos en orina, aunque todavía no existen resultados concluyentes.

No existen marcadores tumorales específicos de estas neoplasias, aunque se ha experimentado con varios, y se ha visto que la pérdida de antígenos del grupo sanguíneo (A, B, O) y las alteraciones cromosómicas por parte de las células tumorales son signos de mal pronóstico.

Tratamiento

Una vez realizado el diagnóstico de la neoplasia se pasa al tratamiento de la misma, que ha de ser inicialmente y salvo excepciones muy concretas la práctica de cirugía endoscópica vesical: resección transuretral (RTU). Esta cirugía, que va destinada a la extracción de la tumoración o tumoraciones en su totalidad, o bien la práctica de biopsias cuando la extirpación radical es imposible, nos permite la correcta filiación de dicha neoplasia: estirpe tumoral, grado de diferenciación celular y grado de infiltración tumoral a nivel de la pared vesical.

Todos estos datos son fundamentales de cara a la planificación de la estrategia terapéutica; debido a la multiplicidad de los carcinomas transicionales, se deben

realizar asimismo biopsias de zona de epitelio sospechosas y tomar una serie de muestras de lugares de la vejiga ya determinados: paredes laterales, cúpula, zona trigonal y uretra prostática; también se deben practicar citologías urinarias. Todos estos actos diagnósticos nos permiten determinar la presencia de otras lesiones acompañantes al tumor dentro del epitelio: displasias, metaplasias, o la presencia de tumor (carcinoma in situ), lo que dibuja un mapa vesical y la afectación sufrida en el órgano por el tumor.

Todo esto condicionará la parte terapéutica a seguir. Cuando la histología informe de proliferaciones exofíticas epiteliales bien diferenciadas, los denominados papilomas-(Ta), si la Resección transuretral (RTU) ha sido completa, la pauta será expectante y se practicarán controles periódicos para descartar posibles recidivas; éstas serán más frecuentes en tumores múltiples o con tamaños superiores a 2 cm.

Aquellas neoformaciones que infiltran el corion, pero no llegan a la muscular (T1) se pueden beneficiar tras la RTU de un tratamiento con quimioterapia local, o sea la instilación de citostáticos intravesicales, como Thiotepa, Adriamicina y Mitomicina.

Los tumores vesicales ya comentados, llamados tumores superficiales, ya que quedan limitados a la mucosa y no llegan a afectar la capa muscular vesical, suelen ser de un grado de indiferenciación celular moderado y su pronóstico, al tener un riesgo de diseminación y progresión bajos, es bueno, pudiéndose

beneficiar de medidas terapéuticas conservadoras. Los tumores infiltrantes, o sea aquellos que llegan a la capa muscular es todo lo contrario, especialmente si el grado de indiferenciación celular es marcado, son muy agresivos con progresiones rápidas y gran cantidad de recidivas locales tras la RTU; esto hace que en personas con estado general conservado y sin evidencia de diseminación tumoral metastásica, la terapéutica propuesta sea la cirugía radical de vejiga: cistectomía (cistoprostatectomía en el varón) con linfadenectomía ilíaca-obturatriz y derivación urinaria, ya sea con sustitución vesical o urostomía (directa o transileal-Bricker).

Si el estado general del paciente, o su edad, no permiten una intervención de tal envergadura, se puede proponer; según el grado de diferenciación tumoral, y si la RTU ha sido completa, una quimioterapia vesical o bien radioterapia; si la RTU no ha sido completa; nueva cirugía endoscópica o cistectomía parcial según la localización del tumor. En algunos casos puede ser de gran utilidad la quimioterapia sistémica, y especialmente con la aplicación de nuevas combinaciones de quimioterápicos, a base de cisplatinum, metrotrexate, vinblastina. Esto será especialmente útil como coadyuvante de la cirugía radical, o bien en aquellos casos en que la invasión local del tumor hace que la cirugía radical no sea viable; un tratamiento con citostáticos sistémicos puede reducir la masa y permitir la nueva valoración de la terapéutica quirúrgica.

En los casos de diseminación metastásicas las terapéuticas a ofrecer son escasas y hasta la actualidad de efecto paliativo. Debido a la escasa efectividad de la radioterapia sobre estos tumores, excepto en casos de sintomatología por causa metastásica, donde puede ser muy útil, la esperanza está en los

tratamientos quimioterápicos, que aún no están totalmente desarrollados. La cirugía queda relegada a tratamientos paliativos de la sintomatología, RTU por hematurias u obstrucción, colocación de catéteres ureterales en doble «J» o nefrostomía por punción, en aquellos pacientes con atrapamiento ureteral e hidronefrosis. En casos de hematurias muy importantes o síndromes miccionales recalcitrantes, se puede llegar a la realización de las denominadas cistectomías de salvamento y posterior derivación urinaria, generalmente ureterostomías cutáneas.

En general las neoplasias uroteliales más frecuentes son los carcinomas transicionales, tumores relativamente frecuentes y con unos factores de riesgo definidos, que afectan con mayor frecuencia a varones en la 5ª. y 6ª. década de la vida. La hematuria, generalmente con coágulos, nos ha de hacer sospechar rápidamente en su presencia. En cuanto al diagnóstico, la urografía y la cistoscopia son métodos válidos, pero la incorporación de la ecografía y citologías ha favorecido enormemente su diagnóstico y seguimiento.

Un correcto estadiaje tumoral, tanto a nivel local como regional o a distancia, es fundamental de cara al correcto tratamiento de estos tumores. La cirugía, ya sea RTU o cirugía radical es hasta la actualidad la única forma terapéutica curativa frente a estas neoplasias. La radioterapia es de una eficacia muy limitada, sin embargo la quimioterapia está destinada a ser, junto a la cirugía, el otro gran pilar de tratamiento frente a estos tumores.

Clasificación de las urostomías o derivaciones urinarias

- Por su sitio anatómico: Nefrostomía, ureterostomía unilateral o bilateral, cistostomía o vesicostomía, conducto ileal, conducto colónico y neovejiga.
- Por su tiempo de permanencia: en temporales y permanentes

Temporales: Su duración es por un periodo de tiempo que puede ser de 2 a 4 meses o hasta un año, existiendo la posibilidad de reconectarse una vez controlada la enfermedad.

Permanentes: Cuando no es posible la reconexión por escisión del esfínter.

- Por su grado de continencia:

Continentes.- permite la continencia de tipo social, puede drenarse por medio de una sonda o catéter.

Incontinentes.- el efluente es continuo y sin control.

Neovejiga:

Es la construcción quirúrgica de un reservorio urinario, generalmente con intestino delgado, ciego, ascendente y sigmoides. Es una derivación urinaria definitiva.

Clasificación por su construcción:

- Continentes: Técnica de Kock, Indiana, Miami. Su capacidad varía de 300 a 600 ml.
- No continentales: Conducto ileal o colónico.

Características normales del estoma:

- Coloración rojo o rosado
- Mucosa lisa húmeda y brillante

- Sensibilidad indoloro
- Movilidad escasa
- Altura de 2 a 3 cm. (en el caso de la neovejiga puede ser plano o al ras de la piel).

5.6 CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON NEOVEJIGA

Los cuidados que a continuación se mencionan, se refieren a los específicos en paciente con neovejiga, omitiendo los que se proporcionan de forma general a pacientes que fueron sometidos a una cirugía.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Posterior a la cirugía la enfermera debe observar la coloración del estoma para detectar oportunamente complicaciones inmediatas como la necrosis o sangrado y comprobar la salida de la orina para verificar su funcionalidad.

Entre los cuidados de enfermería específicos, destacan los siguientes:

- Vigilar permeabilidad de sondas y catéteres ureterales
- Fijación adecuada de sondas
- Vigilar características de la orina
- Cuantificación de gasto urinario
- Cuidados del estoma: lubricación en caso necesario, evitar presionarlo con sondas y/o ropa del paciente, limpieza de la piel periestomal.
- Iniciar irrigación del reservorio urinario a las 48 hrs. del postoperatorio cada 12 hrs.
- Cateterización intermitente para la evacuación de la neovejiga, posterior al retiro de todas las sondas.

- Capacitación al paciente y familiar sobre los cuidados de la neovejiga antes de egresar del hospital. Los cuidados por el propio paciente son necesarios para que él lo acepte, organice su vida adecuadamente y logre su independencia.

5.7 ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL OSTOMIZADO

Se considera de suma importancia mencionar el aspecto psicológico y social de los pacientes que padecen cáncer de vejiga y que se les practica una derivación urinaria, ya que estos aspectos se afectan profundamente y van a requerir de más tiempo para reestablecerse.

Tomando en cuenta que el hombre es un ser social por naturaleza, su vida y sus actividades se realizan en un campo social común con otros. Forma parte de un grupo social, el cual presenta las siguientes características:

- a) La estructura: Una organización en la que cada individuo desempeña su propio papel.
- b) La interacción: Sus comportamientos se influyen mutuamente.

La cultura es un patrón de vida, un modo de comportarse, de pensar, de valorar, de sentir y de creer. Se transmite de generación en generación y determina la expresión de las emociones y de los sentimientos.

Todo sistema social tiene unas características comunes, tales como estructura, status, papel e interacción social. El papel y el status se definen por lo que el individuo espera de los demás o los demás esperan de él en una situación social determinada.

Imagen corporal

Es la idea que se forma la persona acerca de su propio cuerpo; o lo que es lo mismo, como individuo percibe su corporalidad. Es un concepto muy personal y subjetivo. No se nace con ella, comienza a desarrollarse en el momento del nacimiento, está considerada como componente del crecimiento y del desarrollo.

Debido a su característica dinámica, la imagen corporal, al igual que las percepciones y experiencias, sufren cambios a lo largo de la vida. Los cambios pueden ser: a) Naturales o espontáneos: Son los experimentados por el paso del tiempo. b) No naturales: Producto de amenazas reales o imaginarias, de traumas y por pérdida de partes corporales.

Toda persona aprende a conocer su cuerpo comparándolo con otros de su mismo grupo. Los individuos se identifican en relación con su apariencia corporal y las reacciones de otras personas a su cuerpo.

Todo estoma es el resultado de una cirugía mutilante; poco visible pero muy traumatizante, hay una pérdida de control y cambio en la estructura del cuerpo y su función; se rompen todos los esquemas que él tiene de su cuerpo, ya no es igual a los de su grupo.

Es importante ayudar a que el paciente mantenga su propia estima y se acepte tal como es. Tanto el personal sanitario como la familia deben ser conscientes de que el paciente está observando a las respuestas, comentarios, gestos, etc., para detectar aceptación, rechazo, piedad o resentimiento y que la adaptación ante su

nueva imagen está condicionada a su apariencia corporal y a la reacción de otros a su cuerpo.³⁴

Trabajo

En la mayoría de los casos el paciente puede volver a reanudar su trabajo. Se pueden producir excepciones relacionadas con la enfermedad que hay que comentar con el urologo. Un regreso precoz al trabajo ayuda a que el paciente vuelva a tener confianza en sí mismo. En los trabajos pesados hay que tener precauciones.

Vida sexual³⁵

Antes de la cirugía, el paciente debe ser informado por el médico acerca de las consecuencias de la misma, una de las cuales es la impotencia en el hombre.

En un 99 % de los casos del sexo masculino se produce una impotencia después de la operación, la cual es debida a la inevitable destrucción con la misma de los plexos nerviosos situados alrededor de la vejiga, por lo que a pesar de que tengan lugar estímulos, mecánicos o psíquicos, los cuerpos cavernoso no se llenarán de sangre y no se conseguirá la erección.

El consejo para poder tener una vida sexual aceptable se divide en varias facetas.

³⁴ Ortiz H. op-cit. pags. 356-357.

³⁵ Ortiz H. op. cit. pags. 255-356.

