



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL

ESTUDIO DE CASO

**APLICADO A UN ESCOLAR CON ENFERMEDAD DE
CROHN A TRAVÉS DEL MODELO DE
AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.**

**Que para obtener el grado de:
Especialista en Enfermería Infantil**

**P R E S E N T A:
L. E. O. Yedith Isaura Olea Torres.**

ASESORADO por:

Mtra. Margarita Hernández Zavala.



México D.F.

Noviembre, 2012.



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.

*“La mejor manera de predecir
el futuro es crearlo”*

Peter Drucker.

Dedicado a:

*Mi esposo e hijos,
Hugo, Shania y Andrick;*

A quienes les amo mucho., por todo su cariño, amor,
apoyo y comprensión durante mi desempeño
como estudiante y la realización de este estudio de caso.

Y en especial a mi hijo *Derian*;
Por acompañarme siempre, por permanecer
dentro de mí, y crecer junto conmigo.

*A mi madre y hermana,
Josefina y Jessel;*

Por su ayuda y colaboración durante
mi formación académica.

A mi escuela y profesoras,

Por compartir y enseñarme todos los conocimientos,
para llegar a ser una excelente Profesional.

A mi Universidad,

Por ser la máxima casa de estudios,
y por acogerme tan cálidamente durante
mis estudios de Posgrado.

A mi Padre Celestial,

Por darme salud, fuerza y la fortaleza para alcanzar
mis metas.

Contenido

I.	INTRODUCCIÓN.....	3
II.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	5
III.	METODOLOGÍA	6
IV.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO	7
4.1	ANTECEDENTES.....	7
4.2	PARADIGMAS.....	14
4.3	CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA.....	19
4.4	TEORÍA DE DOROTHEA OREM.....	26
4.5	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES.....	34
4.6	PROCESO DE ENFERMERÍA.....	35
4.7	RELACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA	57
4.8	DAÑOS A LA SALUD (PATOLOGÍA).....	61
4.9	CONSIDERACIONES ÉTICAS	76
V.	DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	91
5.1	FICHA DE IDENTIFICACIÓN	91
5.2	MOTIVO DE CONSULTA	93
5.3	VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	93
5.4	GENOGRAMA.....	96
5.5	VALORACIÓN A TRAVÉS DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO.....	98
5.6	REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO.....	100
5.7	DESVIACIÓN DE LA SALUD	101
5.8	JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS UNIVERSALES	105
5.9	PRIORIDAD DE ACCIÓN.....	106
5.10	RELACIÓN DÉFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO	108
5.11	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	113
5.12	PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA.....	114
5.13	ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES	122
VI.	PLAN DE ALTA	124
VII.	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	126
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS	127
IX.	A N E X O S	132

I. INTRODUCCIÓN

Para la práctica profesional de enfermería es de suma importancia la aplicación del proceso del cuidado de enfermería, el cual es una metodología de trabajo consistente en un sistema que permite identificar, satisfacer necesidades interferidas y resolver problemas de salud que afecten al ser humano en su contexto, familia y comunidad.

La enfermedad de Crohn (EC) es una afección del intestino que produce una inflamación crónica de diferentes partes del tubo digestivo, y esto causa sus síntomas. La afectación más frecuente es al final del intestino delgado y el principio del grueso, llamada afectación ileocecal.

El número de casos de enfermedad de Crohn en México aumentó en menos de una década de dos o tres pacientes al año, a cuatro ingresos al mes en los hospitales públicos del sector salud.

Es por ello la importancia de los cuidados de enfermería en el área de gastroenterología pediátrica, ya que afecta a muchos pacientes de éste grupo específico de la población. Esta enfermedad puede confundirse con otros males gástricos, y se tienen casos de pacientes que tardan hasta 16 años en ser diagnosticados y tratados debidamente. Desde hace poco tiempo se tiene la certeza de que los mexicanos padecen esta enfermedad, y aunque no se tienen estadísticas precisas hay registros en los hospitales del sector salud público que reflejan el incremento en la cifra ya que la población frecuentemente afectada es de adolescentes y cuando la enfermedad de Crohn la contrae un niño, también afecta su desarrollo, crecimiento y estado nutricional.

El estudio de caso debido a su carácter particular es útil para asesorar y desarrollar procesos de intervención en el cual se dan recomendaciones o cursos de acciones a seguir. Esta metodología se ajusta perfectamente con la aplicación del proceso de intervención de enfermería, ya que permite suministrar alternativas de solución a los diferentes problemas.

Este estudio se fundamenta en los principios que establece Dorothea Orem con su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener¹.

Para la realización de este estudio de caso clínico, se aplicaron las cinco etapas del proceso del cuidado de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación y fue sustraído de un paciente escolar con enfermedad de Crohn en el Instituto Nacional De Pediatría, el cual permitió llevar a cabo un plan de cuidados especializados e intervenir de forma científica en la atención de su enfermedad, teniendo como base metodológica el proceso de enfermería que propone la teórica Dorothea Orem.

¹ Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería, (5ª ed.). Barcelona: Mosly. 2003

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

2.1 GENERAL

Elaborar un Estudio de Caso, que permita analizar las actividades de enfermería aplicadas a un paciente escolar con Enfermedad de Crohn través de la Teoría de Dorothea Orem, en el servicio de Gastronomía en el Instituto Nacional De Pediatría de la Secretaria de Salud.

2.2 ESPECÍFICOS

- ❖ Aplicar un instrumento de valoración a un paciente escolar con Enfermedad de Crohn, a través de los requisitos universales, implementando la teoría de autocuidado de la teórica Dorothea Orem.
- ❖ Valorar el estado de salud del paciente, e identificar los diagnósticos de enfermería con formato Problema, Etiología, Signos y Síntomas (PES), en base a la Teoría de déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.
- ❖ Planear los cuidados de enfermería de acuerdo a la jerarquización de los requisitos universales con déficit.
- ❖ Ejecutar las operaciones prescriptivas en base al plan de cuidados de enfermería a través de los sistemas de enfermería con la finalidad de brindar cuidados de forma holística.
- ❖ Evaluar la repercusión de las intervenciones de enfermería en la atención del paciente y a su familia.
- ❖ Realizar un plan de alta, que le permita al paciente continuar con sus cuidados fuera de la Institución Hospitalaria.

III. METODOLOGÍA



Elaborado por: L. E. O. Yedith Isaura Olea Torres.

IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

4.1 ANTECEDENTES

La práctica de enfermería se define como “el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas físicos y emocionales, reales y potenciales, a través de servicios como la búsqueda de casos, educación para la salud, consejo sanitario y la prestación de atención sanitaria para mantenimiento y restablecimiento de la vida y del bienestar”².

Es por ello que el estudio de casos es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado³. En el método de estudio de caso los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, tanto cualitativas como cuantitativas; esto es, documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación directa, observación de los participantes e instalaciones u objetos físicos⁴.

Para enfermedades no comunes tal como es el caso de la enfermedad de Crohn el uso del estudio de casos ha sido mayormente empleado; sin embargo en los estudios provenientes de la literatura mexicana hay escasas publicaciones, en el Hospital General de México se trataron únicamente seis casos de Enfermedad de Crohn; en Estados Unidos de América o Canadá la cantidad aumenta posiblemente en relación a diferencias étnico raciales, porque esta enfermedad es mucho más común en judíos.

La incidencia de enfermedad de Crohn ha ido en aumento a lo largo de las dos últimas décadas, tanto en niños como en adultos; se estima que sobre 25% y 30% de todos los pacientes diagnosticados con EC lo son antes de cumplir 20 años⁵.

En los últimos años se han publicado diversos trabajos en los que se puede apreciar este notable aumento de incidencia y prevalencia de niños y adolescentes con EC, cuyas cifras de incidencia oscilan entre 2.2 y 6.8 por 100.000, con diferencias significativas entre continentes, países y zonas geográficas.

² Lyer, P. (1995). Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. México: Mc Graw-Hill Interamericana:

³ Yin, R. K. (1984/1989). Case Study Research: Design and Methods, Applied social research Methods Series, Newbury Park CA, Sage

⁴ Chetty S. (1996). The case study method for research in small- and médium – sized firms. International small business journal, vol. 5, octubre – diciembre.

⁵ Ortigosa L. Concepto actual y aspectos clínicos de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Colomb Med 2005; 36 (Supl 1): 16-24

Tan solo en EU la incidencia y prevalencia de EC ha aumentado por razones que no están claras. Ésta incidencia en EU es similar a la de otros países y se estima que son 5 / 100.000 y 50 / 100 000, respectivamente⁶.

El escaso diagnóstico médico de la Enfermedad de Crohn de acuerdo a varios estudios indican que existe un grupo de pacientes (5-10%) en los cuales luego del estudio anatomopatológico, no es posible para el patólogo formular el diagnóstico de Colitis Ulcerosa o EC y son catalogados como colitis indeterminada⁷.

A fin de comprender mejor la descripción de la EC se manejan una serie de términos, utilizados indistintamente, y que van a servir tanto en una mejor comprensión de esta enfermedad, como en la evaluación de la respuesta al tratamiento médico y/o quirúrgico, y cuya definición puede ayudar a la hora de pretender unificar los criterios que se han de seguir para un mejor control de los niños y adolescentes con EC:

1. Severidad. La severidad, o gravedad de la enfermedad, se refleja por el estado sintomático, y se puede valorar mediante una serie de índices clínicos.
2. Actividad. La actividad de la EC se puede medir por el grado y extensión de la alteración morfológica, o de forma alternativa por el estado nutricional o serológico del paciente.
3. Recurrencia. La recurrencia de la enfermedad se puede considerar como la reaparición de nueva enfermedad (macroscópica), después de la resección quirúrgica “curativa”.
4. Recidiva. El término recidiva se utilizará para definir la reaparición de los síntomas después de un período de inactividad de la enfermedad.
5. Remisión. La palabra remisión se usa para considerar la desaparición de los síntomas de la enfermedad; puede ser remisión clínica, endoscópica e/o histológica.
6. Refractoriedad. El concepto de refractoriedad en la EC hace referencia a la no respuesta al tratamiento médico instaurado: En la EC, el concepto de refractoriedad difiere de si la localización es cólica, íleo/cólica, o íleal/yeyunal, de forma que para los primeros casos se puede extrapolar lo establecido para la CU, mientras que para las localizaciones ileales y yeyunales, el concepto de refractoriedad se refiere a la

⁶ Lichtenstein G, Hanauer S, Sandborn W. Management of Crohn ' s Disease in Adults. Am J Gastroenterol advance online publication, 6 January 2009; doi: 10.1038/ajg.2008.168

⁷ Tanaka M, Riddell RH. The pathological diagnosis and differential diagnosis of Crohn's disease. Hepatogastroenterology 1990; 37: 18-31.

persistencia de actividad inflamatoria después de 1 mes de iniciado el tratamiento esteroideo con prednisona (dosis de 1 -1.5 mg/kg/día) o sus dosis equivalentes de otros esteroides.

La EC suele cursar con periodos activos (brotes), alternando con fases asintomáticas (remisión). En algunas personas hay síntomas continuos (formas crónicas) a pesar de un tratamiento correcto. En ciertos casos, casi no produce síntomas (por ejemplo, sólo anemia leve). Finalmente, a veces produce molestias del ano (llamadas enfermedad perianal), o formas agudas (perforación, abscesos en el abdomen)⁸.

Los síntomas de los brotes son variables, pero casi siempre incluyen diarrea, dolor abdominal y pérdida de peso. Es frecuente la fiebre, y puede aparecer sangre en las heces. Se trata de síntomas crónicos que persisten más de 2-4 semanas. El ano se afecta a veces con la aparición de bolsas de pus dolorosas (abscesos) o expulsión de pus por orificios alrededor del ano mismo (fístulas). Pueden aparecer síntomas dependientes de otros órganos (*manifestaciones extraintestinales*).

Cuando la enfermedad está en brote, aparecen alteraciones en los análisis: elevación de las pruebas de inflamación (velocidad de sedimentación, proteína C), anemia y otros. Entre estas alteraciones y lo que el paciente cuenta, el médico calcula la gravedad de cada brote lo que determina a su vez el tipo de tratamiento. En algunas personas, el estrés, algunos fármacos y las infecciones intestinales, pueden desencadenar brotes.

Las manifestaciones clínicas de la EC en la infancia y adolescencia varían enormemente, debido a la extensión y localización del proceso inflamatorio⁹:

- ❖ El retraso en el peso en la estatura es un signo muy frecuente; incluso pueden pasar años entre el comienzo de la sintomatología gastrointestinal y la pérdida de peso o el estacionamiento de la talla. Esto se acompaña en muchas ocasiones de anemia como otro signo importante. En casos así habría que hacer un diagnóstico diferencial preciso con la enfermedad celíaca.

⁸ Lockhart-Mummery HE, Morson BC. Crohn's disease (regional enteritis) of the large intestine and its distinction from ulcerative colitis. Gut 1960; 1: 87- 105.

⁹ Moreira V, López A. Enfermedad de Crohn. Rev. esp. enferm. dig. v.97 n.11 Madrid nov. 2005

- ❖ El retraso de la madurez sexual es otro signo que debe hacer sospechar que un adolescente o preadolescente puede estar afectado de la EC.
- ❖ Anorexia, fiebre y pérdida de peso.
- ❖ Dolor abdominal recurrente, que se puede localizar en la zona periumbilical, y ser de tipo cólico, aunque la localización más frecuente es a nivel de íleon terminal; pero no es raro que la EC se inicie como una apendicitis aguda, y que después de la apendicectomía se confirme el diagnóstico de EC.
- ❖ Diarrea, frecuente de tipo postprandial; se puede acompañar de malestar abdominal y urgencia rectal.
- ❖ Masa abdominal, cuando se palpe una masa abdominal, y se acompañe de fiebre prolongada de origen poco claro, se debe sospechar que se está frente a una EC.
- ❖ Enfermedad perianal/fístulas. En otras ocasiones, la presencia de lesiones perianales (fisuras, fístulas, abscesos) también puede sugerir la existencia de una EC, pues se manifiesta de esta forma en 15% a 25% de niños y adolescentes.

Como complicaciones intestinales pueden aparecer tanto enfermedad perianal, megacolon tóxico, perforación aguda, estenosis intestinal, hemorragia masiva, fístulas y abscesos y neoplasia de colon.

Las complicaciones extraintestinales de la enfermedad de Crohn aparecen entre el 20 y el 30 % de los pacientes; son más frecuentes si existe afectación de colon y más aún si la afectación es perianal. Pueden suceder por continuidad de las lesiones gastrointestinales o sin continuidad; encontramos complicaciones articulares, oculares y dermatológicas.

En el caso del aparato genitourinario, la afectación comprende desde la extensión directa del proceso inflamatorio activo, la amiloidosis renal, alteraciones metabólicas sistémicas.

Se ha estimado que hasta 70% de los pacientes pueden requerir de una o más intervenciones quirúrgicas en algún momento de su evolución. Debido a que esta enfermedad puede afectar cualquier sitio del tracto gastrointestinal debe individualizarse el procedimiento quirúrgico dependiendo del sitio de afección de cada paciente, evitando resecciones muy amplias. En el estudio realizado por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en 2005, se encontró que los sitios de afección fueron ileocecal en 53%, colitis en 35%, y yeyuno en 12%. Los procedimientos quirúrgicos más frecuentes fueron resecciones segmentarias, principalmente ileocecales. La morbilidad operatoria fue de 32% y la mortalidad de 6%. La presencia de afección

colónica y necesidad de resección del colon o recto tuvo más riesgo de complicaciones ($P < 0.05$). La recurrencia actuarial fue del 39% a 107 meses¹⁰.

De acuerdo con el metanálisis realizado por Newby et al¹¹ en el 2006, la EC en la niñez es un trastorno recidivante crónico del cual el crecimiento es una medida importante de la gravedad, y puede usarse para monitorizar el éxito de los tratamientos médicos y de las intervenciones nutricionales o quirúrgicas. El retraso del crecimiento afecta entre el 15 y el 40% de los niños con enfermedad de Crohn. La variación en la prevalencia informada de retraso del crecimiento puede deberse a la población del estudio (basado en la comunidad versus en centros terciarios de derivación), la definición de retraso del crecimiento y la edad de los niños incluidos. El retraso del crecimiento es al menos dos veces más frecuente en la EC que en la CU. Se consideró que la nutrición deficiente y la mala absorción eran las causas principales del retraso del crecimiento en la enfermedad de Crohn. Se conoce, por trabajos tempranos, que los niños con enfermedad de Crohn activa tienen niveles séricos bajos del factor de crecimiento I análogo a la insulina (IGF-I). Los tratamientos destinados a revertir el retraso del crecimiento deben abordar la nutrición y también dirigirse al proceso inflamatorio subyacente.

Las definiciones de retraso del crecimiento que se utilizan a menudo incluyen: talla por debajo del tercer percentil, velocidad de crecimiento lineal y de aumento del peso por debajo del tercer percentil, retraso de 2 años en la edad ósea y velocidad de crecimiento de la talla menor al tercer percentil para la edad y edad ósea más de 2 desviaciones estándar debajo de la edad cronológica y ningún signo de pubertad. Desde hace mucho tiempo se reconoce la necesidad de promover el crecimiento y el desarrollo en la Enfermedad de Crohn pediátrico, y muchos estudios han considerado al crecimiento como una medida de resultado, aunque secundaria. Muchos tratamientos resultaron eficaces para reducir los marcadores de inflamación, la sintomatología o el índice de actividad de la enfermedad de Crohn pediátrica, y presentaron una efectividad variable en revertir el retraso del crecimiento.

Los aspectos de la calidad de vida se reconocen cada vez más como medidas de resultado importantes. En pediatría, el crecimiento es fundamental para la calidad de vida, ya que el retraso del crecimiento y del desarrollo puede tener consecuencias psicológicas

¹⁰ Takahashi-Monroy T. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn. Gac Méd Méx Vol.141 No. 5, 2005.

¹¹ Newby EA , Sawczenko A , Thomas AG, Wilson D. Intervenciones frente al retraso del crecimiento en niños con enfermedad de Crohn (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.

devastadoras. Esto se aplica especialmente a los adolescentes, quienes constituyen un alto porcentaje de los pacientes con EC pediátrica.

El hecho de tener que enfrentarse a una enfermedad crónica, con brotes de actividad muchas veces impredecibles, hace necesario que los ingresos de estos pacientes sean los estrictamente necesarios de acuerdo a la situación clínica que lo aconseja y la estancia de duración menor posible.

Los criterios de ingreso hospitalario de pacientes con EC incluyen¹²:

Por la actividad de su enfermedad:

A pacientes con brotes graves con abundantes deposiciones líquidas, dolor abdominal, fiebre alta y alteración analítica y nutricional; y deben ser ingresados para iniciar tratamiento esteroideo intravenoso y nutrición enteral si es necesario. Se deben descartar complicaciones, enfermedades intercurrentes y vigilar la respuesta al tratamiento.

Por complicaciones de la EII:

- ❖ Cuadros obstructivos o suboclusivos. Presentes principalmente en las formas ileales e ileocecales de enfermedad de Crohn (EC) son un motivo relativamente frecuente de ingreso hospitalario. Se estima que hasta un 30% de los pacientes con EC van a presentarlos.
- ❖ Sospecha de absceso abdominal.
- ❖ Perforación intestinal.
- ❖ Hemorragia digestiva baja.
- ❖ Megacolon tóxico.
- ❖ Enfermedad fistulosa. Las fístulas entéricas se presentan en al menos un 20% de los pacientes de EC.
- ❖ Enfermedad perianal grave.
- ❖ Complicaciones del tratamiento farmacológico. Las complicaciones pueden ser aplasias medulares, infecciones o pancreatitis agudas por la 6-mercaptopurina o azatioprina; miocarditis, pancreatitis y pericarditis por los aminosalicílicos; cuadros de sepsis o infecciones graves (tuberculosis diseminadas) tras el infliximab, etc...
- ❖ Problemas de diagnóstico diferencial.

¹² Leal JC, Benita V, García de Tena J, Méndez M. Criterios de ingreso hospitalario del paciente con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Criterios de baja laboral. *Medicine* 2004; 9(5): 377-379

Un estudio sobre predictores de recaída de la enfermedad de Crohn¹³ indicó que en la enfermedad de Crohn inactiva, un aumento de la proteína C reactiva, la fistulización intestinal y la localización colónica fueron predictores independientes de recaída. Por otra parte, los pacientes en condiciones de bajo estrés y que tienen un puntaje bajo de evitación de la adaptación al estrés (no interviene en situaciones sociales conflictivas) tuvieron menos propensión a la recaída.

Este estudio sustenta la importancia del enfoque bio-psico-social en la identificación de pacientes en alto riesgo de recaída de la enfermedad de Crohn. El cual contribuye en la fundamentación de que el ámbito psicosocial de los pacientes que afecta directamente en la enfermedad y es por tal motivo que los cuidados de enfermería deben ser orientados a esta área.

Las nuevas líneas de investigación terapéutica en la enfermedad de Crohn indican que a pesar del avance que han supuesto los tratamientos clásicos, que incluyen corticoides e inmunosupresores, existe un porcentaje importante de enfermos en los que no se logra un control adecuado de la enfermedad. Esto se puede evidenciar porque es necesario el uso de la cirugía en un 90% de los enfermos a lo largo de su vida, resaltando un riesgo de colostomía definitiva del 25%¹⁴.

Actualmente además de seguir realizando investigaciones para descubrir nuevos inmunosupresores y derivados biológicos que ayuden en el tratamiento de la enfermedad de Crohn se proponen otro tipo de tratamientos tales como la leucocitoaféresis y el trasplante de médula ósea.

Los estudios existentes hasta el momento son pocos y lamentablemente este tipo de procedimiento está gravado con una mortalidad importante que, aunque actualmente se ha reducido al 15%, sigue siendo suficientemente elevada como para no justificar su empleo en una enfermedad no maligna como la enfermedad de Crohn¹³.

¹³ Dres. A Bitton, P L Dobkin, Edwardes, M J Sewitch, et al. Predictores de recaída de la enfermedad de Crohn. Gut 2008;57;1386-1392.

¹⁴ Muñoz, J. F. (2006). Nuevas líneas terapéuticas en la Enfermedad de Crohn. En García Paredes, J., Taxonera Samsó, C. y Peña, A. S. (Dir.), Avances en el manejo de enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa (pp. 107-121). Madrid: Arán Ediciones, S.L.

4.2 PARADIGMAS

Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamados paradigmas. En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina.

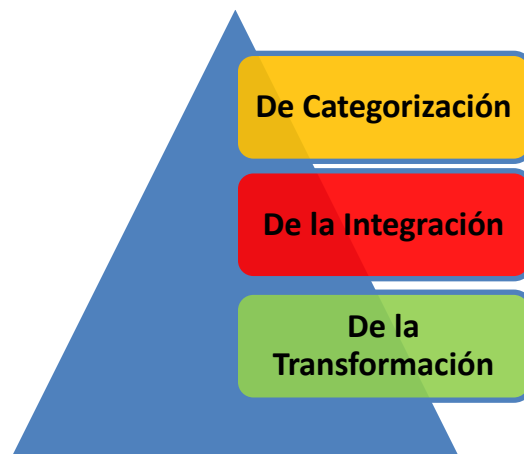


Figura 1. Paradigmas

Paradigma de Categorización

Según en paradigma de categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables, aplicado al campo de la salud este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad, y más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública.- la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta

orientación, el cuidado se dedica a la envoltura corporal tiene por fin mantener el cuidado del alma¹⁵.

Orientación hacia la enfermedad.-en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas. Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y de la cultura. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad, el origen de la enfermedad se reduce a una causa única

Según esta orientación el cuidado está enfocado hacia los problemas, el déficit o las incapacidades de la persona. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia, su intervención consiste en “eliminar problemas, cubrir el déficit, ayudar a los incapacitados”, intervenir significa hacer para las personas. La persona se puede definir como un tomo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente, empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte.

La salud es un equilibrio altamente deseable, es percibida como positiva mientras que la enfermedad es percibida como negativa.

La muerte, como la enfermedad, se debe combatir a cualquier precio. El entorno es un elemento separado de la persona es físico, social y cultural. Los cuidados enfermeros están estrechamente unidos a la práctica médica, se orientan igualmente al control de la enfermedad además, los cuidados enfermeros competentes disminuyen el tiempo de hospitalización, lo que permite tratar un mayor número de personas. Por otra parte la enfermera diplomada puede sustituir al médico en las tareas rutinarias en el servicio, la enfermera se interesa cada vez más por la investigación como medio de desarrollo de los conocimientos, el sistema de prestación de cuidados enfermeros en esta época apela a una gestión centralizada¹⁶

Paradigma de la Integración

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico

¹⁵ COLLIERE, Marie. (1986) Promover la Vida. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana. Madrid, España.

¹⁶ Teorías y Modelos de enfermería. Ibidem: Pp.65-68

en que se sitúa un fenómeno, este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Orientación hacia la persona.- Esta orientación está marcada por 2 hechos importantes: La urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación.

El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad, la enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas, se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal mas armonioso.

La persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas. La persona es un ser bio-psico-cultural-espiritual. La salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica, la salud óptima es posible cuándo hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud.

El entorno está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político etc.) en el que la persona vive.

En resumen, la orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica, como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas la necesidad de una formación básica más progresista se impone. La experiencia clínica y la reflexión son el origen de las primeras concepciones explícitas de la disciplina o modelos conceptuales.

Paradigma de la Transformación

El paradigma de la transformación menciona que un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro, representa un cambio de mentalidad sin precedentes este paradigma es la base de la apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

Apertura hacia el mundo.- propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado sobre una filosofía en que los hombres tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas, la población se vuelve agente de su propia salud, participando en ella con un compañero con el mismo grado que las profesionales de la salud.

Esta orientación de apertura sobre el mundo influye necesariamente en la naturaleza de los cuidados de enfermería, el cuidado va dirigido al bienestar individualizado, en una atmosfera de mutuo respeto, la enfermera crea la posibilidad de desarrollar el potencial de la persona. La persona es así un todo indisociable mayor que la suma de sus partes que a su vez reconoce la influencia del entorno sobre ella, además que esta misma evoluciona en la búsqueda de la calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades.

La salud por su parte, es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. La salud va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.

Finalmente, el entorno, está compuesto por el conjunto del universo de que la persona forma parte estando en constante cambio mutuo y simultaneo. El entorno evoluciona a un ritmo cuya orientación, amplitud y velocidad están estrechamente unidas a las interacciones pasadas, presentes y futuras entre dicho entorno y el ser humano¹⁷.

METAPARADIGMAS

*** Concepto de persona:**

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afectan a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar

¹⁷ Teorías y Modelos de enfermería. Ibidem: Pp.63-74

sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

*** Concepto de Salud:**

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

*** Concepto de Enfermería:**

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

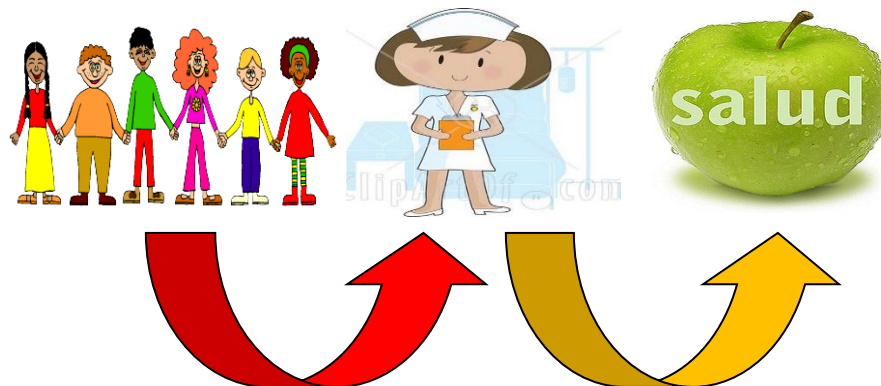


Figura 2. Relación persona – Salud – Enfermería

4.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA

Origen y evolución de la Enfermería



Imagen 1. Origen de la Enfermería

Hablar de cuidado es remontarnos al origen de la vida, ya que los hombres como todos los seres han tenido siempre la necesidad de cuidados porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie.

Durante miles de años los cuidados se consideraron actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida de grupo; es decir, que los cuidados no eran propios de un oficio y menos aún de una profesión.

