



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRÍCIA**

**“ESTUDIO DE CASO APLICADO A UNA PERSONA CON LAS  
NECESIDADES ALTERADAS DE OXIGENACIÓN Y ELIMINACIÓN,  
SECUNDARIO A ABDOMEN HOSTIL, BASADO EN EL MODELO  
DE VIRGINIA HENDERSON”**

**ESTUDIO DE CASO**

Que para obtener el título de  
**Especialista en Enfermería Perioperatoria**

**P R E S E N T A**

L.E.O. Gloria Jazmín Chávez Ríos

**TUTORA**

Mtra. Arianeth Edith Bahena Armillas



**Ciudad de México, 2018.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRÍCA  
PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA PERIOPERATORIA  
SEDE: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA

**“ESTUDIO DE CASO APLICADO A UNA PERSONA CON LAS  
NECESIDADES ALTERADAS DE OXIGENACIÓN Y ELIMINACIÓN,  
SECUNDARIO A ABDOMEN HOSTIL, BASADO EN EL MODELO  
DE VIRGINIA HENDERSON”**



• ALUMNA:  
L.E.O. GLORIA JAZMÍN CHÁVEZ RÍOS

MAYO DE 2018

## RECONOCIMIENTOS.

A Jesús, Fide, Mali y Huitzi con todo mi ser:

Por el acompañamiento en el amplio sentido de la palabra, por la esencia de su presencia...por caminar juntos cada uno de mis caminos.

A Mario Chávez Valencia:

Por continuar en mi memoria.

A la memoria de Miguel:

El protagonista de este documento.



ÍNDICE	PÁGINA
<b>I. INTRODUCCION.....</b>	<b>5</b>
<b>II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.....</b>	<b>7</b>
<b>III. FUNDAMENTACIÓN.....</b>	<b>8</b>
3.1 Antecedentes.....	16
<b>IV. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>28</b>
4.1 Conceptualización de la enfermería.....	28
4.2 Paradigmas.....	33
4.3 Teorías de enfermería.....	38
4.3.1 Modelo de Virginia Henderson.....	40
4.4 Proceso de Enfermería.....	53
4.4.1 Proceso de Atención de enfermería aplicado al modelo de V. Henderson.....	58
<b>V. METODOLOGÍA.....</b>	<b>63</b>
5.1 Estrategia de investigación.....	63
5.2 Selección del caso y fuentes de información.....	63
5.3 Consideraciones éticas.....	64
<b>VI. PRESENTACIÓN DEL CASO.....</b>	<b>72</b>
6.1 Descripción del caso.....	72
6.2 Antecedentes generales de la persona.....	76
<b>VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>77</b>
7.1 Valoración inicial y plan de atención.....	77
7.2 Valoraciones focalizadas y planes de atención.....	111
<b>VIII. PLAN DE ALTA.....</b>	<b>157</b>
<b>IX. CONCLUSIONES.....</b>	<b>160</b>
<b>X. SUGERENCIAS.....</b>	<b>161</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>163</b>
 <b>ANEXOS</b>	

## **I. INTRODUCCIÓN.**

El abdomen congelado u hostil, como más adelante veremos su definición, es una entidad compleja de tratar, actualmente está considerado como una catástrofe quirúrgica, dado las implicaciones en la salud de quien lo padece; usualmente el abdomen hostil es consecuencia de múltiples intervenciones quirúrgicas (>2), peritonitis secundaria, pancreatitis aguda severa, fuga anastomótica, ostomías, manejo por etapas del trauma abdominal, laparotomía descompresora, enfermedad de Crohn, carcinomatosis peritoneal o radioterapia extensa.

Existen agentes biológicos capaces de desarrollar esta entidad como el Mycobacterium tuberculosis causante de la tuberculosis peritoneal que en sus casos graves se manifiesta como un abdomen hostil.

Existen factores involucrados en la génesis de adherencias peritoneales que culminan en un abdomen hostil y que se pueden presentar desde el primer evento quirúrgico tales como: agentes externos (talco, suturas, textiles, drenajes, materiales protésicos etc.), técnica quirúrgica (manejo de tejidos, uso excesivo de electro-coagulación, sangrado abundante, tiempo quirúrgico prolongado, uso de bio-adhesivos).

Con base a lo anterior, se considera relevante abordar a la persona desde la disciplina de enfermería, ya que su estado de salud representa una gama muy amplia de planeación de cuidados de enfermería, y sobre todo de educación de la persona para su cuidado, ante la posible recuperación.

El presente documento se encuentra integrado por apartados que sustentan la importancia del tema, por lo que se presentan los objetivos y la fundamentación, en donde se hace referencia a los antecedentes; en el siguiente apartado, se habla del marco conceptual, se aborda la conceptualización de la enfermería desde los paradigmas, las teorías de enfermería y el proceso de enfermería. Otro apartado al que se hace referencia es la metodología, en donde se habla de la estrategia de

investigación, la selección del caso y fuentes de información, así como las consideraciones éticas; posteriormente, se hace la presentación del caso, aquí se describe propiamente el caso y se mencionan los antecedentes generales de la persona.

Para continuar, se hace énfasis en la aplicación del proceso de enfermería, el cual incluye la valoración, el análisis de estudios de laboratorio y gabinete, jerarquización de problemas, y propiamente el plan de cuidados (diagnóstico de enfermería, problemas interdependientes, planeación de los cuidados, objetivo de la persona, objetivo de enfermería, intervenciones de enfermería y su fundamentación, así la ejecución, el registro de las intervenciones, la evaluación tanto de las respuestas de la persona como del proceso; lo anterior, abordado desde una valoración inicial y varias valoraciones focalizadas.

Para terminar, se presenta el plan de alta, las conclusiones, sugerencias, bibliografía y anexos

## **II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.**

### **a) General:**

Implementar un estudio de caso, con base a la identificación de las alteraciones de necesidades humanas de la persona.

### **b) Específicos:**

- Conocer el proceso fisiopatológico que presenta la persona.
- Identificar la alteración de necesidades de la persona.
- Describir los antecedentes médico quirúrgicos de la persona.
- Diseñar un plan de cuidados con base a la identificación de necesidades alteradas de la persona.
- Valorar la evolución de la persona.



### **III. FUNDAMENTACIÓN.**

Para abordar el presente estudio de caso y dar sustento a la fundamentación, se considera necesario retomar de manera general la anatomía y fisiología del órgano afectado, aun cuando sabemos la importancia de conocer todo lo relacionado al sistema, para fines prácticos solo se aborda lo específico.

El sistema digestivo<sup>1</sup> está constituido por un tubo hueco abierto por sus extremos (boca y ano), llamado tubo digestivo o tracto digestivo, y por una serie de estructuras accesorias; este tracto incluye la cavidad oral, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso. Mide, aproximadamente unos 5-6 metros de longitud; las estructuras accesorias son los dientes, la lengua, las glándulas salivares, el páncreas, el hígado, el sistema biliar y el peritoneo.

#### **Peritoneo.**

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

Como el tipo de epitelio de una serosa es siempre el mismo (al contrario de lo que sucede en las mucosas, que varía según la localización), se le da el nombre genérico de mesotelio al epitelio de una serosa; el mesotelio secreta un líquido lubricante (líquido seroso), que permite a los órganos deslizarse fácilmente unos contra otros o contra las paredes de la cavidad. Son serosas: las pleuras, el pericardio y el peritoneo.

---

<sup>1</sup> Pocock G, Richards ChD. Fisiología Humana. 2ª ed. Barcelona: Editorial Masson; 2005. p. 431.



En el peritoneo se distinguen dos partes, la que tapiza las paredes abdominales es el peritoneo parietal y la que tapiza las vísceras abdominales es el peritoneo visceral; las capas visceral y parietal están separadas entre sí por una pequeña cantidad de líquido, el líquido peritoneal, para suavizar el movimiento de las vísceras. Algunas vísceras abdominales están casi totalmente revestidas por peritoneo visceral, como el estómago y el bazo, otras, lo están solo en parte y tienen zonas al descubierto, como el hígado, y otras no están tapizadas por peritoneo, como los riñones que se encuentran retroperitoneales, entre el peritoneo parietal y la pared abdominal posterior. El peritoneo parietal se extiende hacia abajo, hasta la pelvis, para recubrir las paredes pélvicas y las caras superiores de las vísceras pélvicas.

Se utilizan distintos términos para describir las partes del peritoneo que conectan unos órganos con otros o con la pared abdominal. Un mesenterio está formado por una doble capa de peritoneo visceral y parietal que encierra parte o la totalidad de una víscera como sucede con el intestino delgado o con el mesenterio del estómago o mesogastrio o el del colon transversal o mesocolon transversal, y proporciona un medio para la comunicación vascular entre el órgano y la pared abdominal. El epiplón es una lámina ancha de peritoneo visceral que pasa del estómago a otro órgano abdominal; el epiplón mayor cuelga de la curvatura mayor del estómago y la parte proximal del duodeno. Después de descender, se repliega hacia atrás y se fija a la superficie anterior del colon transversal y su mesenterio. El epiplón menor conecta la curvatura menor del estómago, la parte proximal del duodeno y el hígado.

### **Intestino delgado.**

Es un tubo estrecho que se extiende desde el estómago hasta el colon, consta de 3 partes, duodeno, yeyuno e íleon; el duodeno tiene unos 25 cm de longitud y se extiende desde el píloro hasta el ángulo duodeno-yeyunal, rodeando la cabeza del páncreas; con fines descriptivos se divide en 3 porciones: primera, segunda y tercera, igual que sucede con el páncreas, el duodeno está cubierto por peritoneo



solamente por su cara anterior, por ello se le considera órgano retroperitoneal. Se relaciona con el estómago, el hígado y el páncreas con los que forma una unidad funcional y recibe el quimo del estómago, las secreciones del páncreas y la bilis del hígado. El colédoco y el conducto pancreático principal desembocan juntos en la segunda porción del duodeno, en la ampolla de Váter o papila duodenal, en donde existe un esfínter, el esfínter de Oddi que está relacionado, sobre todo, con el control del flujo del jugo pancreático al duodeno ya que el flujo de bilis hacia el duodeno está controlado por el esfínter del colédoco situado en el extremo distal de este conducto biliar.

El yeyuno y el íleon tienen en conjunto más de 4.5 metros de longitud y debido a que sus características morfológicas y funcionales son parecidas se les puede considerar una unidad: el yeyuno-íleon, que forma las llamadas asas del intestino delgado, situadas por debajo del colon transversal y recubiertas por el mesenterio, constituido por pliegues de peritoneo, que las sujetan a la pared abdominal posterior. La desembocadura del íleon en el colon, se produce en el ciego, en el orificio íleocecal a través del cual pasa el contenido del intestino delgado al intestino grueso, y que está rodeado por la válvula íleo-cecal cuya función principal es evitar el reflujo de materias fecales desde el colon al intestino delgado.

En los últimos centímetros de íleon, que preceden a la válvula, la pared intestinal posee una pared muscular engrosada, el esfínter íleocecal que, en condiciones normales, se encuentra medianamente contraído y no permite que el contenido del íleon se vacíe en el ciego de un modo brusco y continuado.

Microscópicamente, la mucosa y la submucosa del intestino delgado están dispuestas en forma de pliegues circulares que se extienden sobre toda su superficie interna y se proyectan a la luz intestinal, se llaman válvulas conniventes de Kerckring<sup>2</sup>. Son más pronunciadas en el duodeno y el yeyuno en donde

---

<sup>2</sup> Thibodeau GA, Patton KT. Anatomía y Fisiología. 2ª. ed. Madrid; Editorial Mosby-Doyma Libros; 1995. p. 639.

sobresalen hasta 8 mm en la luz o hueco del tubo. Estos pliegues circulares, a su vez, están cubiertos totalmente de minúsculas proyecciones de la mucosa, en forma de dedo, con una longitud de 0.5 a 1 mm, llamadas vellosidades intestinales o villi. La superficie de estos villi está formada por un epitelio columnar simple con las células unidas fuertemente entre sí, cada una de las cuales presenta en su superficie apical un borde en cepillo formado por unas 600 prolongaciones citoplasmáticas de aproximadamente 1 micra de largo, llamadas micro vellosidades.

Las vellosidades o villi tienen un aspecto diferente en las distintas partes del intestino delgado, son anchas en el duodeno, más delgadas en el yeyuno y más cortas en el íleon. En el interior de cada vellosidad se encuentra un capilar linfático o quilífero, músculo liso que le permite modificar su longitud, tejido conjuntivo y una red capilar. Esta disposición es ventajosa para la absorción de líquidos y sustancias disueltas hacia la sangre de la vena porta así como hacia el sistema linfático.

### **Intestino delgado. Motilidad**

El quimo atraviesa todo el intestino delgado en unas 3-5 horas, aunque puede ser en más tiempo. Los pliegues circulares de la mucosa intestinal, debido a su forma, fuerzan al quimo a seguir un trayecto en espiral a medida que va avanzando. Este movimiento en espiral enlentece el movimiento del quimo y facilita el mezclado con los líquidos intestinales, optimizando las condiciones para la digestión y la absorción. Los alimentos de los que vive el organismo, con la excepción de pequeñas cantidades de sustancias como vitaminas y minerales, pueden ser clasificados como carbohidratos, proteínas y grasas. Estos alimentos tal como son ingeridos, no pueden atravesar las células intestinales y, por tanto, deben desdoblarse en moléculas más sencillas, mediante la digestión, para poder ser absorbidas después a través de la pared del intestino delgado. La absorción intestinal consiste en el paso de los productos resultantes de la digestión a través



de las células epiteliales de la mucosa del intestino delgado para llegar a la sangre de la vena porta o a la linfa.

En el intestino delgado se producen 2 tipos de movimientos que tienen como objetivos mezclar los alimentos con las secreciones biliar, pancreática e intestinal para conseguir una buena digestión, poner en contacto el quimo con la pared intestinal para obtener una correcta absorción y propulsar el contenido intestinal en dirección distal.

Estos movimientos son:

1) Contracciones de mezclado o de segmentación, que son contracciones concéntricas localizadas y espaciadas a lo largo del intestino delgado, que se desencadenan cuando una porción de intestino es distendida por el quimo. La longitud de cada contracción es de 1 cm aproximadamente, de modo que cada serie de contracciones provoca segmentación del intestino delgado y corta el quimo varias veces en un minuto, haciendo que se mezclen las partículas de alimento con las secreciones que hay en el intestino.

2) Contracciones de propulsión o peristálticas que son las ondas peristálticas que impulsan al quimo por el intestino delgado. Cuando el quimo entra en el intestino procedente del estómago, provoca distensión inicial del duodeno proximal, con lo que se inician las ondas peristálticas que se desplazan en dirección anal a una velocidad de unos 2 cm/seg, aunque son más rápidas en la parte proximal del intestino y mucho más lentas en la parte terminal. Como estas ondas peristálticas no suelen desplazarse más de 10 cm, se las llama de corto alcance. El proceso se intensifica a medida que el quimo adicional penetra en el duodeno. La función de las ondas peristálticas en el intestino delgado es no solo la progresión del quimo hacia la válvula íleo-cecal sino también la dispersión del quimo por la mucosa intestinal para que sea facilitada su absorción.

### **Intestino delgado. Vaciamiento. Regulación**

El vaciamiento del intestino delgado es regulado a partir de señales reguladoras procedentes del estómago y señales reguladoras procedentes del ciego.

1) Señales que provienen del estómago. Son facilitadoras de la motilidad y el vaciamiento intestinales. Constituyen el reflejo gastroentérico, que es iniciado por la distensión del estómago y conducido a lo largo de la pared del intestino delgado, intensificando el peristaltismo intestinal y facilitando el vaciamiento del contenido del íleon en el ciego, al relajar el esfínter íleocecal. Al llegar a este esfínter, el quimo a veces queda bloqueado varias horas hasta que la persona toma otro alimento. Entonces el reflejo gastroentérico intensifica el peristaltismo en el íleon y manda el resto del quimo al interior del ciego.

2) Señales que provienen del ciego. Son señales reflejas inhibitoras de la motilidad y del vaciamiento intestinal. En todos los casos en que se distiende el ciego, se inhibe el peristaltismo del íleon y se intensifica el grado de contracción del esfínter íleocecal, con lo que se retrasa el vaciamiento del quimo desde el íleon al ciego.

### **Intestino delgado. Secreción. Regulación**

El jugo intestinal es la mezcla de las secreciones de las siguientes células y glándulas:

1. Glándulas de Brunner, se encuentran en la parte proximal del duodeno (entre el píloro y la ampolla de Vater) y producen grandes cantidades de un líquido alcalino rico en mucina en respuesta a diversos estímulos, cuya función principal es proteger la mucosa duodenal del quimo ácido.

2. Células caliciformes secretoras de moco dispersas entre las células epiteliales columnares unidas fuertemente entre sí, que revisten toda la superficie del intestino delgado



3. Criptas de Lieberkühn, son glándulas tubulares simples que se encuentran entre una vellosidad intestinal y otra, en la parte basal, a lo largo de toda la superficie del intestino delgado. Las células epiteliales de estas glándulas elaboran una secreción a un ritmo aproximado de 1800 ml/día que es casi en su totalidad líquido extracelular con un pH alcalino (entre 7.5 y 8), carece de acción enzimática y recubre a las vellosidades, proporcionando un medio acuoso para la absorción de sustancias desde el quimo cuando entra en contacto con las vellosidades.

Las secreciones del intestino delgado carecen de acción enzimática excepto a nivel del duodeno en donde se secreta el enzima que actúa sobre el tripsinógeno inactivo convirtiéndolo en tripsina activa. Sin embargo, en las propias células epiteliales columnares que revisten la mucosa intestinal, a nivel de su membrana apical, existen enzimas digestivos que completan la digestión de los nutrientes poco antes de ser absorbidos. Son las disacaridasas (hidrolizan disacáridos a monosacáridos) y las peptidasas (hidrolizan péptidos a aminoácidos) que se ocupan de la digestión final de carbohidratos y proteínas, respectivamente.

La intensidad de la secreción del intestino delgado está regulada por mecanismos nerviosos y hormonales:

- Mecanismos nerviosos: la estimulación mecánica o química de cualquier zona del intestino delgado aumenta su secreción. Estos estímulos son mediados por reflejos locales o por los nervios vagos (parasimpáticos). El sistema nervioso simpático, por el contrario, disminuye la secreción intestinal.
- Mecanismos hormonales: las hormonas secretina y la colecistoquinina aumentan la secreción intestinal.

### **Digestión y absorción de hidratos de carbono**

La digestión de los polisacáridos comienza en la boca por la acción de la amilasa salivar que continúa actuando durante el paso por el esófago y en el estómago hasta que se inactiva por el descenso de pH, al entrar en contacto con el jugo gástrico. La



amilasa de la saliva puede disociar el almidón hasta el 50% si se mastica durante un tiempo suficiente y sigue trabajando en el bolo alimenticio ya que la estratificación en capas concéntricas en el estómago impide su inactivación.

### **Digestión y absorción de grasas**

La ingesta diaria de grasas es de 60-100 g. Las grasas más comunes de la dieta son las grasas neutras o triglicéridos (la inmensa mayoría formados por ácidos grasos de cadenas largas). También hay pequeñas cantidades de colesterol, fosfolípidos y vitaminas liposolubles.

En el estómago, los lípidos forman grandes gotas de grasa. Lo primero que pasa cuando las grasas llegan al duodeno es que las sales biliares recubren las gotas de grasa y éstas se rompen, dividiéndose en gotitas de grasa más pequeñas que aumentan miles de veces la superficie de actuación de los enzimas lipolíticos del páncreas. Este proceso se llama emulsión de las grasas (una emulsión es una suspensión acuosa de pequeñas gotas de grasa) y permiten el acceso a los triglicéridos de la lipasa pancreática que los rompe en mono glicéridos y ácidos grasos. De este modo los movimientos gastrointestinales pueden romper las gotas de grasa en partículas más y más finas. Si no hubiese bilis, todos los lípidos se unirían formando un gran globo de grasa, exponiendo la menor superficie posible al agua. Como los enzimas pancreáticos son hidrosolubles, solo actuarían en la superficie del globo de grasa expuesta al agua y la digestión de las grasas sería mínima.

### **Digestión y absorción de proteínas**

Las personas adultas ingieren diariamente 70-90 g de proteínas. La digestión de las proteínas comienza en el estómago por la pepsina que convierte a las proteínas en grandes polipéptidos. Este enzima funciona solamente a pH muy ácido. Solo un 10-20% de proteínas se digiere en el estómago. El resto en el intestino delgado. La pepsina es especialmente importante por su habilidad para digerir el colágeno que



no es afectado por los otros enzimas. Ya que el colágeno es un constituyente importante de la carne, es esencial que sea digerido para que el resto de la carne pueda ser atacado por los otros enzimas digestivos.

Luego el resto de las proteínas es digerido en el intestino delgado por la acción de enzimas proteolíticos pancreáticos como la tripsina. Las proteasas pancreáticas son muy activas en el duodeno y convierten rápidamente las proteínas ingeridas en péptidos pequeños.

Si la comida se ha masticado bien y en una pequeña cantidad cada vez, alrededor del 98% de las proteínas ingeridas se convierte en aminoácidos y es absorbida y solo el 2% es eliminado en las heces. En las personas normales, casi todas las proteínas de la dieta ya están digeridas y absorbidas en el momento de llegar el quimo a la zona intermedia del yeyuno.

### 3.1 Antecedentes.

Ante el resultado de búsqueda de información en relación a la disciplina de enfermería, se observa escasez de estudios en relación a la atención e implementación de cuidados específicos de enfermería en personas con abdomen hostil, sin embargo se encontraron otros que se relacionan al entorno del tema en cuestión (pese a que algunos de ellos no son vigentes, sin embargo se considera relevante retomar que el cuidado de enfermería no tiene fecha de caducidad); por lo anterior, se justifica la elaboración del presente estudio de caso, a continuación se mencionan los más relevantes.

Elena Del Amo Muñoz, en su capítulo llamado “**Atención de enfermería en el paciente quirúrgico**”<sup>3</sup>, menciona la importancia de Enfermería Perioperatoria, la

---

<sup>3</sup> Del Amo, M. E. Atención de enfermería en el paciente quirúrgico. (En línea), 2015. Disponible en: [https://www.repositoriosalud.es/xmlui/bitstream/handle/10668/1713/PAI\\_PacienteQuirurgico\\_2014.pdf?sequence=1](https://www.repositoriosalud.es/xmlui/bitstream/handle/10668/1713/PAI_PacienteQuirurgico_2014.pdf?sequence=1). Consultado 6 de Marzo, 2018.

cual comprende la atención antes, durante y después de una cirugía, y hace referencia a la importancia del papel que la profesión ha desarrollado con la asistencia del paciente quirúrgico, así como los deberes de la enfermera perioperatoria que se incluyen en el desarrollo y la implantación de un plan preoperatorio de asistencia al paciente.

Margarita Vásquez, hizo una transcripción editada de una conferencia dictada en el Curso de Instrumentistas Quirúrgicos, llamada **“Cuidados de enfermería en laparotomía contenida”**<sup>4</sup>, menciona las indicaciones y técnicas de la laparotomía, así como los objetivos de los diferentes abordajes de esta técnica, terminando con una lista de los cuidados generales y específicos que se proporcionan a la persona.

Ricardo A. Castro Becerra y Yurian I. Rubiano Meza, en su artículo de revisión **“Experiencia en el cuidado de enfermería: herida de abdomen abierto en el adulto”**<sup>5</sup>, muestran el protocolo de intervención de enfermería a pacientes con abdomen abierto, en donde describen la evolución de la herida, así como el uso de diversos tipos de apósitos de curación avanzada, para finalmente mostrar los lineamientos y procesos de cuidados de enfermería en personas con abdomen abierto.

Imelda Flores Montes, en su artículo **“Intervenciones de enfermería en el manejo avanzado de heridas a través de terapia asistida por vacío”**<sup>6</sup>, hace una descripción de la terapia de cierre asistido por vacío y establece una guía de

---

<sup>4</sup> Vásquez. M. Cuidados de enfermería en laparotomía contenida. (En línea), 2009. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/enfquirurgicaacs/003/419>. Consultado 12 de Marzo, 2018.

<sup>5</sup> Castro, B. R. Experiencia en el cuidado de enfermería: herida de abdomen abierto en el adulto. (En línea), 2011. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/download/35826/36566>. Consultado 18 de Marzo, 2018.

<sup>6</sup> Flores, M. I. “Intervenciones de enfermería en el manejo avanzado de heridas a través de terapia asistida por vacío. (En línea), 2008. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/download/35826/36566>. Consultado 18 de marzo, 2018.

cuidados para su aplicación y manejo de dicha terapia; al final del artículo, menciona algunos puntos importantes a retomar durante la terapia de vacío, para así lograr el mejor resultado en la persona.