- 1) Aceptación del estoma. El paciente encontrará que el estoma es un fenómeno desagradable que disminuye en gran parte su atractivo físico. El hecho de aceptar el estoma tanto por parte de él como por parte de la pareja ayudará a conseguir una relajación en el contacto sexual.
- 2) Para que el paciente con impotencia pueda realizar el coito existen dos posibilidades: la colocación de una prótesis de pene o aplicar papaverina en el cuerpo cavernoso.

6.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

6.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente G.G.G. masculino de 44 años, con peso de 63 Kg. mide 1.65 mts., originario y residente de Guanajuato, escolaridad de primaria completa, con domicilio conocido en Juventino Rosas, casado, católico, obrero textil y agricultor por su cuenta (maíz).

Fecha de ingreso: 24 de octubre de 2004. Servicio: Oncología. Con diagnóstico médico de CA de vejiga de células transicionales invasor a músculo superficial G III Insitu.

Postoperado de Cistoprostatectomía radical mas construcción de Neovejiga tipo Miami (el día 29 de octubre de 2004).

Dentro de sus antecedentes heredo-familiares están, los siguientes: Padre finado por cáncer (CA) de pulmón, abuela materna finada por CA de estómago, resto negados.

Antecedentes personales no patológicos: Vive en casa propia, en provincia, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, cohabita con cuatro personas, zoonosis positiva con pájaros y perros.

Tabaquismo positivo desde los 18 años, 20 cigarrillos al día, hasta hace 5 meses.

Antecedentes personales patológicos: Resección transuretral (RTU) de tumor vesical en junio de este año. Niega otras enfermedades de importancia

Dinámica sociofamiliar: Tiene 3 hijos solteros, 1 estudiante de secundaria, 1 de nivel técnico y 1 de preparatoria, su esposa se dedica al hogar, sus dos hijos mayores le ayudan en la agricultura. Considera que es una familia bien integrada y con buena comunicación.

5-nov-04

Exploración Física: Paciente masculino, adulto maduro, consciente, orientado, en su 7º. día de postoperado. Con palidez de tegumentos y fascies de dolor. Refiere dolor moderado (escala numérica de 7). Cabeza con cabello bien implantado, sin hundimientos ni exostosis. Pupilas normorefléxicas, nariz sin desviación de tabique, narinas permeables. Cavidad oral bien hidratada, piezas dentarias incompletas (1 molar superior derecho) con amalgamas en molares y premolares superiores e inferiores, faringe sin alteraciones. Pabellones auriculares simétricos, canal auditivo externo libre de cerum. Cuello sin injurgitación yugular, no adenomegalias.

Tórax simétrico, ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares limpios y bien ventilados, catéter subclavio derecho permeable. Tórax posterior sin alteraciones.

Abdomen con herida quirúrgica supra e infraumbilical sin secreciones, sonda foley en neovejiga a través del estoma en cicatriz umbilical y sonda foley de seguridad en cuadrante inferior derecho en neovejiga mas catéteres ureterales permeables, drenando orina amarilla clara con moco en escasa cantidad, drenovac en cuadrante inferior izquierdo drenando escaso material sanguinolento.

Genitales externos: de acuerdo a edad y sexo.

Extremidades superiores: sin alteraciones

Extremidades inferiores: sin alteraciones, godete negativo

Tratamiento médico: Dieta líquidos claros, solución mixta de 1000 cc más 1 ampula de KCL para 8 horas alternar con solución glucosada al 5 % de 1000 cc para 8 horas. Medicamentos: Amikacina 500 mg IV cada 24 hrs, metronidazol 500 mg IV cada 8 horas, dorixina 1 ampula cada 8 hrs., metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas, Ranitidina 50 mg IV cada 12 horas. Control estricto de líquidos, cuidados a catéter, sondas y herida quirúrgica, cuantificar gastos urinarios de sondas por separado. Irrigaciones de neovejiga cada 12 hrs. Baño y deambulación, signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería. Avisar eventualidades.

**6.2 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE ACUERDO A
VIRGINIA HENDERSON**

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA
<p>1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN</p> <p>El día 5-nov-04 se encuentra con TA de 110/70 mmHg, FR de 22 x', FC de 88 x'. No refiere algún problema o molestia para respirar. Tórax se observa simétrico con campos pulmonares limpios y bien ventilados.</p> <p>Exámenes de laboratorio: Hemoglobina de 10 gr/dl (5-nov-04)</p> <p>Cuenta con una Tele de Tórax del día 4/10/04 = Negativo para malignidad.</p> <p>Antes de enfermarse fumaba 20 cigarrillos diarios.</p>	<p>INDEPENDIENTE</p>
<p>2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN</p> <p>Refirió que acostumbra a tomar agua aproximadamente de 1 ½ a 2 litros al día, toma agua de garrafón.</p> <p>Realiza 3 comidas al día en buena cantidad y regular calidad.</p> <p>Tiene un peso de 63 Kg. mide 1.65 mts. Exámenes de laboratorio: Hemoglobina de 10 gr/dl (5-nov-04)</p> <p>Actualmente (5-nov-04) se encuentra en ayuno debido a que fue sometido a una intervención quirúrgica, cursando su 7º. día de postoperado, refiere tener náuseas, hoy iniciará con líquidos claros y de acuerdo a tolerancia, iniciara con dieta blanda por la tarde.</p>	<p>PARCIALMENTE DEPENDIENTE.</p>

<p>Cuenta con catéter subclavio derecho pasando solución mixta de 1000 cc más 1 amp. de KCL para 8 horas la cual se está alternando con solución glucosada al 5 % de 1000 cc para 8 horas. Se está llevando control estricto de líquidos.</p> <p>Fármacos: Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas y Ranitidina 50 mg IV cada 12 horas.</p>	
<p>3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN</p> <p>Presentaba entre 8 y 10 micciones al día, de características amarilla clara, al final con hematuria a partir de junio de este año, por lo que acudió con facultativo quien prescribe antiséptico urinario y urografía excretora, en la cual se encontró defecto de llenado de vejiga sobre lado izquierdo, el día 7 de junio de 2004 le realizan resección transuretral, diagnosticándole carcinoma papilar de células transicionales grado III infiltrante 6 mm. de la vejiga por lo que fue referido a esta unidad . El 16 de junio de 2004 se lleva a cabo revisión de laminillas: cáncer de células transicionales G III. El 17 de julio nuevamente revisión de laminillas llegando a la conclusión de cáncer de células transicionales invasor a músculo superficial G III insitu por lo que se programa para cirugía. El día 29 de octubre de 2004 se interviene quirúrgicamente realizándole Cistoprostatectomía radical más construcción de Neovejiga tipo Miami.</p> <p>El día de hoy se encuentra (5-nov-06) con sonda de foley a</p>	<p>DEPENDIENTE</p>

<p>neovejiga a través de estoma construido sobre la cicatriz umbilical y sonda de foley de seguridad en cuadrante inferior derecho a neovejiga mas catéteres ureterales permeables, drenando orina amarilla clara con moco en escasa cantidad, ha orinado aproximadamente 2800 a 3000 ml en 24 hrs.</p> <p>Tiene cuantificación de gastos urinarios de sondas por separado, así como irrigaciones de neovejiga cada 12 hrs. con solución de irrigación.</p> <p>En cuanto a evacuación intestinal tiene el hábito de realizarlo 1 vez al día, actualmente no ha evacuado ya que se encuentra en ayuno y no ha ingerido alimento desde un día previo a la cirugía, solo refiere canalizar gases.</p>	
<p>4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA</p> <p>Mantén una buena postura corporal para sus labores, tenía que estar en constante movimiento.</p> <p>Presenta limitación en el movimiento refiriendo que el movilizarse le provoca que aumente el dolor en la herida y el traer varias sondas con su respectiva bolsa recolectora le dificulta más la movilización. Esta con analgésico para control del dolor Dorixina 1 amp cada 8 hrs. Recibe ayuda por parte de enfermería y de su esposa para incorporarse de la cama y deambular.</p>	<p>PARCIALMENTE DEPENDIENTE</p>

<p>5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO</p> <p>Duerme entre 7 y 8 horas de 21:00 a 5:00 horas, descansa a veces una hora al día aproximadamente mientras ve la televisión aunque a veces prefiere terminar sus actividades del día para acostarse mas temprano.</p> <p>Actualmente no ha dormido bien debido al dolor y ruidos propios del ambiente hospitalario, por lo que refiere dormitar durante el día. Está con dorixina 1 amp cada 8 hrs. para control del dolor.</p>	<p>PARCIALMENTE DEPENDIENTE</p>
<p>6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS</p> <p>Usa ropa especial para su trabajo (tela más resistente) cuando va al campo, debido a que está expuesto a ramas, piedras, tierra y picadura de animales, su esposa le proporciona su ropa.</p> <p>Actualmente requiere de ayuda para quitarse y colocarse la bata, por el dolor que le causa moverse y miedo de que se le “jalen o salgan las sondas”.</p>	<p>PARCIALMENTE DEPENDIENTE</p>
<p>7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN</p> <p>Usa ropa de acuerdo al clima, se protege del frío o usa ropa ligera cuando hace calor. Refiere que al estar trabajando no requiere de ropa muy caliente aunque haga frío, ya que con el movimiento aumenta la temperatura de su cuerpo.</p> <p>Por el trabajo en el campo prefiere el clima no muy cálido.</p> <p>Actualmente su temperatura ha estado dentro de parámetros normales registrando temperaturas de 36.4 a 36.7o C.</p>	<p>INDEPENDIENTE</p>

<p>8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL</p> <p>Realiza baño diario por las tardes al regresar del trabajo y cambio de ropa. Se lava los dientes 2 a 3 veces al día. El lavado de manos lo realiza antes de cada alimento y después de ir al baño. Sabe que esto es importante para evitar infecciones del estómago.</p> <p>Actualmente realiza baño diario, lavado de dientes 3 veces al día y lavado de manos después de ir al baño y cada que sea necesario. Presenta ligera palidez de tegumentos, su aspecto es de limpieza adecuada, piel hidratada. En cavidad oral presenta la falta de molar superior derecho y amalgamas en molares y premolares superiores e inferiores, no presenta halitosis. Tiene catéter subclavio derecho. Abdomen con herida quirúrgica supra e infraumbilical sin secreciones con puntos de sutura, sondas foley en neovejiga a través de estoma en cicatriz umbilical y cuadrante inferior derecho más sondas ureterales permeables, drenovac en cuadrante inferior izquierdo. Resto de piel sin otras lesiones.</p>	<p>PARCIALMENTE DEPENDIENTE</p>
<p>9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS</p> <p>Su familia está integrada por su esposa y 3 hijos. En situaciones de urgencia se apoyan mutuamente, su esposa lo tranquiliza, él prefiere distraerse en su trabajo. Sabe las medidas de protección en el hogar y su trabajo. No asistía a revisión al médico con</p>	<p>PARCIALMENTE DEPENDIENTE</p>

<p>regularidad, ya que el consideraba que no era necesario.</p> <p>Actualmente necesita de ayuda al movilizarse, al deambular y sostener las bolsas recolectoras de orina para sentirse más seguro. Tiene prescrito dorixina 1 amp cada 8 hrs. para control del dolor y facilitar su movilización. Debido al tipo de cirugía que fue sometido y las sondas y catéteres que porta se le indicó la aplicación de antibióticos de forma profiláctica para evitar infecciones; los cuales son: Amikacina 500 mg. IV cada 24 hrs. y metronidazol 500 mg. IV cada 8 hrs.</p> <p>Se le realizan cuidados específicos a catéteres, sondas y herida quirúrgica (curación y fijación).</p> <p>No presenta problemas auditivos, visuales o sensoriales.</p>	
<p>10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE</p> <p>Es casado desde hace 22 años, convive con su esposa y sus hijos que son estudiantes, los 2 mayores le ayudan en el campo. En situaciones difíciles, lo platican en familia, excepto con el hijo menor y juntos dan solución al problema. También son apoyados por parte de las familias de ambos. Tiene buenas relaciones con los vecinos.</p> <p>En estos momentos se siente con la incertidumbre de cómo va ser su vida de ahora en adelante, si es que va a poder realizar su trabajo como antes o si va a ser útil, ya que tiene la responsabilidad económica de su familia. Se observa que no</p>	<p>INDEPENDIENTE</p>