Al hablar de la enfermería tenemos que remontarnos al año 1500 D.C., en el siglo XV, corre el tiempo y es en la edad media cuándo se organizan las órdenes monásticas, formándose la orden de las hermanas agustinas; considerada la primera orden de enfermería, la cual era puramente sanitarista, creada por el servicio público. Más tarde con el surgimiento de la reforma protestante, el interés por la iglesia y la religión decae gradualmente y da origen al periodo oscuro de la enfermería, donde la atención del enfermo se declina a mujeres inmorales sin ninguna preparación para ejercer como enfermeras, dedicándose estas a las labores domésticas hospitalarias cubriendo jornadas de 12 a 40 horas, los hospitales eran insalubres y denigrantes, desapareciendo este

periodo a mediados del siglo XIX; y es así como en los años de 1854-1856 en la guerra de Crimen surge Florencia Nightingale, considerada hoy en día piedra angular de la enfermería por dirigir sus esfuerzos a la conversión de la enfermería en una profesión respetada; creó también medidas sanitarias preventivas enseñando a la población como auto cuidarse. Su interés por la formación de las enfermeras la llevo a fundar la primera Escuela de Enfermería en Londres, creando también la primera organización domiciliaria.

Al finalizar el año 1800 se produce una reforma de los servicios de enfermería en Estados Unidos y Canadá y se abren escuelas de enfermería que ponen en marcha programas de formación adecuados, reconociéndose como líderes de esta formación a: Isabel Hampton Rovv, Mary Adelaide Nutting, Mari Agnes Snively, Linda Richards y Mary Mahoney a quien se considera la primera enfermera de color.¹⁸

En la década de los setentas a los ochentas, surgen las asociaciones en Estados Unidos y Canadá. En 1873 se gradúa Linda Richards, considerada la primera enfermera norteamericana y se avoca a la creación de hospitales y escuelas de salud mental; posteriormente aparece Harriet Newton Philips, la primera en alcanzar un postgrado y pionera de la salud pública en América, y para 1908 nace la Asociación Nacional De Enfermería de Colorado.

Haciendo referencia a quien debiera considerarse la madre de la enfermería se reconoce a Florence Nightingale fue la primera investigadora de enfermería hizo grandes aportaciones al campo de la estadística social, consideraba que para que una estadística fuera útil debía estar en uso y además poseer la característica de ayudar al establecimiento de medidas preventivas que apoyan al bienestar general y la salud del hombre. Influencia que se deja sentir en las escuelas norteamericanas que para 1907 iniciaban la carrera de enfermería pero no con su enfoque ni uso de la investigación, ya que las enfermeras no eran motivadas para desarrollar un pensamiento crítico y hacer juicios, vivían bajo una disciplina autoritaria que las volvía sumisas, pese a esto en 1912 Mary Adelaida Nuthing presenta el que se considera el primer informe de investigación titulado Situación Educativa de la Enfermería donde se habla de las condiciones laborales y las desoladoras prácticas de enfermería, a este informe le siguen otras investigaciones, muchas de ellas elaboradas por personas que no eran enfermeras, también destaca

¹⁸Kozier Barbara, Carlos J.Bernejo Ceja y otros. *Enfermería Fundamental: Introducción a la Enfermería*. Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill. Madrid; 1999.Pp.2-22.

Isabel M. Stewart, interesada en la economía industrial y doméstica, trata de diferenciar las funciones de enfermería de las que no lo eran, estableciendo normas de cuidado de enfermería que aún están vigentes en la práctica actual; más tarde publica el Nursing Education Bulletin del Teacher College, que era una revista para enfermeras donde instaba a participar en la investigación como un medio para justificar la enfermería como ciencia aplicada¹⁹.

La maduración y la licenciatura se da en el periodo de 1964 a 1975 convirtiéndose en una acreditación importante para las enfermeras que se hallaban en puestos directivos en ese entonces. Así fue como se incrementó el interés por la investigación y los programas de diplomado brindando oportunidades para el profesorado, instituyéndose becas y préstamos para estudiantes, y es entonces cuando el Congreso hace una derrama de 334 millones de dólares para impulsar la formación de enfermería.

La evolución de la enfermería ha sido determinada dentro de un contexto político que ha generado obstáculos donde la lucha por la independencia y reconocimiento está presente, suponiendo un paso más con la formación de doctorado para enfermeras. En 1970 se crea la Comisión para la Investigación en Enfermería y en 1972 el Consejo de Enfermeras Investigadoras de la ANA; y en esta época cuando se logra la integración de la investigación de enfermería en todos los programas colegiados de formación.

La Enfermería es la ciencia y el arte del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud. La enfermería es una profesión de titulación universitaria que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo de una forma holística.

Es por ello que el cuidado es lo que ha asegurado a la humanidad la continuidad de la vida del grupo y de la especie; es el cuidado el que ha permitido mantener las funciones vitales y ha dado lugar a múltiples actividades indispensables de las que se encargan hombres y mujeres para satisfacer necesidades fundamentales, tales como: protegerse de la intemperie, defender el territorio, sustentarse y salvaguardar los recursos.

¹⁹ Donahue M Patricia. La Enfermería: La condición del arte en la Historia de la Enfermería. Editorial Doyma. Barcelona;1998.Pp.435,467-473

La organización de estas tareas da origen a la división sexual del trabajo que, precisándose marcará de forma determinante, según las culturas y las épocas, el lugar del hombre y de la mujer en la vida social y económica.

Por ello desde la antigüedad hasta nuestros días es necesario asegurar la supervivencia y cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos, pero también cuidar de los muertos. Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida. La base del conjunto de cuidados desarrollados por las mujeres a lo largo de la evolución de la historia de la humanidad han sido los cuidados corporales y las prácticas alimentarias en el momento en que se descubren las propiedades de las plantas, siendo así hasta nuestros días.

Escuelas de Enfermería

Las principales concepciones actuales de la disciplina enfermera se describen a continuación en las siguientes seis escuelas.

Escuela de las necesidades

El cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales, o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados¹, la enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo no puede realizar por si misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de su autocuidado.

Autocuidado, según Dorothea Orem:

Orem especifica que el autocuidado es una acción adquirida, es decir, que es aprendida por una persona en su contexto sociocultural. La persona inicia una acción de manera voluntaria, deliberadamente, con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo sus responsabilidad. Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. Los cuidados enfermeros tienen por objeto ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado, además la enfermera completa los déficit del autocuidado causados por la diferencia existente entre las exigencias de autocuidado y las actividades realizadas por la persona²⁰.

Escuela de la Interacción

La escuela de la interacción apareció a finales de los años 50 y principios de los 60 y menciona que el cuidado es una acción humanitaria y no mecánica, la enfermera debe tener conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención, manteniendo la integridad de la persona, que sea capaz de reconocer sus necesidades y que tiende

²⁰ Teorías y Modelos de enfermería. Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2º Edición. Abril 2009. Pp 88.

hacia su actualización, la enfermedad es considerada como una experiencia humana que puede permitir el crecimiento si la persona comprende su significado. Las teorizadoras de esta escuela son Hildegard Peplau, Josephine Paterson y Loretta Zderad.

Escuela de los Efectos Deseables

Consideran que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía, sus teorizadoras son Melesis, Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy la cual se basa en el humanismo, las dimensiones subjetivas de la experiencia humana son esenciales para el conocimiento de la persona y su valorización, postula que la persona es un ser biopsicosocial en interacción constante con un entorno cambiante, los cuidados de enfermería deben promover la adaptación de la persona en cada uno de los cuatro modos de adaptación fisiológico, de autoimagen, de función y el de interdependencia, la salud es un estado de equilibrio y un proceso que permite a la persona ser o llegar a ser integro y unificado, el entorno por su parte es un conjunto de situaciones y de influencias que pueden modificar la aparición de comportamientos específicos de las personas o grupos²¹.

Escuela de la Promoción de la Salud

Moyra Allen se ha inspirado en el enfoque sistémico en la elaboración de su modelo de cuidados enfermeros, postula que la elaboración de una nación es el recurso máspreciado y que los individuos, las familias y las comunidades aspiran a una mejor salud y se motivan con el fin de lograrla. También se sostiene que la salud se aprende por descubrimiento personal y participación activa sobre todo en el seno familiar.

La profesión de enfermera se da a conocer de este modo siendo un recurso primario de salud familiar y comunitario y a su vez esta relación enfermera familia es de colaboración²².

²¹ Teorías y Modelos de enfermería. Ibidem; Pp.92

²² Teorías y Modelos de enfermería. Ibidem; Pp. 93

Escuela del Ser Humano Unitario

Este tipo de escuela se sitúa en el contexto de orientación de apertura hacia el ser humano. Martha Rogers, Margaret Newman, Rose Marie, Rizzo, intentan responder a la pregunta ¿a quién van dirigidos los cuidados de enfermería?

Mencionan que la psicología, la sociología, la astronomía, la filosofía, la historia, la biología, la física forman un modelo conceptual del ser humano unitario, la disciplina enfermera es a la vez, una ciencia, un arte y una profesión que se aprende, el objetivo perseguido por la enfermera es de promover la salud y el bienestar de toda persona, sea cual sea su contexto. El arte enfermero es la utilización creadora de la ciencia de enfermería²³.

Escuela de Caring

Leininger mantiene el concepto de Caring como la esencia de la disciplina de enfermería, Watson propone a la enfermera creada en un ideal de Caring a su vez más humanista y científica además postula que el amor incondicional y el cuidado son esenciales para la supervivencia y desarrollo de la humanidad. Y refiere que los cuidados de enfermería consisten de un proceso intersubjetivo de humano a humano con ideales morales y sólidos conocimientos.

Su objetivo es ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre alma, cuerpo y espíritu²⁴.

²³ Teorías y Modelos de enfermería. Ibidem; Pp.95

²⁴ Teorías y Modelos de enfermería. Ibidem; Pp.99

4.4 TEORÍA DE DOROTHEA OREM



Imagen 2. Dorothea Orem

Dorothea E. Orem nació en Baltimore Estados Unidos, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

En 1969 publica sus primeras reflexiones sobre la enfermería, en 1971 edita el libro La Teoría General del Déficit de Autocuidado con el cual obtiene en 1996 el título honorífico de Doctora en Ciencias.

La propuesta teórica de Orem tiene muy buena aceptación por la comunidad de enfermeras y se refleja en:

- ❖ Ejercicio profesional
- ❖ Formativo
- ❖ Investigación
- ❖ Concepto

El objetivo de esta teoría es exponer las relaciones desde la perspectiva de la enfermera al proporcionar cuidados, constituye un marco de trabajo de disciplina ya que identifica

variables de la persona, el ambiente y la enfermería a partir de la salud. Por lo cual se considera una teoría descriptiva- explicativa²⁵.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

²⁵ Hariweg D(1990). Autocuidado de promoción de la salud dentro de la teoría general de Enfermería de Orem. En : journal of advanced nursing. 15,35-41.

5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

La Teoría General del Déficit de Autocuidado está constituida por tres subteorías:

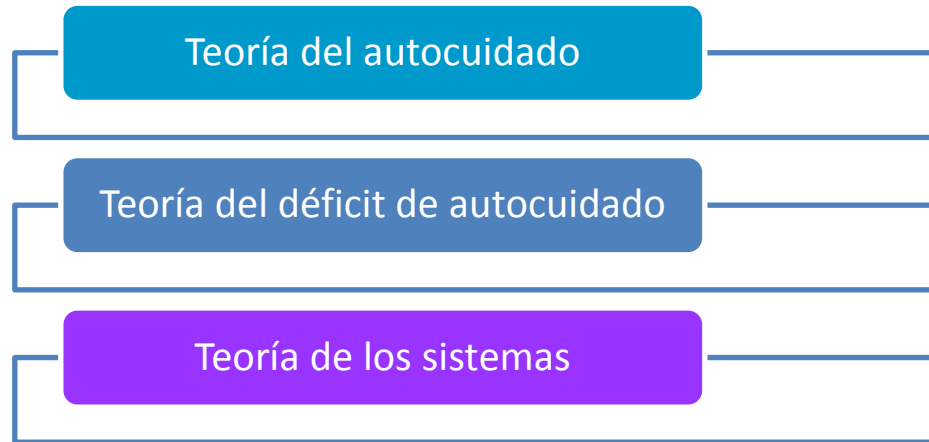


Figura 3. Teoría General del Déficit del Autocuidado

a) **Teoría del Autocuidado:** En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo . Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida , salud o bienestar".

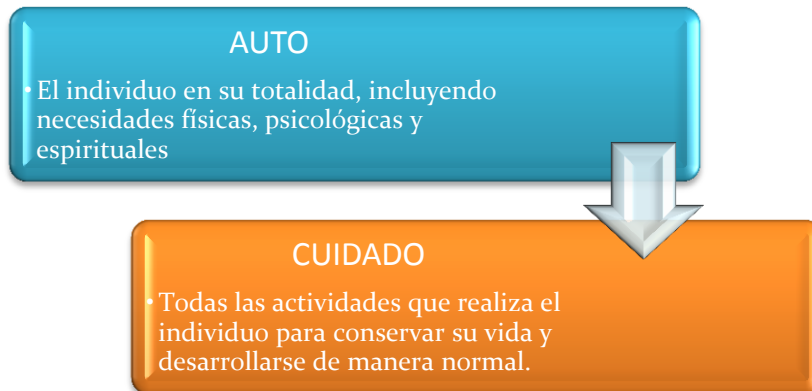


Figura 4. Teoría del Autocuidado

Agente de autocuidado.- Es la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.

Agencia de autocuidado.- Es la capacidad del individuo para participar en su cuidado propio.

Agencia de cuidado dependiente.- Es la capacidad de las personas de cuidar a otras que tienen limitaciones o están incapacitadas para realizar su autocuidado.

Demanda de autocuidado terapéutico.- Es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado universal. Puede verse como el resumen de la relación entre estos requisitos que pueden existir en el paciente y lo que puede o debería hacerse para satisfacerlos.

Agencia de autocuidado terapéutico.- En este caso es el profesional de enfermería.

La teoría de Orem sugiere que las características de las personas cuidadas, incluyendo sus propiedades específicas son denominadas **factores de condicionamiento básico**.

- ❖ Edad, Sexo, Estado de salud, Residencia, Factores socioculturales, Sistema familiar etc.

Los requisitos de autocuidado para la intervención de la enfermería propuestos por Orem (universal, de desarrollo y de desviación de la salud) son expresiones de los tipos de autocuidado intencionados de los individuos que lo requieren.

Cada uno representa una categoría de acciones deliberadas a realizar por los individuos debido a sus necesidades funcionales y de desarrollo.

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- ❖ Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Son comunes a todos los seres humanos e incluyen:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.



Figura 5. Requisitos del autocuidado universal. Dorothea Orem

Estos requisitos generan acciones que producen condiciones internas y externas que mantienen la estructura y el funcionamiento humano, los cuales a su vez apoyan al desarrollo y maduración humana.

- ❖ Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- ❖ Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Los requisitos de autocuidado de desarrollo promueven los procesos de la vida y la madurez, y previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos.

Incluye las etapas específicas del desarrollo:

- ❖ Vida intrauterina y nacimiento
- ❖ Vida neonatal
- ❖ Lactancia
- ❖ Etapas del desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven
- ❖ Etapas del desarrollo de la vida adulta
- ❖ Embarazo

Condiciones que afectan el desarrollo:

- ❖ Derivación educacional
- ❖ Problemas de adaptación social
- ❖ Pérdida de familiares, amigos o colaboradores
- ❖ Pérdida de posesiones o del trabajo
- ❖ Cambio súbito de condiciones de vida
- ❖ Cambio de posición social o económica
- ❖ Mala salud, o incapacidad.
- ❖ Enfermedad terminal o muerte esperada
- ❖ Peligros ambientales



Figura 6. Requisitos del desarrollo

b) Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativas a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos **completamente** o **parcialmente** incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.

El **déficit de autocuidado** es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado; es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

c) **Teoría de los sistemas de enfermería:** En esta teoría se marcan las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que “refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de autocuidado”. Esta teoría se divide en tres sistemas, los cuales cuentan con intervenciones específicas:

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- ❖ Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
- ❖ Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidado.
- ❖ Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado , pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

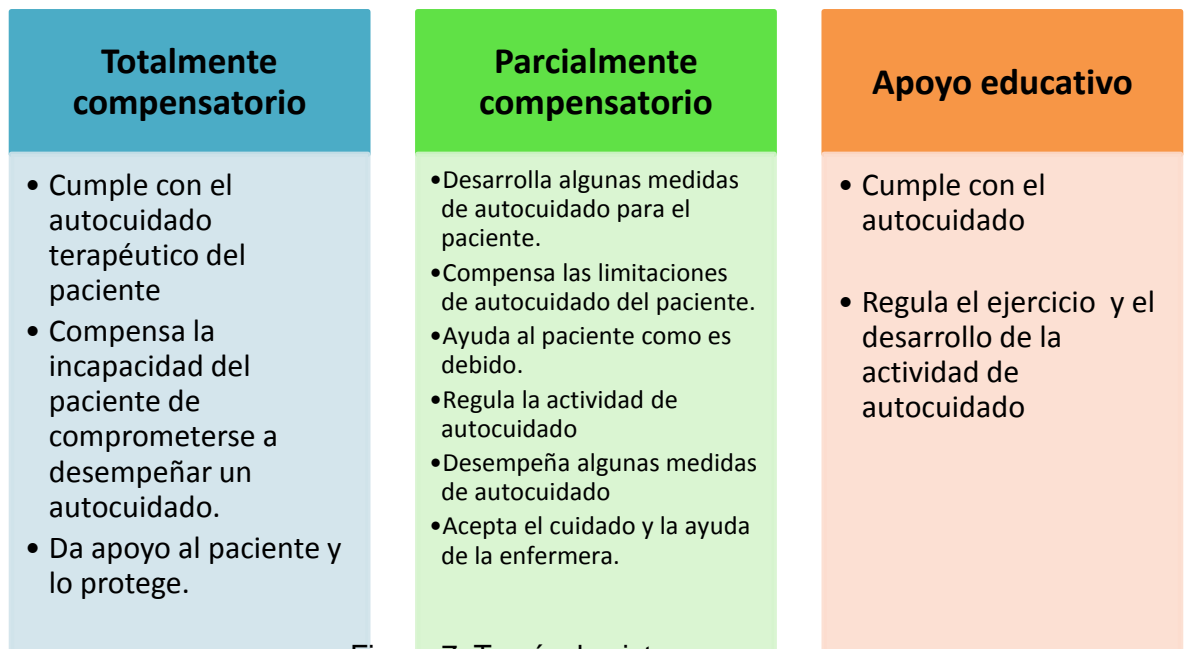


Figura 7. Teoría de sistemas

4.5 FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Afectan la capacidad de autocuidado del individuo o al tipo y cantidad de autocuidado requerido.



Figura 8. Factores básicos condicionantes.

Los factores que se encuentran en relación con la enfermedad de Crohn son los siguientes:

- ❖ La edad: la edad lo limita para realizar su autocuidado de manera total, ya que se encuentra en un proceso de aprendizaje para lograrlo.
- ❖ El estado de salud: es una enfermedad de tipo crónico-degenerativa y esto es un factor importante para que su salud mejore.
- ❖ Estado de desarrollo: es un escolar que requiere de apoyo para realizar algunas de sus funciones.
- ❖ Factores del sistema familiar (diagnóstico y tratamiento): el apego al tratamiento es variable, de acuerdo al estado de ánimo del paciente.
- ❖ Disponibilidad y adecuación de los recursos: es una limitante ya que no cuenta con presupuesto suficiente para el cumplimiento del tratamiento.

4.6 PROCESO DE ENFERMERÍA

Históricamente el proceso de Atención Enfermería no se realizaba, cuando se profesionaliza la enfermería se retoma el pensamiento enfermero para sustentar el objeto de estudio de Enfermería que es el CUIDADO. Virginia Henderson (1897-1996) en su teoría sustenta en la organización conceptual de los cuidados enfermeros que se basa en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona con referencia al desarrollo óptimo de su independencia. Refiere que la higiene es la necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel, esenciales para la salud y atención a la apariencia personal ya que estos pueden influir en : la propia imagen, estado depresivo y normas sociales; esto se sustenta en la teoría de Florence Nightingale (1820-1920) quien dice que un componente crítico de la teoría es la limpieza, se refiere tanto al paciente, la enfermera y el entorno físico, advierte que un entorno físico sucio era fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía y por ello se requiere de un desalojo apropiado de las evacuaciones corporales para evitar la contaminación del entorno. Ella defiende la necesidad de bañar a los pacientes diariamente.

Callista Roy (1939) postula que la persona es un ser biopsicosocial en interacción constante con un entorno cambiante. La persona se adopta a los cambios del entorno o responde a sus estímulos, sirviéndose de mecanismos de adaptación innatos o adquiridos los cuales son biológicos, psicológicos y sociales y esta depende de los estímulos a los cuales está expuesta la persona y de su nivel de adaptación callista Roy maneja cuatro modos de adaptación:

- ❖ Modo fisiológico
- ❖ Modo de función según los roles.
- ❖ Modo de auto imagen
- ❖ Modo de interdependencia

De los cuales el modo de auto imagen y el modo de función según los roles son lo que se manejarán dentro del programa de higiene bucal. Por otro lado Dorotea Orem, se basa en que la persona tiene el objetivo de obtener su vida su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad los que nos lleva al autocuidado que depende de sus capacidades activas, su edad, su etapa de desarrollo, su estado de salud, su experiencia, sus recursos intelectuales, sus intereses y motivaciones.

La práctica del método científico en la práctica asistencial enfermera: es el método conocido como “Proceso de Enfermería” el cual le permite a las enfermeras prestar cuidados en forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado que administra los cuidados de enfermería, individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de la salud.

El Proceso de Enfermería (PE), se dirige hacia un objetivo, es sistemático, dinámico por que responde a un cambio continuo, interactivo ya que se basa en la relación enfermera-paciente, flexible debido a que se adapta a cualquier lugar o área especializada donde se trate con individuos y tiene una base teórica puesto que se ha creado a partir de conocimientos que incluyen ciencias y humanidades.

El proceso de Enfermería tiene sus inicios cuando Hall (1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) consideraron un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución; más adelante Yura y Walsh (1967) establecieron cuatro etapas: Valoración, planificación, realización y evaluación, en la década de los 70's Bloch, Roy y Aspinall establecieron las cinco actuales etapas al añadir la etapa diagnóstica y desde entonces se considera como un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería que se compone de cinco etapas: Valoración, diagnóstico; Planificación, Ejecución y Evaluación siendo estas sucesiva y relacionadas entre sí.

El objetivo del Proceso de Enfermería (PE) es construir una estructura que individualiza las necesidades de cada paciente, familia y/o comunidad; además de identificar necesidades reales y potenciales del individuo y actuar para cubrir y resolver problemas²⁶.

Hoy el proceso se divide en cinco etapas que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación y está considerado como objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de 5 pasos que tienen una secuencia, que a continuación se explicará ampliamente al desarrollar cada una de ellas²⁷.

²⁶ Fundamentos de enfermería, teorías y métodos. Ed. 2da Editorial Mc Graw Hill Interamericana España.

²⁷ Kozier Barbara. Op. Cit ;p.180-181.

“ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA”

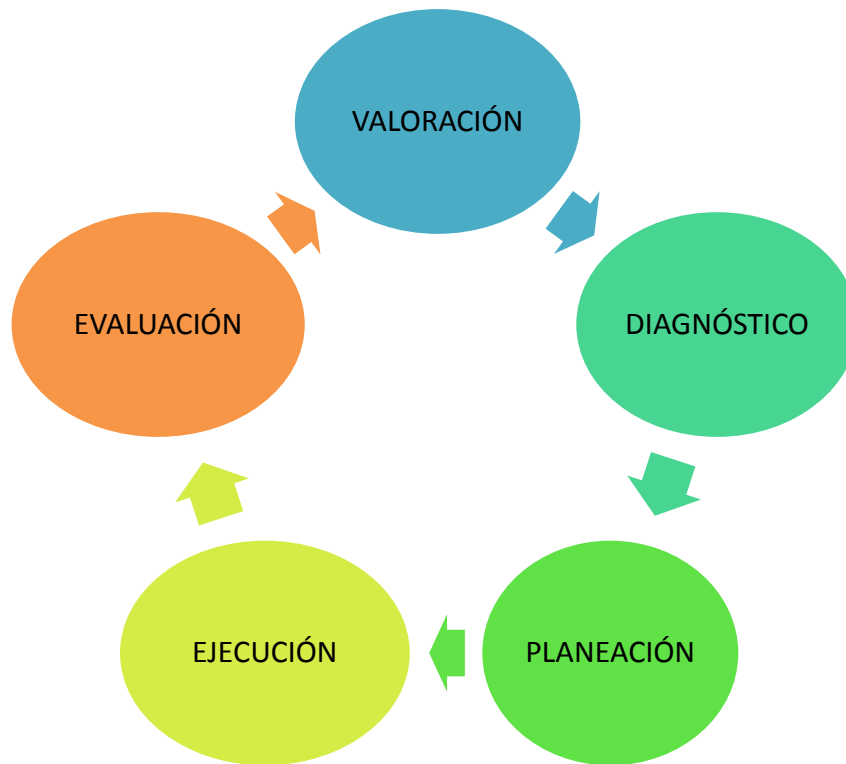


Figura 9. Etapas del Proceso de Enfermería

1.- VALORACIÓN: La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería, incluye la obtención de datos y la confirmación, lo cual es necesario para poder hacer un diagnóstico de enfermería y está presente en cada una de las fases del proceso. “La valoración es una parte de cada actividad que la enfermera hace para y con la persona” (Stkinson y Murria, 1986).²⁸

La valoración establece una serie de datos sobre la respuesta de la persona en todas las áreas de la vida diaria como la salud, preocupaciones biofísicas, emocionales, socioeconómicas, culturales y religiosas.

La obtención de datos es el proceso sistemático y continuo para obtener información sobre el nivel de la salud de la persona. Al ser un proceso sistemático, disminuye en gran

²⁸ Kozier Barbara, Ibidem;p. 190-191.

medida la posibilidad de omitir datos significativos y por ser continuo, permite la actualización, manifestando los cambios en el estado de salud de la persona.

En la valoración participan activamente la persona y la enfermera, la persona puede ser ella misma, la familia o la comunidad.

Para constituir una base de datos exactos y evitar una conclusión prematura, la enfermera tiene que confirmar las presunciones tomando en cuenta los aspectos físicos y emocionales de la persona.

Los datos pueden ser objetivos o subjetivos. Los objetivos son aquellos que se pueden observar o verificar con criterios establecidos a través de los sentidos (signos), como por ejemplo la tensión arterial, la coloración de la piel, etc. Los datos subjetivos son evidentes solamente para la persona afectada (síntomas), y son obtenidos durante la realización de la historia de enfermería, al igual que la información proporcionada por los familiares y otros profesionales. Los datos también pueden clasificarse en variables e invariables; los primeros son aquellos en los que la información obtenida no es constante, por ejemplo la tensión arterial puede variar de un día para otro; los datos invariables son aquellos que no cambian y un ejemplo de estos, puede ser la fecha de nacimiento.

Los datos deben ser concisos y la enfermera tiene que resumir la información obtenida con un lenguaje científico y correcto.

Fuente de datos

Pueden ser primarios o secundarios. La persona se considera como fuente primaria, mientras que la secundaria se encuentran los allegados, otros profesionales de la salud, la historia, otros registros y bibliografía sobre el tema.²⁹

La persona es la principal fuente de datos, a excepción de que este muy grave sea muy pequeño o esté desorientado y no pueda comunicarse. Proporciona información subjetiva que solamente ella puede hacerlo.

Los allegados. Aquí se encuentran los familiares y amigos, los cuales pueden dar información respecto a la persona, para complementar o verificar esta, por lo tanto, representan una fuente importante de datos, mayormente en los casos en los cuales por diversas situaciones no existe una comunicación directa con la persona.

Los profesionales de la salud: las enfermeras, médicos fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc., pueden proporcionar información por medio de sus contactos previos o actuales con la persona.

La historia representa una fuente de información sobre los patrones de salud y enfermedades anteriores de la persona, siempre se debe considerar si los datos registrados en la historia son apropiados por el momento actual.

Otros registros: en algunos casos la enfermera puede utilizar los resultados de laboratorio para controlar la eficacia de las medidas de enfermería, tales como las enseñanzas respecto a la dieta y la toma de medicamentos. Cualquier dato de laboratorio de una persona, debe ser acompañado de las cifras normales de este análisis tomando en cuenta la edad, el sexo y demás.

Bibliografía. Una revisión bibliográfica puede proporcionar información adicional a la base de datos y debe incluir entre otras cosas:

- ❖ Criterios establecidos para compara algunos datos como el peso, talla y grado de desarrollo considerado normal para determinado grupo de edad.
- ❖ Hábitos de salud, culturales y sociales.
- ❖ Creencias espirituales.
- ❖ Datos adicionales que requieren la valoración.
- ❖ Actuación de la enfermera y criterios de evaluación para el problema de salud de la persona.

