



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

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**ESTUDIO DE CASO A UN CLIENTE ADULTO MAYOR CON  
ALTERACIONES DE TUBO DIGESTIVO ALTO.**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**OSCAR FUENTES DOMÍNGUEZ**

**No. Cta.**

**95219943**

**Mtra. ANGELINA RIVERA MONTIEL**

**Asesora de trabajo recepcional**

**Marzo 2017**

**CIUDAD DE MÉXICO**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## ÍNDICE

Introducción	1
Objetivos	3
Marco teórico	4
Antecedentes históricos	4
Meta paradigma	6
Concepto de cuidado	8
Tipos de cuidado	10
Diferentes tipos de tecnologías	11
Proceso atención de Enfermería	13
Antecedentes históricos	13
Etapas del proceso de Enfermería	14
Valoración de Enfermería	14
Diagnóstico de enfermería	15
Planificación de Enfermería	16
Ejecución	17
Evaluación	18
Propuesta teórica de Virginia Henderson	18
Datos bibliográficos de Henderson	18
Modelo conceptual de Virginia Henderson	19
Principales conceptos del modelo de Virginia H	20
Roles de Enfermería	21

Necesidades básicas	22
Sangrado tubo digestivo alto	27
Anatomía tubo digestivo	39
Metodología de trabajo	41
Aplicación del proceso de Atención	44
Valoración de necesidades humanas	49
Diagnósticos de Enfermería	58
Planeación	59
Ejecución y Evaluación	70
Conclusiones	71
Referencias	73



## ***AGRADECIMIENTO***

A la Universidad Nacional Autónoma de México  
Y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
Por darme la oportunidad de realizar mi formación  
Profesional dentro de sus aulas.

Al maestro Hugo Hernández Rivera por su invaluable e incansable  
trabajo y lectura que se sirvió otorgar al presente trabajo de manera  
incondicional, por ello, inmensamente gracias.

A todos los profesores que  
apoyaron con empeño y entusiasmo la formación de otra semilla más.

Gracias.

## **DEDICATORIA**

A mis padres por haberme forjado como una persona íntegra en la actualidad, muchos de mis logros se los debo a ellos. Este éxito sin duda alguna es por ellos debido a la incansable motivación que me imprimieron constantemente para alcanzar este objetivo. Concluir mis estudios profesionales.

¿Cómo puede alguien decir gracias cuando tantas personas a quienes agradecer?. El presente trabajo representa una firma de agradecer a mis padres que fueron modelo conducta poderosa y en especial a mi madre que me enseñó el amor la amabilidad, el respeto y el ahínco por la constancia.

Muchas gracias a mis papas por ser un excelente ejemplo de sacrificio y esfuerzo para mí, ustedes me inspiran a ser mejor y me dan la fuerza necesaria para afrontar la vida con alegría y optimismo.

El éxito llega a las personas que logran estar conscientes del éxito profesional.

Por último, gracias a todos aquellos que en el pasado - maestros mentores y profesores – me apoyaron para la terminación de dicho trabajo y me abrieron los ojos, a lo largo de la carrera profesional, me enseñaron a pensar. Su presencia y espíritu han sido infundidos en este estudio.

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo, surge de la necesidad de contar con los elementos teórico metodológico del proceso Atención de Enfermería que serviría de base para establecer y proporcionar los cuidados apropiados al individuo con alteraciones fisiológicas, con la intención de ayudarlo en medida de lo posible a conservar un estado óptimo de bienestar físico, emocional y/o conseguir una mejor calidad de vida.

La enfermería como disciplina, ha heredado una filosofía de responsabilidad y comportamiento ético para el cuidado de la vida humana, sustento que ha significado a su práctica que contribuye para que el hombre obtenga bienestar en todos los aspectos de su vida.

El presente Proceso Atención de Enfermería se realizó en una persona de 60 años de edad, masculino el cual cursa con sangrado de tubo digestivo alto. Durante la valoración del cliente se obtienen y analizan los datos, finalizando esta fase del proceso con la especificación de los diagnósticos de enfermería reales. La identificación de los diagnósticos de enfermería dentro de un marco teórico permite a la enfermera planificar de modo eficaz e identificar el objetivo a alcanzar, así como las expectativas conductuales específicas que resultan del tiempo previsto para el logro del mismo.

Desde nuestros días la enfermería a partir de una base teórica, metodológica que ayude al desarrollo de una cultura basándose en la calidad de atención desde un punto de vista holístico sobre todo un enfoque de una atención personalizada.

La metodología utilizada fue la propia del Proceso Atención de Enfermería que tiene como meta identificar las necesidades de cuidados actuales y potenciales, que favorezcan la recuperación de la salud del paciente, con la finalidad de establecer el plan de acción que permita intervenir en la satisfacción de las mismas.

Los objetivos principales que guiaron la realización del presente trabajo fue el mostrar que el egresado de la Licenciatura en enfermería cuenta con los conocimientos, habilidades y destrezas para la aplicación práctica del Proceso Atención de Enfermería; así como también el dinamismo para lograr la identidad profesional por lo que es necesario encontrar la raíz de su práctica, la cual está dirigida al bienestar social en coadyuvancia con otra disciplinas, concentrándose en su razón ; de ser que es: *el cuidado de la vida y el bienestar del ser humano*, en las dimensiones: física, mental, emocional, social, y espiritual y desarrollar protocolos de investigación para los distintos focos de interés de la profesión.

En la aplicación del método enfermero se tiene como objetivo principal utilizar el modelo de enfermería de Virginia Henderson, con base a 14 necesidades tales como: la oxigenación, eliminación y participar en actividades recreativas, entre otras.

En este proceso de cuidados destaca la trascendencia de la valoración efectuada por el profesional de enfermería, para la detección de problemas reales y potenciales, jerarquización de los mismos e implementar un plan de atención de enfermería y así personalizar los cuidados, a fin de responder a la necesidad de una evolución satisfactoria y rápida para su independencia en el auto cuidado de su salud y mejorar con esto su calidad de vida, de esta manera evitar complicaciones que ponen en riesgo su integridad física.

Durante la valoración del cliente se obtienen y analizan los datos, finalizando esta fase del proceso, con la especificación de los diagnósticos de enfermería reales y potenciales. La identificación de los diagnósticos de enfermería dentro de un marco teórico, permite a la enfermera/o planificar de modo eficaz e identificar el objetivo a alcanzar, así como las expectativas conductuales específicas que resultan del tiempo previsto para el logro del mismo.

Para su presentación, el trabajo se ha estructurado en capítulos. El primero describe tanto el objetivo general como el objetivo específico, se divide en el marco teórico, posteriormente donde se desarrollan los antecedentes históricos y concepto de enfermería, así como los tipos de cuidado y las tecnologías. Posteriormente se describe el proceso de atención de enfermería, así como sus etapas, y se mencionan las 14 necesidades básicas como la aplicación práctica del proceso de Atención de Enfermería donde se presentan, la valoración los diagnósticos identificados, los planes de cuidado, la educación de familiares y del paciente y un apartado para conclusiones.

La evaluación observa los resultados obtenidos de la metodología general de cuidados y alternativas de resolución antes no esperados.



## OBJETIVO GENERAL.

1.1 Mediante la presentación escrita de un Estudio sustentado en la metodología del Proceso de Enfermería y la Teoría de las 14 Necesidades Fundamentales, el sustentante muestra los conocimientos y habilidades desarrollados durante su formación académica para la aplicación práctica del Proceso Atención de Enfermería.

1.1.2 Describir el método del proceso de atención de enfermería orientado a la mejora de la calidad de atención en el cuidado del cliente considerando como base la teoría de las necesidades básicas de Virginia Henderson, en un caso clínico de un usuario masculino, aplicando a sus necesidades en un tercer nivel.

## 1.2 ESPECÍFICOS

1.2.1 Aplicar la metodología apropiada que sirva como instrumento para la necesidad de la calidad de los cuidados de enfermería, así como su mejora del sistema de la salud.

1.2.2 Evaluar los conocimientos adquiridos durante la formación académica en el desempeño en las actividades profesionales con una actitud humanística reflexiva, pragmática en la calidad de los procesos que se realiza favoreciendo el logro de los objetivos a alcanzar.

1.2.3 Evaluar las necesidades y/o problemas del usuario a través de una metodología y elaborar los diagnósticos enfermeros reales y potenciales aplicando los signos y síntomas que presenta el usuario

1.2.4 Gestionar los cuidados de enfermería en función de cada diagnóstico identificado su objetivo, las necesidades, la fuente de dificultad el nivel de grado de dependencia y la necesidad de la intervención.

## II. MARCO REFERENCIAL

### 2.1. ENFERMERÍA

#### 2.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, esto nace con la primera teoría de enfermería.

“La enfermería existe desde hace milenios muy limitada en la antigüedad en donde se puede apreciar la influencia del género femenino en la atención al individuo enfermo”. Los primeros grupos formados por viudas, diaconizadas, vírgenes, canonícas y monjas en donde se observa el influjo religioso para prodigar cuidados a los necesitados. Llega a una época en que estas labores se designan solo a las mujeres quienes tenían más preparación por su conocimiento de remedios, y en nombre de la caridad conservaron y mantuvieron la salud de sus semejantes.<sup>1</sup>

En nuestros días la enfermería ha adquirido las peculiaridades de una profesión, su quehacer cada vez se sienta más en su saber propio con bases científicas, puesto que la enfermera ha recorrido un largo camino en términos de desarrollo sistemático, definición de un cuerpo de conocimientos únicos y científicamente sólido, con una base teórica para establecer la enfermería como una profesión completamente reconocida.<sup>2</sup>

#### 2.1.2 CONCEPTO.

La definición de enfermería de Henderson, refiriéndose a la práctica de la profesión, indica que la enfermera, cuya función principal consiste en ser la cuidadora directa del paciente, se verá recompensada a medida directa que el paciente, va ganando independencia. La enfermera debe de esforzarse por comprender al paciente cuando este carece de voluntad conocimiento o fuerza.<sup>3</sup>

Grinspun representa a la enfermería:

Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados identifica metas comunes para realizar y mantener la salud. Esta definición incorpora cuatro conceptos de la meta paradigma de enfermería: persona, entorno, enfermería, y salud. Estos conceptos han sido articulados como la meta paradigma por primera vez en 1984, se analizan a continuación:

Enfermería es un arte porque requiere que la enfermera perciba el significado del momento para la persona que ella cuida, que pueda rápidamente entender y actuar.

Enfermería es una ciencia porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de enfermería.

Enfermería es cuidado integrado porque incorpora la complejidad biopsicosocial del individuo y considera sus necesidades dentro del contexto de su mundo único.

Enfermería es un cuidado comprensivo porque valora y considera las diferentes experiencias que la persona está confrontando con el fin de asistir a la persona a entender estas experiencias y ganar fuerzas para movilizarse a un estado de salud.<sup>4</sup>

IYER determina el concepto de enfermería como: "la ciencia y el arte de proporcionar cuidados al individuo, familia y comunidad, mediante el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y potenciales, así como la ejecución de acciones en colaboración para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas fisiopatológicas".

Las respuestas humanas: son todos aquellos fenómenos que acompaña a un individuo familia y comunidad ante un problema de salud y que preocupa a las enfermeras, entendiendo como fenómenos a las reacciones, inquietudes, sentimiento y conductas que presentan tanto los individuos sanos como enfermos.

La responsabilidad de la enfermera es: fomentar la salud, prevenir la enfermedad, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento por lo que es basado en este concepto, la enfermería es una profesión dinámica y la práctica de ésta se encuentra en constante cambio.

Virginia Henderson menciona: la función de la enfermera es "Asistir al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que promuevan la salud o su recuperación (o una muerte serena) que llevaría a cabo si tuviera la fuerza la

voluntad o el conocimiento necesario y hacerlo a manera de ayudarlo a recobrar su independencia en la mayor brevedad posible.<sup>5</sup>

### 2.1.3 METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA.

La meta paradigma de enfermería nos aporta la base fundamental de la enfermería.

Esta base teórica es la que provee a las enfermeras en su práctica clínica profesional con un conocimiento es por eso integral del ser humano. Es por eso que la vinculación efectiva con el cliente requiere basarse en la práctica clínica en el pensamiento teórico de enfermería.

Dentro de la disciplina de enfermería la debemos considerar en un contexto de un marcado crecimiento, y desarrollo por lo que se sitúan las grandes corrientes del pensamiento y paradigmas que han favorecido el resurgimiento de los actuales conceptos de la disciplina enfermera: **paradigma de categorización de la integración.**

En la evolución de enfermería, se ha delimitar el campo de la disciplina enfermera, establecer su propia área de investigación y de práctica.

Tanto Fawcett como Flaskerud y Halloran han reconocido que los conceptos, cuidado, persona, salud y entorno están presentes en los escritos de varias enfermeras teóricas conceptos que desde 1859 se hallan en los escritos de Nightingale 1969. Es precisamente gracias a la manera particular con las que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno se clarifica el campo de la disciplina enfermera.

En el desarrollo de la ciencia enfermera Kerouc, nos propone una clasificación de paradigmas inspirado en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran Perry y de Newman, **paradigma de la categorización, paradigma de la integración y paradigma de la transformación.**

Orientación hacia la salud pública.

Esta orientación se sitúa desde el siglo XIII al XIX y se caracteriza por la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios. En esta época la población ignora las medidas más elementales, los cuidados enfermeros estaban influenciados por motivaciones espirituales y humanistas.

**Florence Nightingale**, se manifiesta como la única persona que ha dirigido el cuidado enfermero hacia las personas sanas o enfermas proporcionando el mejor entorno posible con el propósito de mantener y recuperar la salud, y no solamente cuidados basados en la comprensión.

**Los conceptos de Florence Nightingale sobre la persona el entorno, la salud y el cuidado son:**

- ❖ La persona: es un componente de partes física, intelectual, emocional y espiritual, así como su capacidad y de su responsabilidad para cambiar una situación existente.
- ❖ El entorno: Factores como el aire, la luz, el calor, la limpieza, el agua, la tranquilidad y una dieta adecuada tiene efectos sobre la salud de la persona tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.
- ❖ La salud: significa la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos y no solamente lo opuesto a la enfermedad.
- ❖ El cuidado: es la vez un arte y una ciencia que requiere de una información formal para administrar los cuidados.