<p>tiene dificultad para exteriorizar sus sentimientos.</p> <p>Le ha manifestado a su esposa preocupación por su funcionalidad en la sexualidad.</p>	
<p>11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES</p> <p>Su religión es católica y no tiene conflictos personales, debido a su religión. Acude a la iglesia cada ocho días. Los valores que predominan en su familia son la honradez, la verdad, trabajo, respeto y la ayuda mutua.</p> <p>Su forma de pensar es congruente con su forma de vivir, esta satisfecho con lo que ha logrado. Aunque le gustaría que sus hijos estudiaran una profesión para conseguir un mejor trabajo, ya que en el campo el trabajo es pesado.</p>	<p>INDEPENDIENTE</p>
<p>12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE</p> <p>Trabaja en una fábrica textil 3 veces a la semana por 8 horas al día, los demás días de la semana trabaja en el campo de agricultor de maíz, refiere que trabaja mucho, pero a pesar de ello se siente satisfecho ya que gracias a eso le ha podido dar lo indispensable a su familia.</p> <p>En este momento se siente un poco preocupado, ya que no sabe cuanto tardará su recuperación, pero sabe que cuenta con el apoyo de su familia y de su esposa.</p>	<p>PARCIALMENTE DEPENDIENTE</p>

<p>13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS</p> <p>Le gusta caminar en el campo, diariamente camina 1 hora de ida y de regreso. También ve la televisión. En su pueblo cuentan con un jardín con kiosco en donde los domingos después de misa se queda un rato a platicar con sus conocidos.</p>	<p>INDEPENDIENTE</p>
<p>14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE</p> <p>Tiene la primaria completa, y cuenta con los conocimientos necesarios para poder llevar cabo su trabajo en el campo y en la fábrica de textiles.</p> <p>Actualmente tiene la necesidad de aprender sobre su enfermedad y como debe de cuidarse ahora que regrese a su casa. Educación sobre su terapéutica a seguir, manejo de su neovejiga, ejercicio, descanso y actividades laborales.</p>	<p>PARCIALMENTE DEPENDIENTE.</p>

6.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, OBJETIVO, CUIDADOS, FUNDAMENTACIÓN Y EVALUACIÓN.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Dolor agudo relacionado con herida quirúrgica manifestado por fascies de dolor y referencia verbal.</p> <p>OBJETIVO</p> <p>Don Gregorio se mantendrá en un nivel de dolor tolerable.</p>	<p>Identificar las causas, localización del dolor y valorar la intensidad del dolor con la escala numérica.</p> <p>Aplicación de analgésico oportunamente dorixina 1 ampola cada 8 hrs. y verificar efecto del mismo</p> <p>Orientarle sobre una posición cómoda, que no ejerza presión sobre la herida o drenajes.</p>	<p>El dolor puede clasificarse en superficial o cutáneo, profundo (de músculos, tendones, articulaciones, hueso, fascia) y visceral.</p> <p>Existen escalas que nos permiten medir la intensidad del dolor de manera más objetiva, una de estas es la escala numérica que consiste en una línea que va del 0 al 10, donde 0 es igual a sin dolor y 10 es dolor intenso.</p> <p>La dorixina es un analgésico no narcótico, derivado del ácido antranílico. Inhibe la enzima prostaglandina sintetasa, responsables de la síntesis de prostaglandinas, por lo que evita la captación de la sensibilidad dolorosa, independientemente de la causa. La administración de analgésicos debe responder a las necesidades de cada individuo y a la vida media del medicamento, para lograr su absorción, distribución y eliminación.</p> <p>La presión externa que se ejerce contra los tejidos corporales puede aliviarse mediante: cambios de posición, un soporte adecuado de todas las partes del</p>

	<p>Fijación adecuada de sondas y catéteres.</p> <p>Apoyo emocional, platicar con el paciente.</p> <p>Orientación sobre métodos de relajación (respiraciones lentas y profundas).</p> <p>Evitar un ambiente ruidoso.</p>	<p>cuerpo, el uso de curaciones ligeras, fijación adecuada de sondas y catéteres para evitar su movilización y por consiguiente estímulo del dolor.</p> <p>Una relación que brinda apoyo, atención y ayuda, estimula conductas para disminuir, controlar o aliviar el dolor.</p> <p>Las técnicas terapéuticas de relajación, como las respiraciones lentas y profundas reducen la tensión de los músculos y mejora la oxigenación lo que favorece la disminución del dolor.</p> <p>Un entorno libre de ruidos favorece la relajación y comodidad del paciente.</p>
--	---	--

EVALUACIÓN

Al inicio del turno el paciente manifestó tener una intensidad de dolor de 7 de acuerdo a la escala numérica, posterior a la aplicación del analgésico y a las demás medidas aplicadas el dolor disminuyó a 3, manifestó que el haber realizado las respiraciones profundas también le ayudaron lo que permitió que el resto del turno lo cursara con mayor tranquilidad. Se observó que en el momento de mayor intensidad del dolor, el estar platicando con el paciente lo distrajo un poco de su sensación de dolor, refiriendo que ya se le estaba olvidando.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Alteración en el patrón de eliminación urinaria relacionado con la extirpación de la vejiga y reconstrucción de reservorio urinario manifestado por cambios en los hábitos para orinar y requerir de una sonda.</p> <p>OBJETIVO</p> <p>Don G. eliminará la orina a través de la sonda de forma continua y posteriormente intermitente sin complicaciones.</p>	<p>Vigilar las características del estoma e higiene.</p> <p>Cuidados a la piel periestomal, manteniéndola limpia y seca.</p> <p>Vigilar la permeabilidad de las sondas y fijación adecuada de las mismas.</p> <p>Realizar irrigaciones a neovejiga cada 12 horas con solución para irrigación o fisiológica.</p> <p>Vigilar la ingesta de líquidos y ministración de soluciones IV: mixta de 1000 cc más 1 amp. de KCL para 8 horas alternando con solución glucosada al 5 % de 1000 cc para 8 horas.</p> <p>Cuantificación de ingresos y egresos de líquidos.</p>	<p>Normalmente el estoma es húmedo, de color rojo-rosado y sangra ligeramente cuando se frota. La piel periestomal debe estar intacta y libre de irritaciones. Estos hallazgos reflejan una buena evolución y ausencia de complicaciones.</p> <p>La orina debe fluir libremente si no existe obstrucción. La permeabilidad de las sondas favorecerá el buen funcionamiento de la neovejiga y evitará complicaciones como sobredistensión y dehiscencia de anastomosis. La neovejiga no cuenta con receptores sensitivos que responden a la elevación de la presión por almacenamiento de orina como en el caso de la vejiga.</p> <p>La irrigación mantiene la permeabilidad del catéter estomal, permitiendo que la orina drene libremente ya que existe una gran cantidad de moco secretado inicialmente por el reservorio.</p> <p>El aporte alto de líquidos en un paciente con función renal normal, llevará a la producción de orina en altos volúmenes, favoreciendo la permeabilidad y funcionamiento del reservorio urinario.</p> <p>Permitirá detectar oportunamente la retención de líquidos y obstrucción de las sondas. La producción urinaria mínima aceptable es de 30 ml/hr.</p>

	<p>Vigilar características de la orina.</p> <p>Orientar sobre la manipulación de sondas y bolsas recolectoras de orina.</p> <p>Enseñar al paciente y familiar las irrigaciones y el cateterismo intermitente</p>	<p>La orina normal es transparente y de color paja o ambar claro, suele ser ligeramente ácida (pH de 6 aprox.). En el paciente PO de neovejiga la orina es amarillenta y contiene descamaciones mucosas cuando el intestino se utiliza como reservorio, pero no es mal oliente.</p> <p>Favorecerá mayor y mejor participación del cliente en su cuidado y se evitarán accidentes, así como evitar el reflujo hacia la neovejiga y que sean manejadas en circuito cerrado, lo que ayudará a disminuir el riesgo de infección.</p> <p>La derivación continente requiere un cliente que comprenda el sistema para obtener un funcionamiento óptimo. Si el cliente no puede cuidarse, existe el riesgo de complicaciones.</p> <p>La programación del sondaje permite la expansión gradual del reservorio, su capacidad de contener orina puede variar entre 300 a 600 ml. Los reservorios contruidos a partir del intestino siempre secretan moco y deben irrigarse de forma rutinaria.</p>
--	--	---

EVALUACIÓN

No presento ningún problema en cuanto a la funcionalidad de la neovejiga, las sondas se mantuvieron permeables todo el tiempo. No tuvo incidentes en cuanto al manejo de sondas y catéteres durante el baño y la deambulaci3n. El d3a 6-nov-04 se retiran sondas de ur3teres y sonda de seguridad sin complicaciones. El d3a 9-nov-04 se retira sonda de estoma e inici3 la ense3anza sobre las irrigaciones y cateterizacion, observando gran inter3s por aprender tanto del paciente como de su esposa. En d3as posteriores ellos realizaron el procedimiento bajo asesor3a y supervisi3n por enfermer3a.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Alto riesgo de alteración del equilibrio de líquidos y electrolitos relacionado con el ayuno prolongado y diuresis excesiva.</p> <p>OBJETIVO</p> <p>Don Gregorio mantendrá un aporte adecuado de líquidos y electrolitos por vía intravenosa y vía oral</p>	<p>Administración y control de soluciones IV mixta de 1000 cc más 1 amp. de KCL para 8 horas alternando con solución glucosada al 5 % de 1000 cc. para 8 horas.</p> <p>Vigilar la permeabilidad y la velocidad del flujo de la vía IV.</p> <p>Llevar control de ingresos y egresos de líquidos.</p> <p>Explicarle al paciente en que consiste el control de líquidos.</p> <p>Vigilar la presencia de signos de deshidratación (sed, sequedad de piel y</p>	<p>La vía IV es la indicada cuando se necesita con urgencia los nutrimentos y se desea administrar volúmenes grandes de líquidos, además tiene la ventaja de que la absorción es rápida. A los clientes con función renal normal que no reciben nada por la boca se les debe agregar potasio en las soluciones IV. El cuerpo no puede conservar el potasio, e incluso cuando cae la concentración sérica los riñones continúan excretando potasio</p> <p>Las soluciones incorrectas y la velocidad de flujo inexactas pueden provocar desequilibrios hídricos y electrolitos.</p> <p>El control de líquidos es un procedimiento que nos permite llevar la medición con precisión de líquidos que ingresaron (vía oral, IV) al organismo y de líquidos eliminados (orina, evacuación intestinal, pulmones, vomito, heridas y piel).</p> <p>El registro de control de líquidos será mas preciso si el paciente conoce el procedimiento y se le pide su colaboración, para lo cual debe comprender plenamente porque se lleva este registro, como se hace y porque tiene importancia para él.</p> <p>Las complicaciones mas frecuentes por desequilibrio hidroelectrolítico son: hipovolemia, hipervolemia, Disminución o</p>