²⁹ Alfaro Rosa linda. Aplicación del proceso de Enfermería. Ed. 2da. Editorial Doyma. Barcelona, España; 1995.

- ❖ Información sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico médico.

Métodos para la recolección de datos

Los principales son: la observación, la entrevista, la consulta y la exploración.

La observación: Observar consiste en obtener información a través de los cinco órganos de los sentidos. La observación es una técnica consciente e intencionada, la cual se desarrolla a través del esfuerzo y de un enfoque organizado; por tanto, la observación implica discriminar entre estímulos.

Para no perder datos importantes, la observación debe organizarse, por ejemplo, signos clínicos de alteración de la persona (palidez, enrojecimiento, fatiga entre otros). Los riesgos en la seguridad de la persona, como el barandal de una cama bajado. Su medio inmediato, incluyendo a las personas que se encuentran con él.

La entrevista: Consiste en una comunicación planificada o una conversación con una finalidad, algunos objetivos de esta serían recabar información, identificar problemas, educar, evaluar cambios etc.

La entrevista puede ser dirigible o no dirigible. La directa está muy estructurada y se obtiene una información específica y se utilizan generalmente para recabar y proporcionar información en un tiempo limitado. En la entrevista no dirigible la enfermera permite a la persona controlar el propósito, el asunto del tema y llevar el paso; este tipo se utiliza para resolver los problemas aconsejar y valorar la realización.

La enfermera debe planificar la entrevista para revisar la información que pueda ser de utilidad; en este aspecto se debe tomar en cuenta el tiempo en que se va a realizar dicha entrevista, el lugar y la posición que aporte la enfermera con respecto al cliente.

Es importante mencionar que la entrevista tiene tres fases que son: la introducción o apertura, el cuerpo o desarrollo y el cierre.

a) Introducción.- Esta fase consiste en establecer una buena relación y orientación con la persona; generalmente no se puede distinguir una etapa de otra porque son simultáneas. El establecimiento de buenas relaciones es el proceso de crear buena voluntad y confianza y se puede iniciar con el saludo y las preguntas de la misma persona, familia, etc., pero sin excederse, ya que esto generaría angustia por parte de la persona.

La fase de orientación consiste en explicar el objetivo de la entrevista y que tiene derecho o no a facilitar los datos que quiera y que destino tendrá esta información proporcionada.

b) Cuerpo.- Es el desarrollo a través de las preguntas que realiza la enfermera, la persona manifiesta sus pensamientos y percepciones. El paso de la etapa anterior a esta, se facilita empleando preguntas abiertas- cerradas, fáciles de contestar y que no le generen angustia, requiriéndose además, del uso adecuado de técnicas de comunicación por parte de la enfermera, para que la entrevista resulte productiva.

c) Cierre.- Normalmente la enfermera da por terminada la entrevista cuando ha obtenido la información requerida, aunque en ocasiones la persona es quien la termina, esto es cuando la persona no quiere proporcionar más información o cuándo se siente cansado. En esta fase es importante continuar con las buenas relaciones, para facilitar posibles encuentros futuros.

Pautas de comunicación en la entrevista:

- ❖ Escuchar atentamente y hablar claro y despacio.
- ❖ Utilizar un lenguaje entendible por la persona y aclarar puntos que no comprenda.
- ❖ Planificar las preguntas para que tenga una secuencia lógica.
- ❖ Preguntar solo una cosa a la vez.
- ❖ Dar oportunidad a la persona de ver las cosas tal y como le parecen a él y no como las ve el entrevistador.
- ❖ No imponer a la persona los valores propios de quien entrevista.
- ❖ Evitar usar ejemplos personales.
- ❖ Expresar no verbalmente respeto, interés y aceptación.
- ❖ Utilizar y aceptar el silencio para ayudar a la persona a pensar o a organizar los pensamientos.
- ❖ Utilizar el contacto con la mirada y estar tranquilo y sin prisa.

La exploración física

Las enfermeras realizan las valoraciones físicas para obtener los datos y objetivos, para complementar la fase de reconocimiento del proceso de enfermería.

La valoración física se hace sistemáticamente. Normalmente la enfermera registra una impresión general sobre el aspecto de la persona y de su estado de salud. Ejemplo: edad, talla, estado mental y nutricional, el habla y la conducta, así como el registro de los signos vitales. La enfermera puede realizar un reconocimiento físico céfalo caudal, empezando por la cabeza, se continúa con el cuello, tórax, abdomen y las extremidades por terminar con los pies. También la enfermera puede hacer una exploración utilizando un planteamiento de sistemas del organismo. En ocasiones puede ser necesario resolver un problema de la persona antes de completar el examen. Los datos que se obtiene de este examen se comparan con los modelos ideales, como pueden ser la altura, el peso, las normas para la temperatura normal o los niveles de tensión arterial.

Para realizare el examen la enfermera utiliza técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

INSPECCIÓN

La inspección es el método de exploración física que se efectúa por medio de la vista.

Objetivos:

1. Detectar características físicas significativas.
2. Observar y discriminar en forma precisa los hallazgos anormales en relación con los normales.

Con fines didácticos la inspección se divide de acuerdo a los siguientes criterios:

- ❖ Según la región a explorar:
 - Local: inspección por segmentos.
 - General: inspección de conformación, actitud, movimientos, marcha, etc.
- ❖ Según la forma en que se realiza:
 - Directa: Simple o inmediata. Se efectúa mediante la vista.

- Indirecta: Instrumental, armada o indirecta.
- ❖ Por el estado de reposo o movimiento:
 - Estática: o de reposo de un órgano o cuerpo.
 - Dinámica: mediante movimientos voluntarios e involuntarios.

AUSCULTACIÓN

La **auscultación** es el procedimiento clínico de la exploración física que consiste en escuchar de manera directa o por medio de instrumentos como el estetoscopio, el área torácica o del abdomen, en busca de los sonidos normales o patológicos producidos por el cuerpo humano. Los ruidos más comunes encontrados a nivel patológico en el proceso antes mencionado son: roncus, crepitus o crepitantes, sibilancias y estertores.

Formas de auscultación

Existen tres maneras principales de auscultar a un paciente:

- ❖ **Auscultación mediante estetoscopio:** Es la auscultación universalmente más extendida. Consiste en aplicar la membrana del estetoscopio sobre el cuerpo del paciente, que va conectada mediante un tubo flexible a unos auriculares. Con este instrumento se mejora la acústica

Localización de la auscultación

- ❖ **Auscultación pulmonar:** El estetoscopio se va colocando a cada lado de la columna vertebral, en los costados y en la cara anterior del tórax. Mientras tanto el paciente va inspirando y espirando según las indicaciones del médico y en ocasiones vocalizando alguna palabra como el clásico *treinta y tres*.
- ❖ **Auscultación cardíaca:** El estetoscopio se coloca en unos puntos determinados en la cara anterolateral izquierda del tórax para escuchar los sonidos cardíacos mientras el paciente sentado inspira, espira y mantiene el aliento siguiendo las indicaciones del médico. Con la auscultación cardíaca se oyen los latidos cardíacos y los *soplos* que pueden indicar un trastorno de las válvulas cardíacas.
- ❖ **Auscultación digestiva:** Al aplicar la campana del estetoscopio sobre los distintos cuadrantes del abdomen se escuchan los movimientos intestinales, que según su frecuencia o intensidad indican normalidad o patología.

- ❖ **Otros tipos de auscultación:** En ocasiones es preciso auscultar las arterias carótidas o las femorales, para descartar que no padezcan estenosis de las mismas.

PALPACIÓN

La palpación es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto. Es la técnica diagnóstica que utiliza el tacto de las partes externas del cuerpo o bien de la parte accesible de las cavidades. Palpar consiste en tocar algo con las manos para conocerlo mediante el sentido del tacto. Este acto proporciona información sobre forma, tamaño, consistencia, superficie, humedad, sensibilidad y movilidad.

La palpación médica es algo más que el simple uso de las manos para tocar; «examinar» se puede definir como la investigación por medio de la inspección o de la manipulación, e incluso sugiere que se trata de un examen riguroso, una investigación o una exploración de fundamental importancia.

Objetivos:

1. Detectar la presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular y movimiento.
2. Corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio e inspección.

Igual que en la inspección, la palpación se divide en:

- ❖ a) Según la forma en que se realiza:
 - *Directa o inmediata:* por medio del tacto y presión.
 - *Indirecta:* armada o instrumental mediante instrumentos que permitan explorar conductos o cavidades naturales o accidentales (sondas acanaladas, catéteres, estiletes, entre otras).
- ❖ b) Según el grado de presión.
 - *Superficial:* con presión suave para obtener discriminaciones táctiles finas (textura de piel, tamaño de ganglios linfáticos, entre otras).

- *Profunda*: con presión interna para producir depresión y así percibir órganos profundos.
- *Unidigital o bidigital*: para investigar puntos dolorosos, medir panículo adiposo, estudiar movilidad de piel y otros.
- ❖ c) Según el tipo de exploración:
 - *Tacto*: mediante 1 o 2 dedos. Se utiliza para la exploración de cavidades rectal y vaginal.
 - *Manual* sencilla o bimanual; en esta última se utilizan ambas manos, una para sentir, la cual se coloca contra el abdomen, y la otra contra la "mano activa" aplicando presión mediante las protuberancias blancas de la mano pasiva.³⁰

PERCUSIÓN

La percusión es un método de exploración en la cual la superficie corporal se golpea para provocar sonidos audibles o vibraciones perceptibles. Existen dos tipos de percusión:

- ❖ Directa o inmediata.
- ❖ Indirecta o mediata.
 - PERCUSION DIRECTA
 - ❖ La enfermera golpea el área a percutir o la extremidad de dedos. Los golpes son rápidos y moviendo la mano solo por la articulación de la muñeca.
 - PERCUSION INDIRECTA
 - ❖ Consiste en golpetear un objeto que se aplica al área corporal que se examina.

³⁰Rosales Susana. Fundamentos de Enfermería.3º Edición.

Organización de los datos obtenidos

La historia de salud de enfermería o más reciente mente denominado reconocimiento de enfermería es un método sistemático de recopilación de datos deseados sobre la persona. El propósito de una valoración de enfermería es recopilar la máxima información sobre la persona para identificar sus problemas y planear las actuaciones de enfermería.

2.- DIAGNOSTICO: El término diagnóstico de Enfermería (DdE) apareció por primera vez en la literatura anglosajona al inicio de la década de los 50's, en este entonces el proceso contaba con cuatro etapas (valoración, planificación, ejecución y evaluación) y posteriormente se agregó el diagnóstico.

El haber incluido el diagnóstico en el proceso de enfermería ha hecho posible que los profesionistas de enfermería analicen y sintetizen los datos que se obtienen de la valoración, para que con ello, las actividades clínicas se enfoquen a la identificación y manejo de los síntomas como se hacía previamente, estas fueron las causas por las que en 1973 se llevó a cabo la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería en los Estados Unidos; posteriormente en España (1988), se inicia una política de apoyo sobre este tema.

En 1990 la NANDA definió el diagnóstico de enfermería como “un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud/procesos de la vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable”.

El formular un diagnóstico y su proceso, requiere del conocimiento adquirido a través del estudio y la práctica metódica, no se realiza espontáneamente, sino que implica unas fases sucesivas del proceso de enfermería.

La habilidad con que se elaboran los diagnósticos depende de la capacidad para ser metódico, sistemático, lógico y riguroso, para con ello, formular un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, a los procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

Características del Diagnóstico de enfermería

- ❖ Describe la respuesta ante un problema, una situación o una enfermedad.
- ❖ Está enfocado al individuo.
- ❖ Varía según cambian las respuestas del cliente.
- ❖ Orienta las actividades de enfermería independientes: planificación, ejecución y evaluación.

La organización de los datos.- Después de la obtención de los datos, estos necesitan ser clasificados en un marco útil para la enfermera y para quienes pueden tener acceso a ellos.

La comparación de los datos con los estándares.- La enfermera los compara con una gran variedad de estándares como los signos vitales normales, resultados de laboratorio, tablas de crecimiento, etc; también utiliza conocimientos psicológicos, fisiológicos y sociales, así como su experiencia previa.

Agrupación de datos.- Este proceso está influenciado por los conocimientos científicos previos de la enfermera, por su experiencia dentro de la profesión y por el concepto que se tenga de la enfermería. Con base en esto, la enfermera puede agrupar los datos por inducción y formar un patrón.

La agrupación incluye el hacer deducciones.- Una deducción es el juicio del enfermera o la interpretación de las señales, estas deducciones se hacen a través del proceso diagnóstico.

Formulación del Diagnóstico

Es esta etapa final la enfermera formula una relación causal entre el problema de salud y los factores asociados. Estos factores pueden ser sociales, ambientales, psicológicos o espirituales, tomando en consideración que en un problema de salud intervienen más de uno de ellos.

El diagnóstico de enfermería puede ser real, potencial o posible. El diagnóstico real, describe la categoría diagnóstica que ha validado la enfermera, debido a las características de definición principal de signos y síntomas, es decir, reúne todos los datos que confirman su existencia; el diagnóstico potencial describe un estado alterado que se puede presentar sino se ordenan o se ponen en práctica ciertas intervenciones de

enfermería; el diagnóstico posible describe un problema que la enfermera sospecha pero que requiere la compilación de datos adicionales para confirmarlo o descartarlo.³¹

Formato del Diagnóstico de Enfermería

Existen tres componentes esenciales de los planteamientos diagnósticos de enfermería, los cuales se denominan como formato PES (Patrones Funcionales de Gordon, 1976), que deben ser considerados cuándo se desarrollen nuevas categorías diagnósticas o cuando se escriban diagnósticos para personas específicas; estos componentes son los que a continuación se detallan:

Los términos que describen el problema (P) se refiere al título diagnóstico, es una descripción del problema (real o potencial) de la persona, en donde se describe su estado de manera clara y concisa.

La etiología del problema (E) o los factores contribuyentes, identifica una o más de las causas probables del problema de salud y proporciona una dirección a la terapia de enfermería requerida. En la etiología se pueden incluir las conductas del cliente, los factores del entorno mental o ambos.

Las características definidas o los grupos de signos o síntomas (S) son el criterio clínico que representa el diagnóstico real o potencial.

Las categorías con estudio de validación clínica tienen síntomas y signos que representan el 80% de las veces y signos y síntomas menores que ocurren en el 50% de las ocasiones.

En la categoría mayor se incluyen signos y síntomas que deben estar presentes para validar el uso de un diagnóstico; la clasificación menor se refiere a las características que deben estar presentes en muchos, pero no en todos los individuos, pero no por ello son menos graves que las mayores.

³¹ Alfaro, Rosa linda. Ibidem; p.77-79.

Enunciados Diagnósticos

El enunciado diagnóstico describe el estado de salud de la persona y los factores que han contribuido a dicho estado. Se pueden describir diagnósticos de enfermería de dos o tres partes.

El planteamiento diagnóstico de enfermería de dos partes consta de: el problema (P), planteamiento de la respuesta de la persona y la etiología (E), factores contribuyentes a causas probables de las respuestas.

Las dos partes están unidas por las palabras “en relación con” o “asociados a”, más que “debido a”, ya que las primeras implican una relación.

El planteamiento diagnóstico de tres partes (diagnóstico real), incluye el problema (P), la etiología (E), y los signos y síntomas.

Los diagnósticos actuales de enfermería de tres partes se pueden planear utilizando “con relación a” y “dicho por”, los signos y síntomas pueden escribirse después del planteamiento diagnóstico, unido por las palabras “dicho por” o “evidenciado por”.

En el caso de considerar un diagnóstico posible, se deben recolectar más datos para confirmar o refutar dicho diagnóstico. En la etapa del diagnóstico, los problemas que con mayor frecuencia se presentan son:

- ❖ Escribir la respuesta de la persona como una necesidad en lugar de cómo un problema.
- ❖ Usar planteamientos de juicio mental.
- ❖ Situar la etiología antes de la respuesta de la persona.
- ❖ Usar planteamientos que no aporten ninguna dirección a los planes de actuación independientes de enfermería.
- ❖ Usar terminología médica en vez de terminología de enfermería.
- ❖ Comenzar el diagnóstico con una actuación de enfermería.
- ❖ Usar un solo síntoma como respuesta a la persona.

Cuándo se identifica un problema que no puede ser enunciado como un diagnóstico de enfermería, necesitando de la cooperación de otros profesionales para validar y tratar dicho problema, Cardenito lo define como problemas independientes y L. Riopelle, como los problemas colaborativos y de vigilancia.

Cuándo el diagnóstico es evidente pero no se reconoce la etiología, se formula el diagnóstico escribiendo la etiqueta diagnóstica, relacionado con la etiología desconocida.

Se debe evitar obtener datos irrelevantes ya que estos estorban la capacidad de la enfermera para procesar información.

El abuso de la intuición y la deducción prematura es otro error en el cual no debe caerse, se debe estar consciente que si se comete un error diagnóstico puede perjudicial al usuario, por tanto la etapa del diagnóstico es la clave, ya que si se realiza correctamente facilita la jerarquización de los problemas, la selección de los objetivos y la determinación de los cuidados adecuados en cada caso.

La taxonomía de los Diagnósticos de Enfermería

La taxonomía es un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos, las ventajas de la taxonomía en el diagnóstico de enfermería son:

- ❖ Los diagnósticos de enfermería promueven la responsabilidad profesional y la autonomía por medio de la práctica de enfermería.
- ❖ Proporcionan un vínculo de relación de la enfermera con otros profesionistas del área de la salud.
- ❖ Aportan un principio de organización para la construcción de una investigación significativa, para dar validez a las actuaciones de enfermería, además de organizar los datos de esta manera facilitaría el análisis a través de sistemas computacionales.

3.- PLANEACION: Es la tercera etapa del PAE que deriva directamente del Diagnostico de enfermería.

Se define como proceso de diseñar las intervenciones de enfermería que son necesarias para prevenir, disminuir o eliminar los problemas de salud que fueron identificados durante en diagnostico.³²

- ❖ Composición del plan de acción.

Incluye varios diagnósticos para los cuales hay que:

- Establecer prioridades
- Fijar objetivos

³² Kozier Barbara. Op Cit; p.26-27.

- Planificar intervenciones
- Prever una evaluación.

El proceso de planificación utiliza: los datos obtenidos durante la valoración y los enunciados de los diagnósticos que presentan los problemas de salud (reales y potenciales).

La planificación tiene seis componentes, que son:

- ❖ Establecer prioridades.
- ❖ Fijar los objetivos de la persona y los criterios de resultado.
- ❖ Planificar las estrategias.
- ❖ Redactar las órdenes de enfermería.
- ❖ Registrar el plan de cuidados.
- ❖ Consulta.

Establecer prioridades

Se define como el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias, para poder llevar a cabo esto, se requiere que la enfermera ordene los diagnósticos de enfermería por orden de preferencia, los diagnósticos se pueden agrupar según la prioridad en alta, media y baja, esto no significa que aquellos de alta prioridad se tengan que resolver antes de considerar otros, ya que se pueden resolver en forma parcial y terminarse posteriormente, de manera simultánea, con otro diagnóstico de menor prioridad, el utilizar un marco teórico o un modelo de enfermería facilita este proceso.

El fijar prioridades está influenciado por los siguientes elementos:

- ❖ La percepción de prioridades de la propia persona/cliente.
- ❖ El plan general de tratamiento.
- ❖ El estado general de salud de la persona.
- ❖ La presencia de problemas potenciales.

En el primer caso se refiere a la percepción que la persona tiene sobre sus situación, lo cual significa que cuándo la situación implica un determinado riesgo vital, la enfermera debe razonar, si es posible, con la persona el orden de prioridades más acorde a su situación, cuándo esto no es posible la enfermera es quién toma las decisiones; si no

existe un riesgo vital la persona es quien toma las decisiones sobre su cuidado y el orden en el mismo.

Tienen mayor prioridad los problemas que amenazan la vida como son la pérdida de sus funciones respiratoria y cardíaca, los problemas que amenazan la salud generalmente tienen prioridad media, mientras que las necesidades del crecimiento no son necesarias para sostener la vida. Las prioridades deben cambiar a medida que cambian las medidas y la terapia.

Fijar los objetivos de la persona y los criterios de resultado. Los objetivos pueden reflejar restauración, mantenimiento o promoción de la salud y estos se establecen en términos de conducta deseada por el cliente y no de actividades de la enfermera.

Los objetivos de la persona son los cambios deseados depuse de la intervención de la enfermera y deben enunciarse con verbos como incrementar, disminuir, mejorar, desarrollar, etc.

Los propósitos de la persona son proporcionar una dirección para planificar las actividades de enfermería y que se cumplan los objetivos, así como establecer criterios de evaluación que midan la eficacia de la intervención.

Los objetivos de la persona derivan de la primera parte del diagnostico de enfermería, de la identificación de la respuesta de la persona, siendo los objetivos a corto plazo los que más se utilizan debido a que una gran cantidad de tiempo de la enfermera se centra en necesidades inmediatas de la persona y por ende, pueden evaluar el progreso de la persona; los objetivos a largo plazo son utilizados con personas con problemas crónicos.

Los criterios de resultado son necesarios para especificar el resultado, estos son afirmaciones que describen las respuestas del cliente en forma específica, observable y cuantificable, y van a determinar si el objetivo se á alcanzado o no; estos criterios tienen cuatro finalidades.

- ❖ Dirigir las actividades de enfermería.
- ❖ Proporcionar tiempo para planificar las actividades.
- ❖ Tomar como criterios de evaluación de la evolución hacia el logro del objetivo.
- ❖ Hacer que la enfermera y la persona sean capaces de determinar cuándo se ha resuelto el problema.
- ❖ Corroborar que los objetivos y los criterios de resultado sean compatibles con la terapia y el trabajo de otros profesionales.
- ❖ Asegurarse de que cada objetivo se deriva de un solo diagnostico de enfermería.

- ❖ Utilizar palabras que indiquen posibilidades de observación y cuantificación y enumerar criterios de resultado, evitando palabras vagas que requieran la interpretación del observador.

Planificación de las estrategias

Las estrategias de enfermería se planean de acuerdo al diagnóstico específico para lograr los objetivos del cliente y eliminar o reducir la causa del diagnóstico de enfermería cuando este es potencial la actuación debe centrarse en la reducción de los signos y síntomas.

La selección de estrategias de enfermería es un proceso de toma de decisiones e implica acciones alternativas que tengan probabilidad de solucionar el problema de la persona, tomando en consideración las consecuencias de cada una de ellas y para establecer esto se requiere del conocimiento y la experiencia; al mismo tiempo eligiendo una o más estrategias, siendo satisfactorias de tres a cinco para cada problema de salud, ya que más de ellas crean confusión.

Una vez que se han considerado las consecuencias de cada una de las alternativas, se elige una o más que se juzgen las más adecuadas y eficaces.

Criterios para la selección de estrategias:

Aceptada por la persona y adecuada a su edad y estado de salud; realizable con los recursos existentes; debe ser acorde con los valores y creencias de la persona; congruente con otras terapias; basarse en el conocimiento y experiencia de la enfermería o en el conocimiento de otras ciencias.

Registrar el plan de cuidados de enfermería, es una guía por escrito que organiza la información sobre la persona en un conjunto significativo y centra las actividades de enfermería necesarias para solucionar el problema diagnosticado y lograr objetivos.

Los fines del plan son:

- ❖ Proporcionar una atención individualizada a la persona.
- ❖ Asegurar la continuidad del cuidado.
- ❖ Dirigir las anotaciones a realizar en las hojas de evolución.
- ❖ Especifica que observaciones hacer.

Las actividades que haya que realizar y las instrucciones que sean necesarias proporcionar al cliente y a la familia ayuda a organizar el trabajo en el servicio, algunos aspectos acerca del cuidado de la persona pueden delegarse a otros trabajadores, cuándo es necesario valorar la respuesta de la persona.

Documentación (registro) de los cuidados de enfermería.

El registro o anotación de los cuidados de enfermería es un requerimiento de todos los sistemas del cuidado de la salud.

El formato para las anotaciones de enfermería varía en cada tipo de personas que se manejen. También proporcionan la oportunidad a la enfermera de identificar las necesidades de aprendizaje del cliente y la familia, pudiendo ser cubierta estas necesidades a través de la enseñanza individualizada antes del alta o después de la misma por la enfermera de atención domiciliaria.

En cuanto sea posible se debe iniciar la facilitación de recursos y otras acciones antes del día del alta.

4.- EJECUCIÓN: Es la cuarta etapa del Proceso de Atención de Enfermería en la cual se inician las intervenciones previstas en el plan de cuidados para que la persona pueda alcanzar los objetivos establecidos.

También llamada actuación, consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.

Para describir las actividades de enfermería, con frecuencia se utilizan las palabras dependiente, independiente y colaboración.

Una actividad independiente de enfermería es aquella que realiza la enfermera como resultado de su propio conocimiento y capacidad. La enfermera determina que la persona requiere ciertas actividades de enfermería y las lleva a cabo.

En el Proceso de Ejecución, se incluye la actuación de la valoración de la persona, la validación del plan de cuidados, la determinación de las necesidades de apoyo, la aplicación de las estrategias y la comunicación de las actividades de enfermería. La valoración de la persona y la validación del plan de cuidados son procesos que se llevan a cabo de forma continua a lo largo de toda la ejecución.

Después de haber realizado la valoración en la primera fase del proceso de enfermería, la revaloración en las siguientes fases suele enfocarse a las necesidades y/o respuesta de

la persona, a través de este mecanismo la enfermera puede darse cuenta si las estrategias planificadas son apropiadas o no es este momento y puede requerirse un cambio de las mismas y de las prioridades. Tanto las actividades independientes como las dependientes y en colaboración deben aplicarse una vez que se valorado a la persona. El profesional debe mantener una estrecha comunicación con el cliente para aliviar su ansiedad y revisar el plan de cuidados en forma apropiada. El plan de cuidados no es fijo, sino flexible.

Una vez recogidos los nuevos datos la enfermera compara e plan de cuidados existentes y juzga si es válido aún o es imprescindible ajustarlo, tomando en cuenta nuevas condiciones.

Para ejecutar las estrategias de enfermería se debe considerar la individualidad de la persona, su necesidad de participar en su cuidado, la prevención de complicaciones, el mantenimiento de las defensas naturales, proporcionar comodidad y apoyo a la persona y desarrollar las actividades de forma cuidadosa y exacta.

5.- EVALUACIÓN: Es un juicio comparativo, sistemático sobre el estado de la persona y los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio. Existen tres posibles conclusiones a las que podemos llegar:

- ❖ El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- ❖ El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, lo que nos puede llevar a plantear otras actividades.
- ❖ El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

La evaluación es una actividad organizada que tiene una finalidad, a través de ella la enfermera acepta la responsabilidad de sus actos, indican su interés en los resultados y demuestran el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces, adoptando otras.

Los datos se recogen de tal manera que se puedan obtener conclusiones sobre el grado de alcance de los objetivos. Los datos guardan relación con los criterios de resultado, obteniéndose a través de la observación y comunicación directa con la persona.

La evaluación de los resultados proporciona la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de cuidados a dado resultado, reduciendo o previniendo eficazmente los problemas de la persona por tanto, la enfermera debe revisar todo el proceso de enfermería independientemente si se cubrieron o no los objetivos.³³

³³ Kozier Barbara. Ibidem; p. 20-21

4.7 RELACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Orem ha destacado en todo su modelo que la enfermería es acción y, al igual que con otros modelos de enfermería, las ideas deben traducirse de manera que puedan ser utilizadas en la práctica.³⁴

La traducción se logra usando el proceso de enfermería, un método tradicionalmente consistente en cinco etapas: valoración, planificación, diagnóstico, ejecución y evaluación. Orem aboga por el uso del proceso de enfermería, pero de una forma más coherente con su teoría. Específicamente contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales y operaciones tecnológico- profesionales.

Operaciones interpersonales y sociales:

Los procesos interpersonales y sociales implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias en particular, las enfermeras deberían:

1. Iniciar y mantener una relación efectiva con el paciente, su familia y otros.
2. Ponerse de acuerdo con el paciente y otros para responder a las cuestiones relacionadas con la salud.
3. Colaborar continuamente y revisar la información con el paciente y otros.

Los procesos deben ser mantenidos o modificados, cuando sea apropiado, mediante la relación de enfermería con los pacientes.

³⁴ Orem, D.E.1991.Enfermería: Conceptos de la práctica. Barcelona: Masson-Salvat Medicina. Pp.298.