*Paradigma de la integración.*

Entre los años 1950 y 1975 en América del norte este paradigma ha inspirado a la orientación enfermera hacia la persona, se caracteriza por el reconocimiento de la importancia del ser humano en el seno de la sociedad, dando lugar a una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica. La enfermera proporciona el cuidado después de identificar la necesidad de la persona, considerando las percepciones y su globalidad, entiendo como estas las necesidades mismas del paciente.

El significado de los conceptos característicos del paradigma de integración se resume de la siguiente manera:

- ❖ La persona: es un todo formado por la suma de cada una de las partes que están interrelacionadas; es un ser bio-psico-cultura-espiritual.
- ❖ El entorno: constituido por los diversos contextos en que la persona vive.
- ❖ Las interacciones entre la persona y el entorno dan resultados positivos o negativos y de reacciones de adaptación.
- ❖ La salud: salud y enfermedad son entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica.

- ❖ El cuidado: esta dirigidos a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones.

La intervención de enfermería significa “actuar con” la persona, a fin de responder a sus necesidades.

### **Orientación hacia la enfermedad.**

Surge a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de infecciones, mejoras de los métodos antisépticos y de las técnicas quirúrgicas (Dolan y Cols., 1983) entre 1900 y 1950 la erradicación de las enfermedades transmisibles en prioritaria. 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**; en el origen de la enfermedad se debe a una causa única. El cuidado enfermero está caracterizado por la división de los cuidados en numerosas tareas.

La orientación de los conceptos del seno de la disciplina de enfermería es:

- ❖ La persona: definido como un todo formado por la suma de las partes, cada parte es reconocible e independiente.
- ❖ El entorno: es un elemento separado de la persona, es percibido negativamente por lo que debe ser manipulado y controlado.
- ❖ La salud: es percibida como positiva y la enfermedad como negativa. la salud es sinónimo de la ausencia de enfermedad.
- ❖ El cuidado: está enfocado a eliminar los problemas, los déficits y la incapacidad de la persona según el modelo biomédico. La intervención de la enfermería significa “*hacer para*” las personas ignorando a la persona a participar en el auto cuidado.<sup>6</sup>

## **2.2 CUIDADO**

### *CUIDAR*

En la literatura de enfermería, diferentes autoras han descrito el concepto de *cuidado*; según Collière, “Cuidar es, ante todo un acto de VIDA, es el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la VIDA de éstas, se continúe y se reproduzca. Al cuidar, no se puede eludir la pregunta ¿pero qué vida se continúa? ¿Y a qué precio? ¿Porque existir? Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiera autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier

persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales”.

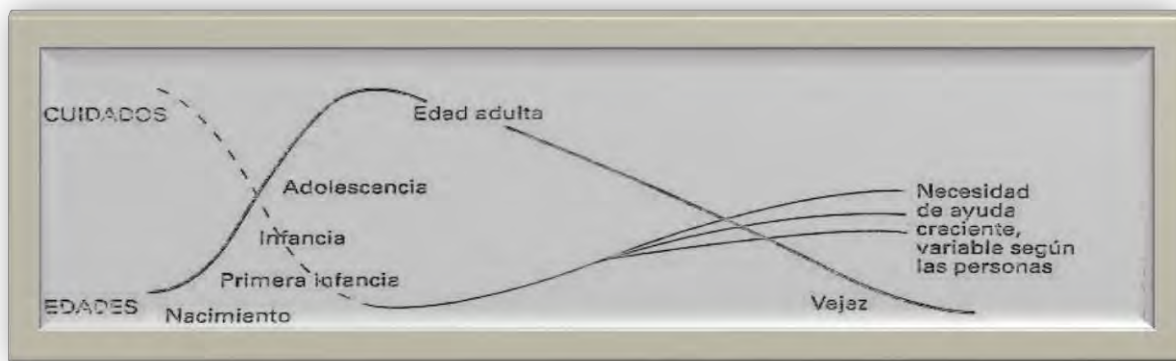
### 2.2.1 CONCEPTO

Collière expresa, que para los profesionales de enfermería *cuidar* significa una responsabilidad y un compromiso hacia la propia enfermería y hacia la persona; es decir, para la enfermera profesional implica una actitud ante la vida (valores) conocimientos, así como el desarrollo de diversas habilidades: de comunicación, de interacción, reflexión y procedimientos entre otras.

El cuidado, toma mayor enfoque en aquéllas circunstancias donde la insuficiencia, la disminución, la pérdida de autonomía está ligada a la edad, como lo marca la curva de evolución de la necesidad<sup>1</sup>; es decir, a menor edad, mayor dependencia de cuidados, así como a mayor edad igualmente mayor necesidad de cuidados.

Dentro del cuidado se identifican diversos tipos, tales como: el *care* y el *cure*.

El **care**, involucra todos los cuidados relacionados con el mantenimiento de la vida y se desprenden de las costumbres, creencias y hábitos de las personas y el **cure**, Collière lo define como todo aquello que se relaciona con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.<sup>3</sup>



### CURVA DE LA VIDA

### 2.2.2 TIPOS DE CUIDADO.

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad.<sup>7</sup> En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él.<sup>8</sup> En la literatura de Watson, dice que el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.<sup>9</sup>

Swanson, considera que, a través de la teoría de los cuidados, propone cinco procesos básicos secuenciales (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias), en los que se hace evidente el cuidado de enfermería, que se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados<sup>10</sup>.

Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería.<sup>11</sup>

Actualmente, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte.<sup>12</sup>

Estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado<sup>13</sup>.

Por otra parte, el cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica <sup>14</sup>.

Si se entiende que el significado que se tenga de un fenómeno condiciona la forma, en que va a ser representada la realidad en los sujetos, y que; de acuerdo con Levinas, las palabras introducen la franqueza de la revelación en la cual el mundo se orienta y adquiere un significado entre los individuos ;<sup>15</sup> entonces la relación



enfermera(o)-paciente, como seres dialecticos, implica un encuentro humanizador, que tiene como propósito despertar la conciencia del otro<sup>16</sup>.

A través de la reflexión de los cuidados, que incluye las creencias y los valores que impregnan la atmósfera en la que tienen lugar los hechos y las circunstancias del quehacer de enfermería. Así pues, es necesario comprender cómo representa la enfermera(o) su actividad profesional a través de formaciones subjetivas como: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos, tal comprensión servirá para mejorar el cuidado de su práctica, que actualmente adolece de significado y, por tanto; de un reconocimiento propio.<sup>17</sup>

La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici permite comprender de manera flexible la posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido real, y la imagen que el personal de enfermería reelabora del cuidado.

Las representaciones se estructuran alrededor de tres componentes fundamentales: la actitud hacia el objeto, la información sobre ese objeto, y un campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos<sup>18</sup>.

Si se considera que la enfermería tiene la responsabilidad de articular y difundir definiciones claras de las funciones que desempeña en su práctica <sup>19</sup>, y que el cuidado es la parte ontológica y epistémica que guía los aspectos axiológicos de su hacer profesional, se hace necesario comprender el significado de cuidado a través de la investigación cualitativa, cual produce evidencias de gran preponderancia para la práctica profesional <sup>20</sup>.

### 2.2.3. DIFERENTES TIPOS DE TECNOLOGIAS DE CUIDADOS.

EL hombre necesita un instrumento con el que trabajar, no una maquinaria que trabaje por él. Necesita una tecnología que extraiga la mejor parte de la energía y de la imaginación personal y no una tecnología que le esclavice y le programe.

Por la tecnología hay que entender que es un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir; de todo lo que muestra su elaboración, su creación. la justificación apropiada y de la manera de servirse de ella.

La técnica corresponde únicamente la forma de utilizar tal o cual instrumento. Es un procedimiento que es un objeto de aprendizaje y crea un saber. Aislada de un planteamiento tecnológico, pierde su significado y puede ser perjudicial e incluso peligroso. Ningún trabajo, ninguna profesión puede ejercerse sin la utilización de

instrumentos. Estos instrumentos determinan la práctica profesional que orientan y que ayudan a identificar los cuidados y entre ellos los cuidados de enfermería, han recurrido a tecnologías diversas, siendo las principales, como hemos visto previamente, todas aquellas que sirven para el mantenimiento de la vida: cuidados habituales de higiene, de alimentación y también de relajación de apariencia. Estos cuidados han estado siempre acompañados de una relación de base indisoluble del acto de cuidar.

Luego se han unido instrumentos y técnicas de curación, cada vez más complejas las que habrá de añadir todas las tecnologías de la información. *Dime qué Instrumentos utilizas rara vez, frecuentemente a menudo o no utilizas nunca para cuidar y te diré que clase de cuidados prestas.*

#### TECNOLOGÍAS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA VIDA.

Son de gran variedad y deben ser siempre objeto de la imaginación y creatividad. Todas las tecnologías y los instrumentos que sirven para garantizar el mantenimiento de la vida cotidiana.

Su uso requiere por parte de la enfermera/o un estudio de los hábitos de vida que se refieren al aseo, al tipo de alimentación, al significado de la ropa a la manera de moverse, a la organización del espacio dentro de la habitación y a la vida misma.

#### TECNOLOGÍAS DE CURACIÓN.

Como describe Collière, las tecnologías para la curación, al igual que las de investigación; las causas de la enfermedad han invadido progresivamente los campos de los cuidados de enfermería van desde los instrumentos más simples hasta las máquinas más complejas y plantean el difícil problema del límite de su utilización y de su finalidad real.

Esta cuestión se complica aún más debido a que la utilización de estos instrumentos y de estas técnicas corresponde más a los cuidados médicos, prescritos por médicos y llevados a cabo por el personal de enfermería, quien, por otra parte, han dejado escapar todo el inmenso dominio de discernimiento de los cuidados para el mantenimiento de la vida hasta el punto de suplir estos cuidados por tecnologías de curación.

Todo instrumento para la curación requiere una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal, de la deficiencia o del daño funcional que espera

curar o suplir. Además, este cuidado de curación también se debe centrar al respeto de las costumbres de la vida.

## TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

En el proceso de cuidar y de prestar los servicios de enfermería hay que apelar a ciertos instrumentos y técnicas de recogida de análisis y consignación de la información, así como a instrumentos y coordinación de la misma información.

La multiplicación se encuentra tanto en el hospital como fuera del él, donde las tecnologías de la información consumen un tiempo considerable: multiplicación de interrogatorios, de documentos de recogida de información, de cuestionarios y papeles que hay que completar sin que exista, en la mayor parte de los casos, una relación coherente que sirva para la finalidad de los cuidados, es decir, que permita a cada cuidador comprender y entender el conjunto de una situación o de una familia. La falta de pertinencia del conjunto de información relativa al enfermo o al usuario de los cuidados se presenta de una manera diferente en el hospital y en el medio extra hospitalario<sup>3</sup>.

## 2. 3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### 2.3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Por la propia naturaleza de la profesión en evolución, el proceso ha pasado por diversas etapas: al principio Hall lo describió como un proceso distinto, Johnson, Orlando y Weidendebach desarrollaron un proceso trifásico distinto que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases tales como valoración, ejecución entre otras.

En 1967, Yura y Walsh crearon el primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

El proceso ha sido legitimado como el marco de la práctica de Enfermería en diversos países, por tal motivo su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo profesional de las enfermeras e incrementando la calidad en la atención del cliente, familia y comunidad.<sup>5</sup>

### 2.3.2 CONCEPTO

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de la respuesta única a la persona, grupos con alteraciones de salud real o potenciales.

### 2.3.3 Características:

EL proceso de atención de enfermería es un método que ayuda a las enfermeras a otorgar cuidados profesionales que les permiten planear acciones individualizadas, dando respuesta las necesidades y problemas del cliente y su familia.

Al aplicar el proceso se integran las etapas del método científico, por lo que la atención de enfermería se torna más científica al ampliar los diversos procesos del razonamiento, tales como la formulación de hipótesis y la experimentación.

Por considerar al cliente como un ser humano con numerosas respuestas humanas y fisiopatológicas, es holístico, es decir; concibe al hombre como un ser total que no puede ser fragmentado.

### 2.3.4 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso consta de cinco etapas, de las cuales se encuentran estrictamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a las siguientes.

2.3.5 Valoración: Es la primera etapa del proceso, consiste en la recolección de información. Nos permite reunir y examinar la información referente al cliente, familia, así como de la comunidad, con el fin de identificar las respuestas fisiopatológicas.

La fase de valoración trata principalmente de la recogida de datos, en esta fase se realizan actividades específicas que le ayudan a ser una pensadora crítica, la cual busca encontrar la información necesaria para comprender y tomar decisiones sobre el plan de cuidados.

Este método de recogida de información incluye las siguientes actividades: recolección, validación, organización, comunicación y registro de los datos.

Recolección de datos: es importante contar con una guía diseñada bajo un modelo de enfermería que facilite la recolección de la información y que unifique sus criterios

para obtener información, se recurre a fuentes directas e indirectas como son el cliente, familia, personas significativas, otros profesionales de la salud, expediente clínico y bibliografía.

La valoración física incluye la inspección, auscultación, palpación y percusión, identificación de los datos objetivos y subjetivos.

Subjetivos: son los que el cliente expresa y siente, sentimientos y percepciones.

Objetivos: son observables.

Validación de datos: una vez reunida la información tiene que ser validada, es decir que los datos sean correctos, así como sus interpretaciones.

Dentro de las actividades de validación se comprueban los datos subjetivos y objetivos, se clarifican las afirmaciones del cliente, de su familia y se verifican inferencias.

Organización de datos: se organizan los datos en grupo de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad, esta es útil cuando se estructuran los diagnósticos. Se puede utilizar el método de aplicación de atención de enfermería para organizar los datos de acuerdo a: Maslow, Gordon y la Nanda

Comunicación: consiste en informar sobre los hallazgos significativos.