	<p>mucosas, etc.) o exceso de líquidos (edema, oliguria, aumento de la presión venosa central, etc.) así como falta o exceso de electrolitos.</p> <p>Vigilar tolerancia e ingesta de dieta (líquidos claros).</p> <p>Orientar sobre la importancia de la ingesta de líquidos.</p> <p>Toma de muestras para exámenes de laboratorio (electrolitos séricos).</p>	<p>aumento de sodio, potasio, calcio, magnesio.</p> <p>Las concentraciones normales de Na son: 138-142 mEq./L de plasma, 2-10 mEq./L de agua intracelular.</p> <p>De K son: 3.8-5.0 mEq./L de plasma, 135-155 mEq./l. de agua intracelular.</p> <p>De Ca son: 5 mEq./L de plasma, 2-4 mEq./l. de agua intracelular.</p> <p>De Mg son: 5 mEq./L de plasma, 25-30 mEq./l. de agua intracelular.</p> <p>Los líquidos corporales se regulan por medio de la ingesta de líquidos, la eliminación y la regulación hormonal.</p> <p>El paciente informado acerca de su tratamiento y la importancia que tiene para su recuperación, tiene mayor y mejor participación.</p> <p>Mediante una muestra de sangre venosa periférica se determina la existencia de trastornos significativos del equilibrio hidroelectrolítico (Na, K, Cl).</p>
--	--	--

EVALUACIÓN

La ingesta de líquidos fue bien tolerada, se tomo todo el jugo de manzana y té; por la tarde continuó con dieta blanda. A pesar de que presentaba volúmenes urinarios altos (de 3000), estos fueron repuestos por vía oral e intravenosa, logrando tener un balance casi neutro; ingresos - 3030 (vía oral e IV) en 24 hrs. egresos - 3020 (orina y drenovac). No presentó datos de exceso o falta de líquidos. Los resultados de los electrolitos séricos fueron normales.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Riesgo de alteración de la nutrición por defecto relacionado al ayuno prolongado.</p> <p>OBJETIVO</p> <p>Don Gregorio mantendrá un adecuado aporte nutricional al reiniciar la ingesta de alimentos</p>	<p>Solicitar dieta de líquidos claros y vigilar tolerancia a la vía oral</p> <p>Notificar el cambio de dieta de líquidos claros a dieta blanda a la dietista.</p> <p>Vigilar que la dieta sea la adecuada.</p> <p>Recomendar al paciente que coma despacio y mastique lo suficiente los alimentos.</p> <p>Recomendar la deambulación y orientar sobre el beneficio de esta para el buen peristaltismo intestinal.</p> <p>Procurar un ambiente agradable, libre de malos olores.</p> <p>Aplicación de antiemético para evitar la sensación de náusea. Metoclopramida 10 mg IV cada 8 hrs.</p>	<p>La dieta postoperatoria depende de la naturaleza de la intervención quirúrgica, así como de las necesidades del paciente. En la dieta se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales que provean lo necesario para: la construcción, conservación y reparación de tejidos corporales.</p> <p>La dieta blanda consiste en alimentos que necesitan masticarse poco y no contienen fibras duras o comidas muy condimentadas.</p> <p>El comer despacio y masticar lo suficiente los alimentos, favorece una mejor digestión y asimilación.</p> <p>Con el movimiento del cuerpo como la deambulación, se estimula el peristaltismo intestinal por lo tanto un mejor funcionamiento en los procesos del tubo digestivo.</p> <p>Los olores desagradables pueden estimular el reflejo de náusea y la pérdida del apetito.</p> <p>La metoclopramida posee una notable actividad antiemética, deprime el centro del vómito. A nivel del tracto gastrointestinal aumenta la contracción del esfínter esofagogástrica y porción astral</p>

	<p>Aplicación de antiácido. Ranitidina 50 mg cada 12 hrs.</p>	<p>del píloro, aumenta la motilidad del músculo liso desde el esófago hasta el intestino delgado con lo cual acelera el vaciamiento gástrico y el tránsito del contenido intestinal desde el duodeno hasta la válvula ileocecal, sin efectos sobre el colon.</p> <p>La ranitidina bloquea la secreción ácida gástrica basal. En el paciente postoperado está indicada como profilaxis y tratamiento de la úlcera gastrointestinal por estrés.</p>
--	---	---

EVALUACIÓN

Hoy por la mañana inicio dieta líquidos claros, por la tarde inició con dieta blanda, la cual fue bien tolerada, observando que fue agradable a la vista del paciente, quedando satisfecho con los alimentos que le trajeron. Mostró interés al explicarle sobre la importancia de la deambulación, la cual realizó posteriormente al terminar de comer. Hasta el momento no presenta datos de desnutrición, no ha tenido importante pérdida de peso desde que se le detectó la enfermedad.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Riesgo de alteración en la eliminación intestinal relacionado con ayuno prolongado, reposo y tratamiento quirúrgico.</p> <p>OBJETIVO</p> <p>El Sr. G. evacuará sin presentar estreñimiento o diarrea</p>	<p>Interrogar al paciente sobre la tolerancia de alimentos y molestias gastrointestinales (dolor, distensión, flatulencias)</p> <p>Vigilar la ingesta de abundantes líquidos</p> <p>Vigilar tolerancia de dieta indicada.</p> <p>Recomendar y vigilar la deambulación del paciente</p> <p>Orientar sobre la importancia de la ingesta de líquidos y la deambulación</p> <p>Vigilar que se reanude la evacuación dentro de las siguientes 24 hrs. posteriores al inicio de la ingesta de alimentos.</p> <p>Aplicación de antiemético Metoclopramida 10 mg IV</p>	<p>Cuando el gas se acumula en la luz del intestino, las paredes intestinales se contraen y distienden. Sin embargo si existe reducción en la motilidad intestinal, la flatulencia puede llegar a ser suficientemente importante como para causar una distensión abdominal y dolor agudo.</p> <p>El líquido disuelve el contenido intestinal, facilitando su paso a través del colon y evita heces duras y secas.</p> <p>El reflejo gastrocólico que inicia la defecación, se estimula más fácilmente después de las comidas.</p> <p>La actividad física como la deambulación estimula el peristaltismo.</p> <p>El paciente informado acerca de su tratamiento y la importancia que tiene para su recuperación, tiene mayor y mejor participación.</p> <p>Los movimientos de propulsión tienden a ocurrir poco tiempo después de ingerir alimentos, después de que el estómago ha estado vacío durante un tiempo prolongado. Aunque algunos residuos alimenticios se evacuan dentro de las primeras 24 hrs. de la ingestión, la mayor parte de ellos se defecan varios días posteriores. Los</p>

	<p>cada 8 hrs.</p> <p>Vigilar características de la evacuación (consistencia y color)</p>	<p>hábitos de eliminación intestinal influyen en la función del intestino.</p> <p>Aumenta la motilidad del músculo liso desde el esófago hasta el intestino delgado con lo cual acelera el vaciamiento gástrico y el tránsito del contenido intestinal desde el duodeno hasta la válvula ileocecal, sin efectos sobre el colon.</p> <p>La observación de las características fecales proporciona información sobre la naturaleza de las alteraciones de la eliminación</p>
--	---	--

EVALUACIÓN

Presentó a las 24 hrs. de haber ingerido alimentos la primera evacuación en escasa cantidad de consistencia blanda, refirió solo haber presentado un leve dolor tipo cólico, posteriormente estuvo evacuando cada 24 hrs. sin molestias. La tolerancia a la dieta y líquidos fue adecuada. Desde días previos al inicio de la dieta presentó canalización de gases.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Deterioro de la movilidad física relacionado con el dolor de la herida manifestada por fascias de dolor a la movilización y limitación de la amplitud del movimiento.</p> <p>OBJETIVO</p> <p>Don G. mantendrá la movilización física y deambulará.</p>	<p>Acciones encaminadas al alivio del dolor.</p> <p>Aplicación de analgésico oportunamente dorixina 1 amp cada 8 hrs. y verificar efecto del mismo.</p> <p>Orientación sobre la importancia de la movilización y deambulación.</p> <p>Orientar sobre la manera de levantarse.</p> <p>Apoyar al paciente en la deambulación, al sentarse o acostarse.</p> <p>Orientar sobre una posición cómoda</p>	<p>La dorixina es un analgésico no narcótico, derivado del ácido antranílico. Inhibe la enzima prostaglandina sintetasa, responsables de la síntesis de prostaglandinas, por lo que evita la captación de la sensibilidad dolorosa, independientemente de la causa.</p> <p>La ambulación temprana acorta la convalecencia y previene complicaciones (neumonía, atelectasia, embolia pulmonar).</p> <p>La aplicación de la mecánica corporal ayuda a mejorar la circulación sanguínea y el peristaltismo intestinal.</p> <p>El apoyo brindado al paciente durante su movilización le dará mayor seguridad y bienestar para realizarlos.</p> <p>La presión externa que se ejerce contra los tejidos corporales puede aliviarse mediante: cambios de posición, un soporte adecuado de todas las partes del cuerpo y el uso de curaciones ligeras.</p>
<p>EVALUACIÓN</p>		
<p>Se alivió el dolor hasta el grado de ser bien tolerado por el paciente y no interferir en la movilización, requirió de menos ayuda para realizarlo. Animado al saber la importancia de caminar, deambuló en 3 ocasiones durante el turno de la mañana.</p>		

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Alteración del patrón de sueño relacionada con el dolor y el entorno hospitalario manifestado por somnolencia referida, ojeras y bostezos frecuentes durante el día</p> <p>OBJETIVO</p> <p>Don G. logrará dormir mejor mediante el control del dolor un ambiente mas tranquilo por la noche</p>	<p>Aplicación de analgésico oportunamente dorixina 1 amp cada 8 hrs. y verificar efecto del mismo.</p> <p>Procurar un ambiente tranquilo sin ruidos durante la noche</p> <p>Recomendar al paciente que no duerma durante el día.</p> <p>Mantener comunicación con el personal de enfermería de los turnos nocturnos sobre la dificultad del paciente para conciliar el sueño y procuren un ambiente más tranquilo.</p>	<p>La dorixina es un analgésico no narcótico. Inhibe la enzima prostaglandina sintetasa, responsables de la síntesis de prostaglandinas, por lo que evita la captación de la sensibilidad dolorosa, independientemente de la causa.</p> <p>Es medida de comodidad, la disposición de un ambiente en óptimas condiciones de limpieza y físicas (iluminación tenue, eliminación de ruidos innecesarios, acercamiento de artículos personales y de comunicación) que proteja al paciente de riesgos mecánicos, químicos o térmicos.</p> <p>Le permitirá acumular el cansancio y el sueño para la noche, facilitando la conciliación del sueño.</p> <p>La buena comunicación con el resto del personal permite dar seguimiento a las necesidades del paciente así como a buscar alternativas de solución.</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Refirió al día siguiente que pudo dormir un poco mejor por lo que se sentía más descansado, ya no presentaba ojeras ni bostezos. Al comunicarles al personal del turno nocturno sobre la situación del paciente evitaron ruidos innecesarios durante su jornada.</p>		

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Déficit de autocuidado vestido/arreglo relacionado con dolor manifestado por dificultad para colocarse la bata y movilización de sondas</p> <p>OBJETIVO</p> <p>El Sr. G. se colocará la bata y movilizara las sondas de forma segura</p>	<p>Acciones encaminadas al alivio del dolor para facilitar la movilización.</p> <p>Aplicación de analgésico oportunamente dorixina 1 amp cada 8 hrs. y verificar efecto del mismo.</p> <p>Orientar al familiar para que ayude al paciente en la colocación de la bata y manipulación de bolsas recolectoras.</p> <p>Ayudar al paciente en la colocación de la bata.</p>	<p>La dorixina es un analgésico no narcótico, derivado del ácido antranílico. Inhibe la enzima prostaglandina sintetasa, responsables de la síntesis de prostaglandinas, por lo que evita la captación de la sensibilidad dolorosa, independientemente de la causa.</p> <p>El conocimiento promueve el autocuidado y la cooperación del paciente y familiar.</p> <p>El aspecto físico general del cliente puede influir en su estado de ánimo.</p> <p>La ropa ayuda a mantener el calor del cuerpo y previene el enfriamiento.</p> <p>El cliente se sentirá más cómodo y seguro al traer su cuerpo protegido del medio ambiente (clima) y se protege su pudor.</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>El dolor fue tolerable gracias a la aplicación del analgésico permitiéndole realizar movimientos sin que le provocara mayor molestia. Recibió la ayuda de su esposa, para colocarse la bata, las bolsas recolectoras fueron bien manipuladas.</p>		