Nohora I. Tobo Vargas, en su artículo de revisión **“La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril”**<sup>7</sup>, hace una revisión y reflexión acerca de los aspectos y procesos que el personal de enfermería y auxiliar, deben de manejar de manera obligatoria, en relación a la asepsia y técnica estéril, a fin de garantizar un ambiente seguro en la persona; hacen énfasis en la exigencia del personal de enfermería, sobre la aplicación de normas y protocolos de seguridad quirúrgica.

La Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal, en su **“Manual clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas”**<sup>8</sup>, establece el marco conceptual de las heridas, valoración e intervenciones de enfermería, así como las intervenciones interdisciplinarias, y se rescata como relevante para el tema, lo relacionado a las heridas agudas, su clasificación y la valoración de enfermería.

En el Plan de Vigilancia y Control Infección Nosocomial Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública, en su apartado **“Aislamiento protector en pacientes inmunodeprimidos”**<sup>9</sup>, establece el proceso de dicho aislamiento, haciendo énfasis

---

<sup>7</sup> Tobo, V. N. “La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril (En línea), 2013. Disponible en: [www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a15.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a15.pdf). Consultado 6 de Marzo, 2018.

<sup>8</sup> Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal. “Manual clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas”. (En línea), 2016. Disponible en: [http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Manual\\_Clinico\\_Heridas.pdf](http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Manual_Clinico_Heridas.pdf). Consultado 4 de diciembre, 2016.

<sup>9</sup> Plan de Vigilancia y Control Infección Nosocomial Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública, en su apartado. “Aislamiento protector en pacientes inmunodeprimidos”. (En línea), 2010. Disponible en:



en la protección de la persona y evitar la contaminación del entorno de esta; lo anterior debido al aumento del riesgo para infecciones bacterianas, fúngicas, parasitarias, procedentes de fuentes endógenas o exógenas.

Carmen M. Criollo Lloachamín, en su tesis de grado **“Estrategia de intervención para el mejoramiento de la calidad de atención de enfermería en pacientes sometidos a limpieza quirúrgica en el hospital San Francisco de Quito, enero - marzo 2015”**<sup>10</sup>, hace una revisión al tema de calidad y seguridad asistencial en el paciente quirúrgico en sus tres periodos, retomando la conceptualización de enfermería y de la clasificación de intervenciones quirúrgicas, así como clasificación de cirugías.

En el ámbito médico, la literatura encontrada se considera de importancia para contextualizar el tema, lo que constituye entonces un contenido de interés y aplicación en la práctica, así como de investigación en la disciplina. A continuación se mencionan algunos.

La Asociación Mexicana de Cirugía General, en su **Guía de Práctica Clínica emitida en 2014**<sup>11</sup>, menciona que el Abdomen Hostil y/o Abdomen congelado, es aquel abdomen con pérdida persistente de los espacios naturales libres entre los órganos intrabdominales y las estructuras compartimentales (pared abdominal interior, espacio retroperitoneal, cavidad pélvica, etc.), y que posee cambios patológicos en su proporción anatómica normal, causada por un síndrome

---

[http://hvn.es/servicios\\_asistenciales/ugc\\_medicina.../aislamiento\\_protector.pdf](http://hvn.es/servicios_asistenciales/ugc_medicina.../aislamiento_protector.pdf). Consultado 31 de julio, 2017.

<sup>10</sup> Criollo, Ll. C. “Estrategia de intervención para el mejoramiento de la calidad de atención de enfermería en pacientes sometidos a limpieza quirúrgica en el hospital San Francisco de Quito, enero - marzo 2015”. (En línea), 2017. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/6002>. Consultado 18 de Marzo. 2018.

<sup>11</sup> Guía de Práctica Clínica de la Asociación Mexicana de Cirugía General (En línea), 2014. Disponible en: [http://amcg.org.mx/images/guiasclinicas/abdomen\\_hostil.pdf](http://amcg.org.mx/images/guiasclinicas/abdomen_hostil.pdf). Consultado Noviembre 15, 2016



adherencial severo con tejido fibrótico y cicatrizal que no permite su adecuada disección y/o separación.

Esta guía hace referencia a que la contaminación difusa de la cavidad abdominal produce una respuesta inflamatoria de dicha cavidad (abdomen hostil), y que las características de un abdomen hostil son: intestino edematoso y friable, mesenterio acortado y pared abdominal inflamada, no distensible, adherencias firmes y pérdida de los planos de disección.

En el artículo **“Utilidad de la ferulización intestinal por abdomen hostil secundario a bridas postoperatorias en pacientes pediátricos”**<sup>12</sup>, realizado por el Depto. de Cirugía General, del Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Secretaría de Salud, en la Ciudad de México, este tuvo como objetivo mostrar la eficacia de la Ferulización Intestinal para prolongar el tiempo libre de oclusión intestinal quirúrgica en niños con abdomen hostil secundario a bridas posquirúrgicas; se comparó el tiempo libre de oclusión quirúrgica antes y después de la FI, y se encontró que predominaron las causas congénitas, la mediana de edad en la cirugía fue de 6 meses, todos tenían cirugías previas con mediana de tres, y dos de ellas fueron por oclusión intestinal previa.

Humberto Arenas Márquez, en su artículo de revisión **“Manejo del abdomen abierto. Los mejores resultados”**<sup>13</sup>, menciona que el abdomen abierto es una estrategia quirúrgica que ha resultado del avance en el manejo operatorio del paciente con infección intraabdominal complicada o trauma abdominal grave para el control de los daños; refiere que los beneficios del abdomen abierto son: la

---

<sup>12</sup> Utilidad de la ferulización intestinal por abdomen hostil secundario a bridas postoperatorias en pacientes pediátricos. Depto. de Cirugía General, del Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Secretaría de Salud. (En línea), 2016. Disponible en: [http://www.anmm.org.mx/GMM/2016/s2/GMM\\_152\\_2016\\_S2\\_47-56.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2016/s2/GMM_152_2016_S2_47-56.pdf). Consultado 15 de Noviembre, 2016.

<sup>13</sup> Arenas M, H. Manejo del abdomen abierto. Los mejores resultados. (En línea), 2010. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cge101o.pdf>. Consultado 15 de Noviembre, 2015.



prevención de la hipertensión intraabdominal y el síndrome abdominal compartimental, la identificación temprana de complicaciones intraabdominales (fuga de anastomosis, isquemia intestinal), y la preservación de una fascia abdominal intacta para un cierre subsecuente.

Para lo anterior, el autor menciona que el material ideal para lograr el cierre temporal abdominal deberá contener las vísceras abdominales, proteger a ellas de la lesión mecánica, prevenir la desecación del intestino, prevenir la adherencia de las vísceras al material de cierre, prevenir la adherencia de las vísceras a la pared abdominal, minimizar el daño de tejidos y pared abdominal, prevenir la contaminación externa de la cavidad peritoneal, controlar los egresos de líquido peritoneal, limitar incrementos de presión intraabdominal, minimizar la pérdida de dominio abdominal, ser aplicado rápidamente, ser capaz de aplicarse en múltiples ocasiones, no ser costoso y ser durable; considera que el mejor resultado en el manejo del abdomen abierto puede obtenerse tanto con el uso del VAC como con el parche de Wittmann para la aproximación de la fascia, sin embargo el riesgo de fístula entero-atmosférica es mayor con el uso del VAC.

En la Revista Escandinava de Cirugía, se encontró un artículo de revisión llamado **“The hostile abdomen – a systematic approach to a complex problem”**<sup>14</sup>, este menciona que el Abdomen Hostil es una situación en la que la cavidad abdominal está abierta y marcada en una masa sólida, con lazos frágiles del intestino delgado adheridos el uno al otro, y que a menudo se complica con enterocutaneous o "enteroatmospheric" (fístulas y retracción de los bordes de la pared abdominal), lo que representa una pesadilla quirúrgica y un mal pronóstico a corto plazo, junto con la peritonitis secundaria, pancreatitis aguda severa, fuga anastomótica con múltiples re intervenciones.

---

<sup>14</sup> The hostile abdomen – a systematic approach to a complex problem. Revista Escandinava de Cirugía. (En línea), 2014. Disponible en: <http://sjs.sagepub.com/content/97/3/218.full.pdf>. Consultado 16 de Noviembre, 2016.



Otro documento es el de José Luis Martínez Ordaz en su artículo de revisión **“Fístulas enteroatmosféricas posteriores a catástrofe abdominal. Manejo quirúrgico agresivo”**<sup>15</sup>, menciona que son una de las complicaciones más temidas, posterior a la realización de procedimientos intrabdominales, donde la mayoría de estas fístulas son secundarias a cirugía abdominales, ya que alrededor del 80% de los casos son consecuencia de alguna cirugía abdominal, siendo las principales causas la dehiscencia de anastomosis, lesiones intestinales inadvertidas, pérdida de la serosa del intestino o alguna otra alteración que origine erosión de la pared intestinal, con subsecuente fuga de material intestinal hacia el abdomen y la piel.

El autor menciona que a consecuencia del manejo de los pacientes con sepsis abdominal severa, ha habido un aumento de fístulas entero atmosféricas que requieren, en prácticamente todos los casos, cirugía para su resolución, y pese a los avances en el tratamiento médico, más del 50% requieren tratamiento quirúrgico para lograr el cierre, donde la resección con anastomosis primaria debe ser el objetivo del cirujano.

Luis Alberto Tavares-de la Paz, en su artículo de revisión **“Abdomen abierto. Evolución en su manejo”**<sup>16</sup>, menciona que el abdomen abierto puede ser el resultado de una estrategia quirúrgica para facilitar una re operación, prevenir o tratar el síndrome compartimental abdominal o ser el resultado de una complicación quirúrgica: dehiscencia de la pared abdominal (por infección o necrosis) o secundario a una catastrófica pérdida de la integridad del abdomen por trauma o tumor.

El autor menciona que el cierre temporal de la pared abdominal está indicado en pacientes politraumatizados candidatos a una cirugía de control de daños, con

---

<sup>15</sup> Martínez o, JL. Fístulas enteroatmosféricas posteriores a catástrofe abdominal. Manejo quirúrgico agresivo. (En línea), 2013. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2013/cgs131z1.pdf>. Consultado 16 Noviembre, 2016.

<sup>16</sup> Tavares D, LA. Abdomen abierto. Evolución en su manejo. (En línea), 2008. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2008/cc082n.pdf>. Consultado 16 de noviembre. 2016.



sepsis intraabdominal severa, con síndrome compartimental abdominal o cuando existe mucha tensión para el cierre de la pared abdominal, y que la técnica más utilizada y estudiada en la actualidad es la de Vacuum pack, aunque continúa siendo un método terapéutico que se asocia con elevada morbilidad (formación de fístulas entéricas, abscesos residuales y defectos musculo aponeuróticos gigantes).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en su **Guía de Práctica clínica basada en Evidencia “Manejo de las Fístulas enterocutáneas”**<sup>17</sup>, define como Fístula Enterocutánea (FE) a la comunicación patológica de una porción del tracto gastrointestinal hacia la piel, y menciona que por su origen la FE más frecuente es la de aparición en el período posoperatorio, atribuyendo a las FE una mortalidad del 15 al 37%, cuando la fistula se asocia a factores agravantes como sepsis, desequilibrio hidroelectrolítico, entre otros, la mortalidad asciende aún más y puede llegar a ser superior al 60%.

Esta guía establece que la fisiopatología de la FE es la siguiente: ante la pérdida de líquido intestinal y su difusión, se acumula libremente dentro del abdomen, se desarrolla peritonitis, y si el líquido intestinal derramado no tiene escape al exterior se conformarán abscesos de diferente magnitud dependiendo de factores anatómicos y bacteriológicos, cuando finalmente este líquido anormal aflora en la piel se establece una fistula que por definición se denomina Fístula Entero-Cutánea.

La guía establece que la FE es el resultado de un defecto cicatrizal de la pared intestinal, ya sea relacionado a alguna anastomosis intestinal, un sitio de sutura o perforación intestinal, donde la serosa del tubo digestivo lesionado o una perforación no identificada durante la exploración abdominal, permite la fuga de su contenido hacia fuera de la cavidad abdominal. Su interés clínico deriva que es la causa más

---

<sup>17</sup> Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Subgerencia de Prestaciones en Salud. Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia (GPC-BE) GPC-BE 49 “Manejo de las Fístulas Enterocutáneas”. Edición 2013; págs. 188. IGSS, Guatemala.

frecuente de re operaciones por obstrucción del tubo digestivo superando el 50% y las recidivas son un desafío no totalmente resuelto y tienen un alto costo.

Fernando Galindo, en su artículo de revisión llamado **“Adherencias peritoneales”**<sup>18</sup>, menciona que las adherencias intraperitoneales son formaciones fibrosas de orígenes congénitos o adquiridos, siendo las postoperatorias las más frecuentes; refiere que se establecen entre vísceras, omentos y la pared abdominal, revistiendo distintas formas, en las que la más común es la denominada brida, la cual es una formación fibrosa en banda o cuerda que forma un puente entre dos estructuras. El autor señala una acotación muy importante, las bridas son frecuentes pero el término de adherencias abarca a todas las formas que puedan encontrarse.

Mauricio De la Fuente-Lira y cols., en su estudio retrospectivo **“Cierre temporal de la pared abdominal con polietileno”**<sup>19</sup>, en donde muestran una nueva técnica quirúrgica para el cierre de la pared abdominal utilizando una bolsa de polietileno, la técnica fue aplicada en 46 pacientes candidatos a re intervención, pérdida de pared abdominal, sepsis abdominal grave, síndrome del compartimiento abdominal y otras causas que impidieran el cierre primario de la pared abdominal.

Los autores mencionan que esta técnica con bolsa de polietileno es una forma de cierre simple y efectiva en cirugía abdominal múltiple, que disminuye el daño a la integridad intestinal y en algunos casos la necesidad de re operación; esta técnica consiste en colocar la bolsa de polietileno en el espacio intraperitoneal, rodeando las vísceras intrabdominales, la cual se fija a la pared abdominal con puntos totales y se extrae por el vértice inferior de la herida o por contra abertura cuando ésta es irregular, cerrando la piel por encima.

---

<sup>18</sup> Galindo, F. Adherencias peritoneales. (En línea), 2015. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/dochentaydos.pdf>. Consultado 18 de Noviembre, 2016.

<sup>19</sup> De la fuente L, M y cols. Cierre temporal de la pared abdominal con polietileno. (En línea), 2002. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2002/cc023f.pdf>. Consultado 18 de Noviembre, 2016.



El artículo menciona que dicha técnica tiene las ventajas de ser de fácil y rápida colocación, previene la evisceración, la pérdida de líquido y la evaporación, protege las asas de intestino, es flexible y elástica por lo que el síndrome de compartimiento abdominal se reduce, permite la re exploración abdominal de manera rápida y no se adhiere a las asas del intestino; disminuye también la presión intraabdominal en el paciente intubado, previniendo de cierta manera la presentación de falla orgánica múltiple.

Esmeralda Carnicer, en su artículo de revisión llamado **“El cierre temporal de la cavidad abdominal: una revisión”**<sup>20</sup>, hace énfasis en la restitución anatomofisiológica de la integridad de la pared abdominal, ya que se ha considerado a esta como un órgano con una patología específica, por lo que el cierre primario de la cavidad abdominal restituye la anatomofisiología parietal, protegiendo el contenido intraabdominal y disminuyendo las complicaciones de la herida quirúrgica. Sin embargo, la autora menciona que “el cierre primario de la pared anterior del abdomen no siempre está indicado, y en ocasiones es necesario realizar un cierre temporal (CT)”, así, establece que las indicaciones más frecuentes para este CT son la cirugía de control de daños, la sepsis de origen abdominal y el síndrome compartimental abdominal.

Oswaldo Alfonso Borraez, en su artículo original **“Abdomen Abierto: Utilización del Polivinilo”**<sup>21</sup>, menciona que el abdomen abierto es una técnica que ha proporcionado a los pacientes que la requieren (sepsis, politraumatizados) algunas ventajas: permite el drenaje periódico de la cavidad, previene la evisceración, evita el cierre de la pared a tensión facilitando la ventilación y preservando la aponeurosis o la piel y permite una deambulación precoz de los pacientes; además de que la bolsa plástica (polivinilo) tiene la ventaja de la disponibilidad inmediata y

---

<sup>20</sup>Carnicer, E. El cierre temporal de la cavidad abdominal: una revisión. (En línea), 2015. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255267715000195>. Consultado 18 de Noviembre, 2016.

<sup>21</sup>Oswaldo A, B. Abdomen Abierto: Utilización del Polivinilo. (En línea), 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v23n4/v23n4a4.pdf>. Consultado 2 de febrero, 2018.



permanente, costo mínimo y ausencia de complicaciones inherentes al material, pues además de su alta flexibilidad no produce reacción biológica alguna en contacto con las células del organismo.

Lo anterior, son ventajas que no se observan en técnicas anteriores del manejo de abdomen abierto, como lo menciona el autor, la irrigación peritoneal intraoperatoria con antisépticos o antibióticos, que producían irritación en las superficies intestinales y toxicidad por su riesgo de absorción; el lavado peritoneal a través de tubos o catéteres, además de obstruirse con fibrina, pueden perforar o causar fístulas intestinales o retener líquidos dentro de la cavidad; el desbridamiento radical, puede originar dehiscencias, fístulas, necrosis intestinales y propiciar más adherencias por el despulimiento de la serosa intestinal, así como al elemento que cubre la cavidad y los órganos abdominales, las complicaciones se deben al material mismo que se utiliza (la malla de marlex y otros) y la mayoría de ellos pueden producir fístulas intestinales, focos de infección en el intersticio, formación de granulomas y adherencias firmes con los órganos adyacentes.

Miguel Ángel Rivera Pérez y cols., en su artículo de revisión **“Manejo de estomas complicados y/o abdomen hostil con la técnica de condón de Rivera. Diez años de experiencia”**<sup>22</sup>, menciona y describe la técnica quirúrgica de ferulización del estoma con condón de látex, esto con el fin del control de la fuga intestinal libre a cavidad, se exterioriza dicho material intestinal y se evitan contaminaciones de cavidad; así entonces, el condón al ser unido en su anillo al estoma y cortar la punta del condón, este se convierte en un tubo o férula de drenaje. De acuerdo a sus resultados, se menciona que esta técnica reduce la estancia hospitalaria de la persona, hasta en tres o cuatro semanas, reduciendo costos pero sobre todo elevando la supervivencia de la persona.

---

<sup>22</sup> Miguel Ángel Rivera Pérez y cols. “Manejo de estomas complicados y/o abdomen hostil con la técnica de condón de Rivera. Diez años de experiencia”. (En línea), 2017. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2017/cg172d.pdf>. Consultado 2 de febrero, 2018.



Gabriel Mejía Rendón, en su artículo de investigación “**Bolsa de Bogotá resistente en abdomen abierto**”<sup>23</sup>, presenta la técnica modificada de la bolsa de Bogotá, en la cual se adiciona más fuerza de sostén o resistencia a la capa de polivinilo en pacientes con abdomen abierto y en consecuencia, su movilización fácil temprana. El autor menciona que la bolsa de Bogotá adquiere su resistencia al ser implementada encima de esta, una malla de polipropileno, de esta manera se da tensión, aislamiento y drenaje, ya que la bolsa de fenestra; dicha técnica, a decir del autor, favorece la movilización temprana, no se requiere uso de vendaje abdominal y se conserva la aponeurosis.

Mayra Vincench Medina y cols., en su artículo de revisión “**Nuevos enfoques en el tratamiento de las fístulas entero cutáneas**”<sup>24</sup>, presentan las generalidades de la patología y hacen énfasis en las necesidades del tratamiento, lo cual incluye el manejo de líquidos parenterales, la terapia nutricional, el manejo de la sepsis, reducción del drenaje, cuidado de la piel y herida y finalmente el manejo con un sistema de vacío para el drenaje de la fístula.

José Luis Martínez-Ordaz, en su artículo de revisión “**Fístulas entero cutáneas postoperatorias**”<sup>25</sup>, presenta una descripción de la patología, hace hincapié en la complejidad quirúrgica a la que se enfrenta la cirugía general, y establece la prioridad en el tratamiento, el cual se basa fundamentalmente en el manejo sistematizado de la persona, así como en el manejo agresivo de la sepsis.

---

<sup>23</sup> Gabriel M, R. “Bolsa de Bogotá resistente en abdomen abierto”. (En línea), 2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v34n1/v34n1a8.pdf>. Consultado 2 de febrero, 2018.

<sup>24</sup> Mayra V, M. y cols., “Nuevos enfoques en el tratamiento de las fístulas entero cutáneas”. (En línea), 2012. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2012/ccm121m.pdf>. Consultado 2 de febrero, 2018.

<sup>25</sup> José Luis M, Ordaz. “Fístulas entero cutáneas postoperatorias. (En línea), 2013. <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm032g.pdf>. Consultado 2 de febrero, 2018.



## IV. MARCO CONCEPTUAL.

### 4.1 Conceptualización de la enfermería

A fin de contextualizar el presente documento, se aborda el concepto de Enfermería, no sin antes recordar que las enfermeras tenemos cuatro deberes fundamentales a saber: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restauración de la salud y alivio del sufrimiento.

Varias son las instancias que definen a la disciplina, entre las principales encontramos las siguientes:

Para la **Organización Mundial de la Salud**, “La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados personas en situación terminal”.<sup>26</sup>

Para el **Consejo Internacional de Enfermería**, “La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas”.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> OMS. Concepto de enfermería. (En línea), 2016. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es> Consultado 20 de Noviembre, 2016.

<sup>27</sup> CIE. Concepto de enfermería. [En línea], 2016. Disponible en: [http://www.icn.ch/about\\_icn/code-of-ethics-for-nurses](http://www.icn.ch/about_icn/code-of-ethics-for-nurses). Consultado 20 de Noviembre, 2016.

Para este organismo, las funciones esenciales de la enfermería, son: la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación; la participación en la política de salud, la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y finalmente, la formación.

Para la **Comisión Permanente de Enfermería**, en su NOM 019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud <sup>28</sup>, menciona que se llama enfermería, “A la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes”.

Para comprender la práctica contemporánea de la enfermería se debe incluir las definiciones realizadas por varias teóricas de la disciplina, a continuación se mencionan las más representativas: <sup>29</sup>

- **Florence Nightingale**, 1860: “El acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su curación”. Consideraba que un ambiente limpio, bien ventilado y tranquilo era fundamental para la recuperación del paciente.
- **Virginia Henderson**, 1966: “La función propia de enfermería es asistir al individuo sano, enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación (o a una muerte tranquila) que podría realizar por sí mismo si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento para hacerlo de tal forma que le ayude a ganar independencia en su cuidado propio lo más pronto posible”.

---

<sup>28</sup> NOM 019. [en línea]. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms\\_cpe/index.php?Id\\_URL=400despliegue&anio=2013&Id\\_Nota=234](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?Id_URL=400despliegue&anio=2013&Id_Nota=234). Consultado 20 de Noviembre, 2016.

<sup>29</sup> Kozier, B.y cols. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. Madrid, Editorial McGraw Hill; 2005 pp. 86-114.

- **Dorothea Orem:** “La enfermería tiene como preocupación especial la necesidad del individuo para la acción de autocuidado y su provisión y administración del modo continuo, para sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o daño y adaptarse a sus efectos”.
- **Frances R. Kreuter:** “La enfermería es una profesión de práctica. La administración y educación son esenciales pero secundarios al que la práctica es un componente de cuidado con conocimiento de cura, percepción de motivación humana y comprometida con el ministerio de alta calidad; la definición de enfermería nos sirve de guía y de origen a la práctica de la enfermería indicándonos nuestras funciones”.
- **Martha Rogers:** “Enfermería es una profesión aprendida buscada en la aplicación de una ciencia y un arte. Tiene como meta servirle al hombre. Considera que la ciencia de enfermería no es la suma de principios sacados de otras fuentes; sino un producto nuevo. La ciencia de la enfermería es un cuerpo organizado de conocimientos abstractos logrados por la investigación científica y análisis lógico”.
- **Imogene King:** “Proceso de acción, interacción y transacción en donde se asiste al individuo de cualquier edad y grupo socioeconómico para lograr las metas de salud”.
- **Callista Roy:** “Los cuidados de enfermería tienen como fin sostener y promover la adaptación de la persona a la que se cuida. Los cuidados de enfermería se centran sobre todo en el paciente que está llamado a responder a los estímulos que se presentaba causa de su posición sobre la continua salud-enfermedad. El fin es ayudar a la persona que se cuida a alcanzar el estado de adaptación que le permita responder a los demás estímulos”.
- **American Nurses Association (ANA), 1980:** “Es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales”. En su Declaración de Política Social de enfermería de 2003, modifica su definición



como “el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a la salud y la enfermedad”<sup>30</sup>.

- **Balderas**, 1998: “El conjunto de conocimientos y acciones necesarias para prestar atención de enfermería a las personas que lo requieran, en actividades de promoción de la salud, diagnósticos de enfermería, tratamiento y rehabilitación. Esto propone atención directa, investigación, docencia y administración como funciones generales”.
- **Ledesma**, 1999: “Profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas”.