Operaciones tecnológicas profesionales:

Las operaciones tecnológicas - profesionales son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operacionales de cuidado de casos. Mientras en estas operaciones hay una secuencia inherente, en las que las acciones lógicamente diagnósticas (valoración) deben ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificación), es posible que el cuidado sea iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento o reguladoras) antes de haber obtenido toda la información requerida para la valoración. Las operaciones de cuidado de casos, sin embargo (aspectos de auditoría de cuidados del proceso de enfermería) continuaran durante toda la interacción de enfermería con los pacientes. Orem contempla las operaciones tecnológicas- profesionales como las piedras angulares en el proceso de enfermería, pero reconoce que la realización de estas operaciones dependerá del paciente, su familia, las enfermeras y posiblemente de otros factores.³⁵

³⁵ Stephen J. Cavanag.(1993) Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona. Masson-Salvat. Pp 22.

Perspectiva General del Proceso de Enfermería usando el modelo de Dorothea Orem.



Figura 10. Perspectiva General del Proceso de Enfermería usando el modelo de Dorothea Orem.

L.E.O. Yedith Isaura Olea Torres

La figura anterior describe la relación del proceso de Enfermería con la perspectiva de Dorothea Orem de la siguiente forma:

1.-Valoración y diagnóstico de enfermería: Pretende establecer las demandas de autocuidado y determinar las capacidades presentes y futuras, mediante la recolección de todos los datos necesarios para una adecuada intervención.

2. Planeación: Se refiere a la Prescripción de Enfermería del rol de la enfermera-paciente-agente- dependiente en la regulación del ejercicio de la agencia de autocuidado, se deben utilizar los medios para satisfacer los requisitos de autocuidado.

3.- Ejecución: Se refiere al tratamiento, regulación de enfermería de las intervenciones de la agencia de autocuidado, y estas se refiere a los sistemas de enfermería que son; totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y apoyo educativo.

4.- Evaluación: Es el Control de los casos que se lleva a cabo para satisfacer las demandas de autocuidado, se realizan juicios prácticos que permiten abordar problemas de lo que puede hacer el individuo.

4.8 DAÑOS A LA SALUD (PATOLOGÍA)

ENFERMEDAD DE CROHN

La enfermedad fue descrita por primera vez por Giovanni Battista Morgagni (1682-1771). John Berg en 1898 y el cirujano polaco Antoni Leśniowski en 1904 describieron más casos de la dolencia. La Enfermedad de Crohn (EC) se llama así por Burrill B. Crohn, un médico del hospital Mount Sinai de Nueva York, quien identificó la ileitis como enfermedad en el año 1932 junto con sus colegas Ginzburg y Oppenheimer.



Imagen 11. Burrill B. Crohn (1884-1983).

Existen distintas definiciones de la enfermedad de Crohn. No obstante, todas ellas suelen coincidir en que es una enfermedad inflamatoria intestinal de origen idiopático que puede afectar a cualquier parte del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano.³⁶

La afectación suele ser focal, segmentaria, asimétrica y discontinua. Puede afectar a todas las capas de la pared del tubo digestivo (transmural), con la consiguiente posibilidad de aparición de fisuras, fístulas y abscesos.³⁷

La enfermedad de Crohn se puede definir por tanto, como una enfermedad intestinal crónica que cursa con inflamación del tubo digestivo y afecta, o al menos puede afectar, desde la boca hasta el ano. Compromete a toda la pared del intestino y se expresa mediante las lesiones típicas de la enfermedad o granulomas.³⁸

³⁶ Ortigosa, L. (2005). Concepto actual y aspectos clínicos de la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa. *Colombia Médica*, 36 (2), 16- 24.

³⁷ Gomollon, F. y Ber Nieto, Y. (2006). *Enfermedad de Crohn: diagnóstico, valoración de la actividad y clasificación*. En Balanzó, J.(Ed.), *Enfermedad inflamatoria intestinal* (pp. 105-125). Barcelona: ICG Marge, S.L.

³⁸ Riera Oliver, J. (2002). *Definiciones conceptuales de la enfermedad inflamatoria intestinal. Concepto de cronicidad*. En Gassull, M. A., Gomollón, F., Obrador, A. e Hinojosa del Val, J. (Eds.), *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* (pp. 3-5). Madrid: Ergon.

Las localizaciones más frecuentes son el íleon terminal (30%), entendiendo como tal el tercio distal del intestino delgado con o sin participación del ciego; cólica (25%), supone la afectación de cualquier localización entre recto y ciego sin participación del intestino delgado ni del tracto gastrointestinal superior; ileocólica (40%), afecta al íleon terminal, con o sin participación de ciego en continuidad, y a cualquier localización de colon entre ascendente y recto; y gastrointestinal alta (5%), se considera como tal la enfermedad que afecta a cualquier localización proximal al íleon distal independientemente de que exista o no afectación del íleon terminal o del colon asociada. El íleon terminal suele estar afectado en 2/3 de los pacientes. En gran número de pacientes el recto aparece preservado.³⁹

La afectación del tracto digestivo superior es rara y por lo general está asociada a la enfermedad del íleon terminal. En cambio, las afectaciones ileocólicas pueden tardar en manifestarse de tal modo que, a veces, la enfermedad de Crohn puede debutar como enfermedad gástrica o gastroduodenal aislada. Cuando ocurre esto, lo mejor es esperar a que aparezcan las afectaciones clásicas relacionadas con esta enfermedad para realizar el diagnóstico de enfermedad de Crohn. La longitud de los segmentos afectados suele ser variable.⁴⁰

Etiopatogenia

Aunque la enfermedad de Crohn fue descrita hace más de medio siglo, la razón por la que los individuos afectados mantienen un proceso inflamatorio crónico que destruye progresivamente su intestino sigue siendo un misterio.

Los avances que se han realizado en los últimos años para desvelar la incógnita de esta enfermedad indican que no existe una causa única o un mecanismo concreto que explique todos los aspectos de la misma.⁴¹

Barrera intestinal y agentes microbianos

Existen evidencias que indican que un incremento en la permeabilidad intestinal puede desempeñar un papel en la patogenia de la enfermedad de Crohn. Este incremento de

³⁹ Nos Mateu, P. e Hinojosa del Val, J. (2002). Criterios diagnósticos y clínicos en la enfermedad de Crohn. En Gassull, M. A., Gomollón, F., Obrador, A. e Hinojosa del Val, J. (Eds.), *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* (pp. 209-217). Madrid: Ergon.

⁴⁰ Correa, I. y Sans, M. (2006). *Fisiopatología de la enfermedad inflamatoria intestinal: conceptos actuales*. En Balanzó, J. S.L.

⁴¹ Panés, J. (2000). *Enfermedad inflamatoria intestinal: patogenia*. *Jano*, junio, 45-50.

permeabilidad ha sido demostrado no sólo en los pacientes, sino también en familiares de primer grado.⁴²

Este hecho puede tener una importancia patogénica considerable debido a que puede representar un factor predisponente que llevaría a la aparición de la enfermedad en etapas posteriores de la vida del paciente.

En un estudio⁴² se observó la presencia de un aumento de la permeabilidad del intestino antecediendo al inicio de la enfermedad de Crohn. Aunque la permeabilidad era normal en la mayoría de los familiares, aquellos que tenían aumento de la misma podían representar un subgrupo con predisposición a desarrollar enfermedad de Crohn. Una deficiente barrera intestinal puede intensificar la absorción de antígenos, dando lugar a un aumento en la estimulación del sistema inmune.

Los estudios realizados que buscan una causa orgánica o un agente microbiano que expliquen la totalidad de la etiología en la enfermedad de Crohn hasta el día de hoy carecen de validez.

Por tanto, la idea de la existencia de una etiología multicausal es hasta ahora la teoría más aceptada.

Factores de riesgo en la enfermedad de Crohn

Actualmente no se puede hablar de causas que den lugar a la enfermedad de Crohn, pero existen estudios que demuestran que los familiares de las personas con esta enfermedad poseen un riesgo 10 veces mayor de padecerla que el resto de la población en general.⁴³

Edad

Aunque la enfermedad de Crohn se puede manifestar a cualquier edad, los estudios realizados teniendo en cuenta muestras europeas y españolas demuestran que la mayor parte de los enfermos inician su enfermedad entre los 15 y los 40 años, intervalo dentro del que se registran picos de incidencia máximos entre los 15 y 25 años.

También se debe resaltar que existe un segundo pico de la enfermedad de Crohn entre los 55-65 años.

⁴² Wyatt, J. Vogelsang, H., Hubl, W., Waldhoer, T. y Lochs, H. (1993). Intestinal permeability and the prediction of relapse in Crohn's disease. *Lancet*, 341, 1437-1439.

⁴³ Brullet, E., Bonfill, J., Urrutia, G., Ruiz Ochoa, V., Cueto, M., Clofent, J., Martínez Salmerón, J. F., Riera Oliver, J. y Obrador, A. (1998). Estudio epidemiológico sobre la incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en cuatro áreas españolas. *Medicina Clínica*, 110 (17), 651-656.

En la enfermedad de Crohn el diagnóstico suele ser precoz con una frecuencia máxima de diagnóstico entre los 15-20 años.

Sexo

Los datos recogidos hasta ahora indican que en las zonas donde existe alta incidencia de esta enfermedad es más frecuente en mujeres y en zonas donde aparece baja incidencia es más frecuente en hombres.⁴⁴

La distribución de la incidencia por sexos es mayor entre los varones en el estudio realizado por Brullet⁴⁵ y similar al estudio Europeo.⁴⁶

En un estudio realizado en Asturias⁴⁷ no se encontraron diferencias significativas en la distribución por sexos ni cuando se compararon los sexos por grupos de edad.

Raza y área geográfica

La variación de la incidencia en las distintas áreas geográficas ha llevado a realizar numerosos estudios de investigación para descubrir sus causas.

Se han descrito dos razas con comportamiento antagónico, la raza negra con una incidencia mínima y la raza judía con elevada incidencia.⁴⁸

Agregación familiar

Existen estudios que confirman que hay relación entre padecer enfermedad de Crohn y otras enfermedades inflamatorias intestinales crónicas (colitis ulcerosa y colitis indeterminada). El riesgo para familiares consanguíneos es 30 veces mayor (entre 15 y 50%).

Urbano/rural

Tradicionalmente se ha pensado que esta enfermedad está asociada a niveles socioculturales elevados y áreas urbanas e industrializadas.

⁴⁴ Gower Rousseau, C., Salomez, J. L., Marti, R., Nuttens, M. C., Votte, A. y Lemahicu, M. (1994). Incidence of inflammatory bowel disease in northern France. *Gut*, 35, 1433-1438.

⁴⁵ Brullet, E., Bonfill, J., Urrutia, G., Ruiz Ochoa, V., Cueto, M., Clofent, J., Martínez Salmerón, J. F., Riera Oliver, J. y Obrador, A. (1998). Estudio epidemiológico sobre la incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en cuatro áreas españolas. *Medicina Clínica*, 110 (17), 651-656.

⁴⁶ Shivananda, S., Lennard-Jones, J., Logan, R., Fear, N., Price, A. y Carpenter, L. (1996). Incidence of Inflammatory Bowel Disease across Europe: is there a difference between North and South? Result of the European Collaborative Study on inflammatory bowel disease. *Gut*, 39, 690-697.

⁴⁷ Saro Gismera, C. y Ruiz Ochoa, V. (2002). *Epidemiología y factores de riesgo de la enfermedad inflamatoria intestinal*. En Gassull, M. A., Gomollón, F., Obrador, A. e Hinojosa del Val, J. (Eds.), *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* (pp. 7-19). Madrid: Ergon.

⁴⁸ Mayberry, J. F. y Rhodes, J. (1984). Epidemiological aspects of Crohn's disease: a review of the literature. *Gut*, 25, 886-889.

No existen datos actualmente que confirmen este tipo de conclusión.

La asociación de este tipo de enfermedad con niveles socioculturales elevados podría depender más de la disponibilidad y acceso a una medicina controlada que a cualquier otra causa.

Dieta

La presencia de una enfermedad digestiva sugiere siempre una probable relación con la dieta. En esta línea se han realizado diferentes estudios y los resultados no han llegado a ser del todo concluyentes.

Se ha intentado implicar diversos tipos de alimentación en la patogenia de la enfermedad sugiriendo que las poblaciones que consumen más hidratos de carbono refinados y comidas rápidas tienen mayor riesgo de padecer enfermedad de Crohn, mientras que la alimentación rica en fibra tiene un poder protector.⁴⁹

En definitiva, dado que los estudios de dieta son muy difíciles de interpretar y de llevar a cabo y que ninguno de los factores propuestos anteriormente ha sido confirmado en varios estudios independientes. A día de hoy la evidencia experimental para sustentar una relación causal es prácticamente nula o carece de sólidas evidencias empíricas.

Infecciones perinatales e infantiles

Algunas investigaciones⁵⁰ ponen de manifiesto que existe cierta relación de las enfermedades infecciosas durante la infancia y la enfermedad de Crohn.

Este estudio determina que la enfermedad de Crohn se asocia con infecciones en la infancia tales como la faringitis, el uso de antibióticos y la amigdalitis de repetición.

La lactancia materna es un protector de padecer enfermedad de Crohn porque estimula y favorece el crecimiento y el desarrollo de la mucosa intestinal y da lugar al aumento de los niveles de IgA en la persona.⁵¹

⁴⁹ Persson, P. G. y Leijonmarck, C. E. (1993). Risk indicators for inflammatory bowel disease. *Internal Journal of epidemiology*, 22, 268- 272.

⁵⁰ Wurzelmann, J. I., Lyles, C. M. y Sandler, R. S. (1994). Childhood infections and the risk of inflammatory bowel disease. *Digestive Disease Science*, 39, 555-560.

⁵¹ Gomollón, F. y Sicilia, B. (2000). Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal: claves para el progreso. *Jano*, junio, 40-44.

Clasificación de la enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn no se expresa de manera homogénea en todos los pacientes, de hecho pueden distinguirse distintos tipos teniendo en cuenta la sección anatómica del aparato digestivo a la que afecta.

Las clasificaciones de los diferentes autores tradicionalmente han estado ligadas siempre a la zona del intestino afectada por la inflamación, así podemos diferenciar 5 tipos de enfermedad de Crohn⁵² :

1. La ileocolitis es la forma más común que afecta la parte inferior del intestino delgado (íleon) y el intestino grueso (colon)
2. La ileítis que afecta el íleon
3. La enfermedad de Crohn gastroduodenal que causa inflamación en el estómago y la primera parte del intestino delgado, denominada duodeno
4. La yeyunoileítis que ocasiona parches de inflamación desiguales en la mitad superior del intestino delgado (yeyuno)
5. La colitis de Crohn (granulomatosa) que solamente afecta el intestino delgado.

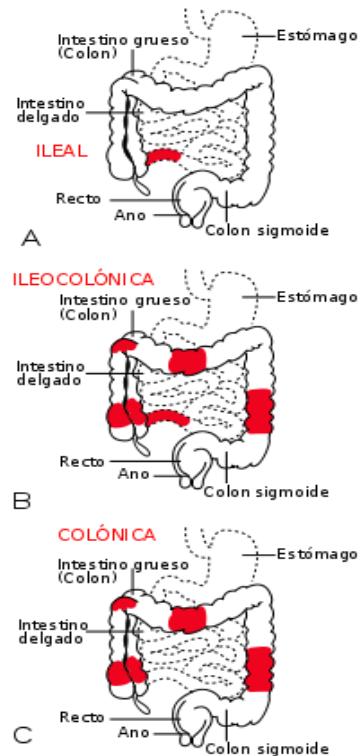


Figura 11.

⁵² González Lara, V. (2001). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. Madrid: Ergon.

Más recientemente la enfermedad se ha clasificado por su comportamiento clínico. En cuanto a la clasificación Gomollón y Ber Nieto³⁸ (2006) en su revisión bibliográfica nos hablan de la importancia de la misma y de que los conocimientos sobre la genética y causalidad de la enfermedad de Crohn son aún insuficientes y por tanto, resulta imposible establecer un sistema de clasificación etiológico o genético.

Esta clasificación resulta absolutamente indispensable para llevar a cabo estudios clínicos que comparen la eficiencia de los diversos métodos terapéuticos. Esta tarea ha ocupado durante años a varios comités designados a tal efecto por la Organización Mundial de Gastroenterología (OMGE).

Se han propuestos diversos sistemas y la más reciente es la clasificación de Montreal (Cuadro 1).

Cuadro 1. Clasificación de Montreal de la enfermedad de Crohn.

Edad al diagnóstico (A)		
A1	16 años o menos.	
A2	17-40 años.	
A3	> 40 años.	
Localización (L)		
L1	Íleon terminal.	L1 + L4 (íleon terminal + tracto digestivo alto).
L2	Colon.	L2 + L4 (colon + tracto digestivo alto).
L3	Ileocólica.	L3 + L4 (ileocólica + tracto digestivo alto).
L4	Tracto digestivo alto.	
Patrón clínico (B)		
B1	No estenosante, no fistulizante(**) o inflamatorio.	B1p (inflamatorio con afección perianal asociada).
B2	Estenosante.	B2p (estenosante con afección perianal asociada).
B3	Fistulizante.	B3p (fistulizante con afección perianal asociada).
<p>(*) Esta clasificación es una versión modificada de la clasificación de Viena que se ha utilizado durante los últimos años (ver referencias). Las diferencias sustanciales son: la inclusión del grupo A1, separando los pacientes con inicio antes de los 16 años, y del modificador de tracto digestivo superior (L4) a las demás localizaciones, y la no clasificación de la forma perianal en las penetrantes, sino que se ha considerado un modificador de cualquiera de los subtipos. Sólo el tiempo permitirá conocer si esta clasificación se impone, aunque la hemos reflejado por ser la recomendada por la Organización Mundial de Gastroenterología.</p> <p>(**) Utilizamos el término fistulizante, aunque el original es penetrante. Este patrón de comportamiento clínico se considera transitorio, porque la historia natural lleva casi siempre a los patrones B2 o B3 o mixtos.</p>		

Fuente: Asociación Española de Gastroenterología.

Los criterios principales que se han escogido son la edad de comienzo del cuadro, la localización, el patrón clínico (inflamatorio, estenosante o fistulizante) predominante y la presencia o no de enfermedad perianal.

Cuadro clínico más frecuente en la enfermedad de Crohn

La forma de presentación más habitual es un cuadro de diarrea, entre 3 y 6 deposiciones por día, semilíquidas o pastosas; sólo en caso de que resulte afectado el colon hay eliminación de moco o sangre con las heces y aparece la necesidad imperiosa de defecar.⁴⁰ Las manifestaciones clínicas dependerán por tanto de la localización y del patrón clínico evolutivo. Los síntomas al inicio suelen ser vagos con una evolución insidiosa y progresiva.

El dolor en la parte baja y derecha del abdomen, es un síntoma frecuente; es continuo, con períodos de intensidad de tipo cólicos y que puede parecerse a un cuadro de apendicitis.³⁸

Esta enfermedad puede determinar también una obstrucción o dificultad al tránsito del contenido intestinal, ocasionando crisis de dolor, náuseas y vómitos y la palpación de una masa abdominal cuyo tamaño varía según el contenido del intestino. La palpación de una masa inflamatoria no es infrecuente en la afectación del área ileocecal. La extensión de esta inflamación puede englobar el uréter derecho y puede dar lugar también a inflamación de la vejiga urinaria que se manifiesta por la aparición de síntomas de disuria y fiebre.⁵³ La estenosis de la luz intestinal por la inflamación ocasiona síntomas de suboclusión intestinal con dolor y aumento del peristaltismo que puede progresar hacia obstrucción intestinal completa. La inflamación puede ocasionar también la aparición de microperforaciones, fisuras y formación de fístulas hacia las estructuras abdominales adyacentes.⁵⁴

En más de la mitad de los casos aparece fiebre, sin sobrepasar los 38 grados centígrados, salvo que aparezca una infección como complicación.

En este tipo de pacientes aparece alteración en la absorción de los alimentos por el proceso inflamatorio. Se produce la disminución voluntaria de la ingesta de alimentos por el dolor que el paciente experimenta cuando come. Esta disminución en la ingesta provoca una llamativa pérdida de peso del individuo.

Además, cuando la enfermedad afecta a amplias zonas del intestino delgado, los síntomas de malabsorción aparecen inmediatamente dando lugar a hipoalbuminemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, coagulopatías e hiperoxaluria con nefrolitiasis. La

⁵³ Esteve Comas, M. (2000). Enfermedad inflamatoria intestinal: Clínica. *Jano*, junio, 53-57.

⁵⁴ Sebastián Domingo, J. J. (2000). Enfermedad Inflamatoria Intestinal. REVISIÓN. *Farmacia Profesional*, Junio, 14 (6), 84-94.

malnutrición puede deberse también a la ingesta escasa y al hipercatabolismo que se produce por la mucosa inflamada y la consecuente pérdida de proteínas por el intestino inflamado. En la enfermedad de Crohn la anemia megaloblástica suele ser frecuente por malabsorción de la vitamina B12.⁵⁴

La dificultad para la deglución de los alimentos puede aparecer, aunque en muy pocos casos, sólo cuando la enfermedad afecta al esófago.

En la población pediátrica, las manifestaciones clínicas pueden ser especialmente atípicas y la enfermedad puede comenzar con un retraso en el crecimiento o en la llegada de la pubertad, con una anemia crónica que no responde al tratamiento con hierro, con lesiones aftosas orales de repetición, con sinovitis o artritis o con la presencia de enfermedad perianal.⁵⁵

Lesiones de la mucosa intestinal en la enfermedad de Crohn

Según la revisión realizada por Gomollón y Ber Nieto³⁸ las lesiones macroscópicas de la mucosa intestinal en la enfermedad de Crohn son evidentes tanto en lo que se refiere a la mucosa como en la serosa de la pared intestinal. Las lesiones suelen ser visibles en el colon y/o el intestino delgado presentando afectación de diversos segmentos separados por áreas que aparentemente están sanas.

La mucosa ileal o colónica puede tener aspecto normal, pero presentar pequeñas lesiones superficiales y redondas. A menudo, existen lesiones más grandes, serpiginosas, separadas por zonas de mucosa de aspecto normal. La combinación de úlceras longitudinales y transversales en una mucosa edematosa da el aspecto en el intestino de empedrado.

Las lesiones mucosas precoces de la enfermedad de Crohn son normalmente pequeñas, con un tamaño máximo de 2 mm. Suelen ser con frecuencia múltiples y aparecen como placas eritematosas o pequeños nódulos que pueden estar erosionados en la superficie.

Con el paso del tiempo, estas lesiones se hacen confluentes produciendo úlceras longitudinales de mayor tamaño, conocidas como úlceras serpiginosas.

Se ha comprobado que esta evolución puede producirse en el plazo de 2 ó 3 años. Además, se pueden producir lesiones profundas en forma de fisuras que pueden dar lugar a abscesos o fístulas entre segmentos intestinales afectados o con órganos adyacentes o

⁵⁵ Ortigosa, L. (2006). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. En Velasco Benítez, C. A. (Ed.), *Enfermedades digestivas en niños* (pp. 121-144). Madrid: Universidad del Valle.

asas vecinas no afectadas por la enfermedad (fístulas vesicoanales, fístulas vesicovaginales).⁵⁶

Las fístulas se definen como comunicaciones anormales entre la luz del intestino y el mesenterio y/u otra víscera hueca, o la pared abdominal y la piel.

Suelen estar constituidas por tejido de granulación, que rodea a una luz que está llena de detritus celular y células inflamatorias, sobre todo neutrófilos (pus). Este tipo de lesión ocurre en el alrededor de 1/3 de los casos.

Las fístulas suelen asociarse a menudo a estenosis. En un estudio realizado sobre 38 enfermos se observó que esto ocurría en el 64% de los casos.⁵⁷

Las estenosis se caracterizan por el estrechamiento de la luz, a menudo circular, y el engrosamiento de la pared intestinal, con o sin dilatación preestenótica. En las estenosis graves, el diámetro de la luz rara vez supera los 5 mm y ello conlleva la extirpación quirúrgica de dicho segmento intestinal para subsanar la situación.⁵⁷

Tratamiento de la enfermedad de Crohn

El tratamiento suele ser inespecífico y la mayor parte de las veces sintomático.

El objetivo a cumplir como en toda enfermedad sería el de conseguir la curación de la misma pero, dado que se trata de una enfermedad de carácter crónico, el objetivo en este caso consiste en prolongar en lo posible los periodos de remisión, logrando de este modo una mejoría sustancial de la calidad de vida del paciente.

Tratamiento sintomático

Diarrea. Se emplean como antidiarreicos los derivados opiáceos como el difenoxilato, la loperamida y los anticolinérgicos.⁵⁵

Se debe prestar especial atención a la administración de estos fármacos porque son factores predisponentes para la aparición de un megacolon tóxico.

Dolor. El dolor se trata con fármacos inhibidores de prostaglandinas, de este modo se logra el objetivo de aliviar el dolor y favorecer de manera secundaria la mejoría de la

⁵⁶ Ripollés, T., Riera, E. y Martínez, M. J. (2006). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. En Sopena Monforte, R., Vilar Samper, J. Martí- Bonnatí (Eds.), *Algoritmos en diagnóstico por la imagen* (pp. 127-140). Barcelona: Elsevier.

⁵⁷ Oberhuber, G., Stangl, P. C. y Vogelsang, H. (2000). Significant association of strictures and internal fistula formation in Crohn's disease. *Virchows Arch*, 437, 293-297.

enfermedad en general que cursa con aumento de los niveles de prostaglandinas E2, prostaciclina y tromboxano A2.^{42, 58}

Fiebre. Se usan antibióticos de amplio espectro (aminoglucósidos más cefalosporinas). El metronidazol se emplea para el tratamiento de las complicaciones.⁵⁹

Trastornos psíquicos. Habitualmente todos los autores consideran que será necesario el uso de fármacos ansiolíticos y antidepresivos.

Tratamiento dietético

En los casos activos de la enfermedad pero sin complicaciones o en los casos asintomáticos se administrará una dieta equilibrada con suficientes calorías eliminando sólo aquellos alimentos que el paciente indique que tolera peor. De acuerdo con Lozano la dieta debe ser variada, sana y equilibrada. Cuando no están en brote se recomienda una dieta rica en frutas y verduras, azúcares y normal en grasa.⁶⁰

Siguiendo a este autor, en los casos en que exista estenosis, se suprimirán las dietas ricas en fibras. También se suprimirán en esta situación la leche y sus derivados, así como vegetales y cereales ya que suelen ser mal tolerados por los pacientes produciéndoles dolor abdominal y diarrea.

Para que la dieta sea equilibrada a veces hay que añadir como suplemento vitaminas liposolubles y oligoelementos (Magnesio, calcio, zinc, etc.) para paliar el déficit de absorción de este tipo de nutrientes que produce la enfermedad. El hierro y el ácido fólico están indicados si existe anemia en los pacientes.

En situaciones que no se tolere la alimentación oral o si existen estenosis o hemorragias graves que contraindiquen el uso de la vía oral está indicado el reposo intestinal. En esta circunstancia, se utilizarán dietas elementales administradas por la vía parenteral (vía endovenosa) que proporcionen todos los nutrientes necesarios para el mantenimiento del metabolismo basal del individuo.

⁵⁸ Hinojosa del Val, J. (2000). Tratamiento médico de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Jano*, junio, 67-73.

⁵⁹ Farrell, R. J. y Falchuk Z. M. (2001). *Clinical questions in Crohn's disease not answered by controlled trials*. En Bayless, T. M. y Hanauer, S. B. (Eds.), *Advanced therapy of inflammatory bowel disease* (pp. 353- 358). London: Hamilton.

⁶⁰ Lozano, J. A. (2000). Enfermedad Inflamatoria Crónica Intestinal. *Offarm: Farmacia y Sociedad*, 19 (9), 104-110.

Tratamiento farmacológico

La totalidad de los fármacos utilizados en el tratamiento de la enfermedad de Crohn son en un sentido amplio inmunomoduladores ya que su acción terapéutica es mediada al menos por su efecto sobre el sistema inmunológico.

Aunque la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa son enfermedades distintas se utilizan los mismos agentes farmacológicos en su tratamiento.

Cuadro 2. Fármacos empleados en la colitis ulcerosa y en la enfermedad de Crohn.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN
DERIVADOS DEL ÁCIDO 5-AMINOSALICÍLICO Sulfasalazina Olsalazina Mesalazina Mesalazina (rectal)
ANTIBIÓTICOS Metronidazol Ciprofloxacino
CORTICOESTEROIDES Budesonida oral Budesonida rectal
INMUNOSUPRESORES Mercaptopurina Metrotexato
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-TNF Infliximab

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico es el último paso del tratamiento en la enfermedad de Crohn. En la medida de lo posible siempre se va a intentar no recurrir a él ya que conlleva extirpar un tramo de intestino.