Registro de los datos: es documentado de hallazgos significativo encontrados.

### 2.3.6. DIAGNOSTICO.

Es la segunda etapa del proceso de enfermería, da inicio con el razonamiento diagnóstico, el cual consiste en analizar toda la información que se obtuvo del cliente para identificar los principales problemas, así como las capacidades físicas y psicológicas de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del cliente. Consiste en el análisis de los datos obtenidos con el propósito de identificar los principales problemas, así como las capacidades físicas y psicológicas.

Con el razonamiento se puede llegar a conclusiones sobre el estado de salud del cliente, lo cual; evita el trato aislado de cada uno de los problemas detectados al momento de la estructuración de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Mediante el diagnóstico y la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas, la enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos, así como experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.

Diagnóstico de enfermería es un problema de salud o real, que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo y que las personas son responsables de identificar y tratar independientemente.

*Problemas interdependientes:* es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo a un traumatismo, enfermedad, estudios diagnósticos o modalidades terapéuticos que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico. Un diagnóstico enfermero debe contener el formato PES (problema, su etiología, signos y síntomas) que aplica el principio básico de identificar el problema, su etiología y añade el concepto de validación.

En cuanto esté segura de que la información que ha recopilado es correcta, puede analizarla. Esto significa que debe estudiar los datos obtenidos en relación con los siguientes objetivos:

- ❖ Identificar los problemas/diagnóstico de enfermería reales o potenciales.
- ❖ Identificar el estilo de vida habitual del paciente y su forma de afrontar los problemas.
- ❖ Identificar la causa, o etiología, de tales problemas
- ❖ Determinar que problemas pueden ser tratados de forma independiente por la enfermera y cuales requieren que ésta busque asesoramiento o dirección por parte de otros profesionales del cuidado de la salud, en general el médico.

### 2.3.7. PLANIFICACIÓN.

Una vez identificados, o diagnósticos, los problemas, estará en condiciones de sentarse a hablar con el paciente y elaborar un plan de acción que tienda a reducir o eliminar dichos problemas y promover la salud. Este plan de actuación debe incluir los siguientes aspectos:

*Establecimiento de prioridades.* Es decir que problemas son los más importantes y, por consiguiente, han de abordarse en primer lugar.

*Fijación de objetivos.* Exactamente, qué se pretende conseguir y cuándo.

*Prescripción de actividades de enfermería.* Ha de decidir qué acciones de enfermería/ actividades del paciente ayudaran a alcanzar los objetivos que ambos, usted y el enfermo hayan preestablecido.

### 2.3.8. EJECUCIÓN.

Ahora es el momento de llevar a la práctica el plan esto supone las siguientes actividades:

- Seguir recopilando información acerca del paciente para determinar si han aparecido nuevos problemas y como responde el enfermo a sus acciones.
- Llevar a cabo las actividades y acciones de enfermería prefijas durante la fase de planificación.
- Registrar (anotar en el dossier) y comunicar el estado de salud y la respuesta del paciente a las actividades de enfermería. Usted no permanecerá las 24 horas de día con el enfermo, por consiguiente, las demás enfermeras han de conocer el plan de cuidados.

Consiste en decir si el plan es efectivo debe realizar algún cambio en el mismo por lo que es conveniente consultar al cliente, familia y comunidad. Es la cuarta etapa del proceso de enfermería, inicia al finalizar la elaboración de los planes de atención está caracterizado por la puesta en práctica de todas las intervenciones de enfermería establecidas.

Son tres fases las que confirman: preparación, intervención y documentación.

- Preparación: antes de aplicar un plan de cuidados de enfermería se debe hacer un repaso general de las actividades a realizar analizando los conocimientos y habilidades requeridas para la ejecución de procedimiento, así como las posibles complicaciones que se puedan presentar, es necesario reunir todo el material y equipo necesario favoreciendo un ambiente seguro para el cliente.
- La intervención: inicia a la fase de preparación, donde se desarrollan las actividades de enfermería e independiente de acuerdo a lo planeado.

- La documentación: es el registro de cada cuidado proporcionado, así como de los resultados obtenidos. Las notas de enfermería constituyen el registro legal permanente para todas las instituciones de salud.

#### 2.3.9. EVALUACIÓN.

Es la última etapa del proceso de enfermería, tiene presente la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución. La evaluación como proceso continuo formal, incluye la recolección de datos sobre el estado de salud actual del cliente, comparación de resultados con objetivos establecidos y revisión del cliente para detectar cambios en las respuestas humanas y fisiopatologías (teniendo presente que la valoración incluye la entrevista y el examen físico).<sup>21</sup>

### 2.4. PROPUESTA TEORICA DE VIRGINIA HENDERSON

#### 2.4.1 DATOS BIOGRAFICOS DE HENDERSON

The Nurse of Nursing señala los primeros trabajos de Henderson: De Annie W. Goodrich, recordaba la exaltación de las reflexiones por encima de la técnica y el trabajo rutinario, también la atribuyó a su primera discrepancia con el cuidado de la paciente reglamentaria y la idea de enfermería como complemento de la medicina. Carolina Stackpole imprimió en Henderson la idea de la importancia de mantener el equilibrio fisiológico.

El psicólogo E. THorndike influyó con su idea que la enfermedad es un estado patológico y que las necesidades básicas no se satisfacen en su mayoría en el hospital. El Dr. George Deaver observo que el objetivo del esfuerzo de rehabilitación en el instituto es recuperar la independencia del paciente.

Henderson revisó el textbook of the principales and practice of Nursing y coincidió en que la enfermería se centra en la necesidad de la humanidad.

A partir de la teoría Bernard, Henderson describe su punto de vista sobre la relación entre la medicina psicopática y la enfermería, diciendo que era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico después de haber



reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares.

#### 2.4.2 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson, incorporo los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería, las define como la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario.

Hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible. Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al cliente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un proceso de enfermería, elaborado en base de las necesidades detectadas del cliente.

Un modelo conceptual es una representación esquemática de algún aspecto de la realidad. Los modelos se agrupan en dos grandes clasificaciones:

- Modelo teórico: son representaciones del mundo real, expresado en signos lingüísticos y matemáticos.
- Modelo de enfermería: es el conocimiento de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que han generado en enfermería para explicar su identidad y el objetivo de su práctica. Es esencial la aplicación de modelos conceptuales de enfermería, pues en sobremanera a lograr la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación. Asimismo determina los provistos de la práctica, la educación y la investigación en el campo de enfermería.

El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teorías, en el grupo de Enfermería humanística, porque se considera a la enfermería como un arte y una ciencia.<sup>22</sup>

### 2.4.3 PRINCIPALES CONCEPTOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Dentro de las publicaciones de Henderson los supuestos que incluyó en su teoría fueron los siguientes:

- Enfermería cual conceptualizo: la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad, conocimiento necesario, haciendo de tal modo que se le facilite en consecución de independiente lo más rápidamente posible.
- *Independencia*: capacidad de la persona para satisfacer sus necesidades por sí misma, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.
- *Dependencia*: incapacidad de la persona para satisfacer sus necesidades de manera total, parcial, temporal y permanente.
- Menciona que la enfermera(o) es y debe ser legalmente una profesional independiente, capaz de emitir juicios independientes, considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Ubica estos cuidados en 14 necesidades básicas del cliente, que abarca todas las posibles funciones de la enfermera.
- Persona: el cliente es una persona que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. El cliente debe mantener el equilibrio fisiológico y emocional. Porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables, la persona es capaz de aprender durante toda su vida, el cliente y su familia conforman una unidad.<sup>23</sup>
- *Salud*: Virginia Henderson la determina como un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad por lo tanto es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades.
- *La salud* es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano (es la salud la habilidad del cliente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas del cuidado de la enfermería).

- *Las causas de dificultades:* son los obstáculos o limitaciones personales del cliente o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Henderson clasifica:

- *Falta de fuerza:* la dependencia proviene que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física sino también de fuerza moral, para tomar decisiones o comprometerse es las acciones necesarias para conservar y recuperar la salud.
- *Falta de voluntad:* esta se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.<sup>24</sup>

#### 2.4. ROLES DE ENFERMERÍA.

Un rol es un modelo de comportamiento esperado de los individuos en situaciones sociales específicas. Un rol especializado es aquel que la enfermera asume en virtud de la formación y experiencia que posee. La enfermera que asume un papel específico desarrolla en mayor grado sus responsabilidades y aumenta su independencia. Los enfermeros están ampliando sus roles tanto en el ámbito hospitalario como el extra hospitalario.

En la práctica, la enfermera trabaja en una variedad de roles que no se excluyen entre sí, en la realidad; frecuentemente aparecen juntos. Los roles sirven para valorar las actividades de la enfermera e incluyen afecto comunicador, ayudante, maestro, consejero, agente del cambio, líder, director e investigador.

Según esta concepción de los cuidados enfermeros el rol esencial de la enfermera es el de suplencia: consiste en asistir a la persona que no puede satisfacer por sí mismo sus necesidades y ayudarla a recuperar su independencia y autonomía trate a sus necesidades.

La autora también escribe en resumen que toda persona tiende a la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales, y si el rol inmediato es ayudar a la persona a satisfacerlas más largo plazo, consiste en fortalecerle a conservar y a recuperar un nivel óptimo de independencia para llegar a ello.

El nivel de independencia de la persona enferma en ocasiones bajo; pero a pesar de todo, hay que permitir hacer aquello de lo que es capaz. Hay que respetar lo suficiente su capacidad de ser independiente (lo que implica autonomía y autodeterminación), permitir que tenga iniciativa, y realice alguna actividad por sí misma y tome decisiones.

El Petit Larousse define la independencia como la característica de una persona capaz de ejercer libremente su actividad, sin depender de otro, capaz de ser autónoma. La autonomía según el diccionario significa independencia, posibilidad de decidir por uno mismo, mientras que la autodeterminación es la capacidad de determinarse, es decir a actuar, a tomar una determinación una decisión.

Necesidad, se puede definir como una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual. Más adelante se define como una fuerza natural y a menudo inconsciente que impulsa a un ser lo que es indispensable o útil para su existencia su conservación o su desarrollo.

El concepto de independencia es el elemento central de este modelo conceptual. Cuando se trata de un enfermo, consiste en satisfacer por sí mismo cualquiera de sus necesidades. Después de haber reconocido los problemas de dependencia, hay que planificar acciones dirigidas a atajarlos.

En este modelo la independencia adquiere un sentido ligeramente distinto del que tiene habitualmente. En efecto, cuando **se habla de dependencia de los somníferos, de los laxantes o de las drogas**, por ejemplo, se trata de una habituación de efecto psicológico de estas sustancias.<sup>19</sup>

#### 2.4.5. 14 NECESIDADES BASICAS

**Necesidades humanas básicas:** son requisitos fisiológicos, patológicos y sociales fundamentales del hombre para mantener su equilibrio interno y con su entorno. Son necesidades comunes en todos los seres humanos sanos o enfermos.

Henderson identifica 14 necesidades básicas que son componentes del cuidado enfermero; la enfermera ayuda al cliente a satisfacer estas necesidades fundamentales de orden Biopsicosocial y Espiritual.

Las 14 necesidades básicas de Henderson son muy similares a las de Maslow

- De la 1 a la 7 están relacionadas con las fisiológicas.
- De la 8 a la 9 con la seguridad.
- La 10 está relacionada con la autoestima la 11 con el efecto y la pertenencia.
- De las 12 a la 14 con la autorrealización.

Considerando las 14 necesidades de forma conjunta un enfoque holístico de la enfermería.<sup>25</sup>

### **1. Necesidad de Respirar normalmente.**

Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos (respiración interna).

Aporte esencial de oxígeno

Difusión de gases a nivel pulmonar

Intercambio a nivel celular

Expulsión de gas carbónico y de vapor de agua

### **2. Necesidad Comer y beber adecuadamente.**

Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.

El ser humano está en un continuo proceso de absorción de las sustancias nutritivas que sirven para el funcionamiento de su organismo y de eliminación de los residuos producidos. Este fenómeno incluye la ingestión la digestión y la asimilación de los líquidos y alimentos que permiten al organismo mantenerse en buen estado y renovar su energía.

### **3. Necesidad de Eliminación.**

Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas y los residuos producidos por el metabolismo. La necesidad de eliminar comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor la menstruación y los loquios.

Debe haber un equilibrio entre lo que el organismo absorbe y lo que expulsa en forma de residuos. Este fenómeno contribuye al equilibrio global de la persona, llamado homeostasia (mantenimiento en un valor normal de las diferentes constantes del organismo).

#### **4. Necesidad Moverse y mantenerse posturas adecuadas.**

Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso. La postura adecuada consiste en una correcta alineación de los segmentos corporales para asegurar la circulación y el confort.

El movimiento es un acto voluntario desencadenado por el cerebro. El impulso nervioso se transmite por el sistema nervioso que, a través de la placa motora, entra en contacto con el tejido muscular y comunica el impulso que desencadena el movimiento.

#### **5. Necesidad de Dormir y descansar.**

Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.

Nuestro organismo funciona por término medio alternado 16 horas de vigilia y 8 horas de sueño. El control del sueño y de despertar está regido por un mecanismo situado en el tronco encefálico y la formación reticular. Dicho mecanismo constituye nuestro reloj biológico. El sueño comprende cinco fases tales como: no-Rem y NREM entre otras de una duración total de 90 minutos aproximadamente.

#### **6. Necesidad Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.**

Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima de las normas sociales del decoro y de los gustos personales.

El cuerpo humano tiene la necesidad de estar protegido contra el frío el viento, la humedad, el calor, los rayos ultravioletas y las inclemencias del tiempo. El vestido, el calzado, los sombreros, medias, guantes, etc. aseguran esta protección.