Ahora bien, con el fin de puntualizar y concluir este apartado, se mencionan también algunas definiciones de enfermería y/o cuidado, desde el punto de vista de algunas autoras de AL.

Para Rosita Daza de Caballero, en su artículo original “**Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción, Participación y Afecto**”<sup>31</sup>, menciona que se le llama cuidado de enfermería "al conjunto de acciones fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo científico técnico orientadas a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelve".

Silvana Estefo Agüero, en su artículo “**Enfermería en el rol de gestora de los cuidados**”<sup>32</sup>, menciona que el término de cuidado en el contexto de enfermería es usado para designar "los cuidados profesionales que la enfermera lleva a cabo y que suponen un compromiso humanista y un interés por sus semejantes”.

---

<sup>30</sup> Smeltzer, S.C. Brunner y Suddarth Enfermería médico quirúrgica. 12ª. Ed. Editorial Lippincott; p. 5.

<sup>31</sup> Daza, de C. R. “Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción, Participación y Afecto. [en línea], Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000100004&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000100004&script=sci_arttext&tlng=en). Consultado 20 de Marzo, 2018.

<sup>32</sup> Estefo, A. S. “Enfermería en el rol de gestora de los cuidados”. (En línea), 2010. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300005&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300005&script=sci_arttext). Consultado 20 de Marzo, 2018.



María Dolores Cano-Caballero Gálvez, en su artículo especial **“Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio”**<sup>33</sup>, retoma a Domínguez-Alcón (1999), quien menciona que ser profesional de la enfermería "es una construcción social", ya que cada contexto y momento histórico lo define de una forma; es decir, "las enfermeras tienen que satisfacer al público, persuadirles de su valor y aportaciones, defender su legitimidad, clarificar su ideología, influenciar en la dirección de cambio que pretende conseguir en el ámbito local, autonómico y estatal.

Carlos A. León Román, en su artículo **“Cuidarse para no morir cuidando”**<sup>34</sup>, menciona que “la enfermería, como único cuidador permanente en el proceso asistencial, se encuentra sometido a varios factores estresantes que lo convierten en un personal altamente vulnerable a padecer afecciones físicas y psicológicas, si no sabemos canalizar adecuadamente nuestra entrega durante el proceso del cuidado; las enfermeras, como defensoras de la salud de los seres humanos, deben fomentar en su propia persona, un adecuado autocuidado, que fomente su bienestar bio-psico-social, para desarrollar una personalidad terapéutica que transmita e inspire salud.

Abdul Hernández Cortina, en su artículo **“La Enfermería como disciplina profesional holística”**<sup>35</sup>, hace una reflexión y menciona que “no existe un concepto universal de enfermería hasta el momento, ya este fenómeno está influenciado por las condiciones socioeconómicas de cada país y acontecimientos históricos que influyen en cualquier profesión. Aunque se observa una tendencia repetitiva en la

---

<sup>33</sup> Cano-Caballero, G. M. “Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio”. (En línea), 2004. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000200007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000200007&script=sci_arttext&tlng=pt). Consultado 20 de Marzo, 2018.

<sup>34</sup> Carlos A. León Román, en su artículo “Cuidarse para no morir cuidando” (En línea), 2007. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v23n1/enf06107.pdf>. Consultado 20 de Marzo, 2018.

<sup>35</sup> Hernández, C. A. “La Enfermería como disciplina profesional holística”. (En línea), 2004. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000200007#cargo](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007#cargo). Consultado 20 de Marzo, 2018.



literatura de determinados conceptos como son: ciencia, diagnóstico, respuestas humanas, cuidado y holismo, que pudieran ser los primeros pasos hacia la unificación conceptual, en opinión de los autores, el desarrollo de las comunicaciones y la tecnología ayudará, a la unificación de criterios. En este momento la enfermería es una ciencia emergente, el método científico es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y el objeto de estudio enfermero se centra en el cuidado en su dimensión más amplia<sup>36</sup>.

Como se ha podido apreciar, cada autor establece su propio concepto de la disciplina, por lo que queda claro, “que las definiciones de enfermería, se deben de interpretar y tienen un sentido si se analizan a través del periodo histórico de desarrollo por el que se atraviesa”.

#### **4.2 Paradigmas.**

Las teorías y modelos conceptuales en enfermería, se encuentran basados en el Metaparadigma enfermero, el cual es un marco conceptual o filosófico de la profesión, en este se establecen los valores y principios de la disciplina; en enfermería, los conceptos que lo integran son: la persona, el entorno, la salud y la enfermería<sup>37</sup>.

- La persona es quien recibe el cuidado enfermero, y puede ser el individuo, la familia o la comunidad.
- El entorno, es todo lo que rodea a la persona, que pueden ser circunstancias, condiciones o influencias.
- La salud, es referido como el grado de salud o enfermedad de la persona.
- La enfermería, son las actividades, características o atributos del individuo que proporciona el cuidado.

---

<sup>36</sup> Durán de Villalobos, Ma. Mercedes. (1998) “Disciplina de Enfermería”. En: Bases teóricas para el cuidado especializado. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Edit, UNAM, 2ª. Edición, México, 2008, p. 36.

<sup>37</sup> Wesley R. L. teorías y modelos de enfermería. 2ª. Ed. Editorial Interamericana; 1997. p. 2.



Epistemológicamente, para enfermería, un paradigma es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macro estructura para explicar el cuidado. J. Fawcett (1996) describió que estos modelos ofrecen una visión global de los parámetros generales de la enfermería, que explican de manera general el fenómeno del cuidado e incluyen ideas sobre la naturaleza y el papel del paciente y de la enfermera, sobre el entorno o cultura en donde se desarrolla la enfermería, sobre el objeto o función de la enfermería, cual es el cuidado de la salud y sobre las acciones o intervenciones de enfermería.

En este sentido se presentan tres paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.<sup>38</sup>

### **Paradigma de la categorización.**

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

#### 1) Orientación centrada en la salud pública:

Se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por "la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios". Desde la línea que marca esta orientación, se pueden explicar los conceptos meta paradigmáticos de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.

---

<sup>38</sup> Leal C. C. Fundamentos de enfermería. Cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona. Editorial DM Librero editor; 2010. p.523.

La persona: según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente.

El entorno: comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.

La salud: no es solamente lo opuesto a la enfermedad, sino que es "la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos".

El cuidado: es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud. El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere de una formación e instrucción formal.

2) Orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica:

Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. Aparecen los métodos antisépticos, de asepsia y las técnicas quirúrgicas. El significado de los elementos que forman del meta paradigma según esta orientación es el siguiente.

La persona: es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí (se puede estudiar la dimensión psicológica aislada de la biológica o la espiritual), además depende de las condiciones en las que se encuentra y trata de controlarlas para promover su salud y su bienestar.

El entorno: es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.

La salud: es la ausencia de enfermedad, un equilibrio altamente deseable.

El cuidado: es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona.



La representación principal del paradigma con la orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica, está reflejada en F. Nightingale, por el interés del control del medio ambiente demostrado en sus escritos y la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

Otros paradigmas enfermeros suponen la transición porque dan paso al de la integración, en ellos ya se enuncia que la experiencia de salud-enfermedad supera la linealidad y comienza a considerar a la persona en su integralidad, y en interacción con el entorno.

### **Paradigma de la integración.**

Esta corriente supone una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto específico en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo.

En términos generales, el paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Los trabajos de enfermería de V. Henderson, H. Peplau y D. Orem, quedan enmarcados dentro de este paradigma, según esta orientación, en los conceptos del meta paradigma de enfermería se observa lo siguiente:

La persona: es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, (de ahí la expresión de que la persona es un ser bio-

psico-socio-cultural y espiritual) en búsqueda constante de las mejores condiciones para mantener su salud y bienestar o detener la enfermedad.

El entorno: constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.

La salud: es un ideal que se debe conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.

El cuidado: se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones (física, mental y social), lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

### **Paradigma de la transformación.**

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica y compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Los modelos y teorías propuestos por R.R. Porse, M. Newman, M. Rogers y Watson quedan encerrados dentro de este paradigma.

Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del meta paradigma de la siguiente manera:

La persona: es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades, es indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.



La salud: es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.

El entorno: es ilimitado, es el conjunto del universo.

El cuidado: se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Así entonces, puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería, existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos.

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

#### **4.3 Teoría de Enfermería.**

La profesión de enfermería posee un cuerpo de conocimientos, el cual define sus actividades teórico-prácticas para desarrollar investigación disciplinar; de esta manera, establece sus propias teorías y modelos, las cuales representan el marco conceptual de la profesión.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Op.Cit. p. 2



La profesión ha sido estudiada por diferentes teóricas, entre las que se mencionan a Hildegart Peplau, con el modelo de las relaciones interpersonales, Callista Roy, y su modelo de adaptación, Jean Watson, con la Teoría del cuidado humano y de los factores curativos filosóficos, Madeleine Leininger, y la teoría de la diversidad y la universalidad, así como a Martha Rogers, autora de la teoría de los seres humanos unitarios; sin embargo, las siguientes, son consideradas las clásicas de enfermería, al ser retomadas en planes de estudio y programas educativos, así como en instrumentos de registros clínicos de enfermería a nivel hospitalario:

Florence Nightingale, es considerada como la madre de la enfermería moderna; con su teoría del entorno (físico, psicológico y social), orientó los cuidados al control del ambiente para facilitar la recuperación de los enfermos. Consideró que el medio ambiente favorece o elimina la salud y la enfermedad, al identificar como elementos saludables a la ventilación y luz adecuada, calor suficiente, así como el control de efluvios y ruido.

Dorothea Orem, autora de la Teoría General de la Enfermería, la cual está integrada por tres teorías; la Teoría del Autocuidado, la cual se basa en términos de autocuidado, agencia de autocuidado, requisitos de autocuidado y demanda de autocuidado terapéutico; La Teoría del Déficit del Autocuidado, en la que se menciona cuando es necesario la presencia de la enfermera, y finalmente La Teoría de los Sistemas, en la que se hace referencia a las acciones que realiza la enfermera, para satisfacer las necesidades de autocuidado del paciente.<sup>40</sup>

Virginia Henderson, autora del modelo conceptual basado en las 14 necesidades básicas de la persona; hace hincapié en el cuidado del individuo sano y enfermo, a fin de mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte

---

<sup>40</sup> Op.Cit. Pp. 81-86.



tranquila, es decir, incorpora el término de independencia en el cuidado de la salud-enfermedad.

Las necesidades se encuentran relacionadas a la fisiología, la seguridad, la autoestima, el afecto, la pertenencia y la autorrealización.<sup>41</sup>

Debido a que el presente trabajo de basa en esta teórica, a continuación se describe de manera general.

#### **4.3.1 Modelo de Virginia Henderson.**

El modelo de Virginia Henderson es el más conocido y útil ya que es el que mejor se adapta a nuestro contexto sociocultural, se centra en la función propia de la enfermera y las necesidades básicas del ser humano; está influenciado por la corriente del Pensamiento de la Integración y se incluye dentro de la escuela de necesidades. Destacan las siguientes características:

- Se basa en teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano para conceptualizar a la persona, y así clarificar la función en la sociedad de las enfermeras por su labor.
- Sus conceptos son: persona (necesidades básicas), salud (independencia y dependencia, causas de la dificultad o problema), rol profesional (cuidados básicos de enfermería y relación con el equipo de salud) y entorno (factores ambientales y socioculturales).
- Según la concepción de Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas, en la realización de sus actividades relacionadas con la satisfacción de las necesidades.
- Para Henderson, existen 14 necesidades fundamentales que las personas pueden realizar, pero en determinadas circunstancias, estas se ven

---

<sup>41</sup> Op.Cit. Pp. 24-27.



alteradas, por lo que la intervención de la enfermera conserva y restablece la independencia de la persona.

- Cuando la persona no puede satisfacer sola una necesidad, la enfermera dirige su atención a la zona de dependencia o a la fuente de dificultad tratando de suplirla y ayudarle a mantener su integridad. El juicio clínico de la enfermera la lleva a reconocer las necesidades insatisfechas y las fuentes de dificultad relacionadas. Las consecuencias esperadas son, a corto plazo, recobrar la independencia en la satisfacción de las necesidades de la persona; a medio o largo plazo, recobrar la independencia en la satisfacción de sus necesidades, o en ciertas situaciones, una muerte tranquila.

El modelo conceptual de V. Henderson<sup>42</sup> da una visión clara de los cuidados de enfermería, ella engloba postulados, valores, conceptos.

a) Postulados:

Henderson hace referencia el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera, menciona que el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y que el rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo más rápidamente posible, por lo que los principales conceptos son:

\* Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar; son un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

\* Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo, o que otros hacen en su lugar

---

<sup>42</sup> Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería, España, 5ª. ed, Elsevier Science, 2003, Pp. 98-107.



según su fase de crecimiento, desarrollo, las normas y criterios de salud establecidos.

\* Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

\* Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

\* Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades

\* Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones (personales o del entorno) que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia; Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, falta de conocimiento y falta de voluntad.

\* Fuerza: No solo es la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones (emocional, psíquicas, intelectual, etc.).

\* Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

\* Voluntad: incapacidad o limitación para adquirir un compromiso, el cual es una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Así entonces, para Henderson dichos postulados se resumen en lo que cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia, en lo que cada



individuo es en un todo compuesto y complejo con catorce necesidades, y en cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

b) Valores:

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson, afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar; cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros en otros su propia función.

c) Conceptos:

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

\*Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

\*Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, el cual debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados; y presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio-psico-social.

\*Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda, en donde suplir para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

\*Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

\*Intervenciones: El centro de intervención es el la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

\*Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales.

De igual manera, Henderson deja muy clara la conceptualización de los elementos del meta paradigma:

a) Salud: Estado de bienestar físico, mental y social, siendo una cualidad de la vida y básica para el funcionamiento del ser humano; se requiere independencia e interdependencia, ya que la promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo. Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) Entorno: Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo.

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo que Henderson menciona que las enfermeras deben recibir información sobre medidas de seguridad, proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes mecánicos, minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativas a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento., tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona: Individuo que cuenta con catorce necesidades fundamentales, quien debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, una mente y cuerpo inseparables, quien requiere ayuda para ser independiente, y junto con su familia conforman una unidad.

d) Enfermería: Henderson define la enfermería en términos funcionales, es decir, la función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad



o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible<sup>43</sup>.

Las catorce necesidades de esta teoría<sup>44</sup>, toma como referencia necesidades básicas del individuo, en las que se describe cada uno de los aspectos que se deben evaluar y de qué manera se manifiestan en la vida de la persona: Oxigenación, Nutrición e hidratación, Eliminación, Movilidad y postura, Dormir y descansar, Vestido, Termorregulación, Higiene y protección de la piel, Evitar peligros, Comunicación, Creencias y valores, Trabajo y Realización, Recreación, Aprendizaje.

#### 1. Respirar normalmente (Oxigenación, respiración y circulación):

Es la necesidad que se refiere a la acción de respirar normalmente, por lo que esta se evalúa de manera fisiológica, con la edad, alineación corporal, talla, nutrición, e hidratación, sueño/reposo/ejercicio, función cardiaca, función respiratoria, así como el estado de la red vascular (arterial y venosa).

Dentro de las observaciones que la enfermera debe hacer para valorar esta necesidad es la toma de los signos vitales como son frecuencia cardiaca y tensión arterial el pulso central, periférico, temperatura; valorar el patrón respiratorio, su frecuencia y profundidad; movimientos del tórax y su relación con la movilidad secreciones, tos, presencia de disnea, expectoración, ruidos anormales, estado de las fosas nasales, aleteo nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel, circulación de retorno., hábito tabáquico, y adecuación del uso de medicación y dispositivos.

---

<sup>43</sup> Fernández, F. C. (1993) "Valoración de las 14 necesidades básicas". En: Bases teóricas para el cuidado especializado. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Edit, UNAM, 2ª. Edición, México, 2008, Pp. 211-215.

<sup>44</sup> Op. Cit. Pp. 216-233.



## 2. Nutrición e hidratación (alimentación):

Valorar el grado de autonomía para alimentarse, hábitos de hidratación y alimentación, tipo de dieta, apetito, alergias, dificultad a la masticación y deglución, presencia de náuseas y vómitos; tomar en cuenta la antropometría (peso, talla pliegue de la piel), estado de la piel, mucosas, uñas y cabello; funcionamiento neuromuscular y esquelético; aspecto de los dientes y encías; capacidad para masticar y deglutir así como el buen funcionamiento del tracto digestivo.

En caso de que se presenten heridas estas se deben evaluar en el aspecto que tienen y tipo, así como el tiempo de cicatrización, así como dolor, ansiedad, estrés, trastornos del comportamiento, disminución de energía, apatía, debilidad, irritabilidad, trastornos de la conciencia y agitación, y finalmente condiciones del entorno que facilitan o dificultan la satisfacción de esta necesidad.

## 3. Eliminación.

Es la evacuación de los desechos corporales. Dentro de los aspectos biofisiológicos, se encuentran: edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación y ejercicio; valorar el grado de autonomía para la eliminación urinaria y fecal. Hábitos de eliminación, incontinencia o retención-estreñimiento, gases, sangrado y dolor. Identificar características de la orina, aspecto de las heces, cantidad y olor la sudoración, cantidad, color y aspecto de la menstruación, estado del periné, estado de conciencia, cambios del patrón de sueño y de comportamiento, capacidades sensoriales, perceptuales neurológicas y motrices, y por último las condiciones que ayudan o dificultan la satisfacción de esta necesidad.

## 4. Movimiento y postura.

Se valora la movilización y posición adecuada, se determina la constitución y capacidad física y autonomía (nivel de energía individual, edad, crecimiento y desarrollo físico); la manera de evaluar esta necesidad es con el estado del sistema músculo esquelético (fuerza, Actividad física, fuerza, estabilidad, energía para las



AVD; uso de dispositivos, debilidad, firmeza de la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada de presentado y acostado); necesidad de ayuda para la deambulaci3n y/o mantener una postura correcta, coordinaci3n voluntaria, presencia de temblores ritmo de movimientos y las constantes vitales, estado de apatía, de postraci3n, estado de la conciencia, estados depresivos, sobreexcitaci3n, agresividad y entorno de la persona.

#### 5. Descanso y sueño.

Valorar el patr3n de sueño, problemas para dormir, sensaci3n de haber descansado; la edad, el ejercicio, la alimentaci3n y la hidrataci3n son factores que determinan el estado del descanso, dentro de estos tambi3n encontramos el estado emocional, ansiedad, tristeza, estr3s. Las observaciones que resaltan en esta necesidad son el nivel de ansiedad y estr3s, lenguaje no verbal (ojeras, postura, bostezos, concentraci3n y atenci3n), estado que presentan los ojos (enrojecimiento, hinchaz3n); expresi3n de irritabilidad o fatiga. Dolor, inquietud, laxitud y apatía, cefaleas y estado de conciencia y respuesta a estímulos. Condiciones del entorno que ayudan o impiden la satisfacci3n de esta necesidad (sonido, luz, temperatura, adaptaci3n a la cama, colch3n, almohada o ropa, a la talla o situaci3n de la persona).

#### 6. Vestido (vestirse / desvestirse)

Escoger la ropa adecuada y valorar el grado de autonomía y capacidad para vestirse y desvestirse para vestirse, uso de calzado seguro; los factores que influyen son la edad, desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades. El personal de enfermería debe observar la edad, peso, estatura, sexo, capacidad psicomotora, la utilizaci3n incontrolada del vestirse y desvestirse, vestido incompleto, descuidado, sucio o inadecuado a la situaci3n, tipo y cantidad de accesorios, así como las condiciones del entorno (mobiliario, limpieza).



## 7. Termorregulación.

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente y valorar el grado de autonomía para regular su temperatura; para la evaluación hay que revisar las constantes vitales de la persona, coloración de la piel, transpiración, temperatura ambiental, Irritabilidad y apatía.

## 8. Higiene y protección de la piel.

Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, valorar el grado de autonomía para la higiene corporal y si ésta es correcta, el estado de la piel y mucosas, así como la higiene bucal. Dentro de las características que deben ser inspeccionadas en la persona para determinar la satisfacción de esta necesidad están la edad, desarrollo, alimentación, ejercicio, movimiento, temperatura corporal.

Las observaciones que se deben realizar para la evaluación de este punto es la capacidad de movimiento, estado de la piel (color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones), estado del cabello, uñas, orejas, oídos, nariz, boca y mucosas, olor corporal, así como expresión facial, efectos del baño, condiciones del entorno y recursos para la realización de las acciones.

## 9. Evitar peligros (seguridad):

Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas, para lo que hay valorar el grado de autonomía para prevenir peligros, nivel de conciencia, capacidad para prevenir caídas, aspiraciones, quemaduras, dolor e infecciones, peligros ambientales, alergias, déficits visuales o auditivos, tóxicos, violencia, así como el manejo del régimen terapéutico. Se evalúa la etapa de desarrollo y la edad de la persona, sus mecanismos de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico), estabilidad psicomotora.

Revisar aspectos como la integridad neuromuscular, de los sentidos y del sistema inmunológico, la presencia de ansiedad, falta de control, falta de habilidades de afrontamiento, ausentismo laboral, aspecto descuidado, inhibición, desconfianza,

agresividad, alteración en la senso percepción, auto concepto y autoestima; condiciones del ambiente próximo, salubridad del ambiente lejano.

#### 10. Comunicación.

Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones, para lo que se valora la dificultad en la comunicación verbal, en las relaciones sociales, familiares y sexuales, la situación de aislamiento social, existencia y adecuación de una persona cuidadora. Se evalúa la capacidad de las personas para comunicarse con los demás para expresar las propias necesidades, temores u opiniones así como las emociones.

Las observaciones que deben realizarse son: valorar el estado de los órganos de los sentidos, y del sistema neuromuscular, identificar si existe dificultad respiratoria, fatiga y debilidad, establecer comunicación verbal (directa y abierta, poco clara o evasiva, habilidades de comunicación, barreras idiomáticas, dificultades de la fonación), comunicación no verbal, utilización de la expresión escrita, determinar cantidad y calidad de la interacciones con la familia y con las personas de entorno.

#### 11. Creencias y valores.

Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias, y hay que valorar el grado de conocimiento y aceptación de su estado de salud, cambios vitales y de rol, prácticas religiosas, valores relacionados con la salud, dificultad para tomar decisiones y afrontar situaciones difíciles, testamento vital. Se debe de observar las formas de vestir de la persona, familia y amigos, actitud ante ello. Indicadores de valores en las interacciones (diálogo abierto, estimulante, motivador, etc., utilización o evasión del tacto como medio de expresión). Nivel de integración de los valores en su vida diaria, condiciones del entorno que ayudan o limitan la satisfacción de esta necesidad. Presencia de algún objeto, en el entorno próximo o en la propia persona indicativo de determinados valores o creencias. Existencia de indicadores de valores en el ambiente.

#### 12. Realización (trabajo y auto realización):

Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. Valorar la influencia de la salud en su situación laboral, social y familiar, situación socio-económica; valorar el actuar de la persona en la que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo. Las observaciones por realizar son la revisión del estado neuromuscular, nervioso y de los sentidos, las relaciones armoniosas consigo mismo y con los demás que le rodean.

#### 13. Recreación (ocio):

Participar en actividades recreativas, valorar las actividades de ocio habituales e influencia de la salud en su realización. Las actitudes que se deben observar son el estado del sistema neuromuscular, integridad del sistema nervioso y de los sentidos; que la persona presente un estado de ánimo y las expresiones faciales espontáneas directas o indirectas que indiquen el aburrimiento, así como los comportamientos lúdicos en relación con el estado de desarrollo evolutivo de la persona.

#### 14. Aprendizaje.

Descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles, para lo que hay que valorar el nivel de estudios, grado de información sobre su salud, alteraciones de la memoria, cognición, atención o percepción. Autoestima, imagen corporal.

Se destaca el aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles. Las observaciones que se deben llevar a cabo son la valoración de las capacidades físicas, (órganos de los sentidos, estado del sistema nervioso) y psicológicas (capacidad de auto cuidado, interés de aprender y/o cambiar actitudes y comportamientos, capacidad de relación/comunicación, de compromiso), situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje y comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje para resolver los problemas de salud.

Es importante señalar que todas necesidades de Henderson, se incluyen en el área de dependencia de conocimiento, fuerza y voluntad.

Cualquiera que sea el modelo y/o teoría que se aplique en la práctica profesional, enfermería se considera como un sistema dinámico cuyos elementos constitutivos son la teoría, la práctica, la investigación y la educación; y como lo menciona Pepper (1985) “la teoría proporciona al profesional las herramientas necesarias para dirigir la práctica de enfermería, y la práctica suministra el ambiente necesario para aplicar y someter a prueba los conocimientos de enfermería; la investigación proporciona a los científicos de enfermería los medios necesarios para examinar las teorías relacionadas con la condición de salud de los clientes, y contribuye a aumentar los conocimientos de enfermería”.<sup>45</sup>

#### Niveles de independencia/dependencia

	1	2	3	4	5	6	
I N D E P E N D E N C I A	El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar homeostasis física y psicológica	Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén.	Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe de hacer, y controlar si lo hace bien, debe ser asistido aunque sea ligeramente.	Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén o una prótesis.	Debe contar con otro para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo.	Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.	D E P E N D E N C I A

Tomado de PHANEUF M. Cuidados de Enfermería, el proceso de atención de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1993.