Las indicaciones quirúrgicas se dan siempre cuando se han agotado todos los pasos posibles del tratamiento médico.

En cuanto al enfoque de cómo debe ser la cirugía aplicada en estos casos se han ido sucediendo a lo largo de la historia distintas estrategias quirúrgicas.⁶¹

El objetivo actual consiste en buscar un equilibrio en el tiempo y en el espacio a la hora de sustituir el tratamiento médico por el quirúrgico y dentro de éste asentar las bases de la operación a demanda, es decir realizar la extirpación más adecuada para cada caso y situación.

La indicación quirúrgica que se recoge en todos los tratados es la falta de respuesta al tratamiento médico y las complicaciones en la evolución de la enfermedad.

El concepto de falta de respuesta al tratamiento médico incluye aspectos tan diversos como persistencia de los síntomas, efectos secundarios de la medicación (Síndrome de Cushing, infecciones repetidas por la inmunosupresión, etc.), diarreas intratables y anemia resistente.

Respecto a las complicaciones que podemos encontrar en la evolución de la enfermedad que requerirán tratamiento quirúrgico se encuentran obstrucciones intestinales y estenosis, sepsis, fístulas, ileítis/apendicitis aguda, perforación libre y peritonitis difusa, cáncer, hemorragias de intestino delgado y uropatía obstructiva.

⁶¹ Lledó Matoses, S. (2002). *Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn: cuándo operar y cómo*. En Gassull, M. A., Gomollón, F., Obrador, A. e Hinojosa del Val, J. (Eds.), *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* (pp. 261-271). Madrid: Ergon.

Manifestaciones extraintestinales en la enfermedad de Crohn

Al tratarse de una enfermedad inflamatoria la enfermedad de Crohn además de producir alteraciones en el aparato digestivo puede generar inflamaciones en otro tipo de órganos y sistemas orgánicos.

Una cuarta parte de los pacientes presentarán complicaciones sistémicas que afectan a estructuras distantes del intestino tales como el hígado, articulaciones, piel, ojos, etc.⁶²

Es importante reconocer las manifestaciones relacionadas con la actividad de la enfermedad porque desaparecen con el control de la actividad inflamatoria de la misma.

La artritis periférica es la complicación que con más frecuencia se produce en estos pacientes, llegando a aparecer en el 20% de los casos que sufren enfermedad de Crohn. Esta inflamación afecta a grandes articulaciones, es asimétrica y presenta un patrón migratorio. El riesgo de desarrollar artritis aumenta cuanto mayor es la extensión del colon afectado por la inflamación.

La sacroileítis es también muy frecuente, aunque habitualmente no llega a ser clínicamente manifiesta. En cambio, la exploración sistemática de estos pacientes con técnicas de imagen muy sensibles, como la resonancia magnética, demuestra que hasta un 80% de pacientes presentan alteraciones en la articulación sacroiliaca.⁵⁴

La espondiloartritis anquilopoyética se ha detectado en el 5-10% de los pacientes con predominio en varones. La evolución es independiente de la actividad de la enfermedad y produce una lesión de columna progresiva y permanente. El diagnóstico precoz es importante para minimizar las complicaciones relacionadas con la limitación progresiva del tronco.⁶³

La epiescleritis es la manifestación ocular más frecuentemente observada apareciendo en el 5% de los pacientes. Este tipo de alteración no comporta generalmente problemas de tratamiento y remite con el control de la actividad antiinflamatoria. En cuanto a los problemas oculares tiene mayor importancia la identificación de la existencia de uveítis que se caracteriza por la aparición de dolor ocular, fotofobia, cefalea e iridoespasma (contracción del iris). Su identificación es muy importante para evitar y prevenir las

⁶² Veloso, F. T., Carballo, J. y Magro, F. (1997). Immune related systemic manifestations of inflammatory bowel disease. *Journal Clinical Gastroenterology*, 23, 29-34.

⁶³ Su, C. G., Judge, T. A. y Lichtenstein, G. R. (2002). Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Clinics of North America*, 31, 307-327.

complicaciones asociadas tales como atrofia del iris y aparición de sinequias (adherencias del iris con la córnea o con el cristalino).⁶⁴

El eritema nodoso es la manifestación cutánea más observada. Se caracteriza por la aparición de nódulos subcutáneos rojo-violáceos, sobreelevados y dolorosos, generalmente localizados en la superficies de extensión de las extremidades inferiores.

El pioderma gangrenoso constituye una de las complicaciones sistémicas más espectaculares. Se caracteriza por la aparición de pústulas o nódulos que se extienden rápidamente hacia la piel adyacente produciendo úlceras que son de gran tamaño y presentan los bordes rojo violáceos. La aparición de este tipo de lesiones suele ser abrupta y no siempre tiene relación con la actividad de la enfermedad. El manejo de esta complicación suele ser difícil y complejo, precisando de la administración de inmunosupresores tales como la ciclosporina y el metotrexato.⁶⁵

La enfermedad hepática más característica asociada a esta enfermedad es la colangitis esclerosante primaria, afecta al 5% de los pacientes. Este tipo de alteración no está exclusivamente asociada con la enfermedad la gran mayoría que presentan colangitis esclerosante primaria acaban desarrollando enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. La mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos durante años presentando una elevación de la fosfatasa alcalina sérica. Debido a esta afectación, con el paso de los años estos pacientes acabarán presentando problemas relacionados con la hipertensión portal e insuficiencia hepatocelular. Resaltar también que esta alteración constituye una situación de riesgo para desarrollar colangiocarcinoma. A veces, es necesario considerar la posibilidad de realizar un transplante hepático en el paciente.⁵⁴

⁶⁴ Mendoza, J. L., Lana, R., Taxonera, C., Alba, C., Izquierdo, S. y Díaz-Rubio, M. (2005). Manifestaciones extraintestinales en la enfermedad inflamatoria intestinal: diferencias entre la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. *Medicina clínica*, 125, 297-300.

⁶⁵ Repiso, A., Alcántara, C., Muñoz-Rosas, C., Rodríguez-Merlo, R., Pérez-Gruoso, M. J., Carboles, J. M. y Martínez-Potenciano, J. L. (2006). Manifestaciones extraintestinales de la enfermedad de Crohn: Prevalencia y factores relacionados. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 98 (7), 510-517

4.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

PRINCIPIOS ÉTICOS

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque *está bien*, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal. Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes.

La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano. Estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos. La conciencia ética debidamente formada es el fundamento del *deber ser* como ideal de la conducta, que significa el comportamiento ético.

La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar.

El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe de realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

El acto humano se concibe como el ejercicio de las facultades del razonamiento, libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente. En él lo más esencial es la intencionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona. De esta manera los actos humanos que sancionan la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad.

Los seres humanos durante todos los tiempos se han regido por las exigencias, principios y valores que sustentan el comportamiento humano en forma individual o colectiva.

La ética hace referencia a estas exigencias a través del ejercicio de la libertad y de la responsabilidad de los actos realizados, por ello se le llama acto *humano*, porque fue razonado; éste compromete porque involucra la voluntad y libertad para decidir, esta característica es en sí misma exclusiva del ser humano.

En este sentido la corriente personalista que propugna la afirmación de la persona, el rescate de sus derechos y el restablecimiento de la cultura de la responsabilidad personal, centra la atención del comportamiento moral en la persona, tomándola como protagonista de la historia y como fundadora de la sociedad en el conjunto de relaciones que se dan en la conciencia individual y social; en esta concepción la persona es consciente de sí misma, responsable de sus actos y con la libertad que la hace *ser*, con fines que la trascienden y con capacidad de desentenderse de sí misma para darse a los demás en una existencia humana fiel a sí misma y a su grupo social.

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las

necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

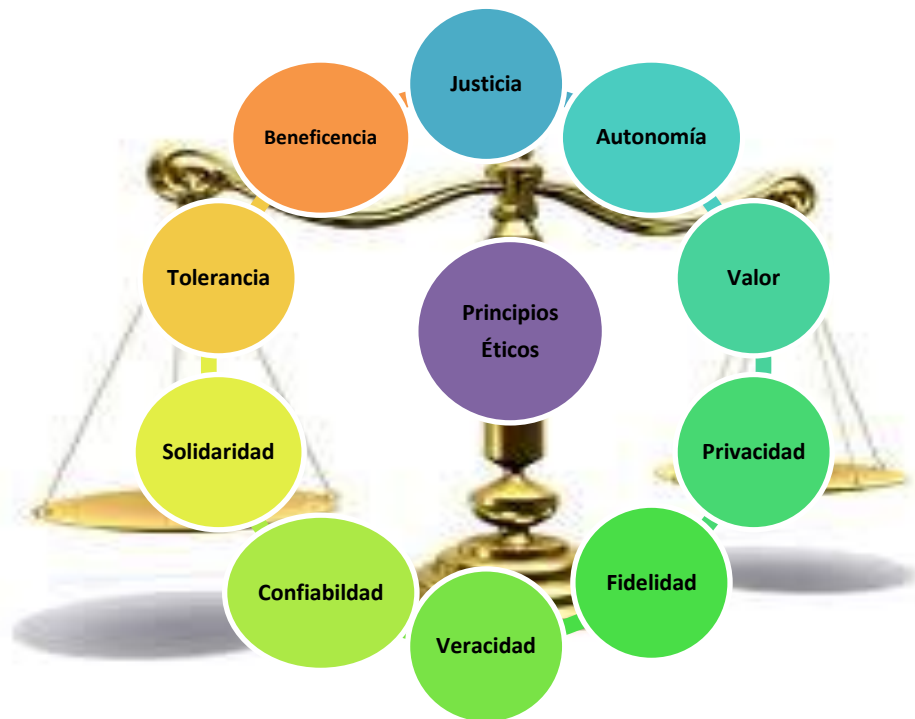


Figura 13. Principios éticos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La figura del Consentimiento Informado se encuentra contemplada en diversas disposiciones de La Ley General de Salud y en sus reglamentos; mencionándolo en el artículo 77-bis-37, que dice:

VIII.- Decidir libremente sobre su atención.

IX.- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos.

Así mismo, el Consentimiento Informado específicamente, está contemplado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de prestación de servicios de atención médica en el Artículo 29, 80 - 83 y lo publica a través de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1- 1998, del expediente clínico (NOM 168), definiendo al Consentimiento Bajo Información (consentimiento) como “los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante el cual se acepte, bajo información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios.”

Artículo 29, del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios refiere que: “Todo profesional de la salud estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico”.

Artículo 80, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios, nos dice que: “En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnósticos terapéuticos, los procedimientos médicos quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma” Esta autorización inicial, no excluye la necesidad de recabar después, la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.”

Artículo 81. “En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior,

será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.”

2o. Párrafo del Art. 81. “Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de la persona a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

Artículo 82, y la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico en la fracción

10.1.1 Carta de Consentimiento, refiere que el documento debe de contener como requisitos mínimos, lo siguiente:

- ❖ El nombre de la institución a la que pertenezca el hospital,
- ❖ Nombre, razón o denominación social del hospital;
- ❖ Título del documento;
- ❖ Lugar y fecha;
- ❖ Nombre y firma de la persona que otorga la autorización; y
- ❖ Nombre y firma de testigos.
- ❖ Acto autorizado, con el señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.

Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva, nombre completo y firma de los testigos.

Artículo 83. “En caso de que deba realizarse alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente o en la condición fisiológica o mental del mismo, el documento a que se refiere el artículo anterior deberá ser suscrito además por dos testigos idóneos, designados por el interesado o por la persona que lo suscriba.

Así mismo, existen también las sanciones a las que se hacen acreedores los médicos por no cumplir con la Ley General de Salud, en los artículos 416, 417, 418 y 422 de la Ley General de Salud.

Artículo 416. “Las violaciones a los preceptos de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones que emanen de ella, serán sancionadas administrativamente por las autoridades sanitarias, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delitos.”

Artículo 417. “Las sanciones administrativas podrán ser:

- Amonestación con apercibimiento;
- Multa;
- Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total, y
- Arresto hasta por 36 horas.”

Artículo 418. “Al imponer una sanción, la autoridad sanitaria fundará y motivará la resolución, tomando en cuenta:

- I.- Los daños que se hayan producido o puedan producirse en la salud de las personas;
- II.- La gravedad de la infracción;
- III.-Las condiciones socio-económicas del infractor, y
- IV.-La calidad de reincidente del infractor.
- V.- El beneficio obtenido por el infractor como resultado de la infracción.”

Artículo 422. “Las infracciones no previstas en este capítulo, serán sancionadas con multa equivalente hasta por diez mil veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, atendiendo las reglas de calificación que se establecen en el artículo 418 de esta Ley.”

El Consentimiento Informado, también se encuentra implícito en la **Carta de los Derechos Generales de los de Pacientes**, éste demanda de la Ley General de Salud, el cual dice: “El paciente o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consiste de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos, que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico”.

Lo anterior, incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

El objeto del Consentimiento Informado, lo constituye el tratamiento médico-quirúrgico con los riesgos que son inherentes, pero no comprende el resultado que es aleatorio, ajenos al actuar del facultativo, por lo que es importante que única y exclusivamente el médico tratante, sea la persona capacitada para dar esta información, puesto que de esa manera se benefician ambos (Paciente y Médico), proporcionando en gran medida, seguridad del prestador para realizar el acto médico, y así delimitar su alcance y entorno; y de esa manera, se refrenda la confianza en la relación médico-paciente y el compromiso de ambos.⁶⁶

El Consentimiento Informado, debe presentarse antes del acto médico, con el objeto de que el paciente pueda reflexionar tranquilamente al respecto, no puede ni debe sustituir a la información que logre el entendimiento mutuo que es, sin duda alguna, la más relevante para el paciente.

Dentro de la información que debe de proporcionar el médico a su paciente, debe incluir: el por qué de la necesidad del tratamiento, la peligrosidad de la intervención, la urgencia de ésta, la gravedad de la enfermedad y si el médico va a utilizar algún tratamiento novedoso. Este consentimiento, debe de ser solicitado antes del acto médico en cuestión y ha de subsistir a lo largo de todo el tratamiento, esta información debe de ser adecuada a la realidad de cada momento (de tracto sucesivo o de ejecución continuada).

Los procedimientos que requieren este documento son: ingreso hospitalario, fertilización asistida, cirugía mayor, anestesia general, salpingoclasia y vasectomía; investigación clínica, amputación, mutilación o extirpación orgánica, que produzca modificación permanente de la persona, disposición de órganos, tejidos y cadáveres; necropsia hospitalaria, procedimientos con fines diagnósticos y terapéuticos considerados de alto riesgo.

⁶⁶ Rodríguez Navarro JC, Gómez Gracia E y Fernández-Crehuet Navajas J. El consentimiento informado. aplicación en la práctica clínica, CB No. 43,3º-4º-2000.PP. 404-413.

El Consentimiento del paciente es temporal y revocable sin sujeción a formalidad alguna; no es un formalismo sino una parte vital de la actuación del médico en la que el profesional se pone a disposición del paciente para que este pueda elegir en libertad las opciones terapéuticas que se presentan, e incluso decidir no someterse a ningún tratamiento.

El consentimiento permite cumplir con lo estipulado en la legislación sanitaria, además de asegurar la integración adecuada del expediente clínico, lo que facilita al médico, en el caso de presentarse alguna complicación imprevista, resolver lo conducente, toda vez que tiene conocimiento integral del caso.

El Consentimiento Informado es un documento imprescindible en todo acto médico, más aún en aquellos que entrañan peligros potenciales. Su uso cotidiano debe formar parte de los documentos en todo expediente clínico hospitalario. Y es de gran importancia para el paciente como para el personal que realiza los cuidados, es por ello que el personal de enfermería debe conocerlo para llevarlo a cabo y así brindar una mejor atención al paciente hospitalizado; junto con ello se suma la importancia del código de ética que a continuación se presenta.



Figura 14. Consentimiento Informado

CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

- 1.** Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- 2.** Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
- 3.** Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
- 4.** Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- 5.** Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
- 6.** Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
- 7.** Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
- 8.** Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- 9.** Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- 10.** Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.



Figura 15. CÓDIGO DE ÉTICA DE LAS ENFERMERAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS

Ya que el personal de enfermería labora cotidianamente con los niños es indispensable el conocer los derechos de los mismos para brindarles una atención y un cuidado de calidad.

Los derechos de los niños son de todas las personas que tienen menos de dieciocho años. No importa su raza, su color o su religión; no importa en qué país vivan, ni con quién vivan; no importa si son pobres o ricos; no importa en qué idioma hablen o en qué religión crean. No importa que sean hombres o mujeres ni cómo sea su familia.

Los derechos de los niños son tuyos y de todos los niños del mundo.

Los derechos de los niños fueron creados para su protección ; y estos fueron elaborados por la ONU a través de la UNICEF son los siguientes:

- 1.Derecho a tener una identidad
- 2.Derecho a tener una familia
- 3.Derecho a expresarte
- 4.Derecho a una vida segura y saludable
- 5.Derecho de asistir a la escuela
- 6.Derecho a una atención especial
- 7.Derecho a que te protejan contra la discriminación
- 8.Derecho a que te protejan contra el abuso
- 9.Derecho al juego
- 10.Derecho a recibir ayuda en caso de un delito

Artículo 1º.

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

Artículo 2º.

El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

Artículo 3º.

El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad

Artículo 4º.

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social.

Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal.

El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Artículo 5º.

El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.

Artículo 6º.

El niño, para el pleno desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia.

Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

Artículo 7º.

El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social y llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres.

El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

Artículo 8º.

El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

Artículo 9º.

El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata.

No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

Artículo 10º.

El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa, o de cualquiera otra índole.

Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.



Figura 16. Derechos de los niños.

V. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

5.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

En el Servicio de Gastronutrición se selecciona a un paciente con Enfermedad de Crohn.

Factores Básicos Condicionantes

- ❖ Nombre del paciente: P.C.B.
- ❖ Fecha de nacimiento: 09 junio 2001
- ❖ Sexo: Masculino
- ❖ Edad Cronológica: 9 años 4/12
- ❖ Edad de Desarrollo: Escolar
- ❖ Estado de Salud: Crónico

Estado de desarrollo	Talla 1.15 mts.	Signos vitales	Frecuencia Respiratoria: 24 x'
	Peso 18.1 kg.		
Talla Blanco: 1.65 mts.			
Estado de salud	Crónico		Frecuencia Cardíaca : 110 x'
			Tensión Arterial :100/70 mmHg
			Temperatura: 36.5 °C
			Tipo y factor RH "O" positivo



Imagen 17. B. Paciente en la unidad hospitalaria.

Escolaridad: 1° de primaria.

Lugar que ocupa en la familia: 1 ° Hijo

Lugar de nacimiento: San Rafael Tlalmanalco. Estado de México.

Domicilio: Motolinia s/n Col. Anselmo Granados San Rafael. Tlalmanalco. Estado de México.

Delegación: Estado de México

Cuidador Primario: Mamá. E. C. F.

Alergias: Negadas

Antecedentes Prenatales

Producto de la gesta 1, partos 1, abortos 0, parto eutócico atendido por partera, control prenatal, 3 consultas en centro de salud, no presenta problema alguno durante el embarazo.

Neonato Inmediato

Peso de 2900 kg, talla 49 cm, apgar lo desconoce, lloró y respiró al nacer, alojamiento conjunto con la madre en domicilio.

Esquema de vacunación incompleto.

Desarrollo Psicomotriz

- ❖ 3 meses : fija la mirada
- ❖ 5 meses: sostén cefálico
- ❖ 12 meses: sedestación
- ❖ 10 meses: balbuceos
- ❖ 18 meses: bipedestación y primeras palabras
- ❖ 5 años: marcha

Esquema de vacunación incompleto, solo se completó hasta los dos años, posteriormente se logró por enfermedades recurrentes.

Control del niño sano: si

Hospitalizaciones previas: si

Religión: cristiana, se permiten todas las acciones en mejora de la salud.

5.2 MOTIVO DE CONSULTA

Acude a consulta de Gastronomía para seguimiento de su tratamiento por ser portador de Enfermedad de Crohn diagnosticado desde los tres años de edad, osteomielitis sacra y pos operado de ileostomía, déficit en el crecimiento y desarrollo.

5.3 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Exploración Física

Escolar masculino de edad mayor a la cronológica, activo, reactivo, regular hidratación, piel seca, presenta adecuada implantación de cabello, ojos simétricos, con respuesta a reflejo luminoso, sin secreciones, agudeza visual adecuada, orejas bien implantadas, simétricas, oídos permeables con presencia de cerumen en cantidad normal, membrana timpánica íntegra, rosada, sin alteraciones en la audición. Cavidad oral con ausencia de 8 piezas dentarias con caries, higiene regular. Tórax simétrico normo lineo con una frecuencia respiratoria de 24 x', patrón respiratorio uniforme, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono, intensidad y frecuencia, sin fenómenos agregados, campos pulmonares bien ventilados, sin datos de dificultad respiratoria ni estertores, abdomen blando, depresible, no doloroso, peristasis normal, sin visceromegalias, presenta ileostomía drenando gasto amarillento pastoso, genitales de acuerdo a edad y sexo, presenta micción, extremidades simétricas, arcos de movilidad, tono, fuerza muscular y sensibilidad conservados, marcha adecuada, postura normo línea.



Imagen 18. B. Paciente en la unidad hospitalaria.

Lesiones o defectos evidentes y motivo

- ❖ Gastrostomía que fue derogada, actual ileostomía.

Factores del sistema de cuidado de salud

- ❖ Adecuado control en el tratamiento de su enfermedad el cual es atendido por el Instituto Nacional de Pediatría desde 2003.

Diagnóstico Médico

- ❖ Enfermedad de Crohn.
- ❖ Datos de Osteomielitis sacra con antibioticoterapia

Modalidad de tratamiento

- ❖ Vancomicina 40 mg/kg/día (160 mg IV c/ 6) (39)
- ❖ Cefepime 150 mg/kg/día (800 mg IV c/ 8) (39)
- ❖ Metronidazol 30 mg/kg/día (180 mg IV c/ 8) (33)
- ❖ Metilprednisolona 0.7 mg/kg/día (12 mg IV c/ 24)
- ❖ Omeprazol 1 mg/kg/día (19 mg IV c/ 24)
- ❖ Paracetamol 5ml c/8 horas PRN.

Orientación sociocultural

- ❖ Religión: Cristiana

Actividades recreativas

- ❖ El paciente pasa sus ratos libres en compañía de su familia, con ellos sale al patio a jugar y a divertirse.

Patrón de Vida

Descripción de un día cotidiano

La familia se despierta a las 7:00 am, la abuela materna realiza el desayuno para la familia, desayuna leche y pan y se va a la escuela, a las 13:00 pm llega a su casa, comen (carne, tortillas, verduras) todos juntos, realizan la tarea, salen a jugar un rato al patio de su casa, en ocasiones ven televisión y meriendan pan con leche, se van a descansar a las 21:00 hrs.

Hábitos Higiénicos

- ❖ Baño: 1 vez al día por la noche.
- ❖ Cambio de ropa: Diario, una vez al día.
- ❖ Aseo dental: 1 vez al día.
- ❖ Lavado de manos: antes de comer, después de ir al baño.

Hábitos Dietéticos

- ❖ Comidas al día: 3-4
- ❖ Leche en 24 hrs: 2 veces

Factores Ambientales

Cuentan con casa propia hecha de tabique en techo, pared y piso de cemento, la cual tiene 7 cuartos, cocina, comedor, sala, baño completo y 4 recamaras en el primer piso, servicios intra y extra domiciliarios.

Disponibilidad y adecuación de los servicios

No cuentan con seguridad social, solo Brandon que es atendido por el Instituto Nacional de Pediatría por el Seguro Popular.

5.4 GENOGRAMA

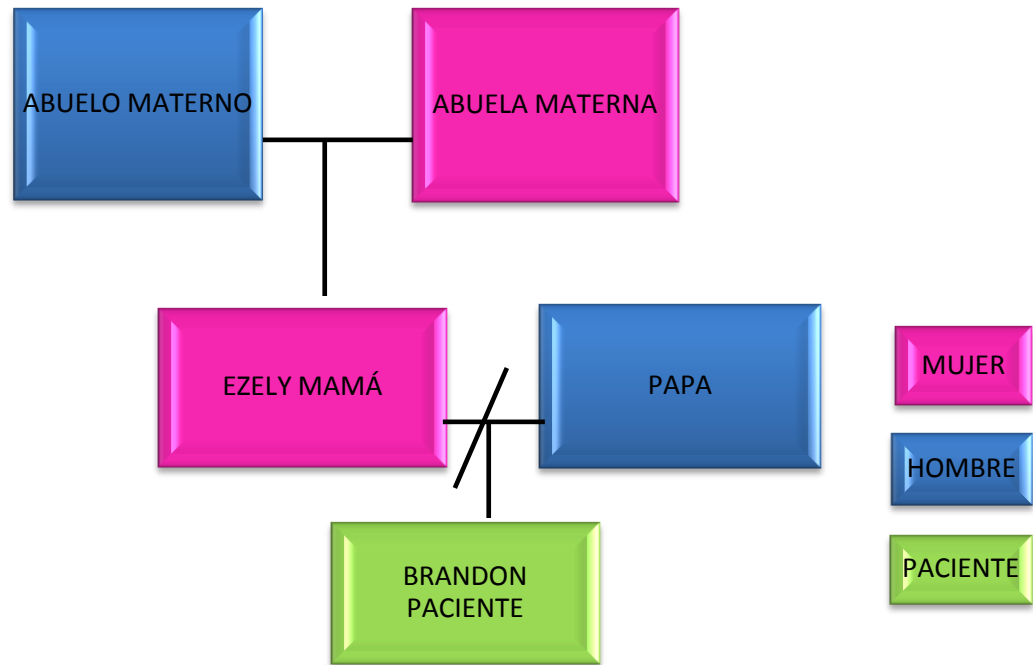


Figura 19. Árbol genealógico del paciente.

Factores del Sistema Familiar

N°	NOMBRE	EDAD	SEXO	ESCOL.	OCUP.	PAREN	A.P.P	IN.ECON
1	Rodolfo Castillo Padilla	45	Mas	secundaria	Mecánico	Abuelo materno	Artritis	\$4000 mensuales
2	Ma. Eugenia Flores Aguilar	45	Fem	3°prepa	Trabajador IMSS	Abuela materna	no	\$4000 mensuales
3	Ezely Castillo Flores	27	Fem	3° prepa	Ama de casa	Madre	no	No
4	Ivonne Castillo Flores	25	Fem	Técnica	Enfermera General	Tía	no	\$5000
5	Arely Castillo Flores	16	Fem	2°prepa	Estudiante	Tía	no	No
6	Brandon Palomares Castillo	9	Mas	1°primaria	Estudiante	Paciente	Enf. Crohn	No

ESCOL: Escolaridad OCUP: Ocupación PAREN: Parentesco

A. P. P.: Antecedentes Personales Patológicos IN. ECON: Ingreso económico.

Familia disfuncional, conformada por seis integrantes de la familia incluyendo al paciente.
Vive y convive con abuelos materno, además de tías maternas.
Ingreso Mensual de todos los integrantes: Regular para cubrir las necesidades básicas y otras actividades (\$8000).



Imagen 19. Madre del paciente

5.5 VALORACIÓN A TRAVÉS DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

- ❖ Saturación de oxígeno entre 95-100% por oximetría de pulso
- ❖ Adecuada entrada y salida de aire
- ❖ Campos pulmonares bien ventilados

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

- ❖ Líquidos libres
- ❖ Solución de base: sol. fisiológica 500 ml para vena permeable.
- ❖ Mucosas orales semihidratadas.
- ❖ Palidez de tegumentos generalizada.
- ❖ Presión arterial entre 100/70
- ❖ Piel seca y turgente

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

- ❖ Dieta a complacencia de 1200kcal.
- ❖ Talla: 115 cm, -4DE
- ❖ Peso: 18.1 kg, -4DE
- ❖ Talla Blanco Familiar: 1.65cm
- ❖ IMC: 14.36, por debajo de la percentil 5
- ❖ P/E: 62.8% (DX: Desnutrición Crónica Agudizada Moderada.)
- ❖ T/E: 85.9%
- ❖ P/T: 88.7%
- ❖ Tanner II, genitales fenotípicamente masculinos.
- ❖ Glucosa: 84-117 mg/dl.
- ❖ Hemoglobina: 13.9
- ❖ Hematocrito: 40.4
- ❖ Ruidos peristálticos disminuidos.

4. Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.

- ❖ Presencia de evacuaciones amarillentas pastosas por ileostomía
- ❖ Uresis presente con apoyo de pañal
- ❖ Bililabstix en orina: pH 6. 5, leucocitos: trazas, sangre ++, densidad 1018
- ❖ Gasto urinario de 520ml en 24 hrs.
- ❖ Peristaltismo disminuido

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

- ❖ Actividad disminuida por la ileostomía.
- ❖ Adinamia
- ❖ Astenia

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

- ❖ No convive con personas acordes a su edad
- ❖ Miedo al abandono
- ❖ Apatía al tratamiento
- ❖ Deterioro de la comunicación
- ❖ Agresividad, mal humor enojo y apatía.



Imagen 20. B en la silla de la unidad hospitalaria

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

- ❖ Dependencia para su autocuidado.
- ❖ Constantes intervenciones intrahospitalarias.
- ❖ Contaminación ambiental
- ❖ No asiste a consultas odontológicas

8. Promoción de la normalidad.

- ❖ Condición de vida actual no satisfactoria.
- ❖ No interactúa con grupos sociales.



Imagen 21. Pérdida de 8 piezas dentarias

5.6 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO.

Etapa específica del desarrollo

- ❖ Infancia

Condiciones que afectan el desarrollo humano

- ❖ Privación educacional
- ❖ Problemas de adaptación social
- ❖ Cambio súbito en las condiciones de vida
- ❖ Mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad crónica
- ❖ Peligros ambientales

Evolución de su condición en el Hospital

Acude a un instituto de 3er nivel para recibir tratamiento. Está orientado y consciente de las consecuencias de la enfermedad y del tratamiento. El cuidador se encuentra en la mejor disposición de alcanzar los objetivos en cuanto al reforzamiento de la salud.

Conocimiento de la fisiopatología incluidos los efectos sobre el desarrollo

La familia está orientada adecuadamente sobre la patología ya que el personal de salud les ha proporcionado la información requerida. El paciente está orientado y capacitado para realizar los cuidados propios de la enfermedad, y esto se concluye ya que ha evolucionado en mejora de su salud y conforme a su tratamiento.

5.7 DESVIACIÓN DE LA SALUD

El paciente, es un niño que fue deseado por su madre, nació por parto eutócico en su domicilio, succión regular, fue amantado con leche materna hasta los dos años de edad, no toleró la ablactación ya que rechazaba todo aquel alimento que se le intentara introducir durante su primer año de vida, era un niño muy enfermizo y es por ello que no se le aplicó ninguna vacuna en ese mismo año por tener las defensas deprimidas, es llevado a institución de tercer nivel por retraso en el desarrollo y talla baja.

- ❖ Diciembre 2003. Primer consulta en Institución de tercer nivel, Diagnóstico (DX): desnutrición severa. Tratamiento (TX): ministración de vitaminas, hierro.
- ❖ 09 Marzo 2004: DX: Desnutrición grado III marasmática, Hemoglobina baja TX: transfusión sanguínea.
- ❖ 22 Abril 2004: DX: Pb. Enfermedad de Crohn vs ganglioneuromatosis. TX: P.O colostomía con bocas separadas.
- ❖ 25 Mayo 2004 – 20 junio 2004: DX: Absceso sacro. Osteomielitis sacro. Pb Enfermedad de Crohn.
- ❖ 25 Mayo – 22 Julio 2004: DX: Osteomielitis sacra, ganglioneuromatosis intestinal vs Enfermedad de Crohn, infección de catéter por *Candida sp.*
- ❖ 06 Diciembre 2004: DX: Fístula enterocutánea, probable Enfermedad de Crohn.
- ❖ 08 Mayo 2005 - 10 Mayo 2005: DX: Deshidratación del 10 %, secundario a Gastroenteritis Probablemente Infecciosa (GEPI), Ganglioneuromatosis Intestinal.
- ❖ 16 Agosto 2005-04 Octubre 2005: DX: Enfermedad de Crohn, colostomía de bocas separadas, desnutrición grado III crónica, agudizada.
- ❖ 07 Octubre 2005- 14 Octubre 2005: DX: Enfermedad de Crohn, colostomía de bocas separadas, GEPI.
- ❖ 14 Marzo 2003- 24 Mayo 2005: DX: Enfermedad de Crohn, Ileostomía + perforación intestinal y yeyunal. TX: Fístula enterocutánea resuelta.
- ❖ 13 Enero 2006- 16 Enero 2006: DX: GEPI Remitida, Enfermedad de Crohn. Astenia, adinamia, hiporexia, dolor abdominal tipo cólico.
- ❖ 15 Marzo 2006: Colocación de catéter subclavio.
- ❖ 03 Abril 2006: DX: El paciente presenta datos de suboclusión intestinal crónica intermitente, distensión abdominal, datos de perforación intestinal, TX: se le realizó laparotomía exploradora, colectomía, cierre de fístula enterocutánea y resección de anastomosis terminal yeyunal e ileostomía con discreta mejoría de cuadro.

- ❖ 17 Abril 2007: DX: Presenta linfopenia y neutropenia severa. TX: Inmunología con manejo de ciclofosfamida, urocultivo con urosepsis por *Candida icrusei*, sepsis abdominal por *Aspergillus*, tratada con meropenem, nutrición parenteral, se le toma Biometría Hemática encontrando HB de 6.4, Hto 18, Leucos 13, 600 Plaquetas 388 mil, se transfunden dos paquetes globulares, llega a HB 11.8.
- ❖ Ser corrige electrolíticamente con parámetros normales, se da de alta a domicilio.
- ❖ 09 Enero 2008- 11 Enero 2008: DX: Enfermedad de Crohn en tratamiento, GEPI + Deshidratación hidro-electrolítica (DHE) al 10% remitida, proliferación bacteriana por ileostomía y colectomía total sin válvula ileocecal, llanto sin lágrima, boca seca, piel coloración terrosa. TX: Hidratación intravenosa por dos días, Trimetoprim con sulfametoxazol a completar esquema.
- ❖ 15 Mayo 2010- 07 Junio 2010: DX: Nefrología, afección renal, denotado por diuresis baja y creatinina alta.
- ❖ 08 Agosto 2010: DX: Enfermedad de Crohn, osteomielitis sacra, pos operado de ileostomía.
- ❖ 04 Octubre 2010: Enfermedad de Crohn, Desnutrición Crónica Agudizada Moderada. Ileostomía.



**ILEOSTOMÍA
OSTEOMIELITIS SACRA**



Imagen 22. Ileostomia del paciente

Imagen 23. Osteomielitis sacra.

Valoración Antropométrica

Peso: 18.1 kg	Talla: 115 cm	IMC: 13.6 Pérdida ponderal 550 grs.
P/T: 88.7%	P/E: 62.8%	T/E: 85.9%
PB: 15.6 cm	PB: 15.6 cm	RMG: 62.5%

DX: Desnutrición Crónica Agudizada Moderada.

Estudios de Laboratorio y Gabinete del 4 de octubre de 2010

Biometría Hemática

FECHA	HB (gr/dl)	HTO %	LEUCOCITOS	LINFOCITOS	PLAQUETAS
Valores N	11 – 13.5	35 – 44	7000 - 13000	25 – 50 (%)	150 – 400 mil
09/09/10	10.6*	30.7*	11900	22%*	311 mil
11/09/10	10.5*	31.7*	18800	6%*	395 mil
13/09/10	9.4*	28.3*	11000	4%*	329 mil
16/09/10	11.1	34.1*	8100	16%*	329 mil
17/09/10	11.3	34.3*	9100	8%*	327 mil
24/09/10	12.3	36.8*	11600	12%*	292 mil
02/10/10	12.6	38.2	11200	18%*	301 mil
05/10/10	13.9	40.4	11000	23.4%*	

* Valor fuera del rango de referencia (Población pediátrica 8 – 12 años)

Química Sanguínea

Glucosa	84 mg/dL	70 -105 mg/dL
Urea	12.3 mg/dL	6 – 20 mg/dL
Creatinina	0.95 mg/dL	0,7 - 1,5 mg/dL
Ácido úrico	3.6 mg/dL	3,4 - 7,0 mg/dL
Proteínas totales	7.1 mg/dL	6,6 - 8,7 mg/dL
Albúmina	3.5 mg/dL	3,5 - 5,5 mg/dL
Bilirrubina	Total	0,32 - 1,08 mg/100 mL

	Conjugada		0,10 - 0,50 mg/100 mL
	No conjugada		0,08 - 0,72 mg/100 mL
Fibrinógeno	185%		180 – 350 mg %
Colesterol	80%		140 – 200 mg/dL
HDL	42%		55 mg/dL
LDL	110%		130 mg/dL
Triglicéridos	89 mg/dL		80 – 150 mg/dL
Lípidos totales	543 mg/dL		400 – 800 mg/dL

Electrolitos séricos

Calcio iónico	4,5 mg/dL		4,0 - 5,4 mg/dL
Calcio	9,0 mg/dL		8,8 - 11,0 mg/dL
Hierro sérico	289 mg/dL		250 -460 mg/dL
Sodio	131 mEq/l		136 -145 mEq/l
Potasio	3,8 mmol/L		3,6 - 5,5 mmol/L
Cloro	92 mg/dL		98 – 107 mg/dL
Fósforo	3,5 mg/dL		3,0 - 7,0 mg/dL

Tiempos de Coagulación

Tiempo de trombina	16 segundos		15-20 segundos
Tiempo de coagulación (Lee-Whie)	8 minutos		5-11 minutos
Tiempo de protrombina (Quick)	13 segundos		12-14 segundos
Tiempo de tromboplastina parcial	38 segundos		Sin activar: 68-82 segundos
			Activado: 35-43 segundos

5.8 JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS UNIVERSALES

REQUISITO ALTERADO	LIMITACIONES DEL AUTOACUIDADO
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Este requisito es cubierto por Brandon ya que su organismo está capacitado para realizar un adecuado transporte de oxígeno del exterior hacia los pulmones sin ninguna complicación.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	La ingesta de agua natural es deficiente y por lo tanto se ve reflejado en la hidratación de la piel, la textura se encuentra seca y turgente, es por ello la importancia de cubrir este requisito para mejorar el balance hidro-electrolítico que su organismo requiere y mejoramiento de la piel,.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.	Necesita ingerir en más proporción alimentos ricos en alto contenido energético, para poder realizar sus funciones adecuadas y así elevar su pérdida ponderal.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos	Brandon mediante la ileostomía realiza el proceso de defecación sin embargo puede producir laceración en la piel, el estoma se encuentra en adecuadas condiciones sin datos de infección.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Las actividades de Brandon son reducidas por sus capacidades físicas, realiza escasa actividad, por su patología de base y por la presencia de la ileostomía, el reposo es adecuado a las necesidades fisiológicas del organismo, ya que descansa durante un periodo de tiempo 8-9 horas al día, que es adecuado.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	Este requisito se encuentra alterado ya que Brandon manifiesta un comportamiento agresivo con algunas personas que lo rodean, ya que golpea a las personas y manifiesta expresiones de disgusto o gestos de enojo hacia los demás, en dos ocasiones a golpeado al personal de enfermería del hospital, no mantiene una interacción social, solo con su madre, existen faltantes de límites por su mamá. La ileostomía representa una limitante para su desenvolvimiento ya que se siente inseguro y torpe.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	A Brandon se le han explicado las acciones que pueden poner en riesgo su vida, solo escucha a la persona que se lo indica, pero no se observa una verdadera comprensión del tema.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.	El se desenvuelve dentro de un ambiente familiar disfuncional ya que no cuenta con la figura paterna, es poco sociable, agresivo, poco tolerante, pertenece a la comunidad cristiana su madre lo trata de integrar, pero sus lazos son deficientes, espera adaptarlo con el paso del tiempo.

5.9 PRIORIDAD DE ACCIÓN

REQUISITOS UNIVERSALES	NUMERO DE PRIORIDAD
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	8
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	2
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	1
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.	3
5. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo.	6
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	4
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	7
8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.	5

5.10 RELACIÓN DÉFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

RECEPTOR DEL CUIDADO: El paciente P.C B.			AGENCIA DE ENFERMERÍA: L.E.O. Yedith Isaura Olea Torres.	
AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: Madre			ETAPA DE DESARROLLO: Escolar	
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DEL AUTOCUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOACUIDADO
1.Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Edad. ❖ Estado de salud ❖ Estado de desarrollo. ❖ Diagnóstico y tratamiento. ❖ Orientación sociocultural. ❖ Patrón de vida. ❖ Disponibilidad y adecuación de los recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Falta de apetito. ❖ No se puede alimentar solo, lo realiza en conjunto con su mamá. ❖ Desagrado por los alimentos. ❖ Ausencia de 8 piezas dentarias, se dificulta la masticación. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Incapacidad para iniciar o regular la acción voluntaria de la ingesta alimentaria. ❖ Alimentos que no cumplen los estándares personales para ser aceptados. ❖ Desagrado por los alimentos disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Comunica a su mamá los alimentos que no son agradables a su apetito. ❖ Notifica a enfermería los alimentos de su agrado y el momento en que desea ingerirlos. ❖ Capacidad para masticar y deglutir.

RECEPTOR DEL CUIDADO: El paciente P.C B.			AGENCIA DE ENFERMERÍA: L.E.O. Yedith Isaura Olea Torres.	
AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: Madre			ETAPA DE DESARROLLO: Escolar	
REQUISITOS DE AUTOUIDADO	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DEL AUTOUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOACUIDADO
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Edad. ❖ Estado de salud ❖ Estado de desarrollo. ❖ Diagnóstico y tratamiento. ❖ Orientación sociocultural. ❖ Patrón de vida. ❖ Disponibilidad y adecuación de los recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desagrado por el agua simple. ❖ No ingiere la cantidad suficiente de líquidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sensación de saciedad. ❖ Inflamación abdominal post ingesta hídrica. ❖ No está acostumbrado a ingerir suficiente agua. ❖ Preferencia por el agua endulzada. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desea ingerir más líquidos, pero con las características que él desea, como la fruta, y endulzante.

RECEPTOR DEL CUIDADO: El paciente P.C B.			AGENCIA DE ENFERMERÍA: L.E.O. Yedith Isaura Olea Torres.	
AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: Madre			ETAPA DE DESARROLLO: Escolar	
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DEL AUTOCUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOACUIDADO
3. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Edad. ❖ Estado de salud ❖ Estado de desarrollo. ❖ Diagnóstico y tratamiento. ❖ Orientación sociocultural. ❖ Patrón de vida. ❖ Disponibilidad y adecuación de los recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ No realiza el proceso de eliminación por la enfermedad de base. ❖ Sub oclusión intestinal crónica. ❖ Distensión abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Utilización de ileostomía para el proceso de eliminación. ❖ Limitación del paciente por el cuidado y manejo de la ileostomía. ❖ Baja ingesta de líquidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El paciente colabora con el cuidado de su ileostomía para favorecer la eliminación. ❖ La madre del paciente le enseña el adecuado manejo de la ileostomía y él se esfuerza por conseguirlo.

RECEPTOR DEL CUIDADO: El paciente P.C B.			AGENCIA DE ENFERMERÍA: L.E.O. Yedith Isaura Olea Torres.	
AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: Madre			ETAPA DE DESARROLLO: Escolar	
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DEL AUTOCUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOACUIDADO
4. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Edad. ❖ Estado de salud ❖ Estado de desarrollo. ❖ Diagnóstico y tratamiento. ❖ Orientación sociocultural. ❖ Patrón de vida. ❖ Disponibilidad y adecuación de los recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Por su retraso psicomotor la interacción con sus iguales es limitada. ❖ Su carácter y actitud limita la interacción social. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Por su enfermedad que continuamente requiere hospitalizaciones no asiste a la escuela de forma regular. ❖ El trato con personas ajenas es limitado. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El paciente difícilmente interactúa con personas ajenas a su medio.

RECEPTOR DEL CUIDADO: El paciente P.C B.			AGENCIA DE ENFERMERÍA: L.E.O. Yedith Isaura Olea Torres.	
AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: Madre			ETAPA DE DESARROLLO: Escolar	
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DEL AUTOCUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOACUIDADO
5. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Edad. ❖ Estado de salud ❖ Estado de desarrollo. ❖ Diagnóstico y tratamiento. ❖ Orientación sociocultural. ❖ Patrón de vida. ❖ Disponibilidad y adecuación de los recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Brandon no se relaciona con grupos sociales ya que su estado psicomotor no permite esa interacción. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Apego a la madre y falta de interés por la integración a grupos sociales. ❖ Falta de limitantes de la madre en su comportamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La madre del paciente trata de integrarlo a grupo teletón para favorecer sus habilidades ❖ El paciente de integrarse pero se vuelve intolerante.

5.11 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA DE DETECCIÓN	DIAGNOSTICOS	FECHA DE RESOLUCIÓN
06 de octubre de 2010	1. Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimento relacionado con la alteración de la capacidad para digerir y absorber los alimentos, así como disminución voluntaria de la ingesta alimenticia; manifestado por deficiencia en el crecimiento y desarrollo.	22 de Octubre de 2010
06 de octubre de 2010	2. Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de agua relacionado con baja ingesta de líquidos, por sensación de saciedad e inflamación abdominal manifestado por mucosas orales semihidratadas, piel seca y turgente.	22 de Octubre de 2010
06 de octubre de 2010	3.- Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos relacionado con proceso inflamatorio intestinal, manifestado por disminución del peristaltismo y dolor en la pared abdominal.	22 de Octubre de 2010
07 de Octubre de 2010	4.-Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social relacionado con alteración en el desarrollo psicomotor y apariencia física, por causa de enfermedad crónica, manifestado por apatía, enojo, indiferencia, aislamiento social y agresividad.	05 de Noviembre de 2010

5.12 PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA

<p>DIAGNOSTICO: 1.- Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimento relacionado con la alteración de la capacidad para digerir y absorber los alimentos, así como disminución voluntaria de la ingesta alimenticia; manifestado por deficiencia en el crecimiento y desarrollo.</p>	
<p>OBJETIVO: Mantener el nivel nutricional adecuado, para que el cuerpo realice sus funciones.</p>	
<p>INDICADORES DE EVALUACIÓN: Peso, talla, IMC, perímetro abdominal, percentil de peso y talla, coloración de la piel, porcentaje de dieta ingerida, apetito, tipo de dieta.</p>	<p>SISTEMA DE ENFERMERIA: Parcialmente compensatorio</p>
<p>OPERACIONES PREESCRPTIVAS:</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Asesoramiento nutricional. 2. Ayuda con el autocuidado de alimentación. 3. Ayuda para ganar peso. 4. Canalizar al paciente al Servicio de Nutrición. 5. Verificar que la dieta proporcionada por el (la) Nutriólogo (a) sea adecuada al paciente y a la patología que presenta. 6. Monitorización nutricional. 7. Monitorizar la función gastrointestinal. 8. Explicar al paciente la importancia de ingerir alimentos para su correcto desarrollo. 9. Ofrecer información a la mamá, sobre los nutrientes de los alimentos y como debe proporcionarlos. 10. Proporcionar dietas para la ingesta en el hogar, con las características que el paciente requiere. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una buena nutrición es esencial en cualquier enfermedad crónica pero especialmente en esta enfermedad, que se caracteriza por reducción del apetito, pobre absorción y diarrea. Todos estos síntomas privan al cuerpo de líquidos, nutrientes, vitaminas y minerales. Restaurar y mantener una nutrición adecuada es parte vital en el manejo médico de la enfermedad de Crohn. (Crohn's and Colitis Foundation of America). 2. En los casos activos de la enfermedad pero sin complicaciones o en los casos asintomáticos se administrará una dieta equilibrada con suficientes calorías eliminando sólo aquellos alimentos que el paciente indique que tolera peor. La dieta debe ser variada, sana y equilibrada. Cuando no están en brote se recomienda una dieta rica en frutas y verduras, azúcares y normal en grasa. (Lozano, 2000:104-110) 3. En este tipo de pacientes aparece alteración en la absorción de los alimentos por el proceso inflamatorio. Se produce la disminución voluntaria de la ingesta de alimentos por el dolor que el paciente experimenta cuando come. Esta disminución en la ingesta provoca una llamativa pérdida de peso del individuo. (Esteve, 2000:53-57). 4. En general el paciente debe someterse a las indicaciones de un nutriólogo, ya que es la persona indicada para realizar los menús de acuerdo a las necesidades calóricas de cada individuo. El trabajo multidisciplinario facilita el manejo y mejora los resultados del tratamiento. 5. Debido a la mala absorción intestinal que se presenta en la enfermedad de Crohn se suelen producir deficiencias de vitaminas y minerales, una dieta adecuada será de gran ayuda para el mejoramiento de estos pacientes.

6. Además, llevar a cabo una alimentación adecuada, variada dentro de lo posible y gastronómicamente aceptable, no sólo es beneficioso frente a la enfermedad sino que también contribuye al bienestar físico y mental de la persona, es decir, mejora su calidad de vida.
7. Se debe llevar a cabo los registros clínicos del tratamiento y valorar, entre otros factores: datos relativos a la enfermedad (localización y extensión de la lesión en el tubo digestivo, sintomatología, operaciones previas si las hubiera, tratamiento médico, bioquímica, parámetros inmunológicos); datos referentes a la historia dietética (estado nutritivo e historia del peso, composición corporal, historia de la dieta, todo aquello que tiene que ver con la alimentación habitual de la persona, posibilidad de que se precise un soporte nutricional artificial, etc.).
8. En la enfermedad de Crohn es muy probable que se den carencias de determinados nutrientes, ya que es a lo largo del intestino delgado donde se produce la absorción de todas las sustancias nutritivas que contienen los alimentos para poder ser aprovechadas por el organismo.
9. Si la lesión afecta a la primera porción del intestino delgado; duodeno y yeyuno proximal, el riesgo de déficit de hierro y calcio es mayor; si afecta al yeyuno (porción que sigue al duodeno), se puede ver afectada la absorción de ácido fólico y otras vitaminas hidrosolubles, y si está lesionado el íleon (porción final del intestino delgado), se ha de asegurar un aporte adecuado de vitamina B12, grasas y vitaminas liposolubles (A, D, E y K).
10. Es esencial realizar una valoración nutricional previa al paciente afectado de enfermedad de Crohn para establecer un planteamiento dietético individualizado, ya que cada persona es diferente y por tanto no se pueden diseñar pautas que sirvan para todas las personas que padecen la enfermedad.

EVALUACIÓN:

El paciente, durante la hospitalización aumento su peso corporal, 1025 grm, el resultado fue gracias a la participación integral de su mamá y a la labor del profesional de enfermería que se dedicó por completo al cumplimiento del consumo de la dieta prescrita por el personal médico y de nutrición, se llevaron a cabo estrategias de enseñanza- aprendizaje como fueron el uso de memoramas, juegos de mesa, rompecabezas, correlacionar columnas con los diferentes alimentos, explicación de la pirámide alimenticia, para que el escolar comprendiera la importancia del consumo de los alimentos, esto siempre en mejora de su salud. Al paciente le agradaba consumir alimentos ricos en azúcares y carbohidratos que le ingresaba su mamá al hospital, ya que se le indicó dieta a complacencia y es entonces cuando el aumentaba un poco más de su peso habitual. No se logró aumentar al peso y la talla ideal para los niños mexicanos de su edad, ya que se requiere de una ingesta constante y con gran aporte calórico.

DIAGNOSTICO:	
2. Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de agua relacionado con baja ingesta de líquidos, por sensación de saciedad e inflamación abdominal manifestado por mucosas orales semihidratadas, piel seca y turgente.	
OBJETIVO:	
❖ Aumentar la ingesta de líquidos para mantener un adecuado estado hidro – electrolítico, mantener hidratada la piel.	
INDICADORES DE EVALUACIÓN:	SISTEMA DE ENFERMERIA:
❖ Estado de hidratación, balance hidro-electrico, control de líquidos, estudios de laboratorio (química sanguínea, electrolitos séricos).	❖ Parcialmente compensatorio
OPERACIONES PRESCRIPTIVAS:	FUNDAMENTACIÓN:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicarle al paciente los beneficios de la ingesta hídrica. 2. Explicarle al paciente las desventajas del bajo o nulo consumo hídrico. 3. Llevar a cabo las indicaciones escritas de hidratación endovenosa. 4. Llevar a cabo una exacta cuantificación del balance de líquidos. 5. Detectar signos de hipovolemia o hipervolemia. 6. Favorecer el consumo de alimentos suaves y con alto contenido en agua. 7. Brindar el agua con las características que el paciente desea con acuerdo con el servicio de nutrición. 8. Monitorización estrecha de 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La importancia de beber agua radica principalmente en que el cuerpo humano está constituido en dos terceras parte por este vital líquido, y debido a esto el agua cumple con múltiples funciones como mantener la temperatura corporal estable, transportar alimentos, desechar toxinas entre otras muchas funciones. El agua es el componente más abundante del cuerpo; se distribuye a través de las células, líquidos extracelulares y las estructuras de sostén. El agua representa un porcentaje variable entre individuos (60%, 70% y hasta 80%) del peso corporal, dependiendo de la edad, el sexo y el contenido de grasa corporal. Las mujeres tienen una cantidad de agua corporal total correspondiente a alrededor del 60% del peso corporal, los hombres del 70% y los niños del 80%. 2. Muchos niños sufren deshidratación durante el día, lo que tiende a producirles cansancio, irritabilidad, dolor de cabeza y dificultad para concentrarse, además aumenta el riesgo de que padezcan enuresis nocturna (incontinencia), infecciones urinarias y otros trastornos. 3. La terapia intravenosa o terapia IV es la administración de sustancias líquidas directamente en una vena a través de una aguja o tubo (catéter) que se inserta en la vena, permitiendo el acceso inmediato al torrente sanguíneo para suministrar líquidos y medicamentos. La vía intravenosa es el medio más rápido para transportar soluciones (líquidos) y fármacos por el cuerpo. (http://es.wikipedia.org/wiki/Terapia_intravenosa). 4. El balance de agua y electrolitos está determinado por el volumen de agua ingerida y el volumen de agua excretado. 6. Las fuentes de ingesta de agua incluyen el agua consumida, los alimentos ricos en agua, como las frutas, así como el agua que genera el metabolismo oxidativo. 8. Los electrolitos son aquellas sustancias que se hallan disueltas en los líquidos del organismo: potasio, sodio,

<p>los electrolitos.</p> <p>9. Vigilancia de las características de la uresis.</p> <p>10. Urolabstix en orina por turno.</p>	<p>cloro, calcio, bicarbonato sódico, magnesio y fosfato. La concentración de estos electrolitos debe mantenerse dentro de un rango muy estrecho correspondiente a la normalidad; múltiples enfermedades, trastornos y medicamentos pueden provocar desequilibrios.</p> <p>9. La orina es un líquido acuoso transparente, estéril y amarillento, de olor característico, excretado por los riñones.</p> <p>10. El análisis de orina con tiras reactivas se suele realizar como parte de un análisis de orina completo, Los resultados del análisis de orina con tira reactiva pueden detectar una infección del tracto urinario, una enfermedad de los riñones, diabetes o una lesión en el tracto urinario. Si los resultados del análisis no son normales, será necesario realizar más análisis para poder llegar a un diagnóstico definitivo.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN:

La ingesta hídrica en su estancia hospitalaria fue incrementándose paulatinamente, esto debido a la insistencia por parte del personal de enfermería y por su mamá, proporcionando los beneficios de una adecuada hidratación ya que los resultados de los electrolitos séricos se mantienen dentro de los parámetros normales, al paciente solo le gusta ingerir bebidas endulzadas y con poca fruta y es un hábito difícil de erradicar ya que se encuentra establecido desde su hogar. Los balances diarios de líquidos se encuentran positivos ya que la orina excretada es inferior a los líquidos ministrados, el resultado del análisis en orina (urolabstix) se encuentran normales con D.U.de 1.018, PH de 6.5, glucosa(-), proteínas(-), cetonas(-), resto (-), por lo que se muestra que no existe infección en el tracto urinario.

DIAGNOSTICO:

3. Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos relacionado con proceso inflamatorio intestinal, manifestado por disminución del peristaltismo y dolor en la pared abdominal.

OBJETIVO:

- ❖ Disminuir el proceso inflamatorio intestinal y el dolor.

INDICADORES DE EVALUACIÓN:

- ❖ Presencia o ausencia de dolor, ruidos intestinales, perímetro abdominal, características de las heces (cantidad, consistencia, color, olor). Actividad física, sedentarismo.