## **7. Necesidad de mantener la temperatura dentro de los límites normales adecuado la ropa y modificando el entorno.**

Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

La temperatura corporal está asegurada por un mecanismo de termorregulación situado en el hipotálamo. Este centro de funciones como un termostato: recibe su información de los receptores térmicos cutáneos, que reaccionan al frío y el calor. Este mecanismo es extremadamente importante, puesto que permiten al organismo adaptarse a las variaciones de temperatura. La temperatura normal es de 37 °C, pero en las personas mayores varía de 36 a 36.5 °C. temperaturas centrales inferiores a 24 °C y superiores a 44 o 45 °C son incompatibles con la vida.

## **8. Necesidad Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.**

Necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e inteligencia de la piel y del conjunto del aparato tegumentario (tejidos que cubren el cuerpo).

La piel constituye la envoltura del organismo. Se transforma en mucosas para tapizar los orificios de los aparatos respiratorios, digestivos (boca nariz y urogenital (uretra, vagina, ano) la piel y (bellos cabellos y uñas etc.) forman el aparato tegumentario, que asegura la protección contra la invasión microbiana y permite la termorregulación y la erección de algunos desechos del organismo.

## **9. Necesidad de Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.**

Necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas y externas con el fin de mantenerse su integridad física y mental.

A lo largo de la vida, numerosas agresiones amenazan la integridad de la persona. Para satisfacer la necesidad de protegerse, es necesario poder ejercer

un cierto control sobre uno mismo y sobre el entorno a fin de prevenirse o defenderse de los peligros. En tal caso, los mecanismos requeridos son, por ejemplo, el sistema inmunitario adquirido en ciertas enfermedades, la vacunación y la fuerza física. Las medidas preventivas, como una alimentación sana, higiene adecuado, un régimen de vida equilibrado (trabajo, ocio, sueño) la utilización apropiada de determinados mecanismos de adaptación y existencia de una red de parientes y amigos, que son también esenciales.

#### **10. Necesidad de Comunicarse con los demás expresando emociones necesidades, temores u opiniones.**

Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad.

La comunicación es esencial para el equilibrio del ser humano. Se trata de un proceso verbal que permite entrara en relación con el prójimo e intercambiar sentimientos, opiniones, experiencias e información. Esta importante necesidad del ser humano se manifiesta desde la infancia hasta la vejez.

El ejercicio y la sexualidad se integran también en este proceso de apertura al otro y puede constituir un vínculo importante entre los seres humanos.

#### **11. Necesidad de Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.**

Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que están de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que le convengan o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

Una creencia es una convicción profunda en cualquier campo: la salud la política, la religión. Se relaciona con valores, lo que significa que concede importancia a ciertas cosas (como sentimiento el amor y la libertad) que orientan el comportamiento. Los valores son diferentes de la fe que es una creencia absoluta en un ser superior, en una persona o en un sistema.

#### **12 Necesidad de Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.**

Necesidad de realizar acciones que permiten a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que dispone para asumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.



Esta necesidad está ligada a la evolución de la persona a lo largo de su crecimiento. Afecta al desarrollo de la autonomía, a la voluntad de realizar cosas por sí misma, los diferentes roles que le correspondan según su sexo y edad y de desempeñar las tareas propias de los diferentes estadios de su desarrollo (rol de estudiantes, de trabajador de esposo, de padre o de miembro de una comunidad).

A este rol se añade el del enfermo, impregnado de sumisión a la indicación terapéutica y de voluntad de colaborar con el tratamiento para curarse.

### **13. Necesidad Participar en actividades recreativas.**

Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversiones.

Para conservar su equilibrio, la persona debe repartir equitativamente el trabajo, el sueño y el tiempo de ocio. La necesidad de distraerse completa las necesidades de comunicarse y de preocuparse de la propia realización; aporta un matiz especial al desarrollo personal del ser humano. Favorece las relaciones humanas, la expresión personal, la iniciativa, la creatividad y el crecimiento de la cultura personal.

### **14. Necesidad de Aprendizaje.**

Necesidad del ser humano a adquirir conocimiento sobre sí mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados. La necesidad de aprender afecta a todas las demás necesidades, puesto que para satisfacerlas de manera adecuada la persona debe recibir a menudo información.<sup>19</sup>

## **2.5 SANGRADO TUBO DIGESTIVO ALTO.**

### **Hemorragia de vías digestivas.**

Loren Laine

La hemorragia de vías digestivas (*gastrointestinal*, GI) puede manifestarse de cinco formas. La *hematemesis* es el vómito de sangre roja o "en posos de café". La

*melena* se caracteriza por heces malolientes y negras de aspecto similar al alquitrán.

La *hematoquezia* es la evacuación de sangre de color rojo vivo o granate por el recto. Las *pérdidas ocultas de sangre en el aparato digestivo (GI bleeding, GIB)* pueden descubrirse con un análisis de sangre oculta en heces o por la presencia de deficiencia de hierro. Por último, a veces los pacientes presentan sólo *síntomas de anemia o de pérdida de sangre*, como mareo, síncope, angina de pecho o disnea.

## CAUSAS DE HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS

**Hemorragias de vías digestivas altas.** En Estados Unidos y en Europa la incidencia anual de hospitalizaciones por pérdida oculta de sangre en las vías digestivas altas (*upper GIB, UGIB*) es cercana a 0.1%, con mortalidad de 5 a 10%. No es frecuente que aquéllos mueran exangües; suelen fallecer por la descompensación de enfermedades subyacentes.

En los pacientes menores de 60 años que no padecen neoplasias malignas ni insuficiencia funcional de ningún órgano, la mortalidad es <1%. Entre los factores clínicos independientes que señalan peligro de muerte en pacientes hospitalizados por recurrencia de hemorragia de vías digestivas altas son: senectud, coexistencia de otras enfermedades y deterioro hemodinámica (taquicardia o hipotensión).

Las úlceras pépticas son la causa más frecuente de UGIB, y explican incluso 50% de los casos, en promedio; una proporción cada vez mayor proviene del consumo de antiinflamatorios no esteroideos (*nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAID*), en tanto que ha disminuido la prevalencia de ataque de *Helicobacter pylori*.

Los desgarros de Mallory-Weiss causan 5 a 10%, o incluso 15% de los casos. El porcentaje de pacientes que sangran a causa de las varices oscila entre 5 y 30%, aproximadamente, según la población estudiada. Es frecuente que la gastropatía erosiva o hemorrágica [p. ej., causada por fármacos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID) o por alcohol y la esofagitis erosiva produzcan UGIB leves, pero rara vez son importantes.

*Úlcera péptica.* Además de las manifestaciones clínicas, las características de la úlcera en la endoscopia también son datos importantes para el pronóstico. Hasta 33% de los pacientes con hemorragias activas o con un vaso visible que no sangra

volverá a sangrar y necesitará una intervención urgente si sigue un tratamiento conservador.

Estos pacientes mejoran claramente si se tratan por vía endoscópica con electrocoagulación bipolar, sondas de calor, o con inyecciones esclerosantes (p. ej., de alcohol absoluto, adrenalina al 1:10 000), con lo que disminuyen las hemorragias, la permanencia hospitalaria, las tasas de mortalidad y los costos. En cambio, en los pacientes con una úlcera de base limpia, la posibilidad de que repitan las hemorragias es casi nula.

Si no hay otra razón para la hospitalización, estos pacientes deben ser dados de alta el mismo día de su ingreso en el hospital, una vez estabilizada su situación. Los pacientes en los que el fondo de la úlcera contiene sangre deben permanecer hospitalizados durante tres días, puesto que la mayor parte de las hemorragias recidivantes se producen durante ese periodo.

Los datos de estudios comparativos aleatorizados corroboran que la venoclisis constante de un inhibidor de bomba de protones (*protón pump inhibitor*, PPI) (en altas dosis, como 80 mg de omeprazol en bolo rápido y 8 mg/h en goteo) planeado para conservar el pH intragástrico por arriba de 6 y mejorar la estabilidad del coágulo, disminuye nuevas crisis hemorrágicas (pero no la mortalidad) en sujetos con úlceras de alto riesgo (hemorragia activa, un vaso visible no sangrante o un coágulo adherido), incluso después de terapéutica endoscópica apropiada.

El comienzo del tratamiento desde la primera visita al médico en todos los pacientes de UGIB no mejora significativamente el pronóstico, como serían nuevas hemorragias, transfusiones o mortalidad, en comparación con el hecho de comenzar el tratamiento sólo cuando se identifiquen en el momento de la endoscopia úlceras de alto riesgo.

CUADRO 42-1 ORÍGENES DE HEMORRAGIA EN ENFERMOS HOSPITALIZADOS POR HEMORRAGIA DE LA PORCIÓN ALTA DE VÍAS GI DE 2000-2002

Origen de la hemorragia	Proporción de pacientes
Úlceras	31-59
Varices.	7-20
Desgarros de Mallory - Weiss.	4-8
Erosiones gastroduodenales.	2-7
Esofagitis serosa.	1-13
Neoplasias.	2-7

Ectas vasculares.	0-6
Causa no identificada.	8-14

*Fuente:* C o n autorización de M Van Leerdam et al: Am J Gastroenterol 98:1494,2003; DM Jensen et al: Gastrointest Endosc 57-AB147,2003; KC Thomopoulos et al: Eur J Gastroenterol Hepatol 16:177,2004; F Di Fiore et al: Eur J Gastroenterol Hepatol 17:541,2005

Cerca de 33% de los pacientes con hemorragia ocasionada por úlcera vuelven a sangrar en un periodo de uno a dos años. La profilaxis de las nuevas hemorragias se dirige a los tres factores patogénicos principales de la úlcera: *Helicobacter pylori*, los NSAID y el ácido estomacal.

Cuando se elimina *H. pylori* en los pacientes con úlceras hemorrágicas disminuyen extraordinariamente las recidivas de la hemorragia a <5%. Si un paciente que toma NSAID presenta una úlcera hemorrágica hay que interrumpir su consumo, siempre que sea posible. Si es necesario continuar el uso de antiinflamatorios no esteroideos, el tratamiento inicial debe incluir un inhibidor de la bomba de protones. Las estrategias preventivas a largo plazo para disminuir la frecuencia de úlceras relacionadas con NSAID incluyen utilizar un inhibidor selectivo de la ciclooxigenasa 2 (COX-2) o agregar otras coadyuvantes a los NSAID tradicionales.

Las medidas adicionales eficaces son PPI y misoprostol, pero los primeros se utilizan más comúnmente porque se administran con menor frecuencia (una vez al día) y tienen menos efectos adversos (como la diarrea).

Sin embargo, la administración de un PPI complementario o de un coxib solos se acompañan de un índice anual de repetición de hemorragia cercano a 10% en sujetos de alto riesgo (p. ej., una úlcera sangrante reciente). La combinación de coxib e PPI permite la disminución significativa en úlceras y de hemorragia repetitiva y debe utilizarse en individuos de riesgo altísimo.

Las personas con úlceras sangrantes sin relación con *H. pylori* o NSAID deben recibir indefinidamente dosis completas de antsecretorios.

**DESGARROS DE MALLORY-WEISS.** Los datos clásicos en el interrogatorio consisten en vómito, arcadas o tos, seguidos de hematemesis, ante todo en los sujetos alcohólicos.

La hemorragia debida a estos desgarros, que suelen aparecer en la vertiente gástrica de la unión gastroesofágico, en 80 a 90% de los casos se cohibe espontáneamente y reaparece sólo en 0 a 7%.

El tratamiento endoscópico resulta eficaz durante la fase de hemorragia activa. En ciertos casos se requiere angiografía terapéutica con goteo endoarterial de vasopresina o embolización, y tratamiento quirúrgico con sobrehilado del desgarró. Los desgarros de Mallory *VARICES ESOFÁGICAS*.

Los pacientes con hemorragia de varices tienen peor pronóstico que los que sangran por otras causas. El tratamiento endoscópico realizado en ese momento disminuye la repetición de las hemorragias, y las sesiones endoscópicas repetidas para suprimir las varices disminuyen en grado considerable la reaparición de la hemorragia y la mortalidad.

La técnica más idónea es la ligadura endoscópica de las varices esofágicas, porque la hemorragia reaparece menos veces, la mortalidad disminuye, hay menos complicaciones locales, y se necesitan menos sesiones terapéuticas para erradicar las varices, que con la escleroterapia.

El octreótido (administración IV rápida de 50 pg. o 50 pg. /H en venoclisis durante dos a cinco días) es útil en el control de la hemorragia aguda si se utiliza en combinación con la terapia endoscópica.

También son eficaces otros agentes vaso activos como la somatostatina y la terlipresina que no se distribuyen en Estados Unidos. Se recomienda, asimismo, la antibioticoterapia (como las quino lonas) en individuos con cirrosis cuyo cuadro inicial es UGIB, porque los antibióticos disminuyen en tal población las infecciones bacterianas y la muerte. A largo plazo, la administración de bloqueadoras betas no selectivos disminuye la hemorragia repetitiva por varices esofágicas.

Se recomienda la administración de bloqueadores beta durante largo tiempo y además la ligadura por endoscopia para evitar la repetición de las hemorragias en varices esofágicas. En individuos que muestran hemorragia persistente o repetitiva a pesar de las medidas endoscópicas y médicas está justificada la terapia más penetrante.

La derivación portosistémica intra hepática trans yugular (*transjugular intrahepatic portosystemic shunt*, TIPS) disminuye la posibilidad de nueva hemorragia, con mayor eficacia que la terapia endoscópica, aunque con ella es más común la encefalopatía hepática y los índices de mortalidad son similares.

Muchos individuos a quienes se ha practicado TIPS muestran estenosis de la derivación en término de uno a dos años y necesitan una nueva intervención para conservar el libre tránsito por los conductos, aunque el empleo de endo prótesis "recubiertas" al parecer ha disminuido en grado importante la disfunción de tal dispositivo, cuando menos en el primer año.

Los datos de una comparación aleatorizados de TIPS y derivación esplenorrenal distal en la cirrosis de clase A o B de Child-Pugh, en que había hemorragia refractaria de varices no indicaron diferencia significativa en el índice de nueva hemorragia, encefalopatía o supervivencia, pero hubo un índice mucho mayor de nuevas intervenciones operatorias después de TIPS (82 en comparación con 11%).