<sup>45</sup> Leddy, S, Pepper JM. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Filadelfia: Editorial Lippincott Company; 1985: pp. 89-90.

#### **4.4 El Proceso de Enfermería.**

La enfermería se constituye como una ciencia integrada por conocimientos de diversas disciplinas científicas, así como con los propios, logrando un conjunto de conocimientos sistemáticos dirigidos hacia el cuidado enfermero, por lo cual se integra con un lenguaje especializado para la organización de los conocimientos, y teniendo como base, el empleo del método científico durante todo el ejercicio profesional de la enfermería.

La enfermería es considerada un arte, ya que es una profesión que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas con los diversos contextos de la práctica profesional, lo que la hace ser creativa e innovadora.

El proceso de Atención de Enfermería, tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso: Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961), y Wiedenbach (1963), considerando un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron que eran cuatro las etapas (valoración, planeación, realización y evaluación), y posteriormente Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco etapas conocidas actualmente, al añadir la etapa de diagnóstico.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera, es precisamente el Proceso de Atención de Enfermería, método que permite proporcionar los cuidados en una forma racional, lógica y sistemática; este, es un método sistemático y organizado para brindar cuidados individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas que responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.

El proceso de enfermería es la serie de acciones para cumplir el objetivo de enfermería, mantener el bienestar óptimo de la persona, si el estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar.



El PAE tiene como objetivo proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales de la persona, la familia y la comunidad, consiste en una relación de interacción entre la persona y enfermería, teniendo a la persona como centro de atención; permite identificar las necesidades reales y potenciales de los individuos, para así establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios, y con ello, resolver problemas, prevenir o curar la enfermedad.

El proceso de enfermería, permite la interacción entre el personal de enfermería y el individuo, ya que posee una capacidad técnica (manejo de tecnología), intelectual (elaboración de planes de cuidados con base a fundamento científico) y de relación (valoración y obtención de información del individuo).

La aplicación del proceso de enfermería, impacta sobre el personal de enfermería, el usuario y la misma profesión, ya que define el campo profesional de la disciplina a partir de la aplicación de la normatividad y calidad reflejada en el cuidado, donde el usuario es el beneficiado y se asegura la satisfacción de la atención; lo anterior, debido a que el proceso de enfermería tiene definido un objetivo, es sistemático, dinámico e interactivo, es flexible y posee una gran base teórica como cualquier modelo de enfermería.

Dentro de la estructura del PAE, esta se basa en puntos importantes que conllevan a la consecución de información dando referencias de las necesidades de la persona para proceder a un plan de acción en beneficio al mismo en su calidad de vida.

Los fases del proceso de atención de enfermería son la Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación; a continuación se hace una descripción general de cada una.

### **Valoración.**

Es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes (primaria y secundaria) para analizar el estado de salud de la persona; consta de dos componentes: recolección de datos y documentación.

La recolección sistemática y continua de datos es la clave para realizar una valoración exacta de la persona, los métodos que se usan para la recolección de datos son la entrevista, observación y exploración física. Estas técnicas ofrecen al personal de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recolección de datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados.

La documentación de datos debería identificar con claridad aquellos hallazgos que necesitan intervenciones de enfermería, entre ellas se encuentran diversos factores que afectan el estado de salud de la persona o la capacidad de funcionamiento. Las respuestas, percepciones, sentimientos y mecanismos de afrontamiento de la persona, son especialmente importantes en la formulación de diagnósticos de enfermería y en la identificación de intervenciones de enfermería específicas.

La valoración de enfermería debe llevar un orden, a fin de obtener la mayor información del usuario, y debe basarse siempre tres tipos de criterios:

- a) Criterios de valoración de “cabeza pies”: se valora en orden céfalo-caudal cada órgano, dejando al final la espalda.
- b) Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”: se valora el aspecto general, luego las constantes vitales y finalmente cada aparato o sistema, empezando siempre por el más afectado.
- c) Criterios de valoración por “patrones funcionales de salud”: se recogen datos que evidencian los hábitos y costumbres del individuo, familia o comunidad, determinando el funcionamiento positivo, alterado o en riesgo con respecto a su estado de salud.

Así entonces, no se puede perder de vista que esta etapa cuenta con una valoración inicial, en donde se buscan aquellos datos sobre problemas de salud detectados en el usuario, así como los factores que contribuyen a dichos problemas; ya en las valoraciones posteriores se debe considerar lo siguiente: confirmar aquellos problemas de salud detectados, analizar y comparar el progreso o retroceso del estado de salud del usuario, determinar la continuidad del plan de cuidados

establecido, y finalmente, obtener nuevos datos que nos informen del estado de salud del usuario.

Los datos obtenidos, deben representar información concreta del usuario, por lo que debemos recordar que diferentes tipos de datos a saber:

- a) Datos subjetivos: no medibles y propios del usuario, lo que percibe y siente, lo que describe y verifica.
- b) Datos objetivos: Medibles por escalas o instrumentos.
- c) Datos históricos-antecedentes: hechos ocurridos y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento.
- d) Datos actuales: datos del problema de salud actual.

Para obtener los datos, se pueden recurrir a varios métodos, como son la entrevista, la observación y la exploración física; una vez obtenida la información, se validan (es decir, que es real, basada en hechos), se organizan (lo más habitual es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), y se organizan entonces por categorías de información. De esta manera, los componentes de la valoración necesarios son: datos de identificación, datos culturales y socioeconómicos. Historia de salud, valoración física y patrones funcionales de salud.

Para finalizar, la etapa concluye con la documentación y registro de la valoración

### **Diagnóstico.**

Una vez que los datos son procesados, interpretados y validados; el resultado de este proceso es un diagnóstico de enfermería. Esta fase tiene cuatro etapas: procesamiento de datos, formulación de la exposición diagnóstica de enfermería, validación y documentación.

Un diagnóstico es una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable, es un enunciado del problema real o potencial del paciente y que requiere de la intervención de enfermería, con el objeto de resolverlo o minimizarlo. Un diagnóstico de enfermería real, se refiere a una situación existente en el momento



de la valoración, mientras que el problema potencial se refiere a la situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

El profesional de enfermería, en virtud de sus leyes para la práctica de la enfermería, será el responsable de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a problemas reales y potenciales de salud. La habilidad de la enfermera identifica aquellas funciones de enfermería que se pueden ordenar de forma independiente sin que sea necesaria la colaboración con otros profesionales.

Las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, como lo son la independiente, dependiente e interdependiente, por lo que según su nivel de decisión de la enfermera, surgirán los problemas o necesidades en la persona, que competen a uno u otro campo de actuación:

- a) Dimensión dependiente de la enfermera: incluye aquellos problemas que son responsabilidad del médico, quien designa intervenciones que deben realizarse, por lo que la responsabilidad de la enfermera es proporcionar dichas intervenciones.
- b) Dimensión interdependiente: son aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud; son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución, y colaboran con los demás integrantes para un tratamiento conjunto definitivo.
- c) Dimensión independiente: son acciones reconocidas legalmente como responsabilidad de la enfermera, y que no requiere supervisión de otros integrantes del equipo de salud, es decir son los diagnósticos de enfermería.

Esta fase, consta de dos pasos a seguir:

- 1) la identificación de problemas, en donde se analizan los datos más significativos y se plantean alternativas, así como la síntesis, en donde se confirman o eliminan esas alternativas.
- 2) Formulación de problemas, que es propiamente la formulación de los diagnósticos.



Los diagnósticos de enfermería poseen componentes de las categorías diagnósticas, la NANDA establece que un diagnóstico tiene una etiqueta y una definición clara, además de ello, poseen “indicadores de diagnóstico”, los cuales incluyen las características definitorias y factores relacionados; las características definitorias son inferencias que se pueden observar como manifestaciones de un diagnóstico. Los factores relacionados, son el componente del diagnóstico, enfocado al problema, es decir, son etiologías, circunstancias, factores, causas contribuyentes o datos que tienen relación con los diagnósticos.<sup>46</sup>

Las intervenciones de enfermería, siempre que sea posible, deben estar dirigidas a los factores etiológicos, con el fin de eliminar la causa. Los factores de riesgo son elementos que aumentan la vulnerabilidad del individuo, familia y comunidad

### **Planificación.**

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma, identificadas por el diagnóstico de enfermería, es decir, se establecen las prioridades de atención; se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería. Los objetivos indican lo que será capaz de hacer la persona como objetivo de las acciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería describen la forma que el personal de enfermería puede ayudar a la persona a conseguir los objetivos.

El componente de la planificación del proceso de enfermería consta de cuatro etapas, Carpenito (1967) e Iyer (1989):

- a) Establecimiento de prioridades.- es la selección de las necesidades o problemas, de ordenarlos jerárquicamente.
- b) Elaboración de objetivos.- determinar y describir los criterios de resultados esperados.

---

<sup>46</sup> NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. España, Editorial Elsevier, pp. 21-27.

C) Desarrollo de intervenciones de enfermería.- determinar los objetivos de enfermería, de las intervenciones y acciones, a fin de cubrir los objetivos planteados.

D) Documentación del plan.- es el registro y seguimiento de las actividades.

### **Ejecución.**

Es el inicio del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos, esta fase comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema de la persona. La ejecución se lleva a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

### **Evaluación.**

Es la fase final y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con la persona; como objetivo de estas actividades, determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o necesita revisión, si la persona no ha logrado los objetivos se deberá analizar el plan de cuidados para identificar cual es el problema y poder modificarlo a manera que la persona logra un estado de salud óptimo.<sup>47</sup>

#### **4.4.1 Proceso de Atención de Enfermería aplicado al modelo de Virginia Henderson.**

Para esta teórica, el objetivo principal del Proceso de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Las etapas constituyen las fases de actuación concretas que tienen carácter operativo. El Proceso de Enfermería es un todo cíclico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas. Tal y como en el presente está concebido el Proceso de Enfermería, se distinguen cinco etapas:

---

<sup>47</sup> Alfaro, R. El proceso de enfermería. Aplicación del proceso de enfermería. 5ª edición, Editorial Masson; 2008. pp. 5-24.



### 1. Valoración:

Es el punto de partida del Proceso de Enfermería, es la base de todas las etapas siguientes, lo que la convierte en el banco de datos imprescindible para tomar decisiones. Su objetivo es recoger datos sobre el estado de salud del paciente, estos datos han de ser confirmados y organizados antes de identificar los problemas clínicos y/o diagnósticos de enfermería; esta fase incluye la recopilación de datos de la persona- sus necesidades y problemas- y las respuestas humanas- limitaciones, incapacidades, etc.- que se producen ante ellos. La validación y la organización de los datos, según clasificaciones conceptuales La valoración incluye diferentes acciones: obtención de la información, su interpretación y posterior organización de toda la información obtenida.

#### 1.- Obtención de la información:

En la fase de valoración, la enfermera evalúa a los pacientes a partir de cada uno de los 14 componentes de los cuidados básicos de Enfermería; para ello, se utiliza la observación, el olfato, el tacto y el oído, y se completa la valoración, analizando los datos reunidos. Según V. Henderson la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados, ya que la enfermera debe ser capaz no sólo de valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran.

Henderson afirma que la enfermera debe “meterse en la piel” de cada uno de sus pacientes para saber qué necesita y las necesidades deben entonces ser ratificadas con el paciente.

#### 2.- Diagnóstico:

Para Henderson un diagnóstico de enfermería es un problema de dependencia que tiene una causa que las enfermeras pueden tratar para conseguir aunque sea una milésima de independencia. Una enfermera puede diagnosticar o emitir un dictamen sobre las necesidades alteradas que tienen las personas a las que atiende.



El diagnóstico comprende varias acciones: análisis de datos, identificación de los diagnósticos de enfermería, identificación de los problemas interdependientes, problemas de enfermería.

A) Análisis de datos: Después de ser clasificados en manifestaciones de independencia y de dependencia y en fuentes de dificultad, los datos son comparados entre ellos.

Las manifestaciones de dependencia y las fuentes de dificultad son retenidas porque requieren intervenciones por parte de la enfermera” aquí y ahora “. Hay que separar lo que yo puedo resolver con mi función autónoma y lo que no puedo resolver.

b) A partir de estas manifestaciones de dependencia proponemos nuestras hipótesis diagnósticas.

c) Validación: para ello acudimos a la definición del diagnóstico para cercioramos de que se adapta a nuestro problema.

d) Valorar como incide nuestro problema en las 14 necesidades fundamentales, aparte valoramos que porcentaje de las manifestaciones de ese diagnóstico se adapta a nuestro problema, con lo que conseguiremos obtener el problema fundamental de nuestro paciente. Este problema que hace que las 14 necesidades no estén satisfechas.

### 3.- Planificación:

Es la etapa en la que se elabora el plan de cuidados adecuado a la situación, para Henderson, esta fase supone hacer que el plan responda a las necesidades del individuo, actualizarlo como convenga a partir de los cambios, utilizarlo como un historial y asegurarse de que se adapta al plan prescrito por el médico. En su opinión un buen plan integra el trabajo de todos los miembros del equipo de salud.

\*Fijación de prioridades: consiste en colocar el orden en el que vamos a resolver el problema, esto se hará según: amenaza de muerte de la persona (cliente), el impacto del problema (el que más influye en las 14 necesidades).

\*Establecimiento de los objetivos: estos pueden ser a corto o a largo plazo, siempre que se pueda deberán marcarse con el paciente.

La enfermera y el paciente siempre están luchando por la consecución de un objetivo, ya sea la independencia o la muerte pacífica. Una meta de la enfermera debe ser lograr que la jornada del paciente transcurra dentro de la normalidad posible. El fomento de la salud es otro objetivo importante para la enfermera.

\*Determinación de las actividades de enfermería:

Las actividades surgen de la causa que genera esas manifestaciones de dependencia, los modos de intervención o suplencia son clave para las actividades de los diagnósticos de enfermería. Estos pueden ser: Realizar una actividad por él: sustituir, reemplazar, ayudarlo a realizar la actividad: completar, enseñarlo a realizar la actividad: aumentar o añadir, supervisar la actividad: reforzar.

4.- Ejecución:

Es la etapa de puesta en práctica del Plan de cuidados, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantenerla salud, para recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte pacífica; las intervenciones son individualizadas según los principios fisiológicos, la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales. Aunque toda la documentación se realiza en las fases anteriores del proceso, adquiere un valor fundamental en la ejecución; quizás ello sea debido a un principio jurídico muy extendido y de aplicabilidad a nuestro contexto asistencial” lo no escrito no forma parte de la realidad”.

5.- Evaluación:

Henderson evalúa al paciente según el grado de capacidad de actuación independiente; es la etapa final del proceso de Enfermería y en este nivel de operación cuando la enfermera, al final del Proceso de Enfermería, compara el estado de salud del paciente con los resultados definidos en el plan de atención.

Según Henderson los objetivos se habrían conseguido si se hubiera mejorado aunque sea una milésima de independencia, si se hubiera recuperado la independencia o el paciente recibe una muerte apacible.

Las actividades de esta fase determinan el progreso del paciente hacia los objetivos, actúa como mecanismo de retroalimentación y de control para todo el proceso, ya que la evaluación posibilita el movimiento en el ciclo completo del proceso y da idea de globalidad.

## **V. METODOLOGÍA.**

### **5.1 Estrategia de investigación.**

La investigación se llevó a cabo mediante estudio de caso, en donde se implementaron técnicas cuantitativas y cualitativas, para analizar el entorno y/o contexto de la persona; lo anterior, tuvo como base la observación y el análisis de la información.

### **5.2 Selección de caso y fuentes de información.**

“El estudio de un caso no es la elección de un método sino más bien la elección de un objeto a ser estudiado. Nosotros elegimos estudiar un caso. En tanto enfoque e investigación, un estudio de caso es definido por el interés en casos individuales antes que por los métodos de investigación utilizados” (1994: 236; traducción de Neiman y Quaranta, 2006).

Se llevó a cabo la selección del caso, mediante la búsqueda de áreas de interés en el área perioperatoria, seleccionando a la persona que cumplía las necesidades de información. La selección de la persona se realizó de la siguiente manera: búsqueda e identificación de posible usuario durante la rotación en el servicio de Cirugía General durante la primera práctica clínica de la especialidad en el HRAEI, revisión general del expediente electrónico, plática con la persona y cuidadora primaria para solicitar la autorización del uso de su información para el estudio de caso, elaboración y entrega del consentimiento informado, aplicación del instrumento de historia clínica de enfermería, búsqueda de diversas fuentes de información, implementación y evaluación continua del plan de cuidados y estudio de caso, seguimiento de la persona en los servicios hospitalarios, evaluación continua por contacto directo e indirecto.

Las fuentes de información utilizadas son primarias y secundarias, entre las cuales se utilizaron las siguientes: libros, colecciones de revistas científicas electrónicas, documentos institucionales, artículos indexados, páginas como scielo, artemisa,



medigraphic, Elsevier, etcétera; bibliotecas digitales, la entrevista, la observación, el cuestionario, etc.

### 5.3 Consideraciones éticas.

“Nadie será sometido a torturas, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”.<sup>48</sup>

Para el desarrollo del presente trabajo, se revisaron y consideran la normatividad más representativa; y por fines prácticos, solo se mencionan los artículos más representativos de cada normativa.

#### 5.3.1 Declaración de Helsinki.<sup>49</sup>

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

---

<sup>48</sup> Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 7, 1966.

<sup>49</sup>Declaración de Helsinki (En línea). 19936. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>. Consultado 1 de Diciembre, 2016.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el participante potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

### **5.3.2 Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.<sup>50</sup>**

TITULO SEGUNDO. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

CAPITULO I. Disposiciones Comunes.

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o

---

<sup>50</sup> Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (En línea). 2002. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>. Consultado 1 de Diciembre. 2016.



tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

- I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
- III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

### **5.3.3 Código de ética para enfermeros y enfermeras en México.<sup>51</sup>**

CAPITULO I. Disposiciones generales.

Artículo 1º- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPITULO II. De los deberes de las enfermeras para con las personas.

Artículo 2o- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo 3o.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo 4o.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo 5o.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo 6o.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

---

<sup>51</sup>Código de ética para enfermeros y enfermeras en México. (En línea). 2002. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud>. Consultado 1 de Diciembre de 2016.

Artículo 7o.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo 8o.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo 9o.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

#### **5.3.4 Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.**<sup>52</sup>

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

---

<sup>52</sup> Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. (En línea). Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf). Consultado 1 de Diciembre de 2016.

### 5.3.5 Código de conducta de la Secretaría de salud.<sup>53</sup>

Principios constitucionales que todo servidor público debe observar en el desempeño de su empleo, cargo, comisión o función:

- Legalidad, Honradez, Lealtad, Imparcialidad, Eficiencia.

Valores específicos de la Secretaría de Salud:

- Conocimiento y observancia de la normatividad, Debido ejercicio del servicio público, Equidad, Honestidad, No discriminación, Rectitud, Responsabilidad, Solidaridad, Sustentabilidad, Tolerancia.

### 5.3.6 Código de conducta para el personal de salud 2002.<sup>54</sup>

II. Estándares de comportamiento.

Se trata de las obligaciones morales y de trato social que asume el personal de salud al prestar sus servicios cotidianos y de excepción, comprendidos los siguientes:

2. Estándares de trato social: Se refieren al tipo de comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes, sus familiares y responsables legales.
4. Estándares en la formación y desarrollo de personal y de investigación: Se trata del comportamiento de los miembros de los equipos de salud, relacionado con las actividades de formación de nuevo personal y de

---

<sup>53</sup> Código de conducta de la Secretaría de salud. (En línea). Disponible en: [http://www.comeri.salud.gob.mx/descargas/Vigente/2016/Codigo\\_Conducta.pdf](http://www.comeri.salud.gob.mx/descargas/Vigente/2016/Codigo_Conducta.pdf). Consultado 1 de Diciembre de 2016.

<sup>54</sup> Código de conducta para el personal de salud. (En línea). 2002. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/bioetica/codigo\\_conducta.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/bioetica/codigo_conducta.html). Consultado 1 de Diciembre de 2016.



actualización para el desarrollo o capacitación para el trabajo, y también de investigación científica para la generación de nuevo conocimiento o mejor comprensión de la realidad circundante:

- En todas las actividades de enseñanza o de investigación antepondrán el respeto y el confort de los pacientes, a la ejecución didáctica o de investigación.
- La realización de proyectos de investigación siempre será acatando las normas institucionales en la materia, anteponiendo la seguridad de los pacientes y respetando su aceptación o negativa, de participar en el estudio o de abandonarlo, sin que por esto desmerite la calidad de su atención.
- Es deber del investigador trabajar en una relación creativa y mutuamente respetuosa con los pacientes, de manera que la comunidad obtenga resultados que contribuyan a construir una medicina más eficiente.
- En investigación clínica es fundamental que el propósito sea el de lograr mejoría o curación de los pacientes y en segundo término contribuir a dilucidar problemas del conocimiento.
- Respetará el consentimiento válidamente informado del paciente para participar en proyectos de investigación, mismo que protege sus derechos y dignidad humana. Bajo los principios de privacidad y autonomía una persona tiene el derecho de autodeterminación sobre su cuerpo.
- En todos los casos la investigación clínica estará sujeta a lo dispuesto en la Ley General de Salud y en la normatividad nacional y convenios internacionales sobre la materia.

## **VI. PRESENTACIÓN DEL CASO.**

### **6.1 Descripción del caso.**

Se trata de VCJM, masculino de 28 años, hospitalizado desde noviembre de 2016 en el servicio de Cirugía general 2º piso del HRAEI, sin antecedentes heredero familiares de importancia para el estado actual; cuenta con los siguientes antecedentes de importancia para el padecimiento actual:

- **25 de febrero de 2016:** inició padecimiento actual por presencia de dolor abdominal y epigástrico que progresa a fosa iliaca derecha, acompañado de náusea, vómito y fiebre; acudió con médico particular indicando antibióticos sin mejoría.
- **27 de febrero de 2016:** acudió al HRAEI en donde fue valorado en el servicio de Urgencias, paraclínicos los resultados normales, fue egresado a domicilio por mejoría aparente.
- **01 de marzo de 2016:** acude nuevamente a esta unidad por persistir la fiebre y el dolor abdominal, es valorado por Cirugía General, reportando cuadro de apendicitis complicada con absceso en corredera parietocólica derecha.
- Es programado por urgencia quirúrgica, le realizan laparoscopia diagnóstica + apendicetomía laparoscópica + drenaje de absceso retrocecal + colocación de drenaje.

Los hallazgos fueron plastrón que abarcó en su totalidad el colon ascendente, con adherencias asa-pared y asa-asa, apéndice pélvica con punta retrocecal, abundantes natas de fibrina abscedada en su tercio medio con una colección de material purulento retrocecal de 200cc, ciego con despulimiento en su parte posterior con gas en su interior, sin perforación.

- **07 de marzo de 2016:** clínicamente con evolución tórpida, con presencia de fiebre, dolor abdominal así como gasto purulento escaso; se solicita USG en búsqueda de colecciones.

- **08 de marzo de 2016:** realizan laparotomía exploradora + drenaje de absceso residual + resección de apéndice epiploico + omentectomía parcial + colocación de drenaje Saratoga y penrose.  
Los hallazgos fueron: plastrón epiploico en fosa iliaca derecha, conteniendo absceso de 250 cc de material purulento que diseca la fascia de Told, apéndice epiploico a 1 cm de base apendicular infartado y datos de necrosis.
- **09 de marzo:** inicia dieta líquida con adecuada tolerancia.
- **11 de marzo de 2016:** persistió la fiebre, presentó leucocitosis, dolor abdominal y rebote en fosa iliaca derecha; se evidenció gasto fecal en drenaje por lo que fue solicitada TAC contrastada, reportando fuga de contraste a nivel de ciego.
- **12 de marzo 2016:** se realiza cirugía, donde se encuentra perforación en cara posterior del ciego y se realiza Hemicolectomía derecha + ileostomía terminal.
- **17 de marzo de 2016:** alta a domicilio por aparente mejoría, presentó herida quirúrgica bien afrontada sin datos de infección, ileostomía funcional con adecuada coloración no umbilicada.
- **2 de noviembre:** reingreso programado para Restitución intestinal; con diagnóstico de Enfermedad Diverticular del intestino grueso.
- **3 de noviembre de 2016:** se realiza: anastomosis de íleon transverso, encontrando adherencias laxas asa-asa, asa-pared, asa-mesenterio, Angulo hepático del colon con asa ciega, misma que se despule al manipular, y despulimiento de serosa en íleon terminal.
- **11 de noviembre 2016:** realizan LAPE por adherencias, cierre primario, ileostomía, lavado de cavidad y colocación de bolsa de Bogotá.
- **13 de noviembre 2016:** presenta dolor intenso y distensión abdominal, náusea y vómito de contenido fecal, por lo que realizan LAPE más lavado de cavidad y colocación nuevamente de bolsa de Bogotá.
- **15 de noviembre 2016:** realizan Pleurostomía, retirando el sistema por mejoría el 20 de noviembre.