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTÓ
<p>Déficit de autocuidado baño/higiene relacionado con dolor en la herida manifestado por dificultad para lavarse algunas partes del cuerpo durante el baño y el movilizar las sondas y bolsas recolectoras de orina</p> <p>OBJETIVO</p> <p>El Sr. G. realizará un baño adecuado y movilizara las sondas y bolsas de forma segura</p>	<p>Acciones encaminadas al alivio del dolor.</p> <p>Aplicación de analgésico oportunamente dorixina 1 amp cada 8 hrs. y verificar efecto del mismo.</p> <p>Orientar al paciente y familiar sobre adecuados hábitos higiénicos.</p> <p>Orientar al paciente y esposa sobre la manipulación de sondas y bolsas recolectoras de orina durante el baño.</p> <p>Ayudar al paciente en el momento de ir al baño.</p> <p>Acercarle sus objetos personales para su higiene (jabón, pasta, cepillo dental).</p> <p>Ayudar al paciente durante el baño y orientar a su esposa para apoyarlo en el lavado de las partes del cuerpo que se le dificultan.</p> <p>Ayudar a secar las partes de su cuerpo que se le dificultan.</p> <p>Vigilar que realice el</p>	<p>La dorixina es un analgésico no narcótico. Inhibe la enzima prostaglandina sintetasa, responsables de la síntesis de prostaglandinas, por lo que evita la captación de la sensibilidad dolorosa, independientemente de la causa.</p> <p>Las medidas higiénicas contribuyen a que los pacientes se sientan cómodos y descansados. El agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos.</p> <p>El conocimiento promueve el autocuidado y la cooperación del paciente y familiar.</p> <p>La ayuda previene las caídas accidentales.</p> <p>La colocación de los artículos a mano previene las posibles caídas cuando el cliente trata de alcanzarlos.</p> <p>El agua y jabón eliminan el polvo, la grasa y las células superficiales que se descaman constantemente en la piel.</p> <p>El conocimiento promueve el autocuidado y la cooperación del paciente y familiar.</p> <p>El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones.</p> <p>Medida básica para la prevención</p>

	<p>lavado de manos después de ir al baño y antes de comer.</p> <p>Vigilar que realice el cepillado de los dientes después de cada comida.</p>	<p>infecciones gastrointestinales.</p> <p>Previene la caries dental y la gingivitis.</p>
--	---	--

EVALUACIÓN

Con la aplicación del analgésico el dolor fue tolerable lo que permitió que realizara sus movimientos sin tener mucha molestia. Su baño lo realizó diariamente, apoyado por su esposa, realizándolo adecuadamente, no hubo incidentes con el manejo de las sondas y bolsas recolectoras. El lavado de manos lo realizó cada que fue necesario y el cepillado de dientes después de cada comida. El paciente de antemano ya tenía conocimiento de la importancia de la higiene.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Temor relacionado con la cirugía y falta de conocimientos de los cuidados en su domicilio manifestado por dudas e inquietud para reintegrarse a su trabajo.</p> <p>OBJETIVO</p> <p>El Sr. G. aprenderá los cuidados que realizará en su domicilio y la manera de adaptarlos en su medio laboral.</p>	<p>Transmitirle confianza al paciente, para que exprese sus sentimientos.</p> <p>Animarlo a que el mismo aprenda a realizar sus propios cuidados.</p> <p>Comentarle sobre otros casos de pacientes que también pasaron por la misma situación y que actualmente ya realizan sus cuidados de manera independiente.</p> <p>Llevar a otro paciente recuperado a visitarlo.</p> <p>Explicarle que es pasajero el tiempo de convalecencia.</p> <p>Ayudarle a adaptar sus cuidados cuando regrese a su trabajo (material que debe llevar diariamente, higiene y cuidados del mismo y solo lo tendrá que realizar en su trabajo en dos ocasiones).</p> <p>Integrar al paciente posteriormente al grupo de ostomizados.</p> <p>Enseñar al paciente y familiar la técnica de irrigaciones de la neovejiga así como la finalidad</p>	<p>Verbalizar una preocupación puede permitir que el cliente sea más objetivo sobre lo que está ocurriendo.</p> <p>El conocimiento de lo desconocido disminuye el temor.</p> <p>La enseñanza y la asesoría crean en el paciente una sensación de competencia en su autocuidado.</p> <p>La visita de un paciente que se haya recuperado de una experiencia similar le animará y le aliviará de sus miedos.</p> <p>Los mecanismos psicológicos de defensa son distintos en cada individuo y pueden ser adaptativos o inadaptativos.</p> <p>Tanto el miedo como la ansiedad conducen al desequilibrio, el miedo se puede convertir en ansiedad. El miedo se reduce cuando se afronta la realidad pura y simple.</p> <p>El intercambiar con otros pacientes sus experiencias de la enfermedad y tratamiento permite su identificación con el grupo y favorece la adaptación a su nuevo estilo de vida.</p> <p>Las demostraciones son más efectivas cuando los aprendices observan por primera vez al profesor</p>

	<p>(demostrativo-práctico). Enseñar al paciente y familiar la forma de cateterizarse en su domicilio (demostrativo-práctico).</p>	<p>y luego practican la habilidad en situaciones simuladas o reales. Los reservorios contruidos a partir del intestino siempre secretan moco y deben irrigarse de forma rutinaria. El conocimiento promueve el autocuidado y la cooperación del paciente y familiar.</p>
--	--	---

EVALUACIÓN

Al contar con la información y enseñanza sobre sus cuidados en su domicilio y trabajo, se observó más tranquilo y confiado. Fue de gran ayuda la visita de otro paciente que ya regresó a su trabajo, quien también le comentó que siguiendo las indicaciones del médico y realizando los cuidados como se los enseñaron las enfermeras, evitó que tuviera otras complicaciones y que su recuperación fuera rápida. Al egresar del hospital se le citará para que asista a las reuniones del grupo de ostomizados cada mes.

(Nota: Enseñanza sobre los cuidados, se detalla mas en el Diagnóstico de enfermería de Déficit de conocimientos).

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Alto riesgo de infección relacionado con catéter colocado directo al torrente sanguíneo venoso y herida quirúrgica.</p> <p>OBJETIVO</p> <p>Don G. no presentará infección en el catéter ni en la herida quirúrgica teniendo un buen proceso de cicatrización.</p>	<p>Orientación al paciente y familiar sobre el catéter y los cuidados que deben tener.</p> <p>Realizar lavado de manos antes de manipular y realizar curación del catéter y herida.</p> <p>Protección con plástico previo al baño para evitar se moje el parche.</p> <p>Realizar curación al catéter con técnica aséptica cada semana o antes en caso necesario.</p> <p>Retirar el parche con delicadeza para evitar lesionar la piel.</p> <p>Mantener permeable el catéter y heparinizar la vía que no se está usando.</p> <p>Vigilar datos de infección del sitio de inserción del catéter y de la herida.</p>	<p>El conocimiento promueve el autocuidado y la cooperación del paciente y familiar.</p> <p>Es la medida primordial para la prevención de infecciones nosocomiales</p> <p>Los microorganismos de la flora de la piel migran por la superficie externa del catéter a la punta del mismo pudiendo ocasionar infección local o bacteremia.</p> <p>La humedad favorece el crecimiento bacteriano.</p> <p>Los principios de asepsia y antisepsia, así como la manipulación menos frecuente del sitio de inserción disminuyen el riesgo de contaminación.</p> <p>La piel es la primera línea de defensa contra agentes patógenos.</p> <p>Evita la formación de coágulos y asegura su permeabilidad para cuando se requiera.</p> <p>El tener instalado un catéter intravenoso conlleva un riesgo de infección, ya que se convierte en un acceso directo para los microorganismos, esta favorecida desde el momento que se inserta el catéter rompiendo la barrera natural de defensa que es la piel. Las manifestaciones clínicas de infección,</p>

	<p>Orientar al paciente y familiar sobre el lavado de la herida durante el baño.</p> <p>Proteger la herida posterior al baño.</p> <p>Administración de antibióticos: amikacina 500 mg. IV cada 24 hrs. y metronidazol 500 mg. IV cada 8 hrs.</p>	<p>son además de las correspondientes al proceso inflamatorio, la formación de pus, enrojecimiento, hipertermia, taquicardia, taquipnea, anorexia, náuseas, vómitos y cefalea.</p> <p>El jabón y el agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos. La limpieza inhibe el crecimiento de microorganismos.</p> <p>La enseñanza y la asesoría crean en el paciente una sensación de competencia en su autocuidado.</p> <p>Evita la contaminación de con microorganismos del medio ambiente.</p> <p>Los antibióticos previenen y evitan la proliferación de microorganismos.</p>
--	--	--

EVALUACIÓN

No ha presentado fiebre. El catéter se mantuvo permeable, funcional y sin datos de infección. El día 8 de noviembre se le retiró el catéter el cual se cultivò, se obtuvo el resultado posteriormente el cual fue negativo.

En cuanto a la herida presenta un buen proceso de cicatrización, la cual se observó sin secreciones u otros datos de infección. Los puntos de sutura y el drenovac se retiraron el día 8 de noviembre.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Trastorno de la imagen corporal relacionado con el reservorio urinario manifestado por preocupación de tener que depender de una sonda para orinar.</p> <p>OBJETIVO</p> <p>El Sr. G. manifestará los sentimientos que le ocasiona el cambiar de hábitos para orinar.</p>	<p>Mostrar interés y aceptación por lo que le ocurre al paciente.</p> <p>Platicar con el paciente y animarlo a que exprese sus sentimientos.</p> <p>Tratar de establecer una relación de confianza para facilitar la comunicación.</p> <p>Aconsejar a su esposa e hijos demuestren su aceptación y cariño al paciente.</p> <p>Comentarle sobre otros pacientes que también han pasado por la misma situación y que han logrado adaptarse.</p> <p>Presentar a un paciente con una urostomía, el cual le transmitió su experiencia.</p> <p>Solicitar la interconsulta a psicología.</p> <p>Integrar posteriormente al paciente al grupo de ostomizados.</p>	<p>La relación terapéutica entre enfermera-paciente es básica para lograr los objetivos de salud del cliente.</p> <p>La imagen corporal esta influida por puntos de vista personales de las características físicas y las capacidades y por las percepciones de los puntos de vista de los demás.</p> <p>Cuando suceden cambios corporales, los individuos pueden incorporar o no estos cambios en su imagen corporal.</p> <p>La visita de un paciente que se haya recuperado de una experiencia similar le animará y le aliviará de sus miedos.</p> <p>Cuando se debe cambiar la imagen del cuerpo como resultado de alteraciones fisiológicas no esperadas (cirugía), el concepto total de uno mismo se encuentra amenazado, lo cual conduce a una tensión o ansiedad psicológicas.</p> <p>El intercambiar con otros pacientes sus experiencias de la enfermedad y tratamiento permite su identificación con el grupo y favorece la adaptación a su neo estilo de vida.</p>

EVALUACIÓN

Se pudo establecer una relación de confianza que permitió que el paciente expresara sus sentimientos, refirió que se siente muy apoyado y querido por su familia lo que le da aliento a seguir adelante y querer estar bien. También consideró que le sirvió de mucho haber platicado con el paciente ya que se dio cuenta que no es el único y que puede adaptarse a los cambios.