SISTEMA DE ENFERMERIA:

- ❖ Parcialmente compensatorio

OPERACIONES PREESCRITIVAS:	FUNDAMENTACIÓN:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar al paciente/mamá la importancia de referir los signos y síntomas del dolor. 2. Ayudar en la detección precoz del dolor. 3. Análisis del dolor con la escala análoga del dolor de las caritas para pacientes pediátricos. 4. Administrar antimicrobianos y/o analgésicos para controlar el proceso inflamatorio, según prescripción. 5. Medición del perímetro abdominal. 6. Enseñar el masaje al marco cólico para favorecer el peristaltismo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El dolor es el síntoma más característico de la enfermedad de Crohn. Dado que la localización más frecuente de la enfermedad es el íleon, por lo general el dolor abdominal suele consistir en cólicos localizados en la región derecha y/o en la zona inferior del abdomen, que en ocasiones es indistinguible. 2. El dolor a menudo se asocia con el contenido del paso intestinal a través de segmentos inflamatorios y congestionados, por lo que generalmente aparece después de la ingesta alimentaria y disminuye con la defecación. (http://www.ua-cc.org/sintomas2.jsp.) 3. Escala Facial de Dolor (Faces Pain Scale) de Wong-Baker, el número de caras que utiliza son seis, suele acompañarse cada cara de una graduación numérica para convertir la cara que indica el niño en un número; la puntuación de las seis caras es 0, 2, 4, 6, 8, 10, donde 0 es sin dolor, 2 dolor leve, 4-6 dolor moderado y 8-10 dolor intenso. 4. Los aminosalicilatos (5-ASA) son medicamentos que ayudan a controlar la inflamación de leve a moderada. Algunas formas de estos medicamentos se toman por vía oral, mientras que otras se deben administrar por vía rectal, los antibióticos se pueden prescribir para los abscesos o fístulas. (http://www.ccfa.org/chapters/). 5. La circunferencia abdominal es la medición de la distancia alrededor del abdomen en un punto específico, por lo general a nivel del ombligo. Esta medición se utiliza para diagnosticar y monitorear lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Acumulación de líquido en el abdomen, en su mayor parte causada por insuficiencia hepática o cardíaca ❖ Obesidad ❖ Acumulación de gases intestinales, en su mayor parte causada por bloqueo u obstrucción en los intestinos. 6. Aplique aceite mineral en la región abdominal del usuario. Proporcione masaje al usuario siguiendo el marco cólico

	de manera gentil durante 10 minutos continuos 20 minutos después de cada alimento y brinde enseñanza al familiar sobre el procedimiento. Limpie la región abdominal con papel higiénico posterior al procedimiento y deje cómodo al usuario en su unidad. (http://iso9001.inr.gob.mx/iso/doc/MOP-SEN-16.pdf)
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN:

El paciente manifestó sentir dolor en la mayor parte de su estancia hospitalaria ,ya que se valoró diariamente el dolor por la escala de las caritas y se llevaron a cabo las medidas para erradicarlo o disminuirlo, como fueron la aplicación de analgesia, masaje a marco cólico y enseñanza al familiar para realizarlo después de cada alimento, se realizó de ambulación para favorecer el peristaltismo y ayudar a la defecación ya que el dolor se identificó regularmente después de ingerir alimentos, la medición del perímetro abdominal ayudó a descartar presencia de materia fecal u obstrucción del tracto digestivo, con esto se logró la disminución del dolor del paciente y una adecuada eliminación por la ileostomía sin complicación de la misma.

DIAGNOSTICO:

4. Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social relacionado con alteración en el desarrollo psicomotor y apariencia física, por causa de enfermedad crónica, manifestado por apatía, enojo, indiferencia, aislamiento social y agresividad.

OBJETIVO:

- ❖ Que el paciente exprese sus sentimientos y preocupaciones con los miembros asignados del personal de salud, realice actividades apropiadas para su edad e interaccione con las personas que lo rodean.

INDICADORES DE EVALUACIÓN:

- ❖ Estado de ánimo, participación en actividades recreativas, tipo de comunicación, relación con sus familiares, relación con el personal de la salud, participación con las actividades es el hospital.

SISTEMA DE ENFERMERIA:

- ❖ Parcialmente compensatorio
- ❖ Apoyo-educativa

OPERACIONES PREESCRITIVAS:**FUNDAMENTACIÓN:**

1. Disminuir actitudes de enojo y agresividad en el paciente, brindando apoyo emocional y refiriéndolo al servicio de psicología.
2. Proporcionarle confianza al paciente, por medio de la interacción constante con él.
3. Intercambiar información y planificar conjuntamente las intervenciones de enfermería.
4. Manifestarle interés por las actividades habituales del paciente y sus familiares.
5. Reconocer todos sus esfuerzos hacia el establecimiento de una independencia apropiada para su edad y fomentar la interacción grupal.
6. Alentar y promover

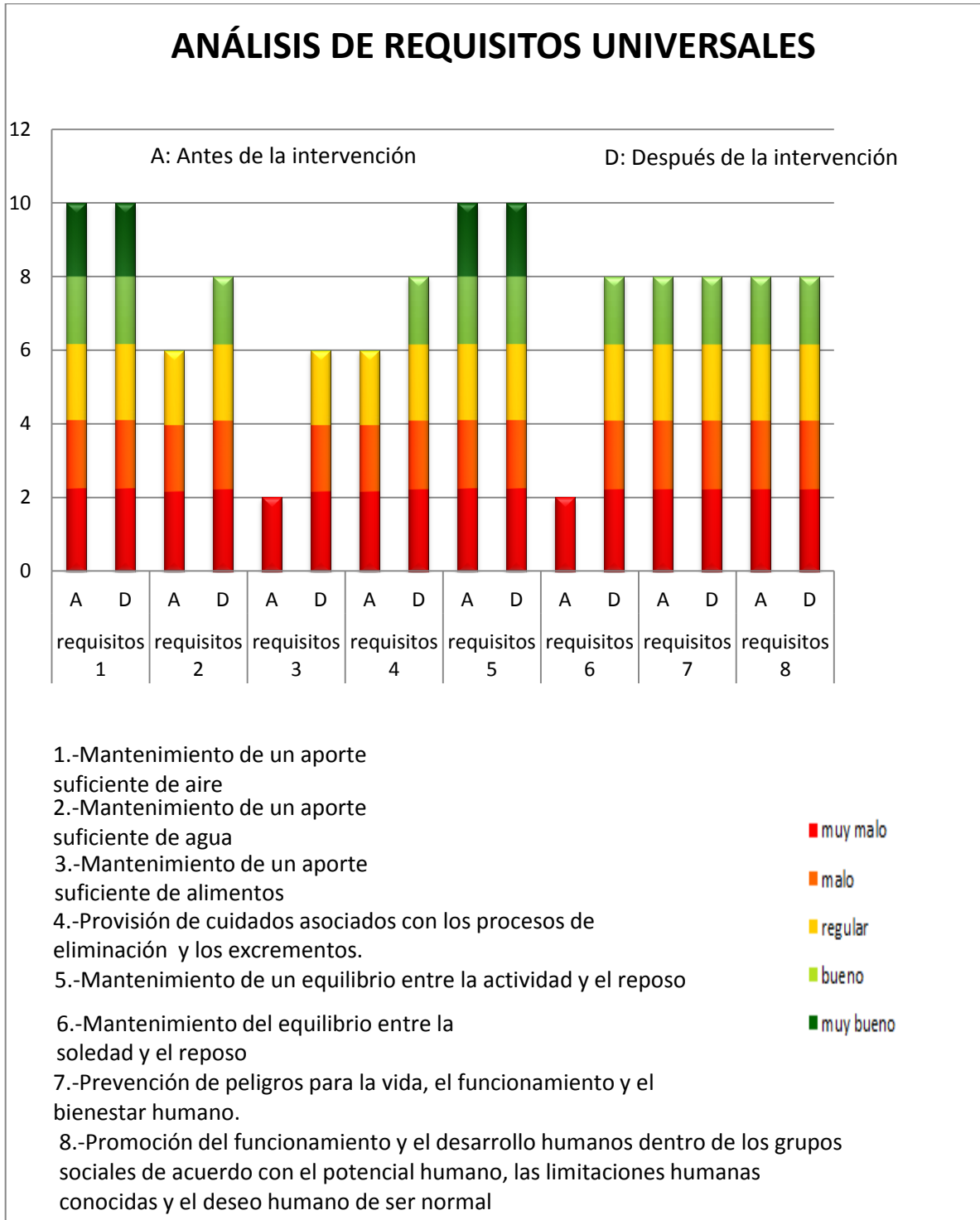
1. La palabra agresividad viene del latín "agredí" que significa "atacar". Implica que alguien está decidido a imponer su voluntad a otra persona u objeto incluso si ello significa que las consecuencias podrían causar daños físico o psíquico (Pearce, 1995). Las conductas agresivas son conductas intencionadas, como pegar a otros, burlarse de ellos, ofenderlos, tener actitudes desordenadas o utilizar palabras inadecuadas y esto con el fin de llamar la atención de los demás.
2. Para poder cuidar es necesario poseer conocimientos que le permitan ser reconocida como una profesional experta en el cuidado de la salud, por lo que, se espera que el más alto resultado del conocimiento de enfermería se compruebe a través del contacto cálido y afectivo y, en situaciones prácticas, a través de la interacción enfermera-paciente. La experiencia genera en la enfermera una percepción personal de competencia donde surgen la destreza, la confianza en sí, la habilidad en la relación y en la comunicación, para despertar en el paciente su interés y atención, y producir un cambio en su comportamiento. (aquichan@unisabana.edu.co).
5. En el ámbito moral, la enfermera debe tener capacidad para estar junto a los demás y proyectarse agradablemente, escucharlos, interpretarlos con el corazón y la mente abierta y estar dispuestos a modificar los propios conceptos profesionales sobre sus problemas y disyuntivas. La ética del cuidado está dirigida a orientar al paciente de una forma integral sobre su enfermedad y guiarlo hacia su bienestar, para que la persona pueda emocionalmente comunicarse con su entorno de conjunto.
6. Los niños no nacen con personalidad esta se va formando en el transcurso de la vida bajo la influencia de varios factores biológicos, sociales y su posición activa en los diferentes

<p>actividades de interacción con sus compañeros de habitación en la unidad hospitalaria.</p> <p>7. Realizar actividades recreativas y de enseñanza para su desarrollo psicomotor.</p> <p>8. Brindar cuidado de calidad y calidez, de bienestar y confort, en apoyo a las necesidades del paciente.</p>	<p>contextos de actuación. La escuela y en especial el maestro juegan un papel importante en el desarrollo de la personalidad del escolar; y en el ámbito hospitalario el profesional de enfermería es quien brinda la enseñanza y fortalece los conocimientos adquiridos del paciente pediátrico.</p> <p>7. La actividad recreativa es la única acción antropológica que facilita el aprendizaje, pues siempre será posible variar las reglas, para fomentar la toma de decisiones, el raciocinio lo que le confiere una posibilidad singular a los efectos de la educación y el desarrollo de la creatividad desde las edades más tempranas.</p> <p>8. El cuidado es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, el cual es la esencia de Enfermería. (Leininger 1984). Las Acciones de Cuidado se refieren a aquellas actividades que ejecuta la Enfermera, con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades fisiológicas de los pacientes hospitalizados tales como la movilización, los masajes, la higiene y confort, la administración de medicamentos, proporcionarle alimentos y realizarle el control de los líquidos ingeridos y eliminados.(Collière (1997).</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN:

















El paciente es un niño sumamente agresivo, ya que en su internamiento agredió físicamente a dos enfermeras y a sus compañeros de cuarto, a pesar de ello, se realizaron una serie de actividades como fueron el juego, la convivencia continua para fomentar la confianza y la participación en su plan de cuidados, que resultaron favorables, ya que se permitió una adecuada comunicación enfermera- paciente y permitió la interacción con las personas de su entorno. A pesar de su deficiencia en el lenguaje, un punto importante que se diagnóstico, es la falta de autoridad por parte de su madre, ya que el paciente está acostumbrado a actuar sin limitaciones y sin respeto hacia los demás y es en esa área en la que se trabajó intensamente en su estancia hospitalaria. Como resultado se obtuvo un notable cambio en su comportamiento con el personal de enfermería ya que se integraba y participaba en las actividades recreativas, siendo este distinto con el resto del equipo de salud y con sus familiares.

5.13 ANALISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES



INTERPRETACIÓN: La grafica anterior representa el análisis de los requisitos universales alterados los cuales se describen conforme los estipula la teórica Dorothea Orem.

Los cuales se describen con los colores de un semáforo e indican el estado de salud en el que se encuentra el paciente de ser muy malo (2) color rojo, malo (4) naranja, regular (6) amarillo, bueno (8) verde claro y muy bueno (10) verde oscuro, esto con base a la capacidad de autocuidado del paciente.

Requisitos Universales	Antes de la Intervención	Después de la Intervención	Resultado
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Muy Bueno 	Muy Bueno 	Sin modificación
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	Regular 	Bueno 	Favorable
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	Muy Malo 	Regular 	Favorable
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.	Regular 	Bueno 	Favorable
5. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo.	Muy Bueno 	Muy Bueno 	Sin modificación
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	Malo 	Bueno 	Favorable
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	Bueno 	Bueno 	Sin modificación
8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano.	Bueno 	Bueno 	Sin modificación

VI. PLAN DE ALTA

Las recomendaciones acerca de los cuidados tienen que ver con la información que requiere la persona enferma y/o su familia para responder adecuadamente a las necesidades generadas por la enfermedad, para prevenir recaídas, complicaciones o aparición de nuevas enfermedades, y para adoptar prácticas de autocuidado, que deriven en una vida más sana, plena y gozosa; éstas incluyen alimentación adecuada, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridos, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento de prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios del contexto, y prácticas de autocuidado.

Al paciente se le adecuó un plan conforme a sus requisitos alterados haciendo hincapié de que siempre debe recordar que la palabra **CUIDARME** se encuentra explícita en el mismo y las acciones que debe seguir son:

- **COMUNICACIÓN:** Se le informa a Brandon y a la mamá que acuda al Instituto y que identifique al personal de salud responsable del área de atención de la enfermedad de Brandon cuándo presente molestias o complicaciones de la misma.
- **URGENTE:** Se le informa acerca de los signos y síntomas de alarma, como son dolor abdominal intenso, fiebre, malestar general, que indican un empeoramiento del estado de salud o una recaída, así como acudir a urgencias si lo necesita. Llevar los documentos (de identificación, carnet de la seguridad social, rayos X. etc.).
- **INFORMACIÓN:** Se le brinda información por escrito a Brandon sobre su enfermedad, se aclaran dudas con respecto a su autocuidado.
- **DIETA:** Se realizaron dietas especiales para Brandon con el apoyo de los Médicos de consulta de Gastronomía, educación e información sobre alimentación balanceada según el ciclo vital, higiene y conservación de alimentos, horarios de alimentación.

- **AMBIENTE:** Se le dieron platicas en dónde se consideraron aspectos del ambiente que rodea a Brandon y a su familia, que sean relevantes de acuerdo con su estado de salud, sus factores de riesgo y factores protectores.
- **RECREACIÓN:** Tomando en cuenta los datos recolectados durante la valoración se le brindaron opciones de administrar su tiempo libre y, de acuerdo con ello, brindar información y educación que apunten a prácticas recreativas saludables, al fortalecimiento de los nexos familiares, sociales y de amistad.
- **MEDICAMENTOS:** Se le explicó que algunos medicamentos no deben administrarse en forma simultánea con otros, que las comidas pueden interferir con la absorción de unos de ellos y, en cambio, para otros se recomienda la administración con los alimentos, que las reacciones adversas de unos cuantos pueden interferir con algunas actividades cotidianas, entre otros aspectos a considerar.
- **ESPIRIRUALIDAD:** Se reforzó esta dimensión de acuerdo con las características y creencias particulares del paciente.

VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

- ❖ El presente Estudio de Caso para la práctica profesional en Enfermería es una herramienta de gran apoyo para alcanzar cuidados de gran calidad, ya que se identifican requisitos alterados y se elaboran intervenciones con fundamentación científica y esto conlleva a proporcionar eficiencia y mejora continua en los servicios del paciente pediátrico.
- ❖ El aplicar el proceso de Enfermería basado en la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, se muestra innovador ya que amplía el conocimiento de la práctica profesional, que en la población pediátrica refleja gran impacto, con la obtención de excelentes resultados, para el mejoramiento en la salud del paciente.
- ❖ Se llevaron a cabo operaciones en base al plan de cuidados y se lograron mejorar 4 de los 8 requisitos universales alterados.
- ❖ Se evaluaron las repercusiones de la intervención y se encontró que el paciente presentó notable mejoría de un rango de tiempo intrahospitalario de cuatro semanas.
- ❖ Se realizó un plan de alta de acuerdo a los requerimientos necesarios para preservar y fomentar el autocuidado.
- ❖ Se proporcionó información de interés y de enseñanza continua de la enfermedad del paciente a los familiares.
- ❖ La elaboración del presente Estudio de Caso, permitió llevar a cabo valoraciones e intervenciones de enfermería con sustentos teóricos y metodológicos basados en el Proceso de Enfermería que favorecieron el autocuidado del paciente con la utilización de la Teoría de Dorothea Orem. Brindando atención de manera holística con calidad, calidez y gran sentido humano, en mejora de la calidad de vida del paciente y de su familia.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRAFICAS

1. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería, (5ª ed.). Barcelona: Mosly. 2003
2. Lyer, P. (1995). Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. México: Mc Graw-Hill Interamericana:
3. Yin, R. K. (1984/1989). *Case Study Research: Design and Methods, Applied social research Methods Series*, Newbury Park CA, Sage
4. Chetty S. (1996). The case study method for research in small- and médium – sized firms. *International small business journal*, vol. 5, octubre – diciembre.
5. Ortigosa L. Concepto actual y aspectos clínicos de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. *Colomb Med* 2005; 36 (Supl 1): 16-24
6. Lichtenstein G, Hanauer S, Sandborn W. Management of Crohn ' s Disease in Adults. *Am J Gastroenterol* advance online publication, 6 January 2009; doi: 10.1038/ajg.2008.168
7. Tanaka M, Riddell RH. The pathological diagnosis and differential diagnosis of Crohn's disease. *HepatoGastroenterology* 1990; 37: 18-31.
8. Lockhart-Mummery HE, Morson BC. Crohn's disease (regional enteritis) of the large intestine and its distinction from ulcerative colitis. *Gut* 1960; 1: 87- 105.
9. Moreira V, López A. Enfermedad de Crohn. *Rev. esp. enferm. dig.* v.97 n.11 Madrid nov. 2005
10. Takahashi-Monroy T. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn. *Gac Méd Méx* Vol.141 No. 5, 2005.
11. Newby EA , Sawczenko A , Thomas AG, Wilson D. Intervenciones frente al retraso del crecimiento en niños con enfermedad de Crohn (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.
12. Leal JC, Benita V, García de Tena J, Méndez M. Criterios de ingreso hospitalario del paciente con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Criterios de baja laboral. *Medicine* 2004; 9(5): 377-379
13. Dres. A Bitton, P L Dobkin, Edwardes, M J Sewitch, et al. Predictores de recaída de la enfermedad de Crohn. *Gut* 2008;57;1386-1392.
14. Muñoz, J. F. (2006). *Nuevas líneas terapéuticas en la Enfermedad de Crohn*. En García Paredes, J., Taxonera Samsó, C. y Peña, A. S. (Dir.), Avances en el

- manejo de enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa (pp. 107-121). Madrid: Arán Ediciones, S.L.
15. Maiden, L., Takeuchi, K. y Baur, R. (2008). Selective white cell apheresis reduces relapse rates in patients with IBD at significant risk of clinical relapse. *Inflammatory Bowel Disease*, 14, 1413-1418.
 16. COLLIERE, Marie. (1986) Promover la Vida. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana. Madrid, España.
 17. Teorías y Modelos de enfermería. Ibidem; Pp.65-68
 18. Teorías y Modelos de enfermería. Ibidem; Pp.63-74
 19. Kozier Barbara, Carlos J.Bermejo Ceja y otros. Enfermería Fundamental: Introducción a la Enfermería. Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill. Madrid; 1999.Pp.2-22.
 20. Donahue M Patricia. La Enfermería: La condición del arte en la Historia de la Enfermería. Editorial Doyma. Barcelona;1998.Pp.435,467-473
 21. Teorías y Modelos de enfermería. Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2º Edición.Abril 2009. Pp 88.
 22. Teorías y Modelos de enfermería. Ibidem; Pp.92
 23. Teorías y Modelos de enfermería. Ibidem; Pp. 93
 24. Teorías y Modelos de enfermería. Ibidem; Pp.95
 25. Teorías y Modelos de enfermería. Ibidem; Pp.99
 26. Hariweg D(1990). Autocuidado de promoción de la salud dentro de la teoría general de Enfermería de Orem. En : journal of advanced nursing. 15,35-41.
 27. Phaneuf Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. Ed. 2da. Editorial Maslow. Madrid España. 1999.
 28. Fundamentos de enfermería, teorías y métodos. Ed. 2da Editorial Mc Graw Hill Interamericana España.
 29. Kozier Barbara.Op. Cit ;p.180-181.
 30. Kozier Barbara,Ibidem;p. 190-191.
 31. Alfaro Rosa linda. Aplicación del proceso de Enfermería. Ed. 2da. Editorial Doyma. Barcelona, España; 1995.
 32. Alfaro, Rosa linda. Ibidem; p.77-79.
 33. Kozier Barbara. Op Cit; p.26-27.
 34. Kozier Barbara.Ibidem; p. 20-21

35. Orem, D.E. 1991. Enfermería: Conceptos de la práctica. Barcelona: Masson-Salvat Medicina. Pp.298.
36. Stephen J. Cavanag.(1993) Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona. Masson-Salvat. Pp 22.
37. Ortigosa, L. (2005). Concepto actual y aspectos clínicos de la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa. *Colombia Médica*, 36 (2), 16- 24.
38. Gomollon, F. y Ber Nieto, Y. (2006). *Enfermedad de Crohn: diagnóstico, valoración de la actividad y clasificación*. En Balanzó, J.(Ed.), Enfermedad inflamatoria intestinal (pp. 105-125). Barcelona: ICG Marge, S.L.
39. Riera Oliver, J. (2002). *Definiciones conceptuales de la enfermedad inflamatoria intestinal. Concepto de cronicidad*. En Gassull, M. A., Gomollón, F., Obrador, A. e Hinojosa del Val, J. (Eds.), Enfermedad Inflamatoria Intestinal (pp. 3-5). Madrid: Ergon.
40. Nos Mateu, P. e Hinojosa del Val, J. (2002). *Criterios diagnósticos y clínicos en la enfermedad de Crohn*. En Gassull, M. A., Gomollón, F., Obrador, A. e Hinojosa del Val, J. (Eds.), Enfermedad Inflamatoria Intestinal (pp. 209-217). Madrid: Ergon.
41. Correa, I. y Sans, M. (2006). *Fisiopatología de la enfermedad inflamatoria intestinal: conceptos actuales*. En Balanzó, J. S.L.
42. Panés, J. (2000). Enfermedad inflamatoria intestinal: patogenia. *Jano*, junio, 45-50.
43. Wyatt, J. Vogelsang, H., Hubl, W., Waldhoer, T. y Lochs, H. (1993). Intestinal permeability and the prediction of relapse in Crohn's disease. *Lancet*, 341, 1437-1439.
44. Brullet, E., Bonfill, J., Urrutia, G., Ruiz Ochoa, V., Cueto, M., Clofent, J., Martínez Salmerón, J. F., Riera Oliver, J. y Obrador, A. (1998). Estudio epidemiológico sobre la incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en cuatro áreas españolas. *Medicina Clínica*, 110 (17), 651-656.
45. Gower Rousseau, C., Salomez, J. L., Marti, R., Nuttens, M. C., Votte, A. y Lemahicu, M. (1994). Incidence of inflammatory bowel disease in northern France. *Gut*, 35, 1433-1438.
46. Brullet, E., Bonfill, J., Urrutia, G., Ruiz Ochoa, V., Cueto, M., Clofent, J., Martínez Salmerón, J. F., Riera Oliver, J. y Obrador, A. (1998). Estudio epidemiológico sobre la incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en cuatro áreas españolas. *Medicina Clínica*, 110 (17), 651-656.

47. Shivananda, S., Lennard-Jones, J., Logan, R., Fear, N., Price, A. y Carpenter, L. (1996). Incidence of Inflammatory Bowel Disease across Europe: is there a difference between North and South? Result of the European Collaborative Study on inflammatory bowel disease. *Gut*, 39, 690-697.
48. Saro Gismera, C. y Ruiz Ochoa, V. (2002). *Epidemiología y factores de riesgo de la enfermedad inflamatoria intestinal*. En Gassull, M. A., Gomollón, F., Obrador, A. e Hinojosa del Val, J. (Eds.), *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* (pp. 7-19). Madrid: Ergon.
49. Mayberry, J. F. y Rhodes, J. (1984). Epidemiological aspects of Crohn's disease: a review of the literature. *Gut*, 25, 886-889.
50. Persson, P. G. y Leijonmarck, C. E. (1993). Risk indicators for inflammatory bowel disease. *Internal Journal of epidemiology*, 22, 268- 272.
51. Wurzelmann, J. I., Lyles, C. M. y Sandler, R. S. (1994). Childhood infections and the risk of inflammatory bowel disease. *Digestive Disease Science*, 39, 555-560.
52. Gomollón, F. y Sicilia, B. (2000). Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal: claves para el progreso. *Jano*, junio, 40-44.
53. González Lara, V. (2001). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. Madrid: Ergon.
54. Esteve Comas, M. (2000). Enfermedad inflamatoria intestinal: Clínica. *Jano*, junio, 53-57.
55. Sebastián Domingo, J. J. (2000). Enfermedad Inflamatoria Intestinal. REVISIÓN. *Farmacia Profesional*, Junio, 14 (6), 84-94.
56. Ortigosa, L. (2006). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. En Velasco Benítez, C. A. (Ed.), *Enfermedades digestivas en niños* (pp. 121-144). Madrid: Universidad del Valle.
57. Ripollés, T., Riera, E. y Martínez, M. J. (2006). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. En Sopena Monforte, R., Vilar Samper, J. Martí- Bonnatí (Eds.), *Algoritmos en diagnóstico por la imagen* (pp. 127-140). Barcelona: Elsevier.
58. Oberhuber, G., Stangl, P. C. y Vogelsang, H. (2000). Significant association of strictures and internal fistula formation in Crohn's disease. *Virchows Arch*, 437, 293-297.
59. Hinojosa del Val, J. (2000). Tratamiento médico de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Jano*, junio, 67-73.

60. Farrell, R. J. y Falchuk Z. M. (2001). *Clinical questions in Crohn's disease not answered by controlled trials*. En Bayless, T. M. y Hanauer, S. B. (Eds.), *Advanced therapy of inflammatory bowel disease* (pp. 353- 358). London: Hamilton.
61. Lozano, J. A. (2000). Enfermedad Inflamatoria Crónica Intestinal. *Offarm: Farmacia y Sociedad*, 19 (9), 104-110.
62. Lledó Matoses, S. (2002). *Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn: cuándo operar y cómo*. En Gassull, M. A.,
63. Gomollón, F., Obrador, A. e Hinojosa del Val, J. (Eds.), *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* (pp. 261-271). Madrid: Ergon.
64. Veloso, F. T., Carballo, J. y Magro, F. (1997). Immune related systemic manifestations of inflammatory bowel disease. *Journal Clinical Gastroenterology*, 23, 29-34.
65. Su, C. G., Judge, T. A. y Lichtenstein, G. R. (2002). Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Clinics of North America*, 31, 307-327.
66. Mendoza, J. L., Lana, R., Taxonera, C., Alba, C., Izquierdo, S. y Díaz-Rubio, M. (2005). Manifestaciones extraintestinales en la enfermedad inflamatoria intestinal: diferencias entre la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. *Medicina clínica*, 125, 297-300.
67. Repiso, A., Alcántara, C., Muñoz-Rosas, C., Rodríguez-Merlo, R., Pérez-Grueso, M. J., Carboles, J. M. y Martínez-Potenciano, J. L. (2006). Manifestaciones extraintestinales de la enfermedad de Crohn: Prevalencia y factores relacionados. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 98 (7), 510-517.
68. Rodríguez Navarro JC, Gómez Gracia E y Fernández-Crehuet Navajas J. El consentimiento informado. aplicación en la práctica clínica, CB No. 43,3º-4º-2000.PP. 404-413.