- **16 de noviembre 2016:** realizan cierre primario de perforaciones intestinales, lavado de cavidad y colocación de bolsa de Bogotá; ingresa a quirófano con el dx de Abdomen agudo y con dx posoperatorio de Abdomen congelado. Egres a con ventilación mecánica a la UCIA por Fístula Intestinal, Estancia por dos días.
- Diagnóstico de egreso de UCIA: Fistula intestinal de gasto alto entero cutánea y entero atmosférica/ PO lavado de cavidad más cierre de perforaciones intestinales/ PO Colocación de bolsa de Bogotá/ Neumotórax derecho /Pleurostomía.
- **23 de noviembre:** se aborda de primera vez al paciente y se selecciona para estudio de caso, durante la rotación por el servicio de Cirugía general.
- **24 de noviembre 2016:** realizan LAPE más lavado de cavidad y colocación de sistema AB Thera.
- **1 de diciembre 2016:** retiro de sistema AB Thera, realizan lavado de cavidad y colocación de bolsa de Bogotá, continua con presencia de fistulas intestinales entero atmosféricas, con salida de contenido fecal y abdomen hostil; dejan sonda nelaton # 30 en vértice inferior de herida, a fin de drenar superficie por succión y evitar la lesión periférica de la piel.
- **20 de diciembre 2016 y 19 de enero de 2017,** lavado de cavidad y cambio de bolsa de Bogotá.
- **6 de febrero de 2017:** realizan LAPE más lavado de cavidad. Dejan abdomen abierto para cubierta progresiva de 4 fistulas por piel.
- **8 de febrero de 2017:** presenta lesiones cutáneas exantemáticas de un mes de evolución en piel y cuero cabelludo, con diseminación a cara, durante el mes se encontró sin tratamiento. Diagnóstico: Dermatitis con placas eritemato-escamosas.
- **24 de febrero de 2017:** presenta hiponatremia.
- **15 de marzo de 2017:** presenta marcada alteración del estado de ánimo
- **23 de marzo de 2017:** revaloran para disminución de la NPT.



- **17 de abril:** se muestra totalmente irritable al manejo, poco cooperador y muy demandante de atención.
- **4 de mayo de 2017:** presenta fiebre de origen a determinar pb. a catéter subclavio, establece control de antibioticoterapia.
- **8 de mayo de 2017:** presenta sensación de cuerpo extraño en ojos, debido al diagnóstico de Dermatitis seborreica; determinan Blefaritis seborreica, establecen tratamiento tópico y ocular.
- **De junio a noviembre de 2017:** no realizan procedimientos, ya esperan la estabilización integral del paciente para programar la reconexión intestinal a mediados de noviembre de 2017.
- **8 de noviembre de 2017:** realizan TAC de abdomen y pelvis desde bases pulmonares hasta sínfisis del pubis, se reportan cambios post quirúrgicos en la pared anterior del abdomen con aparente dehiscencia a la altura de cicatriz umbilical con solución de continuidad del peritoneo de 39 mm, mala distribución de las asas del intestino delgado con salida de material de contraste y presencia de colección densa debajo de la dehiscencia de aproximadamente 13 cc y burbujas de aire.
- **17 de noviembre de 2017:** realizan restitución intestinal.
- **10 de Diciembre de 2017:** fallece el paciente.

## 6.2 Antecedentes generales.

Persona: masculino de 28 años de edad, originario y residente del Estado de México, escolaridad de bachillerato concluido, profesa la religión católica, ocupación actualmente desempleado, anteriormente era empleado de tienda departamental; soltero, alcoholismo positivo cada 15 días sin llegar a la embriaguez, toxicomanías negadas, tabaquismo positivo desde los 18 años de edad hasta hace 2 años, con frecuencia de 1-2 cigarros al día.

Salud: Niega transfusionales y alergias, presentó Hepatitis A hace cuatro años, varicela a los 7 años de edad; crónico degenerativos interrogados y negados. Hospitalización de más de un año de estancia en la institución, cuenta con redes de apoyo de su familia y de cuidadores principales durante las 24 horas; se observa con dependencia para la satisfacción de sus necesidades básicas, debido a la alteración de las necesidades de oxigenación y eliminación.

Apendicectomía en marzo 2016 sin aparentes complicaciones/drenaje de absceso en pared de flanco y FID en marzo 2016/ LAPE por peritonitis bacteriana más colostomía en marzo 2016 sin aparentes malformaciones/ reconexión intestinal en noviembre de 2016/ LAPE más lavado quirúrgico, mas lavado peritoneal en ocasiones/ colocación de pleurovac derecho secundario a perforación pulmonar por colocación de catéter subclavio derecho/ transfusionales positivos/ se mantuvo con ventilación mecánica por una semana por falla ventilatoria durante una semana.

Paciente que se refiere alérgico al metamizol, meropenem, vancomicina y metoclopramida,

Para el 16 de noviembre de 2017, contaba con el diagnóstico pre operatorio de Fistula Entero atmosférica de Alto Gasto, y el 17 de noviembre de 2017 con Diagnóstico post operatorio de Restitución intestinal y fallece el 10 de diciembre de 2017.

Cuidado: el cuidado especializado lo proporciona el personal de enfermería, y se da información y orientación para cuidados básicos, a las cuidadoras principales, siendo la madre, el padre y hermana.

Entorno: habita en casa propia con todos los servicios intra y extra domiciliarios, vacunado, zoonosis positiva a perros, con hábitos higiénicos dietéticos adecuados; en el momento de la valoración se encontraba hospitalizado en el servicio de Cirugía general, por lo que su entorno se encontraba con adecuados factores ambientales,



## VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

### 7.1 Valoración inicial 23 de noviembre de 2016.

#### Exploración física:

JMVC masculino de 27 años, edad aparente a la cronológica, constantes vitales de TA 90/60, FR 24 x', FC 102x', Temperatura de 38.5, saturación de oxígeno de 86%; se encuentra alerta, aparentemente tranquilo, refiere astenia y adinamia pero cooperador, Insomnio, alteraciones del sueño y descanso y febrícula nocturna; sin malformaciones en cabeza y cuello, palidez de piel y tegumentos (+++), mucosas orales deshidratadas, refiere sed, patrón respiratorio hipo ventilado, con soporte de oxígeno mediante puntas nasales a 3 litros por minuto, ritmo cardiaco sinusal, catéter subclavio de tres lúmenes lado derecho, orificio de inserción sin datos de sangrado ni infección; abdomen resistente y doloroso a la palpación, con herida quirúrgica abierta con presencia de bolsa de Bogotá y sistema VAC, refiere dolor leve y limitación del movimiento; se observan intestinos pálidos sin peristalsis, aunque el paciente refiere leve movimiento y expulsión de gases, así como haber evacuado en mínima cantidad por vía rectal, abundante gasto de cavidad de aproximadamente 2500 ml en 24 horas, fétido y de color amarillo ámbar; zona periférica herida quirúrgica e inguinal, con eritema y enrojecimiento por contacto de líquido de cavidad, refiere prurito intenso y ardor moderado; genitales sin alteraciones; extremidades superiores e inferiores sin datos de relevancia.

#### Datos complementarios:

Se programará en los próximos días para retiro de sistema VAC y colocación de Sistema AB Thera, de Terapia de Presión Negativa para Abdomen Abierto

#### Fuentes de dificultad:

- Falta de fuerza física.
- Falta de conocimiento.

Identificación de necesidades alteradas y problemas:

Con base al instrumento de valoración de V. Henderson, se detecta las necesidades alteradas:

# Necesidad	Problema encontrado	Dependencia/Independencia
Necesidad 1. Oxigenación	Hipoventilación, disnea leve.	Se encuentra con saturación de O <sub>2</sub> al 86 % por lo que requiere suministro por puntas nasales y/ o mascarilla facial.
Necesidad 2. Nutrición e hidratación	Ayuno total.	Debido a la patología de base, se requiere mantenerse en ayuno, manifiesta apetito y sed.
Necesidad 3. Eliminación	Drenaje abundante de cavidad.	Abdomen abierto, presencia de bolsa de Bogotá, gasto de aproximadamente 2500 ml en 24 horas, sin presencia de evacuaciones.
Necesidad 4. Moverse y mantener una buena postura	Dolor, limitación del movimiento.	Debido a la cavidad abierta, al uso de dispositivos de contención y eliminación.
Necesidad 5. Descanso y sueño	Insomnio, alteraciones del sueño y descanso.	Debido a la estancia hospitalaria larga, entorno, presenta ansiedad, incertidumbre.
Necesidad 6. Usar prendas de vestir adecuadas	Necesidad de uso de ropa interior	El uso de ropa institucional le representa incomodidad.
Necesidad 7. Termorregulación	Febrícula nocturna.	Debido al proceso infeccioso por patología de base, es un factor no controlable por la persona.
Necesidad 8. Higiene y protección de la piel	Abundante drenaje de cavidad, limitación para la higiene, abdomen abierto.	Presenta dependencia al cuidador, debido al estado físico y uso de dispositivos.
Necesidad 9. Evitar los peligros	Desconoce manejo de bolsa de Bogotá y	Depende de la información sobre sus cuidados y su

	medidas de seguridad, se encuentra ansioso y con estrés.	estado de dependencia e independencia.
Necesidad 10. Comunicarse	Extraña su entorno, a sus amigos y su trabajo.	La estancia hospitalaria larga y patología de base limita la interacción personal.
Necesidad 11. Vivir según sus creencias y valores	Se encuentra temeroso ante la muerte.	Necesidad de establecer una figura de fe y creencia acorde a sus patrones.
Necesidad 12. Trabajar y realizarse	Conflicto de estima por su estado de salud y pérdida del trabajo.	No aceptación sobre su estado actual, culpa a terceros y se muestra con desesperanza.
Necesidad 13. Jugar/participar en actividades recreativas	Fluctuaciones en del estado de ánimo, rechazo de actividades de distracción.	Rechaza acciones de entretenimiento.
Necesidad 14. Aprendizaje	Conocimientos deficientes sobre su patología.	Requiere información, capacitación sobre sus cuidados.

### Jerarquización de necesidades y diagnósticos de enfermería<sup>55</sup>.

Necesidad 1. Oxigenación: Hipoventilación, disnea leve.

- Alteración de la ventilación R/C Dolor (abdomen abierto) M/P frecuencia respiratoria de 26x', saturación de oxígeno de 86% y disnea.

Necesidad 3. Eliminación: drenaje de cavidad abundante.

- Déficit del volumen de líquidos R/C pérdida importante de volumen de líquidos. M/P aumento en la concentración de la orina, aumento de la FC, sed y sequedad de la piel.

<sup>55</sup> NANDA internacional, Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. España, Editorial Elsevier, Pág. 483.

Necesidad 4. Moverse y mantener una buena postura: dolor, limitación del movimiento.

- Dolor agudo R/C Agentes lesivos físicos (abdomen abierto) M/P verbalización, posición antiálgica y limitación del movimiento.

Necesidad 2. Nutrición e hidratación: ayuno total.

- Riesgo de desequilibrio electrolítico R/C régimen de tratamiento (ayuno total, abdomen abierto)

Necesidad 7. Termorregulación: febrícula nocturna.

- Hipertermia R/C enfermedad (abdomen hostil y sepsis) M/P irritabilidad, rubor, taquicardia y taquipnea.

Necesidad 5. Descanso y sueño: insomnio, alteraciones del sueño y descanso.

- Insomnio R/C malestar físico y ansiedad M/P estado de salud comprometido, alteración en el patrón de sueño y energía insuficiente.

Necesidad 8. Higiene y protección de la piel: abundante drenaje de cavidad, limitación para la higiene.

- Deterioro de la integridad cutánea R/C humedad y alteración del volumen de líquidos M/P alteraciones cutáneas en bordes de herida abdominal.

Necesidad 9. Evitar los peligros: desconoce manejo de bolsa de Bogotá y medidas de seguridad.

Necesidad 14. Aprendizaje: conocimientos deficientes sobre su patología

- Conocimientos deficientes R/C conocimientos deficientes sobre la terapéutica M/P conocimiento insuficiente, realización inadecuado del autocuidado.

Necesidad 10. Comunicarse: Extraña su entorno, a sus amigos y su trabajo.

- Desesperanza R/C deterioro des estado fisiológico y estrés M/P disminución de la comunicación, poco contacto visual y claves verbales pesimistas.

Necesidad 6. Usar prendas de vestir adecuadas: el uso de ropa institucional le representa incomodidad.

Necesidad 11. Vivir según sus creencias y valores: se encuentra temeroso ante la muerte.

Necesidad 13. Jugar/participar en actividades recreativas: fluctuaciones en del estado de ánimo, rechazo de actividades de distracción.

Necesidad 12. Trabajar y realizarse: conflicto de estima por su estado de salud y pérdida del trabajo.

- Duelo R/C anticipación de la pérdida de la salud y estado actual de enfermedad M/P angustia, conductas fluctuantes y desesperación.



TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO	
Inicial	23 de noviembre de 2016			14:00 horas	Cirugía General	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA
Respiración		X			Inter dependiente	
<b>DATOS OBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoventilación con saturación de oxígeno del 86%, con soporte de oxígeno mediante puntas nasales a 3 litros por minuto.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abdomen abierto, resistente.</li> </ul> </li> </ul>						
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Refiere dificultad para respirar, ante el movimiento, el dolor y la respiración profunda.</li> <li>▪ Refiere poca movilización dentro y fuera d la cama, ya que se exagera la disnea.</li> </ul>						
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Requiere estar en semifowler total para mejorar la respiración.</li> </ul>						
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>						
Alteración de la ventilación R/C Dolor (abdomen abierto) M/P frecuencia respiratoria de 26x', saturación de oxígeno de 86% y disnea.						



<b>OBJETIVO DE ENFERMERÍA</b>		
Que el paciente respire normalmente, sin apoyo suplementario y mejore su patrón ventilatorio y respiratorio.		
<b>RESULTADO ESPERADO</b>		
Favorecer un adecuado patrón de respiración y tolerancia al dolor.		
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
Manejo de la vía aérea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Posición semifowler.</li> <li>✓ Administrar oxígeno suplementario de 3-5 litros por minuto.</li> <li>✓ Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.</li> <li>✓ Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación.</li> <li>✓ Fisioterapia respiratoria y pulmonar.</li> <li>✓ Ejercicios de retención de capacidad pulmonar.</li> <li>✓ Secuencias respiratorias que</li> </ul>	<p>La posición semifowler evita se ejerza presión intra abdominal, condicionando una disminución de la capacidad de expansión a nivel pulmonar, y por ende a la respiración y ventilación; las intervenciones y acciones sugeridas, permiten la liberación de ese espacio y favorecer el adecuado patrón respiratorio.</p> <p>La oxigenoterapia permite aportar el gas y permitir el transporte a nivel sanguíneo.</p> <p>La acumulación de líquido libre en cavidad, ejerce presión intra abdominal, condicionando una disminución de la capacidad de expansión a nivel pulmonar, y por ende a la respiración y</p>



	<p>ejerciten el tono respiratorio “soplar en un vaso con agua”.</p>	<p>ventilación; las intervenciones y acciones sugeridas, permiten la liberación de ese espacio y favorecer el adecuado patrón respiratorio</p>
<p>Monitorización de constantes vitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitorización continua de signos vitales, especialmente características de frecuencia respiratoria.</li> <li>✓ Valorar continuamente la oximetría de pulso.</li> </ul>	<p>La oximetría es un parámetro para determinar la concentración de oxígeno.</p>
<p>Posicionamiento ergonómico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Orientación sobre posicionamiento.</li> <li>✓ Posicionamiento en semifowler.</li> <li>✓ Cambios posturales.</li> <li>✓ Flexión, extensión, pronación y supinación isométrica pasiva de extremidades axiales.</li> <li>✓ Vigilancia estrecha de manifestaciones dolorosas.</li> <li>✓ Apego a la escala analógica del dolor para el correcto control analgésico.</li> </ul>	<p>La orientación favorece el conocimiento de su estado actual y el óptimo autocuidado.</p> <p>Los cambios posturales favorecen la alineación ergonómica y relajación muscular, y así evitar la pérdida de masa y fuerza, acumulación de secreciones y complicaciones circulatorias.</p> <p>La valoración determina las medidas a realizar con la persona, ya que el dolor produce respuestas sistémicas tanto locales, con cambios</p>



	✓ Valoración del dolor.	inflamatorios, autonómicos, endocrinos e inmunológicos.
Apego al plan farmacoterapéutico y manejo del dolor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Posición semifowler.</li> <li>✓ Disminución de la ansiedad.</li> <li>✓ Valorar escala y características del dolor.</li> <li>✓ Ministración de fármacos analgésicos.</li> <li>✓ Detección de efectos adversos existentes disminuyendo la posible exacerbación fisiológica.</li> <li>✓ Manejo de líquidos.</li> <li>✓ Vigilancia estrecha con de datos de respuesta inflamatoria sistémica.</li> </ul>	El manejo del dolor favorece la relajación muscular y permitir una mejor expansión torácica a la respiración.
<b>EVALUACIÓN</b>		
La persona presenta mejoría del patrón respiratorio, se registra una SO <sub>2</sub> del 98%, paulatinamente se disminuye la concentración de oxígeno hasta no ser necesaria la ministración de éste, se mantiene dicha saturación, el dolor cede de forma paulatina		

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO		
Inicial	23 de noviembre de 2016			14:00 horas	Cirugía General		
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA	6
Eliminación		X			Independiente		
<b>DATOS OBJETIVOS</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucosas orales deshidratadas.</li> <li>• Abundante gasto de cavidad de aproximadamente 2500 ml en 24 horas, fétido y de color amarillo ámbar.</li> <li>• Abdomen abierto con presencia de bolsa de Bogotá.</li> </ul>							
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Refiere sed y palpitations, así como astenia, adinamia y fatiga.</li> </ul>							
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Con presencia de Bolsa de Bogotá.</li> </ul>							
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>							
Alteración del equilibrio hídrico r/c gasto alto de cavidad abdominal m/p sequedad de la piel, aumento en la concentración de la orina, taquicardia (102 x').							



<b>OBJETIVO DE ENFERMERÍA</b>		
Que la persona mejore su estado de hidratación, y así reestablecer la FC.		
<b>RESULTADO ESPERADO</b>		
Reestablecer el equilibrio hídrico.		
INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Control de líquidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Control de líquidos.</li> <li>✓ Valoración de pérdidas insensibles.</li> <li>✓ Valorar el estado de hidratación (membranas, mucosas y pulso).</li> <li>✓ Reposición de líquidos parenterales al 1:1, con solución Hartman.</li> <li>✓ Valorar características de drenado y control estricto.</li> </ul>	<p>Ante la pérdida de líquido hipotónico, hay un aumento en la osmolaridad del plasma, ocasionando que el agua intracelular se desplace al líquido extracelular, como consecuencia del proceso de equilibrio osmótico a través de la membrana celular, por lo que es necesario identificar oportunamente datos de deshidratación grave y prevenir complicaciones.</p> <p>La solución de Hartmann es un líquido isotónico que contiene sales que proporcionan electrolitos como sodio y lactato de sodio, potasio, calcio; mantiene el equilibrio hídrico y electrolítico con modificaciones mínimas en la composición del</p>

		<p>líquido extracelular, tiene el efecto de descenso de la concentración de proteínas del plasma con el aumento de la presión hidrostática, produciendo así que el exceso de agua y electrolitos atraviese la pared de los capilares y que aumente el volumen del líquido intersticial, sin modificar el volumen del líquido intracelular porque la concentración de cationes fuera de la célula permanece constante y, por ello, no existe ninguna fuerza osmótica que provoque el paso de agua al espacio intracelular.</p>
<p>Monitorización de constantes vitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitorización continua de signos vitales, especialmente características de frecuencia respiratoria.</li> <li>✓ Valorar continuamente la oximetría de pulso.</li> </ul>	<p>La valoración de las constantes vitales, son un parámetro que tenemos para identificar posibles complicaciones, y así determinar la pauta a seguir en el manejo del paciente.</p> <p>La oximetría es un parámetro para determinar la concentración de oxígeno, y valorar la función respiratoria y ventilatoria.</p>

<p>Valoración de datos de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valoración de temperatura corporal.</li> <li>✓ Vigilancia estrecha de manifestaciones dolorosas.</li> <li>✓ Valoración del dolor.</li> </ul>	<p>La infección puede progresar rápido, trae como consecuencia la producción y liberación de endotoxinas y sustancias inflamatorias originando sistemas inmunológicos específicos e inespecíficos, que son responsables de la aparición del SIRS</p> <p>La valoración permite determinar las medidas y acciones a realizar para el control de la temperatura y el manejo del dolor</p> <p>El manejo del dolor favorece la relajación muscular y permitir una mejor expansión torácica a la respiración.</p>
---	---	---

<p>Vigilancia estrecha de bolsa de Bogotá</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vigilancia y valoración de características del gasto abdominal.</li> <li>✓ Verificación de sellado de la bolsa.</li> <li>✓ Protección periférica de la piel y bordes.</li> <li>✓ Posición semifowler.</li> </ul>	<p>Valorar el gasto perdido, permite identificar oportunamente manifestaciones de depleción de volumen, la cual si es alta, puede provocar choque y coma.</p> <p>El adecuado manejo de la bolsa de Bogotá, permite identificar posibles riesgos, como son laceración del tejido, infección, etc.</p> <p>La posición semifowler ante la presencia de agentes externos con contacto en el tejido, evita la tensión del mismo y reduce el riesgo de lesión periférica.</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>		
<p>El estado hídrico mejoró considerablemente con el manejo de terapia endovenosa reflejándose en membranas mucosas húmedas, pulso dentro de los parámetros normales; la persona no presentó datos de respuesta inflamatoria.</p>		

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO	
Inicial	23 de noviembre de 2016			14:00 horas	Cirugía General	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA
Moverse y mantener una buena postura		X	X		Inter dependiente	
<b>DATOS OBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Con presencia de cavidad abdominal abierta, abundante gasto, bolsa de Bogotá, compresa y vendaje abdominal.</li> </ul>						
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Refiere dolor abdominal al movimiento, limitación del movimiento.</li> </ul>						
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Con presencia de drenaje de alto gasto.</li> </ul>						
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dolor agudo R/C Agentes lesivos físicos (abdomen abierto y presencia de Bolsa de Bogotá) M/P verbalización, posición antiálgica y limitación del movimiento.</li> </ul>						
<b>OBJETIVO (OS) DE ENFERMERÍA</b>						
Favorecer la tolerancia al dolor.						



<b>RESULTADO ESPERADO</b>		
Que la persona refiera la disminución y tolerancia del dolor.		
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
Manejo del dolor	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valoración de Escala del dolor (EVA).</li> <li>✓ Valoración de características del dolor.</li> <li>✓ Posición semifowler.</li> <li>✓ Monitorización de signos vitales.</li> <li>✓ Ministración de AINES del tipo de paracetamol 1 gr. IV cada 8 horas, vigilando reacciones adversas como malestar general, hipotensión y reacciones de hipersensibilidad.</li> </ul>	<p>La valoración es un parámetro para determinar y puntualizar las actividades a seguir ante las características del dolor.</p> <p>La presencia de dolor incrementa principalmente la frecuencia respiratoria; esta tiene la finalidad de mantener las concentraciones adecuadas de oxígeno, dióxido de carbono e hidrogeniones en los tejidos.</p> <p>El paracetamol favorece la tolerancia al dolor, mediante la Inhibición de la síntesis de prostaglandinas en el SNC y bloqueando la generación del impulso doloroso a nivel periférico, además de que actúa sobre</p>



		el centro hipotalámico regulador de la temperatura.
Terapia de relajación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enseñanza de ejercicios de relajación.</li> <li>✓ Terapia de respiración.</li> </ul>	La respiración profunda ayuda a la activación del sistema nervioso parasimpático, induciendo a la relajación y cierta tolerancia al dolor.
Manejo de abdomen abierto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar características de bordes de la herida.</li> <li>✓ Cambio de compresa de vientre PRN y colocación de vendaje de contención.</li> <li>✓ Valorar la presencia de datos de infección.</li> </ul>	La evaluación clínica de los bordes de la herida, determinan la evolución y/o complicación del tejido, para determinar acciones a seguir.
Manejo postural	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Posición semifowler y fowler.</li> <li>✓ Alternancia postural.</li> <li>✓ Mantener alineación corporal.</li> <li>✓ Implementación de ejercicios de movilidad</li> </ul>	Los cambios posturales, favorecen el bienestar, previenen y alivian el dolor; al estimular a los algo receptores.
<b>EVALUACIÓN</b>		
La personal refiere tolerar el dolor, manifiesta la disminución del mismo.		