En consecuencia, la TIPS es más adecuada en individuos con hepatopatía más grave y en quienes se prevé en lo futuro la posibilidad de trasplante. Los sujetos con cirrosis menos intensa y compensada necesitarán menos re intervenciones con la cirugía des compresiva, aunque hay que pensar también en los mayores riesgos iniciales de la intervención.

La hipertensión porta también origina las hemorragias por varices gástricas, varices ectópicas situadas en el intestino delgado y el colon, y las de la gastropatía y la entero colopatía hipertensiva.

***GASTROPATÍA (GASTRITIS HEMORRÁGICA Y EROSIVA).*** Gastropatía o gastritis hemorrágica y erosiva es la denominación utilizada para designar a las hemorragias y erosiones subepiteliales que se identifican en la endoscopia.

Se trata de lesiones de la mucosa y que por tanto no producen hemorragias importantes. Aparecen en varias situaciones clínicas, siendo las más importantes la ingestión de NSAID o de alcohol, y el estrés. Cerca de 50% de los pacientes que ingieren prolongadamente NSAID tienen erosiones (15a 30% sufren úlceras), y 20% de los alcohólicos bebedores activos que tienen síntomas de UGIB presentan signos de hemorragia o de erosiones subepiteliales.

Las lesiones de la mucosa gástrica relacionadas con el estrés sólo aparecen en pacientes muy graves, como los que han sufrido traumatismos intensos, intervenciones de cirugía mayor, quemaduras de extensión superior a un tercio de la superficie corporal, enfermedades intracraneales graves o alguna otra enfermedad importante (dependencia de un ventilador mecánico, coagulopatías).

Es probable que las hemorragias no sean importantes, salvo que existan úlceras. La mortalidad de estos pacientes es bastante alta, dada la gravedad de la enfermedad subyacente.

La incidencia de hemorragias en las úlceras o en las lesiones de la mucosa gástrica relacionadas con el estrés ha disminuido mucho en los últimos años, tal vez debido a los mejores cuidados prestados a los pacientes gravemente enfermos.

La profilaxis farmacológica de las hemorragias puede estar indicada en esos pacientes de alto riesgo. Datos de innumerables estudios corroboran la eficacia de los antagonistas intravenosos de receptor H<sub>2</sub>, que son más eficaces que el sucralfato, pero no mejores que la suspensión de PPI de liberación inmediata, a través de sondas nasogástricas. Las medidas profilácticas disminuyen la posibilidad de hemorragia, pero no el índice de mortalidad.

Otras causas menos frecuentes de UGIB son la duodenitis erosiva, las neoplasias, las fístulas aorta intestinales, las lesiones vasculares [como la telangiectasia hemorrágica hereditaria (de Osler-Weber-Rendu) y las ectasias vasculares del antro gástrico ("estómago en sandía cortada")], la lesión de Dieulafoy (en la que un vaso anómalo de la mucosa sangra por un punto defectuoso de ésta), la gastropatía de prolapso (prolapso del estómago proximal en el esófago provocado por los esfuerzos del vómito, ante todo en los alcohólicos), y la hemobilia y la hemorragia del colédoco o del conducto pancreático.

### **Hemorragias del intestino delgado.**

Los cuadros causantes de hemorragia del intestino delgado (hemorragias fuera del alcance del endoscopio estándar de vías altas) son difíciles de diagnosticar y explican la mayor parte de los casos de hemorragia digestiva de causa desconocida.

Afortunadamente, las hemorragias del intestino delgado no son frecuentes. Las causas más comunes son las ectasias vasculares y los tumores (p. ej., adenocarcinoma, leiomioma, linfomas, pólipos benignos, tumores carcinoides, metástasis y lipomas).

Otras causas menos frecuentes son la enfermedad de Crohn, las infecciones, la isquemia, la vasculitis, las varices, los divertículos, el divertículo de Meckel, los quistes de duplicación y la invaginación.

Los NSAID inducen erosiones y úlceras de intestino delgado y pudieran ser una causa relativamente frecuente de GIB crónica de origen impreciso; los coxib inducen la lesión de dicha zona intestinal con menor frecuencia que los NSAID tradicionales.

El divertículo de Meckel es la causa más frecuente de GIB bajas (*lower GIB*, LGIB) de cuantía importante en los niños y su frecuencia disminuye con la edad. En los adultos menores de 40 a 50 años, los tumores del intestino delgado son los que más veces producen hemorragias de origen desconocido en las vías digestivas, mientras que en los pacientes mayores de 50 a 60 años la causa más común son las ectasias vasculares.

En lo posible, las ectasias vasculares deben tratarse por vía endoscópica. Se deben operar las ectasias vasculares localizadas en un único segmento del intestino delgado cuando ha sido ineficaz el tratamiento endoscópico. Se han utilizado compuestos de estrógeno-progesterona para tratar ectasias vasculares, pero en una investigación con estudio doble no se consiguió evitar la hemorragia recidivante. Las lesiones aisladas, como tumores, divertículos o duplicaciones, suelen tratarse con ablación quirúrgica.

### **Hemorragias del colon.**

La incidencia de hospitalizaciones por LGIB es unas cinco veces menor que en las UGIB. La causa más frecuente de LGIB son probablemente las hemorroides; las fisuras (grietas) anales también producen pequeñas hemorragias y dolor.

Si se excluyen a estos cuadros locales del ano, que rara vez requieren hospitalización, las causas más frecuentes de LGIB en los adultos son los divertículos, las ectasias vasculares (en particular en el colon proximal de los pacientes >70 años), las neoplasias (pólipos adenomatosos y adenocarcinoma) y las colitis, especialmente la enteropatía inflamatoria idiopática o infecciosa, aunque a veces también la colitis isquémica o la inducida por la radiación.

Son causas menos frecuentes la hemorragia postpolipectomía, el síndrome de la úlcera rectal solitaria, las úlceras o la colitis inducida por los NSAID, otras neoplasias, los traumatismos, las varices ectópicas (casi siempre rectales), la hiperplasia nodular linfoide, las vasculitis y las fístulas aortocólicas.

En los niños y los adolescentes, las causas más frecuentes de hemorragia importante del colon son la enteropatía inflamatoria y los pólipos juveniles.



La hemorragia de los divertículos es de comienzo repentino, suele ser indolora, a veces masiva, y con frecuencia procede del hemicolon derecho; no surgen de manera característica pequeñas hemorragias ni sangre oculta en heces.

Los informes clínicos indican que en los divertículos hemorrágicos del colon la hemorragia se cohibe espontáneamente en cerca de 80% de los casos, y reaparece en 20 a 25%.

Con la vasopresina o la embolización endoarterial por una técnica súper selectiva se logrará cohibir la hemorragia en la mayoría de los enfermos. Si persiste o reaparece tal problema, conviene la ablación quirúrgica segmentaria.

La hemorragia de las ectasias vasculares del hemi colon derecho en los ancianos puede ser evidente u oculta; a veces es crónica y sólo de manera ocasionales hemodinámica mente importante.

La hemostasia por vía endoscópica puede ser eficaz para tratar las ectasias vasculares, al igual que las hemorragias aisladas de una úlcera o las que siguen a una polipectomía, mientras que la polipectomía endoscópica se emplea para tratar, si es posible, los pólipos hemorrágicos del colon.

En general, el tratamiento quirúrgico es necesario cuando hay hemorragias profusas, continuas o recidivantes procedentes de diversas lesiones del colon, que no pueden resolverse con tratamiento médico o endoscópico.

## **DIFERENCIACIÓN ENTRE LA UGIB Y LA LGIB.**

La hematemesis indica que el origen de la GIB es alto (por encima del ligamento de Treitz). La melena indica que hubo sangre derramada en el tubo digestivo por lo menos durante 14 h. Por tanto, cuanto más proximal esté situado el punto de hemorragia, más probable es que haya melena.

La hematoquezia suele depender de GIB procedente de un sitio más bajo, aunque también una lesión alta puede sangrar tan rápidamente que la sangre no permanezca el tiempo suficiente en el intestino para asumir la forma de melena.

Cuando la hematoquezia es la primera manifestación de una UGIB, conlleva deterioro hemodinámico y de descenso del nivel de hemoglobina. Las lesiones hemorrágicas del intestino delgado pueden causar melena o hematoquezia. Otras pistas que orientan a la UGIB son los ruidos intestinales intensos y la elevación del

nitrógeno de urea sanguínea, que se produce al disminuir la volemia y absorberse las proteínas sanguíneas derramadas en el intestino.

La aspiración nasogástrica extrae material sin sangre incluso en 18% de los casos de las UGIB (casi siempre de origen duodenal). Cuando ese material está teñido de bilis no es posible excluir una lesión pos pilórica hemorrágica, ya que se sabe que en 50% de los casos, aproximadamente, detectar bilis en el material aspirado no es fidedigno. Las pruebas de hemorragia oculta que se realizan con el material de aspiración en el que no existe sangre macroscópica, carecen de valor clínico.

## **EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LOS PACIENTES CON GIB. GIB ALTA.**

Es raro que los datos de la anamnesis y la exploración física permitan identificar el origen de una GIB. La endoscopia alta es la técnica más indicada en los pacientes con UGIB y debe realizarse urgentemente si hay inestabilidad hemodinámica (hipotensión, taquicardia o modificaciones de la frecuencia cardíaca o de la presión arterial con los cambios de postura).

Cuando la hemorragia es más leve también debe efectuarse tempranamente endoscopia sistemática, para poder tomar decisiones terapéuticas acertadas.

Los pacientes con hemorragias importantes y con datos endoscópicos de alto riesgo (varices, úlceras con hemorragia activa, o un vaso visible) mejoran con la hemostasia endoscópica y, en cambio, se puede dar de alta a los que tienen lesiones de escaso riesgo (p. ej., úlceras de base limpia, desgarros de Mallory-Weiss que no sangran, gastropatía erosiva o hemorrágica), si sus cifras de hemoglobina y sus constantes vitales se mantienen estables, y no tienen otros problemas médicos.

### **Hemorragia de vías digestivas bajas (LGIB).**

En sujetos con hematoquezia e inestabilidad hemodinámica se efectuará endoscopia de la porción superior de las vías digestivas, para descartar hemorragia en ellas antes de investigar la porción inferior.

Cuando se sospecha la presencia de hemorragia de vías bajas puede efectuarse sigmoidoscopia en fase temprana, para detectar algunas lesiones bien definidas en la porción inferior.

Sin embargo, el procedimiento se dificulta cuando hay hemorragia incoercible, por lo que a menudo no es posible identificar el punto de origen. La sigmoidoscopia resulta más útil en pacientes menores de 40 años con hemorragias poco importantes.

En pacientes con LGIB, la técnica más conveniente es los colonos copia tras la administración de una solución de lavado por vía oral, salvo cuando la hemorragia es demasiado abundante, o cuando la sigmoidoscopia ha descubierto ya una lesión evidente que sangra activamente.

La gammagrafía con eritrocitos marcados con tecnecio-99m ( $^{99m}\text{Tc}$ ) genera imágenes repetidas durante un periodo de hasta 24 h y es capaz de identificar la ubicación aproximada de la hemorragia. Sin embargo, las gammagrafías con radionúclidos deben ser interpretadas con cautela, porque sus resultados son muy variables.

Cuando una lesión de la zona baja del tubo digestivo está sangrando en ese momento, la angiografía puede detectar el punto sangrante (al demostrar la extravasación del medio de contraste y su paso a la luz intestinal), y también permite tratar la hemorragia, junto con goteo intraarterial de vasopresina o embolización.

Aun después de cohibirse la hemorragia, la angiografía permite identificar las lesiones que poseen vascularización anormal, como las ectasias vasculares o los tumores.

### **GIB de origen impreciso.**

La GIB de origen impreciso se define como la hemorragia persistente o repetitiva de la cual no se ha identificado alguna causa por medio de estudios rutinarios endoscópicos y radiográficos con contraste; pudiera ser manifiesta (como melena o hematoquezia) u oculta. Por lo común la etapa siguiente es la práctica de enteroscopia "anterógrada" con un enteroscopio especial o una colonoscopia pediátrica para revisar todo el duodeno y parte del yeyuno. Por medio de la técnica mencionada es posible identificar sitios de probable hemorragia en 20 a 40% de los sujetos con GIB de origen indeterminado.

La endoscopia con video cápsula que permite la revisión endoscópica de todo el intestino delgado mejora la identificación diagnóstica en casos de GIB de origen indeterminado: en una revisión sistemática de 14 estudios en que se compararon la enteroscopia "anterógrada" con la técnica de cápsula se advirtió que ambas

generaron "hallazgos clínicamente significativos" en 26 y 56% de los pacientes, respectivamente. Sin embargo, la falta de control de la cápsula impide su manipulación y la visualización completa del intestino; además, con esta técnica no se pueden obtener fragmentos de tejido y tampoco aplicar algún tratamiento.

La nueva técnica endoscópica que es la enteroscopia con doble balón permite al técnico explorar potencialmente y emprender tratamientos a gran parte del intestino delgado o todo ese órgano. Si no se obtienen resultados positivos o no se dispone de la enteroscopia y la endoscopia por video cápsula, habrá que emprender estudios radiográficos especializados de tal zona (como la enteroclis). Están en estudio nuevas técnicas imagen lógica que incluyen la enterografía por tomografía computadorizada (*computed tomography*, CT) y resonancia magnética.

Los pacientes que sufren hemorragias repetidas y que necesitan transfusiones u hospitalizaciones repetidas deben someterse a otros estudios, entre ellos gammagrafía con eritrocitos marcados con  $^{99m}\text{Tc}$ . La angiografía es útil aun cuando la hemorragia ha cesado, puesto que puede descubrir anomalías vasculares o vasos tumorales. También debe hacerse gammagrafía con pertecnetato de  $^{99m}\text{Tc}$  para diagnosticar el divertículo de Meckel, ante todo si el paciente es un joven. Cuando ninguna prueba dilucida el diagnóstico, y se trata de un paciente que sangra de forma persistente o recidivante y que requiere transfusiones repetidas, está indicada la endoscopia intraoperatoria.