IX. A N E X O S

1. Instrumento de valoración.
2. Consentimiento informado para estudio de caso.
3. Relación de peso y talla de CDC.
4. Relación de IMC de CDC.
5. Tabla de alimentos de la Enfermedad de Crohn.
6. Dietas elaboradas conjuntamente con el servicio de Gastronomía de acuerdo a los requerimientos calóricos del paciente.
7. Balance de Líquidos, signos de hipovolemia
8. Escala análoga del Dolor.
9. Grados de Tanner del desarrollo genital en el varón.
10. Actividades didácticas utilizadas en la ejecución del plan de cuidados.
11. Tríptico del Plan de Alta

1.- Instrumento de valoración.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
POSGRADO EN ENFERMERIA INFANTIL

INSTRUMENTO DE VALORACION BAJO LA PERSPECTIVA TEORICA DEL AUTOCUIDADO

1. FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Factores descriptivos

Nombre del paciente:

Sexo: _____ Edad cronologica: _____ Edad de desarrollo: _____

Estado de desarrollo	Talla _____	Signos Vitales	FR _____	_____
	Peso _____		FC _____	_____
	Talla blanco: _____		TA _____	_____
Estado de salud	Agudo _____		TEMP _____	_____
	Crónico _____		tipo y factor RH _____	_____

Escolaridad: _____ Lugar en la familia _____

Lugar de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Cuidador primario: _____

Alergias _____

Control Prenatal:	no	No. De consultas
	si	

Gesta _____ Abortos _____ Cesáreas _____ Partos _____

Vía de nacimiento _____ APGAR _____

Esquema de vacunación completo	si	porque _____
	no	

Inspección general (observacion cefalocaudal)

Lesiones o defectos evidentes	motivo:

Factores del sistema de cuidados de salud

	si	no	porque o cuales
Control del niño sano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antecedentes patológicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hospitalizaciones previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diagnóstico Médico			
<hr/>			
Modalidad del tratamiento			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			

Orientación sociocultural

Religion _____

Acciones permitidas y no permitidas derivadas de las prácticas religiosas		Actividades recreativas	
receptor de cuidado	familiares	receptor de cuidado	familiares

Patron de vida

Descripcion de un dia cotidiano

Hábitos higiénicos	baño		Hábitos dietéticos	comidas al día	
	cambio de ropa			numero de tomas de leche en 24 horas	
	aseo dental			horarios de alimentación	
	lavado de manos				

Factores Ambientales

Zona geografica	urbana	Flora	No	si	culaes (tipo)
	suburbana				
	rural				
		Fauna			

Localización de industrias cercanas al domicilio
especificaciones del giro

Servicios domiciliarios	agua	luz	drenaje	alumbrado público	pavimentación	gas	otro

Características de la vivienda

Distribución	

Número de habitaciones

Construcción	Techo:	lamina	carton	Concreto	otro	
	Paredes:	lamina	tabique	Concreto	otro	
	Piso:	cemento	mosaico	Madera	otro	

Ventilación _____

Iluminación _____

Eliminación de basura _____

Disponibilidad y adecuación de los recursos

Seguridad Social no si _____

Disponibilidad de los servicios de salud _____

Ingreso economico mensual en la familia _____

Distribucion de los recursos	salud	
	alimentación	
	educación	
	recreacion y cultura	
	otros	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo Ezely Castillo Flores declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Brandon Palomares Castillo participe en el estudio de caso aplicado a un escolar con Enfermedad de crhon bajo la teoria de Dorothea Orem, cuyo objetivo principal es:

aplicar un instrumento de valoración para planear, ejecutar y evaluar cuidados específicos al paciente en mejora de su autocuidado

y que los procedimientos de enfermería que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: Bundar cuidado integral al escolar para favorecer su recuperación.

y contestar en forma verbal las preguntas referentes, al estado de salud de mi hijo (a).

Es de mi consentimiento que seré libre de retirar a mi hijo (a) de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución.

Nombre del responsable del estudio: Enf. Yedith Isaura Olea Torres

[Firma]
Firma

Nombre del padre o tutor: Ezely Castillo Flores

[Firma]
Firma

Nombre: Elizabeth Sonia Jiménez
Firma: [Firma]
Dirección: Rio San Juan #4
Amp Lomas de San Bartolomé

Testigos

Nombre: Viviana Laura Lagarde Sánchez
Firma: [Firma]
Dirección: Av San Lorenzo #3000
col. San Nicolás Tolentino

México, D. F. a 04 de Octubre 2010.

3.- Relación de peso y talla de CDC.

Percentil del IMC por Edad	Condición
Menos del 5 percentil	Por debajo del peso adecuado
Del percentil 5 a 85	Peso saludable
Del percentil 85 a 95	Riesgo de sobrepeso
Percentil 95 o mayor	Sobrepeso

4.- Relación de IMC de CDC.

Utilización de las tablas del Percentil del IMC por Edad

Ejemplo: Niño de 12 años con un Índice de Masa Corporal de 19 Kg/m²

1. Ingrese al gráfico con estos datos y ubique el punto de intersección de ambos datos en la gráfica (ver gráfico a continuación)
2. En el caso de que el punto de intersección se ubique directamente sobre una de la líneas de percentil, lea este percentil y anótelos.
3. En el caso de que el punto de intersección no caiga directamente sobre una de la líneas de percentil, trace una línea imaginaria entre las líneas percentiles más cercanas al punto de intersección y estime el percentil para este punto. En la gráfica siguiente, el punto de intersección cae entre las líneas de 50 y 75 percentil, siendo 65 percentil el valor interpolado.
4. Con el valor del percentil obtenido de la gráfica se determina la condición en la tabla anterior, por lo que para nuestro ejemplo de un niño de 12 años con un IMC de 19, tiene un peso saludable.

Gráfico
Uso de las tablas del

Percentil del IMC por Edad
CDC

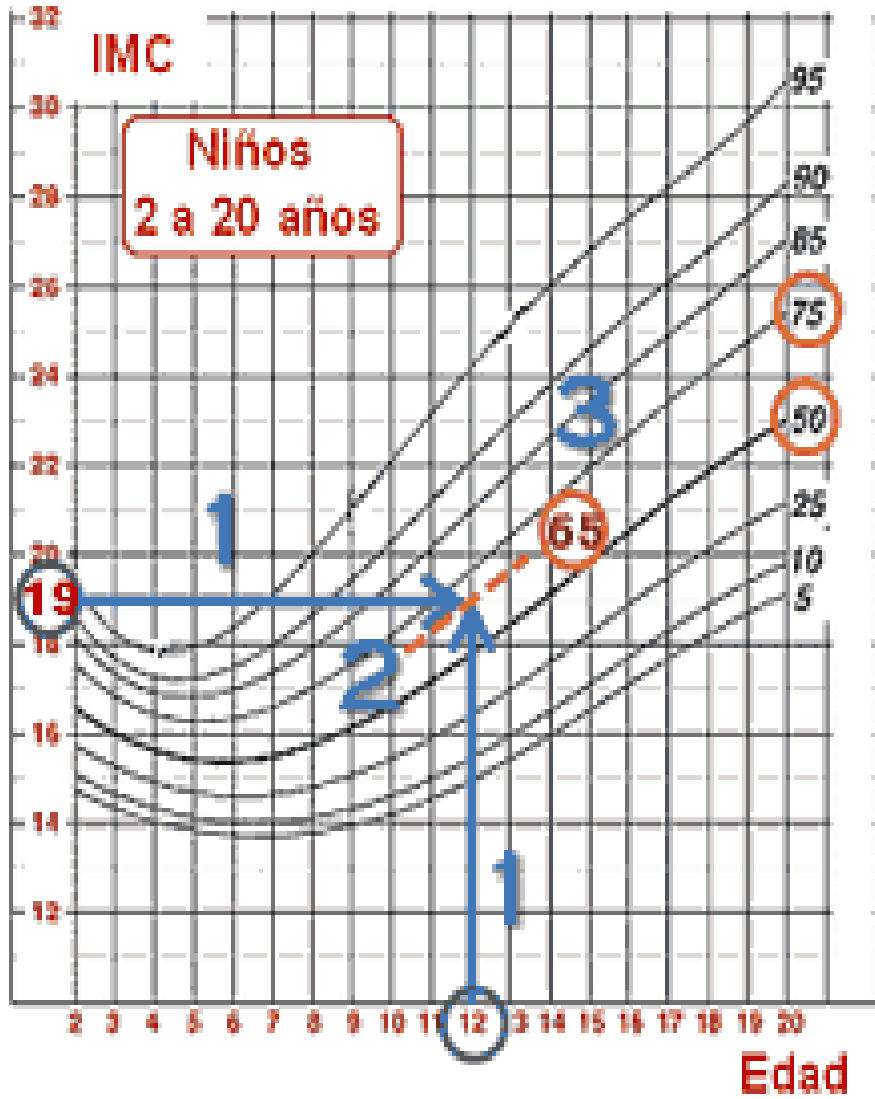
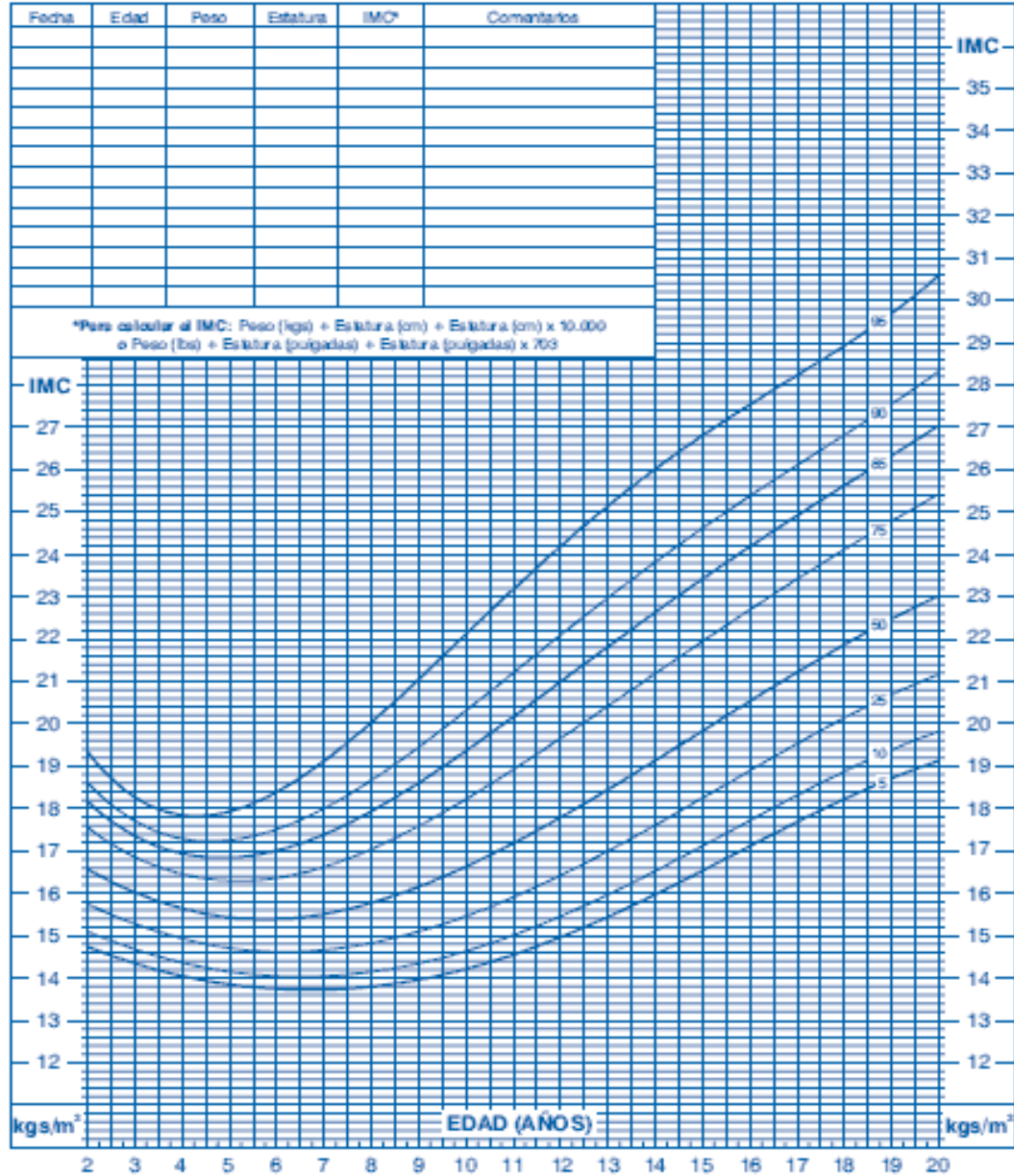


Gráfico
Percentil del IMC por Edad - Niños
CDC

2 a 20 años: Niños
Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad

Nombre _____

de Archivo _____



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre del 2000).
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el
Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



Referencias:

Tablas de Crecimiento, Clinical Growth Charts, CDC, <http://www.cdc.gov/nchs/>

5.-Tabla de alimentos en la enfermedad de Crohn



Alimentos frescos y congelados	Alimentos que suelen tolerarse bien	Alimentos que debe probar tolerancia	Alimentos que no suelen tolerarse bien
Verduras	Espárragos, espinaca, jitomate y otros de hoja verde	Verduras frescas, acelgas, ajo, alcachofa, apio, berenjenas, espinacas, pepino, tomate, zanahoria, champiñón y setas, calabazas, chayote	Cebolla, coles, coliflor, diferentes tipos de chile, pimientos y rábanos
Legumbres	Papas		Lentejas, habas, garbanzos, papas fritas
Cereales	Arroz, pastas	Pan integral, galletas, tortilla	Fibra insoluble, trigo, avena
Frutas	Manzanas, plátano. Mermeladas, pera, plátano, limón, zanahoria, durazno	Piña, fresa, pera, uva, sandía, naranja, guayaba	Melocotón, ciruelas, cerezas, higos, melón, sandía, papaya
Frutos secos		Almendras, avellanas, nueces	Cacahuetes, coco, pasas, semillas de calabaza
Huevos, leche y derivados	Huevos de gallina, queso panela, doble crema	Leche desnatada, queso poco graso, requesón, yogurt. Huevos pasados por agua o revueltos.	Leche entera, queso graso, huevos duros o fritos, manteca, mantequilla
Pescados y Mariscos	Merlusa, dorado, filete a la plancha	Bacalao, truchas. Sopa de almejas, mariscos o pescados	Pescado frito o en aceite, o empanizado
Carnes	Res o ternera, lengua, corazón, pollo cocido,	Jamón serrano o cocido	Tocino, carnes grasas (cerdo, cordero, pato) y fritas. Embutidos, sesos, callos, pollo frito
Postres	Dulces con poca grasa, merengue, azúcar, miel, caramelos	Churros, flan casero	Dulces con nata o crema, churros, mantecados, helados, chocolate
Bebidas	Manzanilla, tila, zumos de naranja y manzana	Cerveza, vino tinto, sidra, anís, té. Zumo de pera, piña, uva, limón y naranja	Vino blanco, coñac, zumo de melocotón y albaricoque, café, chocolate, cacao
Condimentos	Sal, perejil, laurel, albahaca, tomillo, poco ajo	Nuez moscada, curry	Pimienta, pimentón, guindilla, mostaza
Salsas	Sin picante o con escaso picante	Salsa catsup	Mayonesa, aceites, salsas picantes

Fuente: http://www.fisterra.com/salud/2dietas/colitis_ulcerosa.

6.- Dietas elaboradas conjuntamente con el servicio de Gastronomía de acuerdo a los requerimientos calóricos del paciente.



ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
DIETA SEMANAL PARA BRANDON de 1200kcal.



Hora	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desayuno Total: 300 kcal	1 pza Pollo asado 250 kcal + ½ taza verduras guisadas 50 kcal	1 tza Fruta con granola 110 kcal+1 reb de panqué 190 kcal	1 taza Chilaquiles con pollo 270 kcal + 1 vaso Agua sabor 40 kcal	1 tza Ensalada de pollo 215 kcal+½ tza de gelatina con fruta 85 kcal	1 tza licuado De fruta 210 Kcal+ ½ tza verduras cocidas con crema 90 kcal	1 pza huevo con jamón 160 kcal+ 1 vaso Agua sabor 40 kcal+ 1 tza de sopa de pasta 100 kcal	1 tza jugo de fruta 120 kcal+ 1 pza calabacitas Capeadas con queso 180 kcal
Colación Total: 150 kcal	½ tza cocktail de frutas 100 kcal + 1 vaso Agua sabor 40 kcal	1 tostada con verduras 150 kcal	1 Barrita de granola 95 kcal + 1 ½ tza de melón 55 kcal	1 tza de ensalada rusa 150 kcal	½ Tza Papas guisadas 150 kcal	½ tza de fruta en almibar 100 kcal+1 vaso Agua sabor 40 kcal	1 tza de fruta con yogurt y granola 150 kcal
Comida	1 Croqueta de	1 taza	100gr Pescado	1 huauzontle	2 pzas de	3 pza tacos	1 tza

Total: 300 kcal	Atun 160 kcal+ 1 tza de arroz 140 kcal	Chilaquiles con pollo 260 kcal + 1 vaso Agua sabor 40 kcal	empapelado 250 kcal + 1 tza melón picado 50	180 kcal+ ½ tza de fresas con crema	albóndigas 270 kcal+ 1 vaso Agua sabor 40 kcal	de pollo 250 kcal + 1 vaso Agua sabor 40 kcal	Picadillo 240 Kcal+ 1 tortilla 64 kcal
Colación Total: 150 kcal	½ tza Gelatina de leche con fruta 160 kcal	1 tza de crema de elote 145 kcal	1 tza de flan 155 kcal	1 tza de gelatina de yohurt con mango 160 kcal	1 tza de fruta con yogurt y granola 150 kcal	1 tza de arroz con verduras 170 kcal	2 galletas con queso 140 kcal
Cena Total: 300 kcal	1 pza de huevo con verduras 110 kcal+ tza de avena 185 Kcal	2 enfrijoladas 305 kcal	2 quesadillas surtidas 295 kcal	1 tza de cereal con leche y azúcar 270 kcal	2 molletes 305 kcal	2 hot cakes 280 kcal	1 reb Panqué 190 kcal + ½ tza de atole 92.5 kcal



7.-Balance de Líquidos, signos de hipovolemia

BALANCE DE LÍQUIDOS

El balance se realiza según necesidad; se resta la cantidad de líquidos eliminados a la cantidad de líquidos administrados. El balance normal debe ser "0".

El balance es positivo cuando la cantidad de líquido administrado por vía exógena es mayor que la cantidad de líquido eliminado por el organismo y es negativo cuando la cantidad de líquido eliminado por el organismo es mayor a la cantidad de líquido administrado por vía exógena.

BALANCE DE LÍQUIDOS

ADMINISTRADOS: HORA: CLASE IV Oral TOTAL:	ELIMINADOS: HORA: Orina Vómito SNG Deposición Otros TOTAL BALANCE
-----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

Sandra Piedad Rivera Castro, Enf., Clínica Fundación Valle del Lili, Cali.

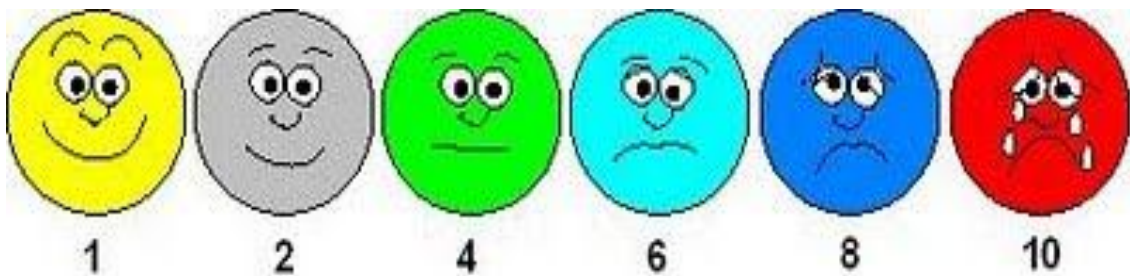
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE HIPOVOLEMIA E HIPERVOLEMIA

SISTEMA	HIPOVOLEMIA	HIPERVOLEMIA
<i>Neuromuscular</i>	Apatía, intranquilidad, desorientación, debilidad muscular hormigueo en las extremidades.	Pérdida de atención, confusión y afasia; letargia, , puede seguirse de convulsiones, coma y muerte
<i>Gastrointestinal</i>	Anorexia, náusea y vómito, diarrea, estreñimiento, calambres y distensión abdominal, sed.	Anorexia, náuseas y vomito, estreñimiento y sed.
<i>Respiratorio</i>	Ninguno.	Disnea, ortopnea, crepitantes, tos productiva.
<i>Cardiovascular</i>	Hipotensión (hipotensión sistólica postural), taquicardia, colapso de las venas cervicales, disminución de la Presión Venosa Central (PVC).	Signos de edema pulmonar (disnea, ortopnea, tos, cianosis), taquipnea, edema, distensión de las venas cervicales, incremento de la PVC, auscultación de S3.

Piel y mucosas	Escasa turgencia cutánea, piel ruborizada,	Piel caliente húmeda y ruborizada.
Renal	Oliguria, orina concentrada.	Oliguria.

8.- Escala análoga del Dolor.

ESCALA DEL DOLOR DE WONG BAKER FACIES

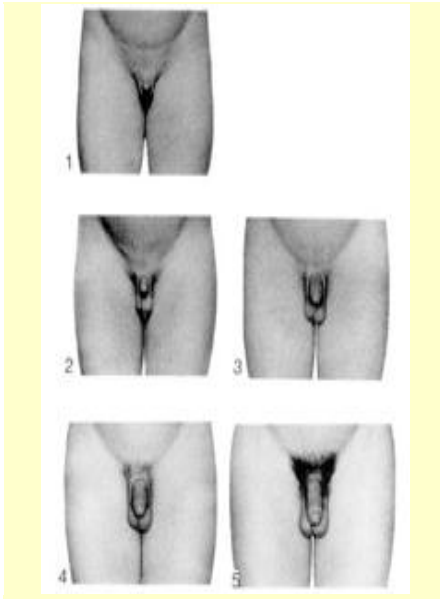


Muy contento, sin dolor.	Siente solo un poquito de dolor.	Siente un poco más de dolor.	Siente aún más dolor.	Siente mucho dolor.	El dolor es el peor que pueda imaginarse.
---------------------------------	-----------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	----------------------------	--------------------------------------------------

Valoración del Dolor QUEST – CUEST

- ❖ Cuestionar – preguntar al niño o niña
- ❖ Usar los instrumentos de valoración Existentes
- ❖ Evaluar la conducta
- ❖ Sensibilizar a los padres (involucrarlos)
- ❖ Tomar decisiones (estrategia terapéutica)
- ❖ Lleve a cabo plan de cuidados

9.- Grados de Tanner del desarrollo genital en el varón



Grado I: los testículos, escroto y pene tienen características infantiles.

Grado II: el pene no se modifica, mientras que el escroto y los testículos aumentan ligeramente de tamaño; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura, haciéndose más laxa; el testículo alcanza un tamaño superior a 2,5 cm en su eje mayor.

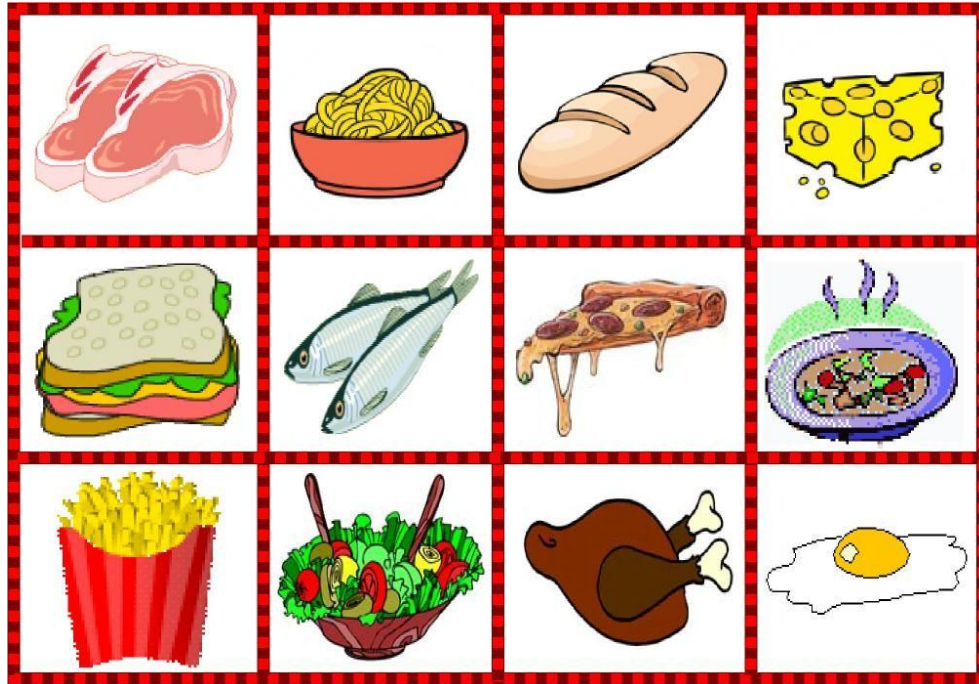
Grado III: se caracteriza por testículos y escroto más desarrollados (testículos de 3,3 a 4 cm); el pene aumenta en grosor.

Grado IV: hay mayor crecimiento peneano, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos aumentan de tamaño (4,1 a 4,5 cm) y el escroto está más desarrollado y pigmentado.

Grado V: los genitales tienen forma y tamaño semejantes a los del adulto, largo testicular mayor de 4,5 cm.

10.- Actividades didácticas utilizadas en la ejecución del plan de cuidados.

MEMORAMA DE ALIMENTOS



ENSEÑANZA DE LA PIRAMIDE ALIMENTICIA



11.-Tríptico del Plan de Alta

RECORDAR

ESPIRITUALIDAD:

Reforzar esta dimensión de acuerdo con las características y creencias particulares de la religión Cristiana.

Recordar los valores humanos aplicándolos diariamente a NUESTRA VIDA, y a nuestra FAMILIA.



ELABORADO POR :

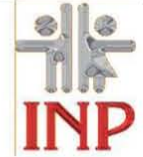
L.E.O. Yedith Isaura Olea Torres



POSGRADO EN ENFERMERÍA INFANTIL

PLAN DE ALTA

DIRIGIDO A:
BRANDON CASTILLO PALOMARES



CUIDARME

COMUNICACIÓN:

Acudir al Instituto y que identifique al personal de salud responsable del área de atención de la enfermedad de Brandon cuándo presente molestias o complicaciones

URGENTE:

Signos y síntomas de alarma, como son dolor abdominal intenso, fiebre, malestar general, que indican un empeoramiento del estado de salud o una recaída, así como acudir a urgencias si lo necesita. Llevar los documentos (de identificación, carnet de la seguridad social,, rayos X. etc.).

INFORMACIÓN:

Leer la información proporcionada por escrito, sobre la Enfermedad de Crohn., Recordar tips con respecto al autocuidado.

DIETA:

Educación e información sobre alimentación balanceada según el ciclo vital, higiene y conservación de alimentos,



ALIMENTOS PERMITIDOS

La dieta blanda es valiosa opción nutricional para pacientes con enfermedades gastrointestinales. En la dieta blanda los alimentos deben prepararse a la plancha, hervidos, al horno o vapor, empleando mínima o nula cantidad de grasa o aceite. Las especias y condimentos NO se deben utilizar, se excluirán chiles, pimienta, jitomate, pimiento morrón y especias. Aunque los líquidos son parte básica, se deben evitar café, chocolate, té negro y refrescos



AMBIENTE:

Los factores de riesgo y factores protectores.

Factores de Riesgo

- Vía Pública
- Hogar (Prevención de accidentes)

Factores Protectores

- Hogar en compañía de sus familiares
- Centros de Rehabilitación

RECREACIÓN:

- Administración de tiempo libre
- Prácticas recreativas saludables.
- Fortalecimiento de los lazos familiares, sociales y de amistad.



~ 1 ~

MEDICAMENTOS:

Recordar:

- Interacción entre medicamentos
- Que los alimentos pueden interferir con la absorción.
- Que unos medicamentos deben consumirse con alimentos.
- Reacciones adversas.
- Reacciones que interfieren con

MEDIC-	VÍA	DOSIS	INTER-VALO
Omeprazol	VO	1 tab	c/ 24 hrs
Ranitidina	VO	1 tab	c/ 12 hrs
Paracetamol	VO	5 ml	PRN

actividades cotidianas.



DUDAS: 5657384 | / 0445519288586