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO	
Inicial	23 de noviembre de 2016			14:00 horas	Cirugía General	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA
Nutrición e hidratación		X	X		Inter dependiente	
<b>DATOS OBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayuno total, drenaje de alto gasto, mucosas orales secas.</li> </ul>						
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Refiere la persona apetito y sed.</li> </ul>						
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguno.</li> </ul>						
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Riesgo de desequilibrio electrolítico R/C régimen de tratamiento (ayuno total, abdomen abierto) y drenaje de alto gasto.</li> </ul>						
<b>OBJETIVO (OS) DE ENFERMERÍA</b>						
Evitar el desequilibrio hidroelectrolítico.						
<b>RESULTADO ESPERADO</b>						
Que la persona no presente datos de deshidratación electrolítica.						



INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Manejo de electrolitos y de líquidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitorización del manejo de líquidos</li> <li>✓ Valoración de signos vitales.</li> <li>✓ Valoración de electrolitos séricos.</li> <li>✓ Monitorización de signos vitales.</li> <li>✓ Terapia intravenosa.</li> <li>✓ Cuidados del catéter venoso central.</li> </ul>	<p>La valoración es un parámetro para determinar y puntualizar las actividades a seguir, por lo que es necesario conocer los principios fisiológicos y mecanismos homeostáticos que regulan el agua corporal, los electrolitos y el equilibrio ácido básico, para así evitar alteraciones funcionales.</p>
<p>Control y equilibrio hídrico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valoración y manejo de la volemia.</li> <li>✓ Manejo y monitorización de líquidos.</li> <li>✓ Reposición del gasto al 1:1 con solución de Hartman.</li> <li>✓ Vigilar características del drenaje.</li> </ul>	<p>La función de la solución de Hartman, es mantener el equilibrio hídrico y electrolítico con modificaciones mínimas en la composición del líquido extracelular; teniendo el efecto sobre el líquido circulante del descenso de la concentración de proteínas del plasma con el aumento de la presión hidrostática, por lo que el exceso de agua y electrolitos atraviesa rápidamente la pared de los capilares y hace que aumente el volumen del líquido</p>

		intersticial, sin modificar el volumen del líquido intracelular porque la concentración de cationes fuera de la célula permanece constante y, por ello, no existe ninguna fuerza osmótica que provoque el paso de agua al espacio intracelular.
Estado nutricional e hidratación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar estado nutricional, mediante peso y talla.</li> <li>✓ Valorar estado de la piel.</li> <li>✓ Valorar las características de bordes de la herida.</li> <li>✓ Control térmico por medios físicos.</li> </ul>	La evaluación clínica de los bordes de la herida, determinan la evolución y/o complicación del tejido, debido a que la nutrición correcta activa procesos metabólicos de digestión, absorción y asimilación que terminan con una serie de nutrientes atravesando la pared celular para ser aprovechados por la célula.
Manejo postural	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Posición semifowler y fowler.</li> <li>✓ Alternancia postural.</li> <li>✓ Mantener alineación corporal.</li> <li>✓ Implementación de ejercicios de movilidad</li> </ul>	El trabajo muscular pasivo y activo, permite que el tejido lleve a cabo sus funciones metabólicas, de termogénesis, mantención de la postura, protección de órganos vitales, generación de movimiento, así como de producir y liberar

		sustancias relacionadas a las funciones endocrinas, etc.
<b>EVALUACIÓN</b>		
La persona no presenta datos de deshidratación, sigue refiriendo apetito.		

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO	
Inicial	23 de noviembre de 2016			14:00 horas	Cirugía General	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA
Termorregulación		X	X		Inter dependiente	
<b>DATOS OBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Febrícula nocturna.</li> </ul>						
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presenta irritabilidad, inquietud, sudoraciones.</li> </ul>						
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultado negativo de cultivo serológico.</li> </ul>						
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertermia R/C enfermedad (abdomen hostil y sepsis) M/P irritabilidad, rubor, taquicardia y taquipnea.</li> </ul>						
<b>OBJETIVO (OS) DE ENFERMERÍA</b>						
Control de la termorregulación.						
<b>RESULTADO ESPERADO</b>						
Que la persona presente regulación de la temperatura y se limite la infección.						



INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Manejo de signos vitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valoración de signos vitales.</li> <li>✓ Monitorización de la temperatura.</li> </ul>	<p>La valoración de las constantes vitales, son un parámetro que tenemos para identificar posibles complicaciones, y así determinar la pauta a seguir en el manejo de la persona.</p>
<p>Control de líquidos y de la infección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar características del drenaje.</li> <li>✓ Monitorización y del manejo de líquidos.</li> <li>✓ Valorar presencia de datos de infección en sitio de punción de CVC.</li> <li>✓ Cuidados del catéter venoso central.</li> <li>✓ Terapia intravenosa.</li> <li>✓ Antibioticoterapia.</li> <li>✓ Control térmico por medios físicos.</li> </ul>	<p>Reforzar las medidas de higiene y prevención de las infecciones, limita la propagación de microorganismos resistentes y reducir el uso inapropiado o excesivo de los antimicrobianos; por lo que valorar continuamente la aparición de datos de infección, limita la presencia de alguna infección.</p>
<b>EVALUACIÓN</b>		
<p>La persona evoluciona de hipertermia a febrícula nocturna, hasta regular la temperatura</p>		

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO	
Inicial	23 de noviembre de 2016			14:00 horas	Cirugía General	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA
*Descanso y sueño. *Comunicarse. *Jugar/participar en actividades recreativas. *Trabajar y realizarse.		X	X		Inde dependiente	
<b>DATOS OBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Insomnio, alteraciones del sueño y descanso.</li> </ul>						
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Presenta irritabilidad, enojo e inquietud.</li> <li>Extraña su entorno, a sus amigos y su trabajo.</li> <li>Fluctuaciones en el estado de ánimo.</li> <li>Rechazo de actividades de distracción.</li> </ul>						
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se muestra muy apático con su entorno, irritable al manejo.</li> <li>Conflicto de estima por su estado de salud y pérdida del trabajo.               <ul style="list-style-type: none"> <li>Intolerancia al medio y las personas.</li> </ul> </li> </ul>						



<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insomnio R/C malestar físico y ansiedad M/P estado de salud comprometido, alteración en el patrón de sueño y energía insuficiente.</li> <li>• Desesperanza R/C deterioro des estado fisiológico y estrés M/P disminución de la comunicación, poco contacto visual y claves verbales pesimistas.</li> <li>• Duelo R/C anticipación de la pérdida de la salud y estado actual de enfermedad M/P angustia, conductas fluctuantes y desesperación.</li> </ul>		
<b>OBJETIVO (OS) DE ENFERMERÍA</b>		
Control de la irritabilidad, tolerancia Al medio.		
<b>RESULTADO ESPERADO</b>		
Que la persona manifieste sensación de bienestar y descanso, así como aceptación de su estado de enfermedad.		
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
Signos vitales	✓ Valoración de signos vitales.	La valoración de las constantes vitales, son un parámetro que tenemos para identificar posibles complicaciones, y así determinar la pauta a seguir en el manejo del paciente.



<p>Control y manejo de las emociones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enseñanza del manejo de la energía.</li> <li>✓ Establecer actividades lúdicas durante el día.</li> <li>✓ Explicar condiciones de enfermedad y necesidad de terapéutica establecida.</li> <li>✓ Terapia simple de relajación muscular, respiración y musicoterapia</li> <li>✓ Manejo de las emociones.</li> <li>✓ Confort del entorno ambiental.</li> <li>✓ Vigilancia continua, identificación de conductas no cotidianas.</li> <li>✓ Favorecer el afrontamiento.</li> <li>✓ Manejo y enseñanza de la ansiedad.</li> <li>✓ Mejorar el confort físico.</li> </ul>	<p>Los sucesos positivos o negativos que se viven, desencadenan emociones diversas en la persona, ya que el Sistema Límbico se encarga de estas y es la forma en que se reacciona ante el mundo.</p> <p>Las emociones reprimidas se tornan desbordantes buscando ser liberadas y producen la psicopatización, que consiste en la expresión de lo psicológico mediante síntomas físicos, de manera en que el cuerpo también enferma.</p>
<p>Automanejo de la tristeza y mantenimiento del interés por su persona.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fomentar la resistencia.</li> <li>✓ Control del humor.</li> <li>✓ Favorecer la aceptación del auto concepto y la expresión de emociones.</li> </ul>	<p>La expresión de las emociones, es una experiencia psicológica en la que intervienen 3 sistemas de respuesta:</p>

		<p>Fisiológico/Adaptativo, Conductual/ Expresivo y Cognitivo/Subjetivo, los cuales siempre están presentes en cualquier actividad que implica una emoción.</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>		
<p>La persona presenta periodos de labilidad, fluctúa entre la aceptación y la negación, sin embargo se muestra cooperador; sus periodos de sueño son inestables.</p>		



TIPO DE VALORACIÓN	FECHA				HORA	SERVICIO	
Inicial	23 de noviembre de 2016				14:00 horas	Cirugía General	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA	5
Higiene y protección de la piel		X	X		Inter dependiente		
<b>DATOS OBJETIVOS</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Abundante drenaje de cavidad, presenta Irritación periférica y limitación para la higiene.</li> </ul>							
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Refiere prurito y ardor intenso.</li> </ul>							
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Debido al alto gasto, el cambio de compresas de vientre y vendaje abdominal es muy frecuente, la humedad es permanente.</li> </ul>							
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Deterioro de la integridad cutánea R/C humedad y alteración del volumen de líquidos M/P alteraciones cutáneas en bordes de herida abdominal, prurito y ardor.</li> </ul>							
<b>OBJETIVO (OS) DE ENFERMERÍA</b>							
Control de la irritación dérmica.							
<b>RESULTADO ESPERADO</b>							
Que la persona presente mejoría en la integridad de la piel.							



INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Curación de las lesiones dérmicas periféricas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valoración del estado de la piel.</li> <li>✓ Cuidados del sitio de lesión dérmica.</li> <li>✓ Protección contra infecciones.</li> <li>✓ Irrigación de las lesiones y secado por esponjeo.</li> <li>✓ Ministración de protector dérmico tópico como Pasta Lassar.</li> </ul>	<p>Las lesiones de la piel se deben a la presencia de sudoración, humedad y exudado de las heridas, produciendo maceración, deterioro de la piel e irritación, disminuyendo la resistencia, lo que conlleva erosión e incrementando el riesgo de infección.</p>
<p>Control y manejo del gasto de cavidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar características del gasto abdominal.</li> <li>✓ Verificar estado de los bordes y puntos de sutura de Bolsa de Bogotá.</li> <li>✓ Cubierta abdominal con compresas de vientre.</li> <li>✓ Vendaje de contención.</li> <li>✓ Manejo de líquidos parenterales.</li> <li>✓ Valoración de signos vitales.</li> <li>✓ Controlar fugas y verificar estado de Bolsa de Bogotá.</li> </ul>	<p>La bolsa de Bogotá ofrece la protección del contenido abdominal, durante un cierre temporal de la pared abdominal; aun cuando posee la limitante en su uso ya que el paciente debe estar, el mayor tiempo posible, en decúbito dorsal.</p> <p>Ante la movilización, soporte ventilatorio o deambulación, se deben tener precauciones y vendaje abdominal compresivo con el fin de evitar una evisceración.</p>

<p>Control contra infecciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manejo del estoma y valoración continúa.</li> <li>✓ Manejo de técnicas asépticas.</li> <li>✓ Ministración de antibioticoterapia, como Ceftriaxona 1 gramo IV cada 8 horas, vigilando reacciones adversas, como náusea, vómito, dolor local, etc.</li> </ul>	<p>Antibiótico bactericida de acción prolongada, posee un amplio espectro de actividad contra organismos Gram positivos y gramnegativos; Inhibe la síntesis de pared celular bacteriana.</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>		
<p>La persona presenta mejoría en el estado de la piel, refiere la disminución de prurito y ardor, aun cuando continua con alto gasto..</p>		

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO	
Inicial	23 de noviembre de 2016			14:00 horas	Cirugía General	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA
*Evitar los peligros. *Aprendizaje.		X	X		Inde dependiente	
<b>DATOS OBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconoce manejo de bolsa de Bogotá y medidas de seguridad.</li> <li>• Posee conocimientos deficientes sobre su patología.</li> </ul>						
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se muestra interesado en el manejo de la información con respecto a su terapéutica y autocuidado.</li> </ul>						
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sus cuidadoras principales se muestran interesadas en el manejo de la información.</li> </ul>						
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimientos deficientes sobre los cuidados de Bolsa de Bogotá R/C conocimientos deficientes sobre la terapéutica M/P conocimiento insuficiente y realización inadecuado del autocuidado</li> </ul>						
<b>OBJETIVO (OS) DE ENFERMERÍA</b>						
Favorecer en la persona y sus cuidadores principales, la comprensión de la información necesaria.						



<b>RESULTADO ESPERADO</b>		
Comprensión y manejo de la información en la persona y cuidadoras.		
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
Manejo de la información.	<p>Enseñanza individual sobre generalidades de cuidados de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bolsa de Bogotá.</li> <li>✓ Piel y estoma.</li> <li>✓ CVC.</li> <li>✓ Sistema de vacío.</li> <li>✓ Abdomen abierto y drenaje.</li> <li>✓ Manejo de técnicas asépticas.</li> </ul>	Se realiza enseñanza con el fin de estimular la atención y de incentivar el aprendizaje sobre los propios procesos de la persona.
Facilitación del aprendizaje.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Información sobre el proceso de enfermedad y recuperación.</li> <li>✓ Valorar disposición del aprendizaje.</li> <li>✓ Protección contra infecciones.</li> <li>✓ Enseñanza para la identificación de riesgos.</li> <li>✓ Asesoría necesaria</li> <li>✓ Elaboración de material didáctico (tríptico y cartel), y pláticas programadas.</li> </ul>	<p>El aprendizaje es una actividad fundamentada en la andragogía, centrada en la persona participante, más crítica, dinámica, contextualizada, que responde a problemáticas o necesidades específicas cercanas a la realidad.</p> <p>Un aprendizaje pleno de sentido, planificado, flexible, diferenciado que ayuda al desarrollo integral de las</p>

		<p>personas en sus contextos, provee toda clase de estímulos para posibilitar la disposición, interés y esfuerzo, y optimizar lo que ya sabe la persona participante y relacionarlo con lo nuevo, con sus experiencias previas.</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>		
<p>La persona y sus cuidadores se muestran sensibles a la información, se apropian de manera general de la información y muestran disposición para el aprendizaje.</p>		

## 7.2 Valoración focalizada.

Alerta, cooperador, palidez de piel y tegumentos (+++), con presencia de eritema fino en cara y cuello, región retro auricular y partes de cuero cabelludo, con escama fina desprendible, refiere prurito; con MO regular hidratación, no refiere cefalea, náusea, vómito; adecuado patrón respiratorio, sin evidencia de afección pulmonar o cardíaca, ritmo cardíaco sinusal, catéter subclavio de tres lúmenes lado izquierdo, orificio de inserción sin datos de sangrado ni infección; abdomen resistente y levemente doloroso a la palpación, con herida quirúrgica abierta se observan intestinos rosados, con gasto de cavidad de aproximadamente 1000 ml en 24 horas a través de 7 fístulas entero atmosféricas existentes, color amarillo ámbar de contenido intestinal no purulento aparentemente; sin presencia de eritema ni enrojecimiento, refiere leve prurito y ardor; genitales sin alteraciones, refiere reducción del volumen urinario paulatino (asociado a baja ingesta de volumen); extremidades superiores e inferiores sin datos de relevancia.

### Datos objetivos:

Presencia de eritema fino en cara y cuello, así como escama fina desprendible.

### Datos subjetivos:

Refiere prurito.

### Datos complementarios:

Con esta fecha se realizó interconsulta de especialidad a Dermatología, con motivo de presencia de lesiones asintomáticas en cara y región retro auricular, así como en cuero cabelludo; la persona refiere que dichas lesiones aparecieron con un mes de anticipación, aunque en valoraciones anteriores no estaban presentes. La especialidad establece el diagnóstico de Dermatitis seborreica (capitis y facial), manejo con champú a base de alquitrán así como aplicación de Ketoconazol o Miconazol tópico para piel.

**Fuentes de dificultad:**

- Falta de voluntad.

**Diagnóstico de enfermería:**

Deterioro de la integridad cutánea R/C probables alérgenos y estrés M/P Presencia de eritema fino en cara y cuello, así como escama fina desprendible en cuero cabelludo.



TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO	
Focalizada	8 de febrero de 2017			14:00 horas	Cirugía General	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	F V	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA
Nutrición				X	Inter dependiente	
<b>DATOS OBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Presencia de eritema fino en cara y cuello, así como escama fina desprendible en cuero cabelludo.</li> </ul>						
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Poco cooperador, irritable al manejo, refiere prurito y dolor en cara.</li> </ul>						
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dermatología reportó la presencia de Dermatitis seborreica (capitis y facial), manejo con champú a base de alquitrán así como aplicación de Ketoconazol o Miconazol tópico para piel</li> </ul>						
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>						
Deterioro de la integridad cutánea R/C probables alérgenos y estrés M/P presencia de eritema fino en cara y cuello, así como escama fina desprendible en cuero cabelludo.						
<b>OBJETIVO (OS) CENTRADOS EN LA PERSONA:</b>						
Disminuir y limitar las lesiones dérmicas, mantener la hidratación de la piel.						



<b>RESULTADO ESPERADO</b>		
Eliminar la presencia de lesiones dérmicas.		
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
Control de infecciones.  Cuidados de la piel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuidados y vigilancia de la piel.</li> <li>✓ Manejo de líquidos.</li> <li>✓ Monitorización de estado de la piel.</li> <li>✓ Identificar factores que desencadenen reacción y/o exacerbación de la sintomatología dérmica.</li> <li>✓ Limitar contacto con la humedad.</li> <li>✓ Mantener la piel seca.</li> </ul>	Las personas inmunodeprimidas varían su susceptibilidad a infecciones nosocomiales dependiendo de la gravedad y duración de la inmunodepresión; por lo que tienen aumentado el riesgo para infecciones bacterianas, fúngicas, parasitarias y virales, procedentes de fuentes endógenas o exógenas.
Kelual DS, champú crema, frasco de 100 ml., aplicar dos veces al día durante un mes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar características de las lesiones de la piel.</li> <li>✓ Dar seguimiento a la adquisición y uso del producto.</li> <li>✓ Vigilar la presencia de reacciones adversas al producto.</li> </ul>	Kelual es un champú tratante reductor anti-recidivas, elimina de manera duradera la caspa y alivia rápidamente el cuero cabelludo; actúa sobre todos los factores implicados en los estados descamativos severos.

<p>Ketoconazol crema, aplicar dos veces al día en zonas afectadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar características de las lesiones de la piel.</li> <li>✓ Dar seguimiento a la adquisición y uso del producto.</li> <li>✓ Vigilar la presencia de reacciones adversas al producto.</li> </ul>	<p>El ketoconazol ejerce su efecto alterando la síntesis de la membrana celular de los hongos, produce una inestabilidad de la membrana con aumento de la permeabilidad celular y fugas del contenido de las células.</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>		
<p>Las lesiones se han mantenido, no se ha exacerbado el cuadro pero no han desaparecido en su totalidad; se mantienen sin prurito y van disminuyendo paulatinamente.</p>		

**Valoración focalizada:**

Alerta, cooperador, palidez de piel y tegumentos (+++), MO regular hidratación, no refiere cefalea, náusea, vómito, obnubilación; adecuado patrón respiratorio, sin evidencia de afección pulmonar o cardíaca, ritmo cardíaco sinusal, catéter SC de tres lúmenes lado izquierdo, orificio de inserción sin datos de sangrado ni infección; abdomen resistente y levemente doloroso a la palpación, con herida quirúrgica abierta se observan intestinos rosados, con gasto de cavidad de aproximadamente 1000 ml en 24 horas a través de 7 fístulas enteroatmosféricas existentes, color amarillo ámbar de contenido intestinal no purulento aparentemente; sin presencia de eritema ni enrojecimiento, refiere leve prurito y ardor; genitales sin alteraciones, refiere reducción del volumen urinario paulatino (asociado a baja ingesta de volumen); extremidades superiores e inferiores sin datos de relevancia. Sin edemas, con resultados de laboratorios: Na 125mEq, potasio de 5.2mEq, cloro 96mEq con calcio, fósforo y magnesio normales, función renal normal y glucemia capilar de 119mg/dl.

**Datos objetivos:**

Se mantiene en ayuno, gasto abdominal de 1000 ml en 24 horas a través de 7 fístulas existentes, Na 125mEq, potasio de 5.2mEq, cloro 96mEq con calcio, fósforo y magnesio normales, función renal normal y glucemia capilar de 119mg/dl.

**Datos subjetivos:**

Refiere sed, prurito y ardor periférico a herida quirúrgica.

**Datos complementarios:**

Continúa con NPT para 24 horas, y con esta fecha el servicio de Medicina Interna realizó la interconsulta, ya que el paciente se había mantenido en ayuno por dos meses previos, y para ese día inició la vía oral con líquidos claros, los cuales fueron bien tolerados; el paciente estuvo apoyado con nutrición parenteral total durante todo ese tiempo, se mantuvo con drenaje de alto volumen.

Medicina interna reporta lo siguiente: sin evidencia aparente de proceso infeccioso extra abdominal agregado (principalmente pulmonar), sin uso de fármacos modificadores de la homeostasis del sodio y tampoco trastornos neurológicos que pudieran modificar el equilibrio natrémico, y mencionan que no tiene historial de enfermedades crónicas que impacten el estado hidroelectrolítico.

Establecen que el paciente cursa con hiponatremia hipotónica hipovolémica crónica asintomática, asociada como primera sospecha al ayuno prolongado y pérdidas volumétricas digestivas elevadas; recomiendan realizar EGO (para estimar osmolaridad urinaria calculada), solicitar sodio urinario en espontáneo, cortisol sérico (por hiperkalemia asociada), gasometría arterial

Tratamiento: mantener solución salina 0.9% a razón de 500ml diarios (sumados al volumen infundido en la NPT), fomentar la ingesta oral de alimentos con aporte natrémico, evitar el aporte desmedido de agua libre. Respecto a la hiperkalemia e hiperfosfatemia, considerando que en apariencia no hay daño renal, impresiona como mecanismo causal el sobre aporte que la NPT pudiera estar brindando, por lo tanto sugieren recalcular el valor de electrólitos.

**Fuentes de dificultad:**

- Falta de fuerza física.
- Falta de conocimiento.

**Diagnóstico de enfermería:**

Déficit de volumen de líquidos R/C hiponatremia hipotónica hipovolémica crónica asintomática secundaria alto gasto de Fístula entero atmosférica M/P valor sérico de Na 125 mEq/L, sequedad de la mucosa oral y reducción del volumen urinario.



TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO	
Focalizada, relación Céfalo-caudal	24 de febrero de 2017			14:00 horas	Cirugía General	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA
Eliminación		X	X		Inter dependiente	
<b>DATOS OBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inició la vía oral con buena tolerancia, se mantiene con alto gasto digestivo de 1000 ml en 24 horas a través de 7 fistulas existentes, valor sérico de Na de 125 mEq.</li> </ul>						
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Refiere sed, prurito y ardor periférico a herida quirúrgica.</li> </ul>						
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se establece como mecanismo causal, el sobre aporte que la NPT proporciona.</li> </ul>						
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>						
Déficit de volumen de líquidos R/C hiponatremia hipotónica hipovolémica crónica asintomática secundaria alto gasto de Fístula entero atmosférica M/P valor sérico de Na 125 mEq/L, sequedad de la mucosa oral y reducción del volumen urinario.						
<b>OBJETIVO (OS) DE ENFERMERÍA</b>						
Evitar riesgos.						



<b>RESULTADO ESPERADO</b>		
Corregir valores séricos de Na, corregir la hipovolemia y evitar riesgos.		
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
Manejo de líquidos parenterales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mantener solución salina 0.9%, 500 ml para 24 horas.</li> <li>✓ Fomentar la ingesta de alimentos con aporte natrémico.</li> <li>✓ Restricción de líquidos vía oral, estos deben estar incluidos en la dieta.</li> <li>✓ Valorar presencia de síntomas de hiponatremia severa.</li> </ul>	El manejo del cloruro de sodio y corrección de los niveles séricos de sodio, evitan las alteraciones de la osmolaridad en los diferentes compartimentos del organismo, principalmente en el SNC.
Manejo de la NPT	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar el recalcu del valor de electrolitos séricos en la NPT, al Depto. de Nutrición.</li> </ul>	La Nutrición Parenteral es el medio de suministro de aminoácidos, hidratos de carbono, lípidos y micronutrientes a los pacientes incapaces de asimilar la nutrición por vía digestiva; uno de los electrolitos principales es el potasio, ya que su descenso provoca alteraciones cardíacas, y otro de importancia es el potasio, que en grandes cantidades provoca la ruptura de la emulsión grasa.