**GIB oculta.** Las GIB ocultas pueden manifestarse por anemia ferropénica o por una prueba positiva de sangre oculta en heces. Si el paciente no presenta síntomas de las vías digestivas altas, el estudio de una hemorragia oculta debe empezar por la práctica de colonoscopia, en particular en los pacientes mayores de 40 años.

Si el estudio del colon no arroja datos confirmatorios, algunos autores sólo realizan una endoscopia alta cuando hay anemia ferropénica o síntomas de vías digestivas altas, mientras otros recomiendan la endoscopia alta en todos los casos, ya que esta técnica detecta una lesión o alteración incluso en 25 a 40% de estos pacientes.

Si las exploraciones endoscópicas estándar no identifican alteración alguna y el paciente tiene anemia ferropénica, está indicada la enteroscopia, la enteroclis, o ambas técnicas.

**Algoritmo sugerido para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con hemorragia aguda de las vías digestivas altas.**

Las recomendaciones de nivel de asistencia y la fecha del alta supón en que se estabilizó el enfermo y que no surgieron nuevas crisis hemorrágicas ni otros problemas médicos concomitantes. IV, vía intravenosa; PPI, inhibidor de bomba de protones; ICU, unidad de cuidados intensivos (*intensive care unit*).<sup>26</sup>

## **ANATOMÍA.**

Se le denomina tubo digestivo alto propiamente dicho del tubo digestivo que se encuentra por encima del ángulo de Treitz (unión duodeno yeyunal) y está compuesto principalmente por el estómago y duodeno.

### *Tubo digestivo.*

El tubo digestivo al que frecuentemente se llama digestivo consiste en un tubo largo y hueco que se extiende desde los labios hasta el ano. Se divide en boca, faringe, esófago, estómago en griego, gáster e intestinos en griego, enteron. Se presentan modificaciones estructurales diversas del conducto, y están relacionadas con las funciones especiales que se llevan a cabo en el área respectiva y el estado probable del contenido cuando llega a ese sitio.

La función principal del aparato digestivo es proporcionar a las células del cuerpo abastecimiento continuo de sustancias nutritivas, electrolitos y agua. Para llevarlo a acabo realiza las funciones de digestión, absorción de alimento y líquido hacia la sangre y eliminación de residuos y productos de desecho.

El alimento mantiene la vida y determina el estado de nutrición de la persona, como se refleja en su estado de salud, actividades, niveles de realización, resistencia para la enfermedad y capacidad para vencerla. Proporciona al cuerpo la energía que requiere para todas sus actividades (p. ej., respiración, circulación de la sangre, actividad muscular y trabajo).

El alimento proporciona los elementos para el crecimiento y reparación tisulares, así como los esenciales para la producción de sustancias por las células corporales (p.ej., hormonas y enzimas) también se obtienen de los alimentos sustancias reguladoras esenciales como vitamina.

La mayoría de los alimentos son compuestos complejos; en el aparato digestivo suceden procesos químicos y mecánicos para desintegrarlos hasta formas absorbibles.

Divisiones estructurales del tubo digestivo: La boca, o cavidad bucal, parte inicial del tubo, esta tapizada por una membrana mucosa que secreta un poco para mezclarla con el alimento, facilitando su movimiento por la faringe y el esófago. Aunque la boca se ocupa principalmente de la ingestión de alimento, desempeña también un importante papel en el lenguaje.

- Faringe. El segundo segmento del aparato es la faringe, que es un tubo muscular tapizado de una membrana mucosa continuación de la boca, el conducto respiratorio y el esófago. Sirve de vía común de para el alimento y liquido hacia el esófago, cerrado las entradas a la laringe y cavidades nasales al mismo tiempo.
- Esófago. El esófago es un estrecho tubo muscular aproximadamente de 25 cm, que baja por detrás de la tráquea y el corazón, atravesando mediastino y diafragma, hasta el estómago. Este tapizado de membrana mucosa y tiene un revestimiento protector exterior de tejido fibroso.
- El estómago y los intestinos las restantes porciones del tubo digestivo, se encuentran en la cavidad abdominal. El estómago está situado inmediatamente debajo del diafragma y es la parte más ancha del tubo digestivo pudiendo retener una considerable cantidad de alimentos mientras esta sufre ciertos cambios. Se divide en tres segmentos: fondo cuerpo y píloro.
- Las paredes del estómago tienen tres capas de tejido muscular: una en que las fibras corren longitudinalmente, una segunda en que son las circulares y una tercera en que corren oblicuamente a las otras.
- La capa de tejido muscular se engrosa en la abertura del esófago en él, estomago, formando el, esfínter de los cardias o esofágico. Análogamente, la abertura en el intestino delgado es guardada, por el esfínter del píloro.
- La membrana mucosa del revestimiento es gruesa y plegada, permitiendo la distensión del estómago al llenarse. Contiene numerosas glándulas diminutas constituidas por tres tipos de células secretoras: las principales, o células zimógenas, secretan las enzimas gástricas: las células parietales producen ácido clorhídrico, y las glándulas mucosas producen moco. Las secreciones glándulas vierten en el estómago, formando colectivamente el jugo gástrico.
- *Intestino delgado*. El intestino delgado es la parte más delgada del tubo digestivo, siendo su longitud más larga aproximada de 5.5 a 6 cm y se divide

en duodeno, yeyuno e íleon. El duodeno es la porción corta proximal que se origina en el píloro. Recibe la bilis y las enzimas pancreáticas por un esfínter en la unión del colédoco y el duodeno. El yeyuno largo y el íleon hacen curvas y llenan la mayor parte de la cavidad abdominal.

- La superficie mucosa del intestino delgado está cubierta de muchas eminencias en forma de dedo llamadas vellosidades, cada una de las cuales contienen un conducto linfático central, llamado láctea, y una red de capilares.

La mayor parte de la digestión y absorción se efectúan en el intestino delgado, donde pliegues circulares aumentan la superficie y retardan el paso del alimento digerido son absorbidas por la sangre en los capilares.

- *El intestino grueso.* El intestino grueso tiene mayor diámetro que el intestino delgado y se divide en ciego, colon recto, y conducto anal. El íleon se abre en una estructura en formas de bolsa, el ciego en el cuadrante abdominal interior derecho.
- El apéndice, delgado tubo ciego, está unido al ciego y es un frecuente lugar de inflamación e infección apendicitis). En la unión del íleon y el ciego existe una válvula ileocecal que permite pasar el contenido en una sola dirección: del íleon al ciego.
- La mucosa del intestino grueso no tiene vellosidades, pero tiene muchas células caliciformes que secretan moco. El tejido muscular longitudinal está dispuesto en tres bandas más cortas que los otros tejidos, dando por resultado pequeños sacos a lo largo de la pared del tubo llamado haustros.<sup>27</sup>

### 3. METODOLOGÍA.

El presente proceso atención de enfermería es elaborado para obtener el título de Licenciado en Enfermería, se realizó bajo una serie de asesorías de carácter dinámico a la integración de la teoría con la práctica, con apego a la metodología de la teoría de Virginia Henderson, la cual se utiliza como herramienta teórico metodológico para desarrollar e implementar cada etapa de la valoración, los diagnósticos de enfermería, la planeación, la ejecución y la evaluación, lo cual me proporcionó los elementos necesarios para la culminación de dicho trabajo.

A través de la búsqueda bibliográfica se reconstruye un marco teórico y referencial que valida el proceso enfermero elaborado en el siguiente caso clínico, que por su importancia se realizan los cuidados en el hospital.

Se trata de masculino de 60 años de edad, el cual cursa con sangrado de tubo digestivo alto.

Se realizó entrevista a través del interrogatorio directo al usuario y a su hija, antes de iniciar sedación posteriormente se realiza recopilación de datos necesarios los cuales se obtienen mediante la exploración física (inspección, palpación, percusión y auscultación), para identificar las 14 necesidades básicas según la teórica mencionada.

Se integran los diagnósticos de enfermería con la metodología del problema. Se establecieron los objetivos de acuerdo a dichas necesidades, se procedió a planear y jerarquizar acciones de enfermería a seguir, ejecución y evaluación de los resultados obtenidos de la aplicación del proceso atención de enfermería, considerando el obtener niveles de satisfacción óptimo para el cliente y su familia.

Es importante aclarar que, aunque se requiere el nombre de la patología, el estudio de caso se centró en la persona, por tanto, las intervenciones de enfermería estarán enfocados a ayudar a satisfacer sus necesidades afectadas dependiendo del grado de dependencia (total y parcial).

Para tal efecto, el cuidado tiene implicaciones éticas sustentadas en cuatro principios: autonomía confiabilidad, beneficencia y no maleficencia.

- a) *Autonomía*: significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones el producto de sus valores y convicciones personales.
- b) *Confiabilidad*: se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y honestidad al transmitir información, dar confianza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.
- c) *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.



El estudio se realizó en el hospital mientras que el paciente estuvo hospitalizado.

Para la valoración se tuvieron como fuentes de información directa la entrevista al cliente cuando estaba en condiciones de ser entrevistado, fuentes indirectas como estudios de laboratorio, datos de la hija y registros clínicos de enfermería.

Las técnicas utilizadas fueron: entrevista, observación y exploración física.

Observación: Es esencial para planear los cuidados de enfermería, es una técnica que requiere el uso de los sentidos. La vista: para percatarse de cambios de decoloración características de la respiración y de la comunicación no verbal, audición para escuchar lo que el cliente dice, los sollozos, desesperación pueden indicar que está angustiado.

Oído: para evaluar la respiración, el corazón y ruidos intestinales.

Tacto: para determinar el tamaño, la forma y la textura de una protuberancia, o de un órgano aumentando del volumen.

Olfato: para detectar olores desagradables de material drenado de una herida quirúrgica o líneas de acceso invasivas, lo cual indica una infección.

Entrevista: método que permitió aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin.

Su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sus sentimientos y los hechos que permiten identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo, la enfermera estimula al cliente a que reconozca sus necesidades y sus metas, la cual se da oportunidad de encontrar la solución para satisfacer sus propias necesidades de salud, la calidad de la entrevista es influida por el ambiente condiciones y circunstancias inmediatas que afectan a una persona que crea la enfermera(o).

Exploración física: debe ser complejo preciso y sistemático así pues permite la identificación de respuestas objetivas del cliente hacia su enfermedad, así como determinar la eficacia de las actuaciones médicas y de enfermería, incluye la observación, palpación, percusión, auscultación, somatometría de constantes vitales.

Para el registro de la información se realizaron diversos instrumentos:

- a) Valoración de necesidades

- b) Hoja de enfermería
- c) Notas médicas.

Falta de fuerza: la dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, este estado está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de conocimientos, y esto deriva a que los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presentan la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación. De esta manera conocer el grado de dependencia que puede ser total o parcial.

Con base en la reflexión de los datos obtenidos se establecerán los diagnósticos y rol de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería pueden ser reales, un diagnóstico real es que existen manifestaciones, para su redacción se estructuró con base al formato P.E.S. Problema, etología, signos y síntomas.

Cuando se trate de un diagnóstico potencial deben solamente redactarse con el problema y etiología (factores contribuyen ya que no existen aún manifestaciones), es considerando las etiquetas diagnosticadas porque están basadas en respuestas humanas y es congruente en nuestro modelo conceptual.

Para la etapa de planeación de acuerdo al tipo de dependencia que representa al cliente se eligió el rol de enfermería el de suplencia. El tipo de intervenciones que se planearon fueron: dependencia, independencia, independientes e dependientes. Cada diagnóstico con su objetivo, meta y criterios de evaluación cada una de ellas con una fundamentación teórica.

Plan de atención. La evaluación se realizó considerando los criterios de evaluación ampliando la valoración inicial y la evaluación actual.

### 3.1 Descripción del caso.

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: ADM                                      Edad: 60                                      peso 65 kg    talla 1.65

Fecha de nacimiento. 10 de enero 1945

Sexo: Masculino                                      Ocupación: Maestro de música

Escolaridad: licenciatura

Procedencia: D.F.

Fuente de información: Directa e Indirecta.

Fiabilidad 1- 4

Miembro de la familia/: Rol de padre

Se trata de un usuario masculino de 60 años, que acude al servicio de urgencias de un hospital particular por haber presentado cefalea intensa, con tratamiento ácido acetilsalicílico, posteriormente presenta hematemesis en varias ocasiones, diaforesis y mareo por el cual acude a dicho servicio.

A su ingreso presentaba sangrado de tubo digestivo alto, en ese momento se realiza una panendoscopia la cual reporta síndrome de Mallory Weiss, várices esofágicas grado II, por lo que proceden a una escleroterapia e ingresa a la unidad de cuidados intensivos del hospital.

Dicho paciente habita en una casa tipo urbano, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliario, alimentación adecuada en cantidad y calidad, baño diario, aseo bucal tres veces al día, tabaquismo ocasional hasta hace 30 años, consumo de alcohol en forma social.

El ingreso económico es recibido por parte de su familia cada mes, la cual es una ayuda que permite cubrir sus necesidades básicas.

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Enfermedad de reflujo gastroesofágico controlada, donación de sangre hace 4 años con marcadores de serología viral negativos.

Ingesta adecuada de agua natural a razón de 1 a 1.5 litros al día, consumo de vino tinto de manera social sin llegar al estado de embriaguez.

AHF: madre con hipertensión arterial sistémica finada.

## PADECIMIENTO ACTUAL.

Paciente con aparente edad cronológica y se encuentra con efectos de sedación con marcada palidez tegumentaria generalizada, a la exploración se encuentra con cráneo normocefalo, mala implantación de cuero cabelludo, pupilas isocóricas hiporreflexicas miótica secundario a uso de opiodes, narinas con fosa nasal izquierda con evidencia de epistaxis en fosa nasal derecha y fosa izquierda con sonda levin la cual se ubica en estómago, presencia de tubo endotraqueal #, mallampati no valorable por presencia de restos hemáticos.