En cuanto a su familia solo se pudo platicar con la esposa del paciente, ya que sus hijos no se encontraron en el hospital por vivir hasta Gto. y tener que ir a la escuela, comentando el paciente que es importante que no falten a sus clases.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Déficit de conocimientos relacionado con el evento que se le presentó de forma verbal sobre su cirugía y cuidados posteriores en el hogar.</p> <p>OBJETIVO</p> <p>El Sr. G. aprenderá sobre su enfermedad, tratamiento y los cuidados a realizar mediante enseñanza demostrativa-practicá.</p>	<p>Platicar con el paciente y familiar para indagar si existen dudas respecto a su enfermedad y tratamiento.</p> <p>Solicitar al médico tratante aclare dudas al paciente sobre su enfermedad y tratamiento.</p> <p>Aclarar la información proporcionada por el médico y explicar con imágenes o dibujos sobre como fue realizada su cirugía con términos que el paciente entiende.</p> <p>Enseñar al paciente y familiar la técnica de irrigaciones de la neovejiga así como la finalidad (demostrativo-práctico).</p> <p>Enseñar al paciente y familiar la forma de cateterizarse en su domicilio (demostrativo-práctico).</p> <p>Realización de ambos procedimientos por el familiar (esposa) y posteriormente por el paciente bajo asesoría y retroalimentación en las dudas o dificultades.</p>	<p>Las necesidades de aprendizaje, identificadas tanto por el cliente como por la enfermera, determinan la elección del contenido educativo.</p> <p>Al médico tratante corresponde dar la información al paciente sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>Los clientes y familiares suelen pedir información a la enfermera, ya que es con la que mantiene una relación mas estrecha que con el resto del personal de salud.</p> <p>La información que se aprende con mayor eficacia es aquella que tiene significado para el contexto de la vida del individuo.</p> <p>Las demostraciones son más efectivas cuando los aprendices observan por primera vez al profesor y luego practican la habilidad en situaciones simuladas o reales. Los reservorios contruidos a partir del intestino siempre secretan moco y deben irrigarse de forma rutinaria.</p> <p>El conocimiento promueve el autocuidado y la cooperación del paciente y familiar.</p> <p>La participación activa del</p>

	<p>Orientar sobre la importancia de la ingesta de líquidos y horarios de cateterización de la neovejiga.</p> <p>Orientar sobre medidas de prevención de infecciones de vías urinarias.</p> <p>Orientar sobre características normales y anormales de la orina</p> <p>Orientar sobre signos de alarma (signos de infección) e importancia de asistir puntualmente a sus citas subsecuentes.</p> <p>Orientar sobre llevar una dieta balanceada.</p> <p>Orientar sobre el reposo que debe tener y la reanudación paulatina a sus actividades normales evitando esfuerzos como cargar cosas pesadas, empujar o jalar.</p> <p>Recomendaciones al vestirse como evitar el cinturón sobre el estoma.</p>	<p>aprendiz ayuda al proceso de la memorización.</p> <p>En el aprendizaje de habilidades, la ejecución repetida, es necesaria para la adquisición de una habilidad motora complicada.</p> <p>La ingesta elevada de líquidos diluye la orina, facilitando la salida del moco del reservorio urinario y disminuye el riesgo de infección.</p> <p>La orina normal es transparente y de color paja o ámbar claro, suele ser ligeramente ácida (pH de 6 aprox.). En el paciente postoperado de neovejiga la orina es amarillenta y contiene descamaciones mucosas cuando el intestino se utiliza como reservorio, pero no es mal oliente.</p> <p>El control médico periódico permitirá la detección oportuna de complicaciones.</p> <p>Una dieta balanceada favorece la pronta recuperación posterior a una cirugía.</p> <p>Los esfuerzos físicos en pacientes postoperados, pueden ocasionar dehiscencia de la herida.</p> <p>La presión sobre el estoma puede ocasionar lesión</p>
--	---	---

EVALUACIÓN

El médico volvió a explicar algunas cuestiones en cuanto a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y el tratamiento a seguir. Por parte de enfermería se le mostraron imágenes dibujadas sobre el reservorio urinario lo que facilitó la comprensión por el paciente y familiar.

Se les dio la demostración de la técnica de irrigación y cateterización y posteriormente la realizó su esposa con ayuda del paciente bajo la supervisión de enfermería, retroalimentando y reforzando los conocimientos. En los días subsecuentes siguió realizando la técnica, observando mayor seguridad al hacerlo. El paciente también lo realizó con ayuda de su esposa, comentando sentirse mas tranquilo al haberle ampliado la información así como haberle explicado, observado y realizado la técnica de irrigación y cateterización, ya que le pareció que no son difíciles.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Riesgo de disfunción sexual relacionado con la Cistoprostatectomía radical</p> <p>OBJETIVO</p> <p>El Sr. G. manifestará sus sentimientos sobre la probable disfunción sexual</p>	<p>Comunicar al médico tratante sobre la necesidad de orientar al paciente en relación a la posible impotencia sexual.</p> <p>Explicarle al paciente sobre los motivos de la posibilidad de esta disfunción.</p> <p>Explicar al paciente que durante algún tiempo no podrá llegar al acto sexual hasta la recuperación total de la cirugía.</p> <p>Platicar con la esposa y aconsejarle que motive a su esposo diciéndole que lo mas importante, es que él este bien y se sienta apoyado por ella.</p> <p>Aconsejar a la esposa y al paciente sobre a quien pedir ayuda para el tratamiento en caso de que el paciente presente impotencia.</p>	<p>En un alto porcentaje de los casos se produce impotencia después de la operación, la cual es debida a la inevitable destrucción de los plexos nerviosos situados alrededor de la vejiga, esta puede ser temporal o permanente.</p> <p>La falta de información en el paciente crea confusión y temor.</p> <p>La sexualidad aún en la actualidad es un tema con muchos tabúes.</p> <p>La expresión sexual no esta limitada a relaciones sexuales. Incluye intimidad, caricias y acercamiento entre pareja.</p> <p>El acto sexual es una de las muchas maneras que se demuestra el amor.</p> <p>Una relación se puede mantener viva a través de cariños y comunicación verbal.</p> <p>La impotencia sexual se debe tratar por un equipo multidisciplinario (urólogo, sexólogo, psicólogo, etc.)</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>En cuanto a este aspecto se comentó con el cirujano tratante quien refirió que ya se le había informado al paciente de esta posibilidad. Esta inquietud solo fue manifestada a la</p>		

esposa, ya que para el paciente no es un tema que pueda abordar tan fácilmente con personal de enfermería. Considerando que el aspecto sexual en estos momentos no es prioritario y para que pueda llevarlo a cabo tiene que transcurrir un tiempo, solo se sugirió a la esposa que posteriormente se solicite al médico tratante algún consejo o canalice al servicio correspondiente.

6.4 EVALUACIÓN GENERAL DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería fue muy satisfactorio ya que considero que es la herramienta que nos lleva a dar una atención al paciente de manera completa sin olvidar ningún aspecto por los que están conformados todos los seres humanos y que de alguna u otra manera se ven afectados en la enfermedad.

La atención de enfermería proporcionada fue la adecuada, observando que la recuperación del paciente fue rápida y que no presentó complicaciones así como el cumplimiento de los objetivos en su mayoría, ya que algunos de estos se logran a largo plazo y se resuelven, con el continuo apoyo de la familia, del personal de enfermería, de otros profesionales de la salud y otros pacientes (grupo de autoayuda). Entre los objetivos que son a largo plazo, se encuentran el que el paciente llegue hasta la independencia y readaptación a su nuevo estilo de vida, ya que implica en primer lugar que el paciente acepte su estado actual y se sienta aceptado por su familia, teniendo que vivir con un estoma y modificando la forma de cuidarse.

En el marco teórico fue necesario ampliar la información debido a la atención especial que deben recibir los pacientes con problemas oncológicos y que se les realiza una ostomía o reservorio urinario.

Al realizar la valoración del paciente, no se obtuvieron los datos de manera completa en la primera entrevista, debido a la confianza que a un no se lograba tener del todo. Algunos datos se complementaron posteriormente, conforme se iba dando una relación de confianza y se estableció una adecuada comunicación demostrando al paciente interés por lo que le pasa y por ayudarlo. Es así como constatamos la importancia que tiene una relación terapéutica para facilitar que el paciente y/o familiar exprese sus sentimientos o dudas.

Por lo tanto se aumentaron algunos diagnósticos de enfermería al contar con más datos, relacionados al aspecto psicológico y sexual.

Se pudo apreciar que la información que recibió el paciente previamente a la cirugía, disminuyó un poco la angustia y el miedo en el momento que ya estaba viviendo la situación, aunque para él todo fue nuevo y desconocido. El enfermo refirió tener dudas sobre todo en cuanto al tiempo para su reintegración al trabajo y lo funcional como pareja. En este caso se contaba con conocimientos para resolver algunas dudas, pero fue necesario solicitar el apoyo del médico tratante y del personal de psicología.

La planeación de los cuidados, fueron llevadas a cabo sin ningún problema, ya que se contó con los conocimientos científicos para realizarlos con seguridad y delimitar en donde terminan las intervenciones independientes de enfermería de las interdependientes.

En este caso se observó que uno de los aspectos que se afectó profundamente fue la imagen física que el paciente tenía de sí mismo debido al tratamiento quirúrgico y que además repercutió en su estilo de vida que llevaba hasta antes de

la cirugía. En cuanto a las intervenciones que la enfermera puede tener para ayudar en este sentido son muchas como el saber escuchar, mostrar interés de lo que le sucede al paciente, etc. pero es indispensable la intervención de un psicólogo, ya esta cirugía tiene gran impacto en este aspecto por la pérdida de un órgano y su función.

Gracias a que en este hospital, se cuenta con una clínica ostomías, el paciente recibió una atención por un equipo multidisciplinario. Este servicio esta bajo la responsabilidad de personal de enfermería que se encargan de dar atención a los pacientes que van a ser o fueron sometidos a una cirugía con la realización de algún estoma.

Se les proporciona atención previa a la cirugía cuando se trata de alguna programada dándoles orientación y seleccionando el sitio idóneo del estoma en abdomen.

Posteriormente se capacita al paciente y familiar sobre los cuidados en el hogar y se citan a revisión después del egreso del hospital para llevar un seguimiento y control, detectar fallas o dudas en cuanto a sus cuidados, estimulando al paciente para que los realice por si mismo. También se invitan a las reuniones con el grupo de pacientes ostomizados, ya que es una parte fundamental para favorecer la aceptación y rehabilitación. El convivir y compartir experiencias con otros pacientes que también tienen algún estoma, que han podido adaptarse y que han superado su estado de crisis, sirve de estimulante al paciente recientemente operado.

7. PLAN DE ALTA

OBJETIVO:

El Sr. G. y su Esposa estarán capacitados para llevar a cabo los cuidados específicos de la neovejiga y cuidados en general en su domicilio.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- En días previos al egreso del paciente se inició la enseñanza sobre irrigación y cateterización.
- Antes del egreso del paciente, se aseguró que tanto el paciente como su esposa hayan aprendido los cuidados generales y específicos a su neovejiga.
- Se verificó que tanto el paciente como su esposa realizaran correctamente el procedimiento de irrigación y cateterización.
- Se les entregaron por escrito los cuidados y listado de material con el que tienen que contar para realizarlos (folletos), para consultar en caso de dudas en el hogar.

Los cuidados específicos de la neovejiga incluyen:

- Irrigaciones, inicialmente dos veces al día (1eras. dos semanas) y posteriormente una vez.
- Cateterismo cada 3 horas y antes de acostarse
- Cuidados del equipo de cateterismo

Previo lavado de manos para manipular la sonda, mantenerlo limpio y seco.

Posterior al uso de la sonda realizar lavado con agua y jabón neutro y enseguida enjuagar con solución de irrigación y dejar secar. Guardarlo en

frasco limpio y seco (frasco de vidrio que se haya hervido) hasta el siguiente uso. Sumergir en desinfectante como microcyn por cinco minutos.