		<p>El sodio es necesario para mantener el equilibrio osmolar entre los compartimentos intra y extracelular y dentro de este último para mantener un volumen efectivo circulante en el espacio intravascular que permita una diuresis adecuada.</p>
<p>Control de electrolitos séricos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar resultados de EGO.</li> <li>✓ Solicitar sodio urinario en espontáneo y cortisol sérico gasometría arterial.</li> <li>✓ Valorar la presencia de datos de IRA.</li> <li>✓ Valorar características de la uresis.</li> </ul>	<p>El EGO, se realiza en este caso, para estimar osmolaridad urinaria, y búsqueda de datos renales.</p> <p>El sodio es necesario para mantener el equilibrio osmolar entre los compartimentos intra y extracelular, a fin de mantener un volumen efectivo circulante en el espacio intravascular que permita una diuresis adecuada.</p> <p>La valoración de las necesidades de sodio se basa en las pérdidas de este ion por líquidos biológicos, especialmente digestivos, y por la orina.</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>		
<p>El paciente normaliza sus valores séricos de sodio, no se presentan datos de alteración del estado mental, de hiponatremia grave y/o hipernatremia, mejora la hidratación de la mucosa oral.</p>		

**Valoración focalizada:**

Alerta, poco cooperador, se observa imitable, no dirige la mirada a la persona, contesta con monosílabos; palidez de piel y tegumentos (++), MO regular hidratación, adecuado patrón respiratorio, sin evidencia de afección pulmonar o cardiaca, ritmo cardiaco sinusal, catéter SC de tres lúmenes lado izquierdo, orificio de inserción sin datos de sangrado ni infección; abdomen resistente y levemente doloroso a la palpación, con herida quirúrgica abierta se observan intestinos rosados, con gasto de cavidad de entre 750 ml y 900 ml en 24 horas a través de fístulas enteroatmosféricas existentes, color amarillo ámbar de contenido intestinal no purulento aparentemente; sin presencia de eritema ni enrojecimiento, refiere leve prurito y ardor; genitales sin alteraciones; extremidades superiores e inferiores sin datos de relevancia.

**Datos objetivos:**

Irritabilidad extrema referida por familiares y personal de enfermería.

**Datos subjetivos:**

Refiere sentir desánimo, cambios en el sueño, variaciones en el apetito, fatiga, preocupación, así como cambios inexplicables en el humor.

**Datos complementarios:**

Con esta fecha, realizan interconsulta al servicio de Psicología, debido a que la persona muestra irritabilidad permanente; el servicio reporta que niega ideación suicida, que no hay antecedentes de alcoholismo, abuso de sustancias y violencia, y que su estado mental actual, muestra a una persona que a raíz de su hospitalización ha desarrollado síntomas depresivos y de ansiedad sin cubrir cuadro clínico, con sentido de vida y receptivo a la entrevista. Por lo anterior, se realiza contención emocional, y sugieren psicoterapia.

**Fuentes de dificultad:**

- Falta de comunicación.
- Falta de voluntad.

**Diagnóstico de enfermería:**

Desesperanza R/C estancia hospitalaria prolongada, enfermedad crónica y estrés de larga duración M/P irritabilidad, enojo, falta de cooperación en las actividades cotidianas.

Ansiedad R/C estado de salud M/P por irritabilidad, inquietud, agresividad.



TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO	
Focalizada, relación Céfalocaudal	15 de marzo de 2017			14:00 horas	Cirugía General	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA
Comunicación		X		X	Inter dependiente	
<b>DATOS OBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Irritabilidad extrema referida por familiares y personal de enfermería.</li> </ul>						
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Refiere sentir desánimo, cambios en el sueño, variaciones en el apetito, fatiga, preocupación, así como cambios inexplicables en el humor.</li> </ul>						
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Persona totalmente demandante con el personal de salud, molesto por cualquier contacto y tratamiento.</li> </ul>						
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>						
Desesperanza R/C estancia hospitalaria prolongada, enfermedad crónica y estrés de larga duración M/P irritabilidad, enojo, falta de cooperación en las actividades cotidianas.						
<b>OBJETIVO (OS) DE ENFERMERÍA</b>						
Tener tolerancia a la frustración, aceptar su estado de salud.						



<b>RESULTADO ESPERADO</b>		
Favorecer la tolerancia al medio y aceptación de su estado de salud.		
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
Control del estrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proporcionar contención con el paciente, cuando sea posible.</li> <li>✓ Escucha activa.</li> <li>✓ Asesoramiento.</li> <li>✓ Fomentar la contención por parte de los cuidadores principales.</li> </ul>	<p>El apoyo emocional es la capacidad de hacerle sentir al usuario querido, escuchado y útil; es decir es el poder proporcionarle cierto "bienestar".</p>
Fomentar el afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fomentar el reforzamiento de redes de apoyo para los cuidadores.</li> </ul>	<p>El apoyo emocional se compone de la empatía, el cuidado, la confianza; estos elementos son los más importantes que necesita una persona.</p>
Fomentar la tolerancia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fomentar el establecimiento de objetivos comunes entre el paciente y la familia.</li> </ul>	<p>La mejor ayuda que podemos dar es escuchar su dolor: emociones como la tristeza, la soledad o la culpa por sentir están muy presentes en los usuarios a los que atendemos.</p>
Fomentar el fortalecimiento espiritual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Facilitar la expresión de sentimientos.</li> </ul>	<p>Lo importante es que puedan descargar su dolor, de allí la necesidad de que los cuidadores sean empáticos de la situación del paciente.</p>
Fomentar la red familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover actividades de distracción, como pasatiempos, lectura, meditación, etc.</li> <li>✓ Promover caminata en el servicio y estancia en sala de día.</li> <li>✓ Fomentar integración con demás pacientes, en la medida de lo posible.</li> </ul>	<p>Lo importante es que puedan descargar su dolor, de allí la necesidad de que los cuidadores sean empáticos de la situación del paciente.</p>

	✓ Promover con el servicio de Psicología, la terapia de grupo.	
<b>EVALUACIÓN</b>		
<p>La persona se mostró con periodos de exacerbación de su crisis de ansiedad e irritabilidad con todos los personajes de su entorno, en otros momentos pudo mantener y controlar su estado.</p> <p>La familia expresa que el paciente está aparentemente más tranquilo, que no se encuentra ya tan irritable; la persona se observa más cooperador, me mira al hablar, manifiesta estar más contenido y tranquilo.</p>		

**Valoración focalizada:**

Alerta, cooperador, astenia, adinamia, palidez de piel y tegumentos (++), MO regular hidratación, adecuado patrón respiratorio, sin datos de vaso espasmo, sin náusea ni vómito, con buena tolerancia a la vía oral, sin evidencia de afección pulmonar o cardíaca, ritmo cardíaco sinusal, catéter SC de tres lúmenes lado derecho, orificio de inserción sin datos de sangrado ni infección; abdomen resistente y levemente doloroso a la palpación, con herida quirúrgica abierta se observan intestinos rosados, con gasto de cavidad de entre 750 ml y 900 ml en 24 horas a través de fístulas enteroatmosféricas existentes, color amarillo ámbar de contenido intestinal no purulento aparentemente; sin presencia de eritema ni enrojecimiento, no refiere evacuaciones rectales; genitales sin alteraciones; extremidades superiores e inferiores sin datos de relevancia.

**Datos objetivos:**

Hemoglobina 11.3 g/dl	Hemoglobina 33.6 %	Glucosa 106 mg/dl
Nitrógeno urea 10.1 mg/dl	Creatinina 0.7 mg/dl	Ácido úrico 3.4 mg/dl
Colesterol 106 mg/dl	Triglicéridos 260 mg/dl	IMC: 24.5 kg m <sup>2</sup>
Peso: 66.9 Kg.	Talla: 165 cms.	CB: 28.8 cms

**Datos subjetivos:**

Sin datos de importancia.

**Datos complementarios:**

Con esta fecha se realizó interconsulta de especialidad a Nutrición, con motivo de reducir la NPT; reportan sin datos de importancia, estableciendo las siguientes recomendaciones:

- Dieta de 2000 kcal dividida en:
- 1400 kcal por NPT vía periférica:

Volumen 1920 ml	a. a: 45 g	Glucosa: 130g
-----------------	------------	---------------

Kcal no proteicas 1200	Nitrógeno: 7.2g	NA: 43 mmol/mEq
Kcal totales: 1400	Lípidos: 68g	K 32 mmol/mEq

- 600 kcal por vía oral (dieta seca) con una distribución:

Carbohidratos (90g)	Proteína (48 g)	Lípidos (7 g)
---------------------	-----------------	---------------

- Recomendaciones generales:
  - ✓ Consumo de pollo asado, tortilla, pasta, arroz, carne roja magra.
  - ✓ Evitar consumo de fruta, verdura, caldos, queso, lácteos.
  - ✓ Se recomienda un complemento de glutamine plus sobre de 10g/ sobre libre de grasa, lactosa y gluten:
    - Cubre necesidades aumentadas y mantiene las funciones del intestino e integridad del tubo digestivo.
    - Asegura la ingesta adecuada de nutrientes cuando la alimentación es insuficiente.
    - Regula el estrés oxidativo y previene el daño del tejido.
    - Para una mejor tolerancia en la alimentación temprana post- operación.
    - Se recomienda tomar 1/2 sobre en 200 ml a tolerancia.

**Fuentes de dificultad:**

- Falta de fuerza.

**Diagnóstico de enfermería:**

Riesgo de desequilibrio nutricional por aporte mayor de nutrientes R/C aporte mayor de la NPT y ayuno prolongado M/P Hiponatremia hipotónica hipovolémica crónica asintomática.



TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO	
Focalizada	27 de marzo de 2017			14:00 horas	Cirugía General	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA
Alimentación		X			Inter dependiente	
<b>DATOS OBJETIVOS</b>						
Hemoglobina 11.3 g/dl		Hemoglobina 33.6 %		Glucosa 106 mg/dl		
Nitrógeno urea 10.1 mg/dl		Creatinina 0.7 mg/dl		Ácido úrico 3.4 mg/dl		
Colesterol 106 mg/dl		Triglicéridos 260 mg/dl				
IMC: 24.5 kg m <sup>2</sup>		PESO: 66.9 Kg.		TALLA: 165 cms.		
CB: 28.8 cms						
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Refiere total desagrado por el consumo del pollo.</li> </ul>						
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hiponatremia hipotónica hipovolémica crónica asintomática, asociada como primera sospecha al ayuno prolongado y pérdidas volumétricas digestivas elevadas, por lo que Medicina Interna sugiere reducción de NPT y recalcu de electrolitos.</li> </ul>						
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>						
Riesgo de desequilibrio nutricional por aporte mayor de nutrientes R/C aporte mayor de la NPT y ayuno prolongado M/P Hiponatremia hipotónica hipovolémica crónica asintomática.						



<b>OBJETIVO (OS) DE ENFERMERÍA</b> Evitar riesgos.		
<b>RESULTADO ESPERADO</b> Corregir hiponatremia y evitar complicaciones		
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
Dieta de 2000 kcal dividida en 1400 kcal por NPT vía periférica y 600 kcal por vía oral-	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ministración de NPT.</li> <li>✓ Manejo de catéter central.</li> <li>✓ Vigilar presencia de evacuaciones diarreicas.</li> <li>✓ Vigilar presencia de datos de infección, en sitio de inserción de catéter.</li> </ul>	<p>La digestión normal ocurre cuando los alimentos se digieren en el estómago y el intestino, entonces son absorbidos en el intestino y transportados por la sangre a todas las partes del cuerpo.</p> <p>La nutrición parenteral es una mezcla que contiene proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, y minerales.</p> <p>Cuando no es posible utilizar las vías digestivas normales, se usa la NPT con el propósito de conservar o mejorar su estado</p>



<p>Dieta seca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vigilar dieta prescrita y consumo de esta.</li> <li>✓ Orientar al paciente sobre la importancia de las indicaciones establecidas por Nutrición, y en especial sobre el consumo del pollo.</li> <li>✓ Consumo de pollo asado, tortilla, pasta, arroz, carne roja magra.</li> <li>✓ Evitar consumo de fruta, verdura, caldos, queso, lácteos</li> </ul>	<p>Dieta sin residuos, es baja en fibra, lactosa y grasas, necesaria para la limpieza del intestino grueso.</p> <p>El pollo es un alimento con gran cantidad de proteínas de origen animal, baja en grasa y en colesterol.</p> <p>Los alimentos prohibidos se restringen para evitar la presencia de gas.</p>
<p>Complemento nutricional y protector del tracto digestivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Complemento de glutamine plus sobre de 10g/; tomar 1/2 sobre en 200 ml a tolerancia.</li> </ul>	<p>Cubre necesidades aumentadas y mantiene las funciones del intestino e integridad del tubo digestivo.</p> <p>Asegura la ingesta adecuada de nutrientes cuando la alimentación es insuficiente.</p> <p>Regula el estrés oxidativo y previene el daño del tejido.</p> <p>Para una mejor tolerancia en la alimentación temprana post-operación.</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>		
<p>Tolera bien la dieta, aunque no deja de mostrar su desagrado por el consumo de pollo, pese a la orientación que se ha dado con respecto a la importancia del consumo.</p>		

**Valoración focalizada:**

Alerta, poco cooperador, irritable al manejo, astenia, adinamia, palidez de piel y tegumentos (+), MO regular hidratación, adecuado patrón respiratorio, con buena tolerancia a la vía oral, sin datos de vaso espasmo, sin náusea ni vómito, sin evidencia de afección pulmonar o cardíaca, ritmo cardíaco sinusal, catéter SC de tres lúmenes lado derecho, orificio de inserción sin datos de sangrado ni infección; abdomen resistente y levemente doloroso a la palpación, con herida quirúrgica abierta se observan intestinos rosados, con gasto de cavidad de entre 800 ml y 900 ml en 24 horas a través de fístulas enteroatmosféricas existentes, color amarillo ámbar de contenido intestinal no purulento aparentemente; sin presencia de eritema ni enrojecimiento, no refiere evacuaciones rectales; genitales sin alteraciones; extremidades superiores e inferiores sin datos de relevancia.

**Datos objetivos:**

Presencia de manchas, eritema y ronchas en lesiones en cara, cabeza y cuello.

**Datos subjetivos:**

Refiere prurito intenso, dolor, sensación de tirantez en cara y cabeza.

**Datos complementarios:**

Con esta fecha se realizó interconsulta de especialidad a Dermatología, con motivo de presencia de lesiones en cara, se reporta la presencia de dermatosis localizada en cabeza, afectando cara, párpados superiores, pliegues nasales y mentón, dicha dermatosis se encontró constituida por lesiones de aspecto papular asentadas sobre mancha hiperpigmentada; presentando también escama no adherente en piel cabelluda.

**Fuentes de dificultad:**

- Falta de voluntad.
- Falta de fuerza.

**Diagnóstico de enfermería:**

Deterioro de la integridad cutánea R/C probable inmunosupresión, estrés y contacto con humedad M/P lesiones en la cara de tipo papular.



TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO	
Focalizada, relación Céfalocaudal	8 de abril de 2017			14:00 horas	Cirugía General	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA
Nutrición				X	Inter dependiente	
<b>DATOS OBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Presencia de manchas, eritema y ronchas en lesiones en cara, cabeza y cuello.</li> </ul>						
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Poco cooperador, irritable al manejo, refiere prurito y dolor en cara.</li> </ul>						
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dermatología reportó la presencia de dermatosis localizada en cabeza, afectando cara, párpados superiores, pliegues nasales y mentón, constituida por lesiones de aspecto papular, asentadas sobre mancha hiperpigmentada. <ul style="list-style-type: none"> <li>Presentando también escama no adherente en piel cabelluda. <ul style="list-style-type: none"> <li>Establecen el diagnóstico de Dermatitis seborreica.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>						
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>						
Deterioro de la integridad cutánea R/C probable inmunosupresión, estrés y contacto con humedad M/P lesiones en la cara de tipo papular.						
<b>OBJETIVO (OS) DE ENFERMERÍA:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disminuir el prurito, limitar las lesiones dérmicas, mantener la hidratación de la piel.</li> </ul>						



- Favorecer la comunicación del paciente y su entorno.

**RESULTADO ESPERADO**

Eliminar y/o limitar la presencia de lesiones dérmicas.

INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Control de infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aislamiento protector.</li> <li>✓ Cuidados y vigilancia de la piel.</li> <li>✓ Manejo de líquidos.</li> <li>✓ Monitorización de estado de la piel.</li> <li>✓ Identificar factores que desencadenen reacción y/o exacerbación de la sintomatología dérmica.</li> </ul>	Los pacientes inmunodeprimidos varían su susceptibilidad a infecciones nosocomiales dependiendo de la gravedad y duración de la inmunodepresión; por lo que tienen aumentado el riesgo para infecciones bacterianas, fúngicas, parasitarias y virales, procedentes de fuentes endógenas o exógenas.
Kelual DS, champú crema, frasco de 100 ml., aplicar dos veces al día durante un mes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar características de las lesiones de la piel.</li> <li>✓ Dar seguimiento a la adquisición y uso del producto.</li> <li>✓ Vigilar la presencia de reacciones adversas al producto.</li> </ul>	Kelual es un champú tratante reductor anti-recidivas, elimina de manera duradera la caspa y alivia rápidamente el cuero cabelludo; actúa sobre todos los factores implicados en los estados descamativos severos.



<p>Administración de champú anticaspa, anti dermatitis seborreica y anti psoriasis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ T Gel, champú, frasco 130 ml., alternar con champú H&amp;S.</li> <li>✓ Valorar características de las lesiones de la piel.</li> <li>✓ Dar seguimiento a la adquisición y uso del producto.</li> <li>✓ Vigilar la presencia de reacciones adversas al producto.</li> </ul>	<p>T Gel es un champú anticaspa, anti dermatitis seborreica y anti psoriasis, controla sus síntomas; actúa al contacto, controla las condiciones del cuero cabelludo que producen descamación y picazón.</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>		
<p>La familia expresa que el paciente está aparentemente más tranquilo, se observa más cooperador, establece contacto visual, sonríe y acepta que estuvo evasivo y agresivo debido a las lesiones de su cara, las cuales han disminuido considerablemente, el prurito ha desaparecido, la piel esta hidratada.</p>		

**Valoración focalizada:**

Alerta, cooperador, astenia, adinamia, palidez de piel y tegumentos (+), MO regular hidratación, adecuado patrón respiratorio, , con buena tolerancia a la vía oral, sin datos de vaso espasmo, sin náusea ni vómito, sin evidencia de afección pulmonar o cardíaca, ritmo cardíaco sinusal, catéter SC de tres lúmenes lado derecho, orificio de inserción sin datos de sangrado ni infección; abdomen resistente y levemente doloroso a la palpación, con herida quirúrgica abierta se observan intestinos rosados, con gasto de cavidad de entre 750 ml y 900 ml en 24 horas a través de fístulas enteroatmosféricas existentes, color amarillo ámbar de contenido intestinal no purulento aparentemente; sin presencia de eritema ni enrojecimiento, no refiere evacuaciones rectales; genitales sin alteraciones; extremidades superiores e inferiores sin datos de relevancia.

Se observa poco cooperador, irritable, demandante de atención, no establece contacto visual, conversación con monosílabos, indiferente

**Datos objetivos:**

Sin datos de importancia.

**Datos subjetivos:**

Se observa poco cooperador, irritable, demandante de atención, no establece contacto visual, conversación con monosílabos, indiferente al medio.

**Datos complementarios:**

Con esta fecha se realizó interconsulta de especialidad a Psiquiatría, solicitada por servicio tratante con motivo de reportarse poco cooperador, irritable y muy demandante de atención; la especialidad reportó que en su exploración física el paciente no estableció contacto visual y que permaneció todo el tiempo con una toalla en la cara, que se encontró orientado globalmente, con atención y comprensión conservadas, con un lenguaje parco, coherente e incongruente, que llega a metas con ayuda, con ideas sobrevaloradas somáticas "es que por la cara

hinchada no puedo hablar y siento que la piel se me pega por dentro" sic pac, juicio desviado, afecto aplanado, no ideas de muerte, psicomotricidad sin alteraciones, pobre conciencia de enfermedad.

Establecen como criterio diagnóstico Probable trastorno de ideas delirantes persistentes y sugieren:

- Risperidona tabletas de 2 mg, 1/2 tableta vía oral cada 24 horas por las noches, por 15 días, posteriormente 1/4 de tableta por las noches sin suspender.
- Amerita seguimiento por psicología, para fomentar conciencia de enfermedad y tolerancia a la frustración.

**Fuentes de dificultad:**

- Falta de voluntad.

**Diagnóstico de enfermería:**

Baja autoestima situacional R/C enfermedad crónica y alteración de la imagen corporal M/P poca cooperación con las actividades diarias, demanda de atención, nulo contacto visual, conversación con monosílabos e indiferencia al medio.



TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO	
Focalizada, relación Céfalocaudal	17 de abril de 2017			14:00 horas	Hospitalización segundo piso	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA
Comunicación				X	Inter dependiente	
<b>DATOS OBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conversación con monosílabos</li> </ul>						
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Poco cooperador, irritable, demandante de atención, no establece contacto visual, indiferente al medio.</li> </ul>						
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Psiquiatría encontró a la persona orientada globalmente, con atención y comprensión conservadas, con un lenguaje parco, coherente e incongruente, que llega a metas con ayuda, con ideas sobrevaloradas somáticas "es que por la cara hinchada no puedo hablar y siento que la piel se me pega por dentro" sic pac, juicio desviado, afecto aplanado, no ideas de muerte, psicomotricidad sin alteraciones, pobre conciencia de enfermedad; establecen como criterio diagnóstico Probable trastorno de ideas delirantes persistentes</li> </ul>						
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>						
Baja autoestima situacional R/C enfermedad crónica y alteración de la imagen						

corporal M/P poca cooperación con las actividades diarias, demanda de atención, nulo contacto visual, conversación con monosílabos e indiferencia al medio.		
<b>OBJETIVO (OS) DE ENFERMERÍA</b>		
Elevar y mantener su autoestima en el nivel de aceptación.		
<b>RESULTADO ESPERADO</b>		
Que el paciente se adapte paulatinamente a su discapacidad y situación actual de enfermedad, así como a su imagen corporal.		
INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Fomentar la conciencia de enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Orientación sobre su enfermedad, mediante pláticas de educación a la salud.</li> <li>✓ Asesoramiento sobre dudas.</li> <li>✓ Estimular y potenciar la conciencia sobre la enfermedad.</li> </ul>	La baja conciencia de enfermedad, deriva la escasa motivación al cambio que produce esa “negación” de la realidad, con alteración en la adhesión al tratamiento y con la motivación con el que querer lograr un cambio.
Fomentar la tolerancia a la frustración.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fomentar y aumentar el afrontamiento sobre su imagen corporal.</li> <li>✓ Facilitar y asesorar sobre su duelo.</li> <li>✓ Apoyo emocional.</li> <li>✓ Escucha activa.</li> <li>✓ Potenciar la conciencia de sí mismo.</li> <li>✓ Fomentar actividades de distracción y socialización.</li> </ul>	La frustración es un sentimiento que aparece cuando no se consigue lo que se quiere o cuando suceden situaciones no deseadas.  Según la intensidad del sentimiento y nuestras características personales, podemos reaccionar ante ella con enfado, angustia, ansiedad



<p>Administración de antipsicóticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Risperidona tabletas de 2 mg, 1/2 tableta vía oral cada 24 horas por las noches, por 15 días, posteriormente 1/4 de tableta por las noches sin suspender.</li> <li>✓ Dar seguimiento a la administración del medicamento.</li> <li>✓ Valorar estado de ánimo del paciente.</li> <li>✓ Identificar efectos adversos y respuesta del medicamento.</li> <li>✓ Evaluar estado emocional.</li> </ul>	<p>Es un antipsicótico del tipo de las benzamidas, antagonista de la dopamina y de la serotonina; actúa como antagonista de los receptores serotoninérgicos y dopaminérgicos, funciona cambiando los efectos de los químicos en el cerebro.</p>
<p>Seguimiento y valoraciones continuas del estado emocional y afectivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dar seguimiento a las valoraciones posteriores de psicología y psiquiatría, así como de los estados emocionales del paciente</li> </ul>	
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>		
<p>La familia expresa que el paciente está aparentemente más tranquilo, se observa más cooperador, establece contacto visual, sonríe y acepta que estuvo evasivo y agresivo.</p>		

**Valoración focalizada:**

Alerta, cooperador, palidez de piel y tegumentos (+), MO con deshidratación, adecuado patrón respiratorio, sin datos de afección cardiaca ni pulmonar, ritmo cardiaco sinusal, catéter dos lúmenes MTI, orificio de inserción sin datos de sangrado ni infección; abdomen blando, depresible, sin megalias o tumoraciones, con herida quirúrgica abierta se observan intestinos rosados, con gasto de cavidad entre 750 ml y 900 ml en 24 horas a través de fístulas enteroatmosféricas existentes, color amarillo ámbar de contenido intestinal no purulento aparentemente; sin presencia de eritema ni enrojecimiento, no refiere evacuaciones rectales; genitales sin alteraciones; extremidades superiores e inferiores sin datos de relevancia.