*Cabeza:* normocefalo, pelo en área frontal, nariz grande, ojos simétricos, leve dilatación pupilar y mucosa oral semihidratada.

*Cuello:* normal, sin problema aparente.

*Aparato cardiovascular:* presión arterial de 80/ 90 mm Hg, refiere ligera opresión en el pecho leve, cianosis distal leve, pulsos periféricos débiles y piel cálida.

*Aparato respiratorio:* Refiere falta de aire, frecuencia respiratoria de 18-20 por minuto, campos pulmonares con presencia de estertores subcrepitantes, tos seca.

*Abdomen:* cilíndrico depresible, peristalsis disminuida y refiere haber evacuado por la mañana.

*Columna vertebral:* con ligera alteración del contorno de alineación de la columna vertebral de tipo postura.

*Genitales externos:* con nivel normal.

A la exploración física en posición decúbito dorsal se encuentra con monitorización de cabecera, en su análisis se encuentra un ritmo de taquicardia sinusal FC 120x, con pulsos distales disminuidos, hipotensión T/A 80/90 mm/Hg iniciando manejo con vasopresor a dosis respuesta.

*Campos pulmonares:* En ese momento ventilados sin integrar síndrome pleuropulmonar con hipoventilación basal derecha con apoyo de ventilación mecánica en modalidad asistida controlada con SPO2 al 100%, manejando los siguientes parámetros ventilatorios: presión soporte 12 PEEP 7, FR 12, FIO2 al 50% realizando modificaciones hasta el día que deciden realizar destete del ventilador tomando como referencia datos de memoria clínica y tomando como referencia los

siguientes datos de gasometría venosa PH 7.49, CO2 31.9, HCO3 24.9 manejando alternando nebulizador con BIPAP para soportes ventilatorios.

Posteriormente se encuentra con datos de acumulación de líquidos extracelular, edema en miembros superiores e inferiores + abdomen globoso por manifestar datos de acumulación de líquidos ascítico, se manejó a su inicio con solución hartman pasando a 40 ml/hrs y en ocasiones con requisiciones de cargas con volumen al 6% por deficiencia de líquido extracelular, PVC manejándose entre 3 a 6 mm Hg monitoreo continuo manejando balances positivos.

Se observa con sonda nasogástrica por endoscopia en narinas de lado derecho el cual se encuentra permeable drenando sangre digerida y en otras ocasiones sangre fresca por lo que se encuentra en ayuno debido a sus condiciones, se explora cavidad bucal de piezas dentales con presencia de tubo endotraqueal presentando sialorrea, abdomen blando, aunque luce globoso con peristalsis muy disminuida y poco audible.

Reportando glicemias a su ingreso con destrostix de 149 mg/dl y oscilando las cifras continuamente durante la estancia del paciente, a continuación, se desglosan los parámetros que el maneja durante su estancia hospitalaria.

Se reporta con presencia de fuga a nivel de herida quirúrgica abdominal donde se realizó la esplenectomía siendo de características de líquido ascítico, presencia de sonda Foley drenando continuamente a derivación en ocasiones concentradas, eliminando en 24 hrs 3590 en promedio sin apoyo de diurético presentando volúmenes urinarios a razón de 2.4 ml/kg/hrs con datos de poliuria.

## TRATAMIENTO MEDICO

Antibiótico.

Tazocin 4.5 gr IV C /24 hrs

Daptomicina 500 mg IV C12

Eritromicina 500 mg IV C12 hrs

## CARDIOVASCULAR

Propranolol 10mg V.O. c/8 hrs

Aldactone 50 mg V.O. c/24 hrs

Clexane 40mg SC c/24 hrs.

Miccil 10mg IV DR.

## NEUROLOGICO

Fentanest 3mcg /kg/hrs.

Propofol 2.6 mg/kg/hrs

Otros medicamentos

Esomeprazol 40 mg IV c/8hrs

Cevalin 1 gr IV c/12 hrs.

Albumina 1 fco

IV c/8 hrs

Enterex hepático

Volumen al 6% para cargas.

Medición de PIA por turno

Elevación de cabecera estricta a 35 grados

## VALORACIÓN.

El tipo de valoración que se realizó fue (globalizada/focalizada); para la recolección de los datos se recurrió a la (entrevista, observación, método clínico).

Para el caso de la entrevista, se utilizó la de tipo (semiestructurada-abierta, cerrada).

Los aspectos que se consideraron para la observación fueron: la propia persona y su entorno.

Los datos obtenidos se clasificaron en: datos personales, datos familiares, datos del entorno (social, ambientales, geográficos) y a su vez se subclasificaron en datos objetivos y datos subjetivos.

La finalidad de la valoración se integrará a una base de datos con relación al usuario, para la cual se recurrió a las fuentes e instrumentos que a continuación se describen:

1. *Fuentes de información:* para la valoración se obtuvieron fuentes de informaciones primarias y secundarias.
2. *Técnicas:* Las técnicas utilizadas fueron: entrevista, método clínico y observaciones.
3. *Entrevista:* Es un método que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin.

*Guía de valoración de la enfermera:*

### Ficha de identificación

Nombre: ADM      Edad: 60      Peso: 45.500 Kg      Talla: 1.55

Fecha de Nacimiento: Sexo M      Ocupación: Maestro de música

Escolaridad: licenciatura

Fuente de información: Directa e indirecta

Fiabilidad 1-3    Miembro de la familia / rol de padre

4. Aplicación del proceso de Atención de Enfermería.

#### **4.1 VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS**

##### **1.- NECESIDADES DE OXIGENACIÓN:**

Subjetivo.

Disnea debido a: No hay alteraciones    tos productiva / seca:    menciona que es seca.

Fumador: No

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T.A: 110/70 F.C.68 F.R.18 T.35 C°

Tos productiva/seca: no se observan secreciones.

Estado de conciencia: normal.

Coloración de la piel/ lechos ungueales/ peri bucal: piel con buena palidez.

##### **2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.**

Subjetivo.



Dieta normal tipo: Blanda y con calidad, alimentación.

Numero de comidas diarias: tres

Problemas de la masticación y deglución: No

Intolerancia alimentaria/alergias: Negadas

Patrón de ejercicios: caminata

Objetivo:

Turgencia de la piel, membranas mucosas hidratadas/secas: mucosas semihidratada

Características de uñas/ cabello: palidez, llenado capilar de 2, cabello con características propias de la edad.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Edad aparente a la cronológica, cuello corto, huesos estructura normal, actitud normal.

Aspectos de los dientes y encías: normal.

### 3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Subjetivo:

Hábitos intestinales: 3 veces al día

Características de las heces: normales

Orina:

Dolor al defecar: No

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:

Abdomen características: abdomen cilíndrico, blando depresible.

Ruidos intestinales: ruidos peristálticos disminuidos

Palpación de la vejiga urinaria: Normal.

Otros:

#### 4.- NECESIDADES DE MOVERSE Y MANTENERSE UNA BUENA POSTURA:

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana:

Actividades en el tiempo libre: leer periódico, ver televisión y pasar con su familia

Hábitos de descanso: Por la noche.

Hábitos de trabajo:

Objetivos:

Estado del sistema musculo esquelética fuerza: se observa una disminución de su fuerza muscular.

Capacidad muscular. Tono/ resistencia/flexibilidad: debilidad y tono muscular disminuido por permanecer sin realizar ejercicio.

Posturas:

Necesidad de ayuda para la deambulación: No

Dolor en el movimiento: Expresión de malestar a la movilización.

Presencia de temblores: No      Estado de conciencia: Estable

Estado emocional: Estable.

5.- NECESIDADES DE DESCANSO Y SUEÑO:

Subjetivo.

Hora de descanso: refiere que descansa de 6 a 8 hrs. Horario de sueño: 22:00

Siesta: Si

Insomnio debido a su: Sin alteraciones

Descanso al levantarse: Si

Objetivo.

Estado mental: Demencia a largo plazo asociado con ansiedad.

Ojeras: Si atención

Bostezos: Si

concentración: Si

Apatía: No

Cefalea: Si

Respuesta a estímulos: Si

Otros:

6.- NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

Subjetivo.

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: No

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: Si

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No

Objetivo

Viste de acuerdo a su edad: Si

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Actualmente si

Ropa: Normal

Otros:

### 7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: Si

Ejercicios/tipo y frecuencia: No realiza actualmente, pero le gusta caminar.

Temperatura ambiental que le es agradable: Clima templado.

Objetivo:

Características de la piel: Piel pálida y fría

Transpiración: Normal

Condiciones del entorno físico: Vive en medio urbano, cuenta con todos los servicios, vive con sus hijos y su familia.

Otros:

8.- NECESIDADES DE HIGIÉNE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

Subjetivo

Frecuencia del baño: Diario

Momento preferido para el baño: Por las mañanas

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

|

Objetivos:

Aspecto General: ropa\_de su preferencia limpia uñas cortas y pies limpios.

Olor corporal: Normal

Estado del cuero cabelludo: Aparente buena simetría

Lesiones dérmicas: No

Otros:

9.- NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS:

Subjetivos.

Que miembros componen la familia de pertenencia: Hijos

Conoce las medidas de prevención de accidentes en el hogar: Si

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: Si

Objetivos.

Deformidades congénitas: No

Condiciones del ambiente en su hogar: Armonioso.

Trabajo: Mantiene múltiples relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo a los que imparte clases de música.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE:

Subjetivo.

Estado civil: Viudo            años de viudez: 8 años            Vive con: Sus hijos

Preocupación/ ansiedad: Si en ese momento

Otras personas que pueden ayudar: Hijos

Rol en estructura familiar: Padre

Comunica problemas debido a la enfermedad/estado: Si

Cuanto tiempo pasa solo: Nunca

Objetivos.

Habla claro: si            Confuso: No

Dificultad de visión: No            Audición: No

Comunicación verbal/ no verbal con la familia con otras personas significativas:  
Normal.

11.- NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES:

Subjetivo:

Creencia religiosa: Católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No

Principales valores en su familia: Honestidad, respeto y responsabilidad.

Es congruente con su forma de pensar y vivir. Si

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: No

Objetivos específicos de vestido (grupo social religioso): No

Permite el contacto físico: Si

### 12.- NECESIDADES DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

Subjetivo

Trabaja actualmente: No

Fuente de ingreso: (jubilado, pensionado, otro): De el mismo, pero actualmente de hijos y familiares.

Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas: Si

¿Qué actividades le hace sentirse útil y satisfecho?: Sale a caminar acompañado y ve televisión y lee periódico.

Este satisfecho con el rol familiar que juega: Si

### 13.-NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:

Subjetivo.

Actividades recreativas que realiza en su tiempo: Toca el piano

La última vez que participó en actividades de este tipo: El mes pasado

El uso de tiempo libre le proporciona satisfacción: Si

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan: Si

Objetivos.

Presenta alguna afección en el sistema neuromuscular que le limite realizar actividades lúdicas o recreativas: No

Rechaza las actividades recreativas: No

Se observan cambios en el estado de ánimo al realizar actividades lúdicas o recreativas: Si

#### 14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

Conocimiento sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital: Si

Subjetivo.

Conocimiento sobre sí mismo sus necesidades básicas su estado actual tratamiento y auto cuidado que necesita: Si

Desea conocer más sobre su enfermedad: Si

Objetivo.

Presenta alguna afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje: No

Estado de los órganos de los sentidos: Normal.

Estado de la memoria reciente: Memoria a largo plazo.



## 4.2 DIAGNOSTICO.

Para la integración de los diagnósticos de enfermería se tuvo que organizar y clasificar la información en necesidades con sus respectivas dimensiones. Lo cual facilitó el análisis para conocer las fuentes de dificultad, así como los problemas que afectaron, utilizando los formatos que se presentaron.

Diagnósticos de enfermería es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un grupo o individuo y que la enfermera es responsable de identificar y tratar independientemente. Su estructura fue con base al formato PES que aplica el principio básico de identificar el problema y su etiología, añade el concepto de validación.

Integrando las etiquetas de la NANDA las cuales tienen coherencia teórica con el modelo de Virginia Henderson, puesto que fueron trabajadas con base a las necesidades.

Es importante señalar que se realizó un análisis de las catorce necesidades valoradas en las cuales se señala la independencia o el grado de dependencia en el paciente.

De estas catorce necesidades básicas, para fines de trabajo; solo se presentan el análisis de las necesidades en particular que son: Necesidad de oxigenación y eliminación,

En un primer momento se reunió una base de datos de valoración que permitió las necesidades afectadas para efectuar diagnósticos de enfermería, para poder elaborar un plan con fundamento en la acción de la intervención, ejecución, en el cumplimiento de los objetivos deseados de la evaluación, recordando que este proceso tiene la cualidad de ser dinámico, en el sentido de que está sometido a constantes cambios y que obedece la naturaleza propia del hombre.

## **PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

El siguiente plan de atención de enfermería se adoptó como modelo conceptual en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson, en el que se desglosa cada etapa de la planeación de los cuidados, con gran responsabilidad por parte de la enfermera/o frente a las necesidades.