- Lubricación del estoma en caso necesario, cubrir con gasa pequeña.
- Lavado de la piel periestomal con agua y jabón neutro, mantenerla limpia y seca.
- Extremar las precauciones de higiene para el manejo de su neovejiga.

Cuidados generales:

- Dieta sin irritantes (evitar comidas muy condimentadas, grasas y picante)
- Ingesta de abundantes líquidos (de 2 a 3 litros al día) disminuyéndola a partir de las 19:00 hrs.
- Baño diario e higiene de la piel, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.
- Ingesta de cítricos (jugo de naranja, toronja, agua de limón, etc.) para mantener ácido el pH de la orina.
- Evitar esfuerzos físicos como cargar o jalar o empujar cosas pesadas.
- Orientación sobre signos de alarma (datos de infección de vías urinarias y herida quirúrgica) como: fiebre, salida de pus por la herida, aumento de temperatura en la herida, enrojecimiento, orina mal oliente, ect.)
- Cambio de ropa diariamente, no presionar el estoma con el cinturón
- Entregar receta médica orientándole sobre los medicamentos:
Keflex tabletas de 500 mg tomar una cada 8 hrs. por 7 días.
Dorixina tabletas de 10 mg tomar en caso necesario.
- Próxima cita 19 de noviembre a las 8:00 hrs. a consulta externa de Oncología.

- Acudir a urgencias en caso necesario
- Acudir oportunamente a sus citas de control y seguimiento con su médico tratante y a la clínica de ostomías.
- Acudir a las reuniones mensuales de pacientes ostomizados.

EVALUACIÓN DE PLAN DE ALTA

1ª. revisión en el hospital posterior a su egreso

Fecha: 19 de noviembre del 2004.

Se encuentra paciente masculino, adulto maduro, conciente, tranquilo con ligera palidez de tegumentos, mucosas orales bien hidratadas. Cabeza con cabello bien implantado, sin hundimientos o exostosis. Pupilas normorefléxicas, nariz sin desviación de tabique, narinas permeables. Cuello sin injurgitación yugular, no adenomegalias.

Tórax simétrico, campos pulmonares limpios y bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos en intensidad y frecuencia.

Abdomen con cicatriz de herida quirúrgica sin secreciones u otros signos de infección, estoma en cicatriz umbilical de buena coloración, piel periestomal en buenas condiciones.

Extremidades superiores: sin alteraciones.

Extremidades inferiores: sin edema u otras alteraciones.

El paciente refirió sentirse mejor y más optimista, ya que el dolor es muy leve y no es constante, lo que le permite realizar sus actividades de autocuidado sin

necesitar de mucha ayuda de su esposa, solo cuando realiza las irrigaciones.

Comenta que de seguir así piensa que pronto regresará a su trabajo.

No ha tenido problemas con su neovejiga, ya que le ha estado funcionando bien.

Ya fue revisado por el médico y le dijo que iba evolucionando bien y que talvez fuera necesario que le dieran tratamiento de quimioterapia.

Este mismo día estuvo presente en la reunión del grupo de ostomizados, refiriendo que se sentía mejor al saber que no era el único y sobre todo al observar a pacientes que ya tenían más tiempo de operados y que ya estaban trabajando o llevan su vida casi normal. También comentó que el apoyo y comprensión de su esposa e hijos ha sido muy importante para seguir adelante.

El aspecto sexual aún no se comentó, ya que es recomendable esperar a que el paciente se recupere físicamente, sus heridas hayan cicatrizado totalmente y él quiera tratar el tema ya sea con el médico o psicólogo y de ser necesario sugerir el apoyo por un terapeuta sexual.

También comentó que el médico le dijo que cuando ya este completamente cicatrizada la herida se le dará tratamiento de quimioterapia.

8. CONCLUSIONES

El haber aplicado el Proceso Atención de Enfermería, permitió constatar la importancia que tiene el que se use como herramienta durante la práctica de enfermería, ya que nos lleva realmente a demostrar el papel auténtico de la enfermera que la diferencia de las demás ramas de la salud.

El Proceso Atención de Enfermería, amplía el panorama para la enfermera, permite que se de una atención al paciente, familia y comunidad de forma holística; notándose así la gran diferencia que tiene con la atención que proporciona el médico. Este método exige de la enfermera(o) amplios conocimientos científicos para entender la fisiopatología de la enfermedad del paciente así como para razonar y fundamentar sus acciones, permitiéndole tener mayor independencia pero al mismo tiempo mayor responsabilidad profesional al actuar con la persona que requiere de sus cuidados.

Al llevar a cabo el Proceso Atención de Enfermería se atienden todos los aspectos del paciente, permitiéndonos medir objetivamente los resultados en él, evaluando los cuidados que proporcionamos para modificarlos si fuera necesario, dejándonos mayores satisfacciones de nuestro trabajo al proporcionar una mejor atención.

Es necesario que se continúe enseñando e inculcando el Proceso Atención de Enfermería a los estudiantes y que se solicite como un requisito para titulación para la Licenciatura, ya que al realizarlo de manera formal nos damos cuenta de la relevancia que tiene para la profesión de enfermería.

Con el Proceso Atención de Enfermería como modelo de cuidado, demostramos la gran relevancia que tenemos en la atención a la salud, lo que nos permitirá mayor reconocimiento por la sociedad y mayor renumeración económica. Por lo tanto es responsabilidad de todo el gremio de enfermería buscar alternativas para aplicarlo en la práctica diaria de manera formal y no se quede solo como parte de la teoría vista en nuestra formación, que aunque se aplica en la práctica diaria no es de manera completa y no queda plasmado por escrito.

9. GLOSARIO

Carcinogénico: Relativa a la capacidad de inducir el desarrollo de un cáncer denominado también cancerígeno.

Carcinoma: Neoplasia epitelial maligna que tiende a invadir los tejidos circundantes y metastatizar en regiones distantes del organismo.

Cateterización: Introducción de una sonda en un órgano o cavidad corporal para inyectar o extraer un líquido.

Cistectomía: Técnica quirúrgica en la que se extirpa la totalidad o parte de la vejiga urinaria.

Empatía: Implicación afectiva de un individuo con una realidad ajena.

Estasis: Trastorno caracterizado por la lentitud o detención del flujo normal de un líquido a través de un vaso del organismo.

Estilo de vida: Son todas aquellas actividades, hábitos, costumbres y comportamientos, que realizan los seres humanos en la vida diaria y que pueden tener efectos positivos o negativos sobre la salud.

Estoma: Poro, orificio o abertura en una superficie. Apertura artificial de un órgano interno en la superficie del cuerpo, creada quirúrgicamente.

Holístico: originario del Griego hólos, todo, entero. En filosofía, se dice de lo que considera el todo y no sus partes separadas.

Irrigación: Acción de lavar una cavidad o zona herida del organismo con un chorro de agua u otro líquido.

Metaplasia: Transformación de las células de tejidos normales en otras anormales, como respuesta a una tensión o lesión crónica.

Metástasis: Proceso por el que las células tumorales se diseminan hacia partes distantes del organismo.

NANDA: North America Nursing Diagnosis Association.

Neoplasia: Crecimiento anormal de un tejido nuevo, benigno o maligno.

Neovejiga: Es la construcción quirúrgica de un reservorio urinario, generalmente con intestino delgado, ciego, ascendente y sigmoides.

Ostomía: Procedimiento quirúrgico en el que se hace una abertura para permitir el paso de orina desde la vejiga o de heces desde el intestino hasta incisión o estoma creado quirúrgicamente en la pared del abdomen.

Osmolaridad: Presión osmótica de una solución expresada en osmoles o miliosmoles por kilo de solución.

Paliativo: Terapéutica dirigida a aliviar o reducir la intensidad de una serie de síntomas desagradables, pero no a producir curación.

Recidiva: Reparición de los síntomas de una enfermedad que parecía haberse recuperado.

Teoría: Sistema organizado de conceptos sobre el que se apoya la explicación de determinados fenómenos.

10. BIBLIOGRAFÍA

ALFARO R, RN, MSN “*Aplicación del Proceso de Enfermería*”. Edt. Mosby/Doyma Libros, 2ª. ed. Barcelona España, 1995.

CARPENITO, L.J., *Manual de diagnóstico de enfermería*. Edit. Interamericana. McGraw- Hill, 5ª. ed. España, 1996.

COLLIERE F. “*Promover la vida*”. Editorial Interamericana MC. Grace, España. Enfermería Universitaria, UNAM, 1988.

DEWIT S. *Fundamentos de enfermería Medicoquirúrgica*. Edit. Harcourt, 4ª. ed. Madrid España. 1999.

DICCIONARIO DE MEDICINA. Edit Océano Mosby, 4ª. ed. Barcelona España. Sin año.

DURAN M. “*Ciencia en Enfermería*”. Teorías y Modelos para la atención de enfermería. SUA-ENEO, México, 2003.

DURAN H. Compendio de Cirugía. Edit. McGraw-Hill Interamericana, 1ª. ed. Madrid España. 2002.

FERNANDEZ F.C., Novel M.G. “*El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de Casos*”. Masson-Salvat. Barcelona España. 1997.

HUBER, D. *Sistemas de prestaciones de Servicios de enfermería en: Liderazgo y Administración de Enfermería*. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 1996.

KEROUAC, Suzanne, M.N., M.S.C. y Col. “*Pensamiento Enfermero*”. Concepciones de Nightingale a Parse. Masson S.A. Barcelona España 1996.

KOZIER RN, "*Fundamentos de Enfermería*". Conceptos, Proceso y Práctica, Mc Graw.Hill Interamericana S.A. de C.V. 5ª. ed., 1999.

MARINER, T. Ann. "*Introducción al análisis de las teorías de enfermería*", en Modelos y Teorías de Enfermería, Edit. Mosby-Doyma, 4ª. ed., España, 1998.

MERCADO, Salvador ¿Cómo elaborar una tesis? Tesina, Informes, Memorias, Seminarios de investigación y monografías. Limusa. 3ª. ed. México. 2002.

NORDMARK M. y Rohweder A. "*Bases Científicas de la enfermería*", Manual Moderno, 2ª. ed, México. 2001.

ORTIZ H., Martí R.J., Foulkes. "*Indicaciones y cuidados de los estomas*". Edit Jims 1ª. ed, Barcelona España, 1994.

PHANEUF, Margot. "*Las necesidades Fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson*", en Cuidados de Enfermería. Seminario de Proceso de Atención de Enfermería. ENEO- UNAM.

PÉREZ H. M. "*Operacionalización del proceso de atención de enfermería*" en: Enfermería Cardiológica. Vol. 10, No. 2 Mayo-Agosto 2002. México.

POTTER P.A., Perry A.G. "*Fundamentos de Enfermería*". Vol. I, Edit. Harcourt/Océano. 5ª. ed. España, 2002.

POTTER P.A., Perry A.G. "*Enfermería clínica: Técnicas y Procedimientos*". Edit. Harcourt, 4ª. ed. España, 1999.

RODRÍGUEZ S. Bertha. "*Proceso Enfermero*". Ediciones Cuellar, 2ª. ed, México, 2002.

RUBIO D. Severino. *“La Construcción de Enfermería en la Ciencia Formal”*. Teorías y Modelos para la atención de enfermería, SUA-ENEO, México, 2003.

SMITH F.S., Duell J.D. *“Enfermería básica y clínica”*. 1ª. ed. Edit Manual Moderno, México D.F. 1996.

WALSH P.C. et. al. *Campbell Urología*. Editorial Médica Panamericana, 8a. ed. Buenos Aires, Argentina. 2005.

Referencias electrónicas.

Secretaría de Salud. El cáncer en México.