Según Griffith-Kenney y Chris Tensen, el Plan de Cuidados de Enfermería: " *Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello*".<sup>28</sup>

Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

**Individualizado:** Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

**Estandarizado:** Según Mayers, es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

**Estandarizado con modificaciones:** Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

**Computarizado:** Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

## PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE: ADM

FECHA:10/01/116

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C perdida excesiva de sangre M/P nauseas vómito y afección en la termorregulación.**

Objetivo	Intervención	Fundamento	Evaluación
<p>Paciente mantendrá un equilibrio normal con las intervenciones de enfermería durante el turno</p>	<p>Controlar los primeros síntomas de déficit de volumen de líquidos: membranas mucosas secas, labios, encías. Orina ámbar gravedad específica. Controlar la infusión de fluido parenteral y administrar medicación antiemética parenteral según indique. Constantes vitales: Presión arterial, temperatura pulso, y respiración.  Piel turgente, membrana mucosa.  Consistencia y frecuencia de las deposiciones</p>	<p>El déficit en el volumen de líquidos circulantes provoca la sequedad de los tejidos y la orina concentrada.</p> <p>Una detección temprana permite aplicar terapia de reposición de líquidos para corregir el déficit.</p> <p>Los antieméticos previenen el vómito al inhibir los estímulos que llegan al centro nervioso que los provoca.</p>	<p>El usuario mejoró su equilibrio hidroelectrolítico durante el turno.</p>

	<p>Pruebas complementarias:</p> <p>Electrolitos, gravedad específica de la orina, Nitrógeno úrico en sangre NUS</p> <p>Determinar cualquier contraindicación del paciente que recibe medicación por ejemplo dificultades para tragar, náuseas, vómito, inflamación intestinal, peristaltismo reducido, cirugía gastrointestinal reciente fijado a la aspiración gástrica, estado NPO, disminución de nivel de conciencia.</p> <p>Administrar los medicamentos con el estómago vacío o con comida si procede.</p> <p>Observar los efectos terapéuticos, efectos adversos y la toxicidad del fármaco o interacciones de los medicamentos en el paciente.</p>	<p>Las bebidas carbonatadas reponen el sodio y el potasio que se pierde de en las diarreas y vómitos.</p> <p>Las pérdidas pueden exceder a las ingestas, que de por sí pueden ser inadecuadas para compensar las pérdidas.</p> <p>La deshidratación puede disminuir la tasa de filtración glomerular, haciendo que las deposiciones sean inadecuadas para evacuar eficazmente los desechos y ocasionan niveles de electrolitos y NUS elevados.</p>	
--	--	--	--

	<p>Registrar los medicamentos administrados y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo de la institución.</p> <p>Determinar la necesidad de la aspiración oral y traqueal.</p> <p>Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. Proporcionar sedación si procede.</p>		
--	--	--	--

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la mucosa oral R/C hematemesis M/P consumo de alcohol, medicamento y desuso.**

<b>Objetivo</b>	<b>Intervención</b>	<b>Fundamentación</b>	<b>Evaluación.</b>
<p>Durante la estancia hospitalaria del usuario mantener la vía aérea permeable.</p> <p>Favorecer la oxigenación adecuada, manteniendo la permeabilidad de la vía aérea para una óptima entrada y salida de aire de los pulmones</p>	<p>Determinar cualquier contraindicación del paciente que recibe medicación intestinal (por ejemplo, dificultades para tragar, náuseas, vómito, inflamación intestinal, peristaltismo reducido, cirugía gastrointestinal reciente, fijado a la aspiración gástrica, estado de NPO, disminución del nivel de conciencia).</p> <p>Administrar terapéutica indicada: nebulizaciones con feneterol y suero fisiológico.</p> <p>Observar signos de alarma.</p> <p>Brindar comodidad y confort.</p>	<p>Permite observar si hay una alteración en las funciones vitales; puesto que la posición se logra la máxima expansión torácica y por principios se mejora la respiración.</p> <p>Las acciones de broncodilatadores se deben a su acción agonista sobre los receptores <math>\alpha</math>-adrenérgicos.</p> <p>Aunque el feneterol tiene una mayor actividad sobre los receptores bronquiales también estimula otros órganos, mostrando efectos tóxicos, inotrópicos positivos,</p>	<p>El usuario mejora la oxigenación y terapia respiratoria proporcionada por el personal de enfermería.</p> <p>La enfermera/o mantiene la permeabilidad de la vía aérea del usuario.</p>

	<p>Administrar los medicamentos con el estómago vacío o con comida si procede.</p> <p>Observar si hay posibles aspiraciones, si procede.</p> <p>Observar los efectos terapéuticos, efectos adversos, toxicidad del fármaco o interacciones de los medicamentos en el paciente.</p> <p>Registrar los medicamentos administrados y la capacidad de respuesta del paciente con el protocolo de la institución.</p> <p>Determinar la necesidad de la aspiración oral y traqueal.</p> <p>Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</p> <p>Proporcionar sedación, si procede.</p> <p>Disponer precauciones universales: guantes, goggles y máscaras si es el caso.</p>	<p>estimulantes de la producción de eritropoyetina y anabólicos.</p> <p>Permite agilizar la mejora del paciente, mediante métodos terapéuticos.</p>	
--	--	---	--

	<p>Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilador o bolsa de resucitación manual. Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal cerrado o un adaptador de dispositivos de insuflar oxígeno.</p> <p>Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer las secreciones (80 a 100 mm Hg para los adultos).</p> <p>Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de SPO2) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.</p> <p>Aspirar la orofaríngea después de terminar la succión traqueal.</p> <p>Variar las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente.</p> <p>Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.</p>		
--	--	--	--



**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Retraso en la recuperación quirúrgico r/c procedimiento quirúrgico prolongado m/p Evidencia de la interrupción de la curación de la herida quirúrgica tales como enrojecimiento, induración además de referir dolor a la palpación.**

<b>Objetivo.</b>	<b>Intervención de enfermería</b>	<b>Fundamentación de enfermería</b>	<b>Evaluación</b>
El paciente logrará disminuir la intensidad del dolor con apoyo del personal de salud durante el turno	<p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluye la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>Observar claves verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.</p> <p>Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</p> <p>Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe, llevar un diario).</p>	<p>Permite observar si hay alguna alteración en las funciones vitales.</p> <p>Permite indicar el tratamiento a indicar.</p> <p>El metamizol actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de prostaglandinas pro inflamatorias al inhibir la actividad de la prostaglandina sintetiza</p>	El paciente manifiesta disminución del dolor después de las intervenciones de enfermería.

	<p>Administración de analgésicos.</p> <p>Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.</p> <p>Comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</p> <p>Comprobar la selección de analgésicos (narcóticos no narcóticos o antiinflamatorios no esteroides) según el tipo de y severidad del dolor.</p> <p>Determinar al analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo.</p> <p>Considerar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos a la primera dosis o si se observan signos inusuales.</p>		
--	--	--	--

	<p>Instituir precauciones de seguridad para los que reciban analgésicos narcóticos, si procede.</p> <p>Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.</p>		
--	--	--	--

## EJECUCION Y EVALUACIÓN

La ejecución involucra la acción o la respuesta en marcha de las intervenciones planeadas exigiendo no solo el conocimiento, de la enfermera, sino también su experiencia y habilidades desarrolladas.

Para la evaluación se tuvo que recurrir nuevamente la valoración para obtener datos que permitieron comparar los resultados obtenidos de la ejecución y saber si o no se cumplió o no el objetivo, pero sobre todo retroalimentar el plan de acción.

## CONCLUSIONES

El proceso de atención de enfermería tiene un propósito de organización y creatividad que fueron aplicados en una respuesta humana ante la salud y riesgo de un usuario masculino con alteraciones de sus funciones vitales. Las cinco fases fueron incluidas en las intervenciones previstas, se tomaron decisiones y se desarrollaron habilidades para ayudar a este usuario a minimizar el riesgo de complicaciones y consecuencias.

A este método se aplicó un pensamiento crítico, producto de un proceso cognoscitivo, se flexibilizó en particular para este caso y en él mismo se pudo ir pasando de una fase a otra, reconociendo que cada paso del proceso se está utilizando con la funcionalidad para el bienestar humano.

Se observa que a dicho proceso se le suman los criterios éticos para el juicio enfermero, así como los de evaluación para la responsabilidad profesional.

En la valoración del cliente, el profesional de enfermería desarrolló un juicio crítico y certero con base a los signos y síntomas a través del interrogatorio directo y exploración física sin ningún contratiempo.

Los diagnósticos de enfermería se sustentaron en las respuestas fisiológicas y psicológicas normales del paciente con base a su patología de fondo con el fin de pensar y anticiparse continuamente en el cuidado del usuario.

La planeación de los cuidados enfermeros se realizó con base a las necesidades, respuestas, evolución y revaloraciones continuas del cliente con la colaboración de los tres turnos que cooperaron eficientemente en la detección de signos y síntomas para evitar complicaciones.

Se realizaron una serie de acciones de enfermería que fueron elaboradas previamente para limitar complicaciones con todo el equipo multidisciplinario a disminuir el índice de estancia hospitalaria, haciendo buen uso de los recursos materiales y humanos en la institución, brindando una atención de enfermería con el mayor grado de enfermería de calidad y calidez.

Durante la evaluación del proceso de atención de enfermería se concluye que es una necesidad elevar el nivel de conocimientos que permita conocer y aplicar en forma adecuada el proceso de atención de enfermería para brindar una atención

integral a los usuarios, familiares y entorno, dando apoyo emocional intelectual, espiritual y psicológico que favorezcan su salud, que modifique sus hábitos a los cambios y su estilo de vida, imagen corporal para rehabilitarse, recuperarse y equilibrar su salud en beneficio propio.

Por lo tanto, es importante que los profesionales de enfermería garanticen el cumplimiento de sus acciones en el desarrollo de cuidado y en formación, fortalezcan el trabajo de perfeccionismo para brindar atención oportuna.

#### *Educación para familiares y paciente.*

Se le explica al paciente y a familiares cercanos la enfermedad que la causa y cuál será el manejo de dicha enfermedad tanto en el área hospitalaria como las recomendaciones dadas para el hogar.

Se les recomienda principalmente una dieta libre de todo lo irritante y el dejar estrictamente prohibido la ingesta de alcohol o bebidas gaseosas. No cafeína.

El manejo de donas en el área de colon para evitar las úlceras por de cubito tener cuidado con desniveles, puesto que el paciente utiliza para su movilización silla de ruedas. Se les comunica o enseña los signos de alarma para evitar hemorragias severas que pongan en riesgo la vida del paciente.

La necesidad de amor y protección que necesita el paciente puesto que, al saber de su enfermedad como toda persona, necesita el apoyo y ayuda de la familia.

## REFERENCIAS

1. Griffit, J. et. AL. Práctica de la Enfermería con base teórica Universidad Estatal Wright enero de 1980.Pp 3-4.
2. Siles.MJL.Fundamentos Históricos de Enfermería. Antología Fundamentos Teórica para el cuidado. ENEO.UNAM. 2004.pp 15.
3. Colliére MF. Promover la Vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. 1a. ed. España: Interamericana-McGraw-Hill.pp 264-267.
4. GRINSPUN, Doris. Identidad Profesional Humanismo y desarrollo tecnológico. En Antología Sociedad, Salud y Enfermería. ENEO-UNAM 2002.pp 204-207.
5. Iyer.W. proceso de Enfermería y Diagnostico de Enfermería Mc Graw HILL Interamericana, España Pp. 3-5-13.
6. Kerouc, S. el AL. Grandes corrientes del Pensamiento En Antología, Sociedad, Salud y Enfermería ENEO-UNAM Agosto pp.94-103
7. De la Cuesta BC. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigación y Educación en Enfermería 2007; 25 (1): pp. 106-112.
8. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Capítulo I: Cuidado y práctica de Enfermería: nuevos avances conceptuales del grupo de cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002. pp.4-13.
9. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of caring. Boston: Little Brown and Company; 1979. p. 320.
10. Swanson KM. Nursing as informed caring for the wellbeing of others. The journal of nursing scholarship 1993; 24 (4): 352-357.
11. Ortega C. El cuidado de enfermería. Revista mexicana de Enfermería Cardiológica 2002; 10 (3): 88-89.
12. Medina J. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Madrid: Leartes; 1999. pp. 29-87.
13. Daza C, Medina L. Significado del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel

en Santafé de Bogotá, Colombia. Revista: cultura de los cuidados 2006; 19 (10): 55-62.

14. Baggio MA. O Significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. Revista Electrónica de Enfermería 2006; 8 (1):9-16. Disponible en [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_01.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm) [Consultado el 12 de diciembre de 2008]. Levinas E. Totalidad e infinito. Madrid: Editorial Sígueme; 1995. pp. 120-121.
15. Levinas E. Totalidad e infinito. Madrid: Sígueme, 1995. pp. 120-121
16. Arvea DM. Palabra y trascendencia. Manual de la educación y alfabetización popular. Oaxaca: Editorial la Mano; 2008. p. 76.
17. Siles GJ. Historia de la enfermería: una aportación epistemológica desde la perspectiva cultural de los cuidados. Cultura de los Cuidados 2008; 12 (24): 5-6.
18. Daza CR, Torres PA, Prieto RG. Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción, participación y afecto. Revista Index de Enfermería 2005; 14 (4849): pp. 18-22.
19. Margot phaneuf Ph D. Planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. Ed. Interamericano Mc Graw Hill.
20. Madjar I. Dialogue-Introducing Evidence. Referido por Morse J, Swanson AJ. En: The Nature of Qualitative Evidence. Thousand O
21. aks: SAGE; 2001: 2-4
22. Alfaro R.RN. Aplicación del proceso de enfermería 1ª ed. Doyma. Pp.6-9.- 101.150-155. 67
23. Leddy.s. PEPPER.J. Mac Bases conceptuales de enfermería profesional. Organización panamericana de la salud.
24. Mariner.T. A. Modelo y Técnicas de Enfermería. En Antología Fundamentación Teórica para el Cuidado. ENEO UNAM.2002 pp. 206
25. García G.M.J. El Proceso de Enfermería por el Modelo de Virginia Henderson, una propuesta para orientar la enseñanza en la práctica de Enfermería Ed. Progreso S.A. México D.F. 1991. Pp. 330



- 26.** Wesley R. L. Teoría y Modelos de Enfermería. ED. Mc Graw Hill, Interamericana 2da ED. México D.F. PP. 129-130
- 27.** Harrison TR, Braunwald E. Principios de Medicina Interna. 39 ed. España. Mc Gra Hill Interamericana 2001. Pp. 263-266
- 28.** Watson JE. Enfermería Medico Quirúrgica. 2da ed. México: Interamericana: 1983. pp.460-466.
- 29.** El proceso de Atención de Enfermería. Disponible en <http://www.es/personal/duenas/pae.htm>. (Consultado 15 feb. 2010).