<http://www.internet.uson.mx/webpers/platt/cancer.htm>.

[http:// www.aibarra.org/](http://www.aibarra.org/) Abril pag 15, 16,17.

<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3200-editorial.htm>

<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

11. ANEXOS

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Edo. Civil _____ Religión _____ Peso _____ Talla _____
Escolaridad _____ Ocupación _____
Lugar de nacimiento _____ Domicilio _____
Diagnóstico médico _____ Servicio _____ F. de ingreso _____
Tratamiento médico _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Cáncer Si__ No__ Quien _____
Diabetes Si__ No__ Quien _____
Hipertensión Si__ No__ Quien _____
Cardiopatías Si__ No__ Quien _____
Insuf Renal Si__ No__ Quien _____
Epilepsia Si__ No__ Quien _____
Obesidad Si__ No__ Quien _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Habita en casa: propia__ rentada__ prestada__ otros _____
Construcción: tabique__ adobe__ lámina__ otros _____
Agua potable Si__ No__ Luz Si__ No__ Ventilación _____
Drenaje Si__ No__ Fosa séptica Si__ No__ Pavimentación Si__ No__

1. OXIGENACIÓN

Siente que tiene dificultad para respirar? _____

Tiene dolor cuando respira? _____

Realiza actividades para mejorar o mantener su respiración? _____ Cuáles? _____

Acostumbra a inhalar sustancias? _____ Cuáles? _____

Fuma? _____ Desde cuándo fuma? _____

Cuántos cigarrillos al día? _____ Hace algo para evitarlo? _____

Varía la cantidad de cigarrillos según su estado de ánimo? _____ Cuando _____

Padece de tos frecuente? _____ De que tipo? _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Estado de conciencia _____ Signos Vitales: _____

Coloración de la piel, lechos ungueales y peribucal _____

Circulación del retorno venoso _____

Auscultar Campos pulmonares _____

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Cuántos vasos de agua toma al día? _____ Que tipo de agua consume? _____

Sabe Usted que consecuencias origina el tomar agua no tratada? _____

Sabe Usted las consecuencias que origina el no tomar agua en cantidad suficiente? _____

Toma otro tipo de líquido? _____ Cuáles y Cuánto? _____

Cuántas comidas realiza al día? _____

Horarios habituales del desayuno, comida, cena y otros? _____

Con que frecuencia consume carne _____ leche _____

huevo _____ verduras _____ frutas _____

leguminosas _____ cereales _____ pan _____ tortilla _____ alimentos

chatarra _____ Otros _____

Dónde consume sus alimentos habitualmente? _____

Come alimentos entre comidas? _____ Cuáles? _____

Tiene alergias o intolerancias a algún alimento? _____

Tiene algún trastorno digestivo? _____

Padece algún problema de la masticación o deglución? _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Turgencia de la piel _____ Características de las mucosas _____

Características de uñas y cabello _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético _____

Condiciones de la cavidad oral (dientes y encías) _____

Talla y peso _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización _____

3.- ELIMINACIÓN

Cuántas veces orina al día? _____ Que características tiene _____

Con que frecuencia evacua? _____

Que características presenta? _____

Ha presentado sangrado en orina o heces? _____

Presenta dolor al orinar o defecar? _____

Usa laxantes? _____Cuál? _____

Influyen sus emociones en la eliminación? _____

Su trabajo no interfiere en el momento de tener la necesidad de ir al baño? _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Abdomen y características _____

Ruidos intestinales _____

4.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

A que se dedica? _____

Cuántas horas trabaja al día? _____

Practica algún deporte o ejercicio? _____ De que tipo y frecuencia? _____

Con que finalidad lo practica? _____

Las actividades que desempeña al día le demandan un esfuerzo de tipo? _____

Cuál es su distracción favorita? _____

Con que frecuencia lo realiza? _____

Acostumbra a salir de vacaciones y con que frecuencia? _____

Cuántos días a la semana tiene de descanso? _____

A que los dedica? _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Estado de conciencia _____

Estado del sistema músculo esquelético (fuerza) _____

Capacidad muscular tono, resistencia, flexibilidad _____

Necesita ayuda para la deambulación _____

Presenta dolor con el movimiento _____

Presenta temblores _____

Estado emocional _____

5.- DESCANSO Y SUEÑO

Cuántas horas duerme? _____ Horario de sueño _____

Horas de descanso? _____ Horario de descanso _____

Padece insomnio? _____ A que se debe? _____

Realiza alguna actividad y/o apoyo para conciliar el sueño? _____ Cuál? _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Hay presencia de ansiedad, estrés o dislalia _____

Responde a estímulos _____

6.- USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? _____

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____

Necesita ayuda para la selección y colocación de su vestuario? _____

Toma en cuenta al clima para seleccionar su ropa? _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Viste de acuerdo a su edad _____

Tiene la capacidad motora para vestirse y desvestirse por sí solo _____

Su vestimenta es completa y va acorde al clima _____

En que condiciones se encuentra _____

7.- TERMORREGULACIÓN

Se adapta a los cambios de temperatura? _____ Se enferma? _____

Practica algún tipo de ejercicio y con que frecuencia lo practica? _____

Cual es la temperatura ambiental que más le agrada? _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Características de la piel _____

Condiciones del entorno físico _____

Temperatura corporal _____

8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Cada cuando se baña? _____

Cual es el momento preferido para el baño? _____

Con que frecuencia se cambia la ropa? _____

Cuántas veces al día se lava los dientes? _____

Cuántas veces al día se lava las manos y en que momento lo realiza? _____

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Aspecto general _____

Olor corporal _____ Halitosis _____

Estado del cuero cabelludo _____ Condiciones de la piel _____

Lesiones dérmicas de que tipo _____

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Que miembros componen su familia? _____

Como reacciona ante una situación de urgencia? _____

Conoce medidas de prevención de accidentes en el hogar y el trabajo? _____

Realiza controles periódicos de salud recomendados? _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida? _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Integridad corporal _____

Dificultad para movilizarse y deambular _____

Condiciones del ambiente en su hogar _____

Condiciones del ambiente en su trabajo _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Estado civil? _____ Años de relación _____

Con quién vive? _____ Padece de estrés? _____

Que personas le ayudan a manejarlo? _____

Que rol tiene en su familia? _____

Comunica sus problemas debido a su enfermedad o estado? _____

Cuanto tiempo pasa solo? _____

Como considera que son sus relaciones con los demás? _____

Como es su estado de ánimo y carácter con los demás? _____

Siente miedo o temor por algún motivo? _____

11.- VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES

Que religión practica? _____

Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? _____

Cuales son los principales valores en su familia? _____

Cuales son los principales valores para Usted? _____

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

OBSERVACIONES

Permite el contacto físico _____

Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias _____

12.- TRABAJAR Y REALIZARSE

Trabaja actualmente? _____ En que trabaja? _____

Cuanto tiempo le dedica al trabajo? _____

Está satisfecho con su trabajo? _____

Tiene riesgos de sufrir lesiones en su trabajo y de que tipo? _____

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia_____

Esta satisfecho con el rol familiar que juega?_____

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de sus necesidades?_____

13.- JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Existen recursos en su comunidad para la recreación_____

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa_____

14.- APRENDIZAJE

Sabe leer y escribir?_____

Que estudios ha realizado?_____

Ha tenido dificultad en aprender cosas nuevas?_____

Como le resulta mas fácil aprender (leyendo, observando, realizando, etc.)_____

Tiene conocimiento sobre si mismo?_____

Tiene problemas para comunicarse con los demás?_____

ANEXO 2

HISTORIA NATURAL DE CANCER DE VEJIGA									
Es el crecimiento anormal celular del tejido que conforma la vejiga									
Clasificación según profundidad: O - Mucosa, A - Submucosa, B1 - Porción interna del músculo, B2 Porción externa del musculo, C - Serosa, D1 Propagación local, D2 Mets a distancia.									
Grado del tumor: I Bien diferenciado, II Diferenciación media, III Poco Diferenciado, IV Anaplasia.									
Tipo Histológico: Células de transición, Epidermoide, Adenocarcinoma, Rbdomiosarcoma.									
PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO							
AGENTE									
FACTORES PREDISPONENTES:									
Tabaquismo, infecciones y cálculos de vías urinarias, antecedentes de cáncer, medicamentos antineoplásicos, químicos, colorantes, hule, daño físico instrumental al urotelio.									
HUESPED									
Más frecuente en personas mayores de 60 años. Sexo masculino 3 a 1 con relación al femenino. Personas de raza negra.									
MEDIO AMBIENTE									
En cualquier nivel socioeconómico, exposición a agentes químicos, falta de recursos para la salud, falta de protección laboral, atención médica inadecuada.									
		SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS							
		En la enfermedad avanzada: masa palpable en pared vesical, obstrucción uretral o uretral, hepatomegalia o linfadenopatía supraclavicular							
		SIGNOS Y SINTOMAS INESPECIFICOS							
		Hematuria, polaquiuria, disuria y urgencia para orinar, disminución de la fuerza y calibre del chorro de orina, pérdida de peso, astenia y adinamia.							
		COMPLICACIONES							
		Metástasis local a ganglios, recto, próstata, vagina o pelvis osea. Metástasis a distancia a pulmones, hígado, ganglios linfáticos intraabdominales, huesos y cerebro.							
		RESULTADO							
		Muerte por complicaciones							
		Secuelas							
		Cronicidad							
		IMPLANTACION: En el suelo de la vejiga, pared lateral, cúpula, más frecuente en trigono y cuello vesical.							
		CAMBIOS TISULARES: La transformación neoplásica del urotelio es un proceso en varios pasos, un indicador o su metabolito induce cambios de una sola célula normal para transformarla en maligna. La información de DNA al RNA se altera y finalmente se trastorna la síntesis de proteínas							

NIVELES DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE VÉJIGA

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA			PREVENCIÓN TERCIARIA
PROMOCIÓN A LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	DIAGNÓSTICO PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
<p>Orientación sobre hábitos higiénico-dietéticos.</p> <p>Promoción de los programas preventivos.</p> <p>Orientación sobre higiene de la vivienda y saneamiento ambiental.</p> <p>Atención oportuna de enfermedades</p>	<p>Orientación sobre la prevención de IVU y acudir oportunamente a tratamiento.</p> <p>Importancia de la ingesta de líquidos.</p> <p>Dar a conocer los factores predisponentes para CA de vejiga.</p> <p>Orientación sobre signos de alarma y la importancia de acudir a una atención oportuna</p> <p>Concientización de los buenos hábitos de micción.</p> <p>Protección adecuada contra agentes químicos.</p> <p>Exámenes periódicos a personas con alto riesgo.</p>	<p>Historia Clínica Completa</p> <p>Exploración física, exámenes de laboratorio y gabinete.</p> <p>BH, QS, TP, TPT, Electrolitos séricos, EGO, Urocultivo.</p> <p>Cistoscopia con toma de biopsia.</p> <p>Urografía excretora.</p> <p>Citometría</p> <p>TAC abdominal</p> <p>Tele de tórax</p> <p>Gamagrama óseo</p> <p>Estadificar a la brevedad posible.</p>	<p>Va a depender del estadio</p> <p>RTU</p> <p>Vaporización láser</p> <p>Cistectomía parcial</p> <p>Cistectomía o</p> <p>Cistoprostatectomía radical</p> <p>Construcción de derivación o reservorio urinario.</p>	<p>Quimioterapia para evitar metástasis a distancia.</p> <p>Radioterapia</p>	<p>Control médico periódico y vigilar recurrencia.</p> <p>Capacitación en el manejo de la derivación urinaria al paciente y familiar</p> <p>Fomentar la independencia de paciente.</p> <p>Apoyo psicológico</p> <p>Orientación al paciente y su pareja sobre sexualidad</p> <p>Integración a grupo de apoyo.</p>