**Datos objetivos:**

Presencia de fiebre nocturna, deshidratación oral.

**Datos subjetivos:**

Sin datos de importancia.

**Datos complementarios:**

Con esta fecha se realizó interconsulta de especialidad a Medicina interna con motivo de reportarse fiebre nocturna; la especialidad reportó que clínicamente el paciente se manifiesta únicamente con sed, no hay datos de respuesta inflamatoria sistémica, afebril las últimas 48 horas, y que al parecer coincide con retiro de angioacceso central, sin datos de insuficiencia ventilatoria, no hay tos, persiste con gasto altos a través de fístula enterocutánea, sin datos irritativos urinarios.

Procaciltonina 02-05-2017: 11.22 ng/ml, VSGT 44 mm/hr, PCR 88.4 mg/L.

02-05-2017: glucosa 119, crea 0.9. EGO no patológico.

01-05-2017: Leucocitos 9 mil, Hb 12.2, Hcto 39.2, plaquetas 180 mil.

Rx tórax: 01-5-2017: sin evidencia de infiltrados.



La especialidad establece como único foco infeccioso evidente al momento, el desarrollo de bacilos Gram negativos en preliminar de hemocultivo central, por lo que el diagnóstico probable de la fiebre puede ser infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central, sin embargo en el sistema no se encontró el reporte de hemocultivo, por lo que el servicio establece el siguiente tratamiento: Cefepime 2g IV cada 8 horas y Linezolid 600mg IV cada 12 horas, hasta tener nuevo cultivo y establecer así antibiograma.

**Fuentes de dificultad:**

- Falta de fuerza.

**Diagnóstico de enfermería:**

Riesgo de infección R/C métodos invasivos.

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO	
Focalizada, relación Céfalocaudal	4 de mayo de 2017			14:00 horas	Hospitalización segundo piso	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA
Peligros		X			Inter dependiente	
<b>DATOS OBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Abdomen abierto, presencia de catéter, colostomía, presencia de fiebre nocturna.</li> </ul>						
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin datos de importancia</li> </ul>						
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>						
<p>La especialidad establece como único foco infeccioso evidente al momento, el desarrollo de bacilos gram negativos en preliminar de hemocultivo central, por lo que el diagnóstico pb de la fiebre puede ser infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central, sin embargo en el sistema no se encontró el reporte de hemocultivo, por lo que el servicio establece el siguiente tratamiento: Cefepime 2g IV cada 8 horas y Linezolid 600mg IV cada 12 horas, hasta tener nuevo cultivo y establecer así antibiograma.</p>						
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>						
Riesgo de infección R/C métodos invasivos.						
<b>OBJETIVO (OS) CENTRADOS EN LA PERSONA</b>						
Evitar la presencia de infección.						



INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Manejo de catéter y herida quirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar los principales factores de riesgo de infección.</li> <li>✓ Vigilar presencia de datos de infección en sitio de inserción del catéter.</li> <li>✓ Manejo de técnicas asépticas.</li> <li>✓ Valorar signos vitales.</li> <li>✓ Valoración de temperatura.</li> </ul>	El uso de medidas como el lavado de manos, uso de barreras máximas estériles y la antisepsia de la piel con clorhexidina, son las principales actividades para prevenir la infección.
Manejo de curaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar curación de catéter y herida quirúrgica PRN.</li> <li>✓ Valorar características de exudado.</li> </ul>	Las medidas de prevención de infección de sitio quirúrgica y catéter, previenen infecciones asociadas a la atención de la salud, en pacientes hospitalizados.
Monitorización de datos de respuesta de infección sistémica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar presencia de hipertermia, taquicardia, escalofríos, etc.</li> <li>✓ Curva térmica.</li> <li>✓ Control térmico PRN.</li> <li>✓ Manejo de técnicas asépticas.</li> <li>✓ Valorar resultados de hemocultivo.</li> </ul>	<p>La infección sistémica se usa para nombrar a las infecciones causadas por microorganismos, en donde el agente causal se disemina a órganos de diferentes aparatos o sistemas.</p> <p>La diseminación parte sobre todo de piel o mucosas donde pasa a circulación y de ahí a órganos pertenecientes a los diferentes aparatos y sistemas.</p>



<p>Monitorización de signos vitales.</p>	<p>✓ Valoración y registro continúa de signos vitales, especialmente FC y temperatura.</p>	<p>Los componentes bacterianos (endotoxinas, fragmentos de la pared celular de los Gram positivos), son capaces de inducir un cuadro clínico de sepsis como resultado de una infección localizada, por lo que la valoración de signos vitales es necesaria para identificar oportunamente el proceso infeccioso.</p>
<p>Control de la temperatura.</p>	<p>✓ Curva térmica. ✓ Control térmico PRN. ✓ Manejo de líquidos parenterales.</p>	<p>La reacción febril regularmente se presenta como resultado de la exposición del organismo a microorganismos infectantes, complejos inmunitarios u otras causas de inflamación; estos agentes inductores estimulan la producción de pirógenos endógenos</p>
<p>Manejo de antibióticos.</p>	<p>✓ Vigilancia estrecha con datos de respuesta inflamatoria sistémica. ✓ Valorar resultados de hemocultivo. ✓ Cefepime 2g IV cada 8 horas.</p>	<p>El cefepima es un antibiótico bactericida, cefalosporina de cuarta generación, el cual inhibe la síntesis de la pared celular bacteriana.</p>

	<p>✓ Linezolid 600mg IV cada 12 horas</p>	<p>Linezolid es un antibiótico del tipo de las Oxazolidinonas, que actúa inhibiendo la síntesis de proteínas.</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>		
<p>La persona no presenta hasta el momento datos de infección, no se ha presentado fiebre nocturna y el hemocultivo fue negativo.</p>		

**Valoración focalizada:**

Alerta, cooperador, palidez de piel y tegumentos (+), MO con deshidratación, adecuado patrón respiratorio, sin datos de afección cardiaca ni pulmonar, ritmo cardiaco sinusal, catéter dos lúmenes MTI, orificio de inserción sin datos de sangrado ni infección; abdomen blando, depresible, sin megalias o tumoraciones, con herida quirúrgica abierta se observan intestinos rosados, con gasto de cavidad de entre 750 ml y 900 ml en 24 horas a través de fístulas enteroatmosféricas existentes, color amarillo ámbar de contenido intestinal no purulento aparentemente; sin presencia de eritema ni enrojecimiento, no refiere evacuaciones rectales; genitales sin alteraciones; extremidades superiores e inferiores sin datos de relevancia.

**Datos objetivos:**

Edema y eritema palpebral.

**Datos subjetivos:**

Sensación de cuerpo extraño en ambos ojos.

**Datos complementarios:**

Con esta fecha se realizó interconsulta de especialidad a Oftalmología con motivo de reportarse con la sensación de cuerpo extraño en ambos ojos y disminución de la agudeza visual. La especialidad reportó:

- AV OD 20/70 (.) 20/40-1 OI 20/40-1 (.) 20/25.
- AO borde palpebral con algunas glándulas ingurgitadas escamas en base de pestañas, conjuntiva hiperémica + TRPL 4 segundos, queratopatía punteada superficial en M VI de ojo izquierdo, pupila reactiva, cristalino transparente, retina aplicada, papila naranja con excedente del 30%, macula con brillo.
- Establece el diagnóstico de blefaritis seborreica.

**Fuentes de dificultad:**

- Falta de fuerza.

**Diagnóstico de enfermería:**

Riesgo de ojo seco R/C con factores ambientales y antecedentes de alergia.



TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO	
Focalizada	8 de mayo de 2017			14:00 horas	Cirugía General	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA
Peligros		X			Inter dependiente	
<b>DATOS OBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Edema y eritema palpebral.</li> </ul>						
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensación de cuerpo extraño en ambos ojos y disminución de la agudeza visual.</li> </ul>						
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>						
La especialidad establece que la función visual está intacta y que el diagnóstico es blefaritis seborreica.						
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>						
Riesgo de ojo seco R/C con factores ambientales y antecedentes de alergia.						
<b>OBJETIVO (OS) DE ENFERMERÍA</b>						
Limitar la lesión palpebral y evitar riesgos.						
INTERVENCIONES	ACCIONES			FUNDAMENTACIÓN		
Integridad palpebral y agudeza visual.	✓ Valorar características de las lesiones palpebrales.			Se valora para determinar las medidas de actuación del personal de enfermería y la		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Orientar sobre el manejo adecuado de la piel palpebral e higiene de esta.</li> <li>✓ Valorar la agudeza visual.</li> <li>✓ Fomentar el cuidado de los ojos.</li> </ul>	orientación necesaria al paciente.
Aseo de pestañas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Uso diarios de pestañas con champú para bebe, una vez al día sin suspender.</li> <li>✓ Orientar sobre la importancia del aseo de los ojos y de las pestañas.</li> <li>✓ Verificar sobre adquisición y uso del producto.</li> <li>✓ Vigilar posibles reacciones adversas.</li> </ul>	El champú para bebé no tiene agentes químicos agresivos para la pestaña, por lo que se usa con seguridad.
Lubricación del ojo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hipromelosa 0.5%, una gota cada 4 horas en ambos ojos sin suspender.</li> <li>✓ Vigilar y verificar el uso del producto.</li> <li>✓ Valorar presencia de posibles reacciones.</li> <li>✓ Orientar sobre la importancia del tratamiento.</li> </ul>	Es un lubricante ocular indicado en la irritación y ojo seco; actúa exclusivamente lubricando el globo ocular.

	✓ Orientar sobre datos de alarma visual.	
Continuar tratamiento para dermatitis seborreica	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verificar seguimiento del tratamiento.</li> <li>✓ Orientar sobre la importancia de ambos tratamientos.</li> </ul>	A fin de complementar tratamientos y evitar recaídas.
Medidas de seguridad.	✓ Orientar sobre uso de dispositivos de seguridad y evitar lesiones en el entorno.	Debido a la sensación ocular y disminución de la agudeza visual, es necesario orientar para evitar riesgos y lesiones.
<b>EVALUACIÓN</b>		
La persona presenta notable mejoría en los párpados, refiere no tener la sensación de cuerpo extraño y haber mejorado su visión.		

**Valoración focalizada:**

Alerta, cooperador, palidez de piel y tegumentos (+++), MO regular hidratación, sin malformaciones en cabeza y cuello, presenta lesiones cutáneas por dermatitis seborreica, adecuado patrón respiratorio, ritmo cardiaco sinusal, catéter de dos lúmenes MTI, orificio de inserción sin datos de sangrado ni infección; abdomen resistente y levemente doloroso a la palpación, con herida quirúrgica abierta se observan intestinos rosados, con leve peristalsis, con gasto de ileostomía de aproximadamente entre 700 y 900 ml en 24 horas, color amarillo ámbar; sin presencia de eritema ni enrojecimiento, refiere leve prurito y ardor; genitales sin alteraciones; extremidades superiores e inferiores sin datos de relevancia.

Continua con NPT para 24 horas, no se encuentra programado para lavado debido a la evolución que ha presentado el estado de las fístulas; la indicación médica es esperar a que sean cubiertas con piel y en el lapso de 6 meses, programar cierre de cavidad.

La persona y la familia no tienen posibilidad de compra y renta de NPT y bomba de infusión, por lo que deberán permanecer en el hospital hasta cierre de cavidad.

**Fuentes de dificultad:**

- Falta de fuerza física.
- Falta de comunicación.



**Identificación de necesidades alteradas y problemas:**

#	Necesidad	Problema encontrado
Necesidad 1	Respirar normalmente.	presencia de leve dolor abdominal
Necesidad 2	Comer y beber de forma adecuada.	Ministración de NPT y desagrado del consumo de pollo.
Necesidad 3	Eliminar los desechos corporales.	Drenaje moderado de fistulas, colostomía.
Necesidad 4	Moverse y mantener una postura adecuada.	Limitación del movimiento por abdomen abierto.
Necesidad 5	Dormir y descansar.	Ansiedad, alteraciones del sueño y descanso.
Necesidad 7	Mantener la temperatura corporal.	Febrícula nocturna ocasional.
Necesidad 8	Mantener la higiene corporal.	Moderado drenaje de cavidad, limitación para la higiene.
Necesidad 9	Evitar los peligros del entorno.	Ambiente hospitalario, abdomen abierto.
Necesidad 10	Comunicarse con los otros.	Estancia hospitalaria larga.
Necesidad 11	Actuar con arreglo a la propia fe.	Desesperanza.
Necesidad 12	Trabajar para sentirse realizado.	Conflicto de estima por su estado de salud y pérdida del trabajo.
Necesidad 14	Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.	No comprende aún la evolución de la patología.



TIPO DE VALORACIÓN	FECHA			HORA	SERVICIO	
Focalizada, relación Céfalocaudal	2 de junio de 2017			14:00 horas	Cirugía General	
NECESIDAD ALTERADA	FUENTE DE DIFICULTAD	FF	FC	FV	CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE DEPENDENCIA
Comunicación		X			Inter dependiente	
<b>DATOS OBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se observa agresivo, intolerante, poco cooperador</li> </ul>						
<b>DATOS SUBJETIVOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se muestra evasivo, poco cooperador, evade la mirada.</li> </ul>						
<b>DATOS COMPLEMENTARIOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>La madre refiere que ha estado intolerante al medio, que está ejerciendo presión para solicitar la bomba de infusión y NPT.</li> </ul>						
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>						
Ansiedad <b>R/C</b> estado de salud <b>M/P</b> inquietud, agresividad, intolerancia.						
<b>OBJETIVO (OS) DE ENFERMERÍA</b>						
Favorecer y mejorar la tolerancia al medio.						
<b>RESULTADO ESPERADO</b>						
Tolerancia al medio.						



INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Manejo del estrés.</p> <p>Ayuda a la tolerancia.</p> <p>Identificar estresores.</p> <p>Monitorización de signos vitales.</p> <p>Explicar proceso de enfermedad y hospitalización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cambios posturales.</li> <li>✓ Terapia de relajación.</li> <li>✓ Disminución de la ansiedad.</li> <li>✓ Ejercicios respiratorios.</li> <li>✓ Fomentar la comunicación asertiva.</li> <li>✓ Manejo del estrés.</li> <li>✓ Manejo de la medicación.</li> <li>✓ Vigilancia estrecha de la conducta.</li> <li>✓ Posición semifowler.</li> </ul>	<p>La orientación de los procesos vividos y el entorno, favorece en la persona la apropiación de la información, así como la comprensión de las vivencias, esto a través de mecanismos de asimilación de la información.</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>		
<p>La persona no presenta alteraciones de la conducta, su ánimo es fluctuante, y parece resignado a la espera de cierre de cavidad, planeada en diciembre del año en curso.</p>		



Las últimas visitas se realizaron el 19 y 30 de junio, donde se realizó entrevista y exploración física, a fin de identificar el estado general del paciente; se mostró animado de la cirugía de cierre de pared, aunque triste por tener que esperar seis meses para ello.

- De julio a diciembre se estableció comunicación vía telefónica con la persona, la madre y la hermana, quienes estuvieron informando del estado del paciente.
- La persona y las cuidadoras primarias, avisaron de la cirugía a realizar de Cierre de pared, para el 17 de noviembre de 2017; se pudo obtener solo la valoración preanestésica, algunas fotografías del transoperatorio y las indicaciones postoperatorias. No fue posible conseguir la técnica quirúrgica.
- El paciente egresó en UCIA y se mantuvo contacto con las cuidadoras primarias.
- Finalmente el deceso de la persona ocurre el 10 de diciembre de 2017.
- **No se le da seguimiento al expediente clínico, debido a que se consideró caso médico legal.**

## VIII. PLAN DE ALTA.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** JMVC

**EDAD:** 28 años.

**SEXO:** Masculino.

**FECHA DE INGRESO:** 2 de noviembre de 2017.

**FECHA DE EGRESO:** continuo internado al día 30 de junio, última visita realizada.

### **Orientación al familiar.**

Se realizó la orientación a la persona y cuidadoras principales, sobre la vigilancia de la presencia de datos de alarma, llevar un control estricto de la alimentación de acuerdo a indicaciones de Dietología que le proporcionaron durante el servicio, proporcionar los cuidados a la herida quirúrgica con base a la información otorgada, manejo general de dispositivos de tratamiento, identificación de cambios de la conducta, etc.



### **Orientación dietética.**

Se orientó sobre la importancia de ayuno, el régimen estricto de alimentación establecido por el servicio tratante y el servicio de Nutrición y Dietética, sobre los alimentos permitidos, restringidos, libres y prohibidos, así como el tipo y cantidad de líquidos a ingerir, cuando así estuvo indicado..



### **Medicamentos indicados.**

Se orientó sobre la importancia y generalidades del tratamiento farmacológico que se estableció durante su estancia hospitalaria, adherencia al tratamiento y posibles reacciones adversas de los mismos.



### **Datos de alarma.**

Se informó sobre los datos de alarma que pudiera presentar y la importancia de comunicar de manera inmediata sobre su aparición: dolor intenso en la herida, apertura de la misma, coloración negra o morada de la piel alrededor de la herida, dolor insoportable, salida de pus, sangre o moco, etc.



### **Cuidados especiales en el hogar.**

Dependiendo del diagnóstico que el médico le dé al egreso, serán los cuidados específicos que tendrá que llevar; lo importante es recordar que toda herida debe mantenerse limpia y seca, a fin de evitar infecciones; esta información se generó ante una posible alta a domicilio.



### **Fecha de su próxima cita.**

Dependerá de su estado de salud y de la agenda del médico tratante, pero debe recordar la fecha y acudir puntualmente; esta información se generó ante una posible alta a domicilio.



### **Observaciones.**

Se proporcionó al paciente y familiar pláticas de educación para la salud, de acuerdo a necesidades específicas de los mismos, utilizando trípticos y folletería específica al tema.



## **IX. CONCLUSIONES.**

El estado que tuvo la persona, mostró el avance que había tenido a lo largo de los 7 meses de estancia hospitalaria, había reflejado el cuidado otorgado por el equipo de salud, pero sobre todo el interés que la persona había puesto en su lenta recuperación; ya que se requiere de voluntad y disponibilidad, para que pese a un medio hospitalario, no aparezcan infecciones, que en su caso, son blanco fácil dada su cavidad abierta; fue necesario que el paciente recibiera atención psicológica, ya que su proceso de duelo aún no estaba resuelto, y más aún porque aunado a su proceso quirúrgico, él estuvo inmerso en otras pérdidas como las laborales, familiares, sentimentales, etc.

La recuperación fue lenta, tuvo complicaciones y alteraciones en todos los aspectos biopsicosociales, se requirió capacitar a la persona y sus cuidadores en todos y cada uno de los aspectos que involucra su recuperación, y para ello, la disciplina de enfermería fue la opción; esto, a fin de que la persona haya tenido herramientas que le sirvieron no solo para el cuidado, sino para la prevención y la identificación oportuna de riesgos.

Pese a lo anterior, se tenía la posibilidad de complicaciones que llevaran al paciente al deceso, el cual fue inevitable ante el deterioro que posterior a la cirugía, se evidenció en la persona, y a la propia patología de base.



## **X. SUGERENCIAS.**

Durante la comunicación directa e indirecta con la persona y cuidadoras, se sugiere lo siguiente:

### Hospital.

- ✓ Promover la existencia de la ludoteca hospitalaria o sala de lectura, para incentivar a las personas con estancias hospitalaria prolongadas a las actividades recreativas y la distracción.
- ✓ Promover la creación de grupos de apoyo para actividades recreativas en el servicio, a fin de contar con un servicio que promueva la integración social intra hospitalaria.
- ✓ Promover la creación de grupos de Damas Voluntarias, para la realización de labor social, comunicación e incentivación programada.

### Cuidadoras primarias.

- ✓ Asistir a terapias de apoyo psicológico y manejo de duelo, para aprender a afrontar y superar la pérdida de su familiar, así como aprender el mejor proceso de adaptación ante la muerte.
- ✓ En su momento, se les sugirió participar activamente en los cuidados otorgados al paciente, para garantizar su adecuada implementación, dada la estancia hospitalaria larga.
- ✓ Establecer redes de apoyo familiares, para el cuidado y acompañamiento de la persona y así evitar el desgaste físico.

### Estudiante de posgrado.

- ✓ Establecer un programa de capacitación y educación para la salud, sobre aspectos relevantes de su cuidado, tanto al paciente como al familiar, para llevar un control de información y cuidados.
- ✓ Contribuir activamente a través de pláticas, el manejo de manera general de sus emociones.

- ✓ Capacitación continua sobre Manejo de crisis y duelo, así como en manualidades, para fortalecer el apoyo a la persona y sus cuidadoras primarias.
- ✓ Difundir el Estudio de caso, a fin de contribuir y fortalecer la disciplina.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Pocock G, Richards ChD. Fisiología Humana. 2ª ed. Barcelona: Editorial Masson; 2005. p. 431.
2. Thibodeau GA, Patton KT. Anatomía y Fisiología. 2ª. ed. Madrid; Editorial Mosby-Doyma Libros; 1995. p. 639.
3. Del Amo, M. E. Atención de enfermería en el paciente quirúrgico. (En línea), 2015. Disponible en: [https://www.repositoriosalud.es/xmlui/bitstream/handle/10668/1713/PAI\\_PacienteQuirurgico\\_2014.pdf?sequence=1](https://www.repositoriosalud.es/xmlui/bitstream/handle/10668/1713/PAI_PacienteQuirurgico_2014.pdf?sequence=1). Consultado 6 de Marzo, 2018.
4. Vásquez. M. Cuidados de enfermería en laparotomía contenida. (En línea), 2009. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/enfquirurgicaacs/003/419>. Consultado 12 de Marzo, 2018.
5. Castro, B. R. Experiencia en el cuidado de enfermería: herida de abdomen abierto en el adulto. (En línea), 2011. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/download/35826/36566>. Consultado 18 de Marzo, 2018.
6. Flores, M. I. “Intervenciones de enfermería en el manejo avanzado de heridas a través de terapia asistida por vacío. (En línea), 2008. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/download/35826/36566>. Consultado 18 de marzo, 2018.
7. Tobo, V. N. “La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril (En línea), 2013. Disponible en: [www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a15.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a15.pdf). Consultado 6 de Marzo, 2018.

8. Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal. “Manual clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas”. (En línea), 2016. Disponible en: [http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Manual\\_Clinico\\_Heridas.pdf](http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Manual_Clinico_Heridas.pdf). Consultado 4 de diciembre, 2016.
9. Plan de Vigilancia y Control Infección Nosocomial Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública, en su apartado. “Aislamiento protector en pacientes inmunodeprimidos”. (En línea), 2010. Disponible en: [http://hvn.es/servicios\\_asistenciales/ugc\\_medicina.../aislamiento\\_protector.pdf](http://hvn.es/servicios_asistenciales/ugc_medicina.../aislamiento_protector.pdf). Consultado 31 de julio, 2017.
10. Criollo, LI. C. “Estrategia de intervención para el mejoramiento de la calidad de atención de enfermería en pacientes sometidos a limpieza quirúrgica en el hospital San Francisco de Quito, enero - marzo 2015”. (En línea), 2017. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/6002>. Consultado 18 de Marzo. 2018.
11. Guía de Práctica Clínica de la Asociación Mexicana de Cirugía General (En línea), 2014. Disponible en: [http://amcg.org.mx/images/guiasclinicas/abdomen\\_hostil.pdf](http://amcg.org.mx/images/guiasclinicas/abdomen_hostil.pdf). Consultado Noviembre 15, 2016
12. Utilidad de la ferulización intestinal por abdomen hostile secundario a bridas postoperatorias en pacientes pediátricos. Depto. de Cirugía General, del Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Secretaría de Salud. (En línea), 2016. Disponible en: [http://www.anmm.org.mx/GMM/2016/s2/GMM\\_152\\_2016\\_S2\\_47-56.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2016/s2/GMM_152_2016_S2_47-56.pdf). Consultado 15 de Noviembre, 2016.
13. Arenas M, H. Manejo del abdomen abierto. Los mejores resultados. (En línea), 2010. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cge101o.pdf>. Consultado 15 de Noviembre, 2015.

14. The hostile abdomen – a systematic approach to a complex problem. Revista Escandinava de Cirugía. (En línea), 2014. Disponible en: <http://sjs.sagepub.com/content/97/3/218.full.pdf>. Consultado 16 de Noviembre, 2016.
15. Martínez o, JL. Fístulas enteroatmosféricas posteriores a catástrofe abdominal. Manejo quirúrgico agresivo. (En línea), 2013. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2013/cgs131z1.pdf>. Consultado 16 Noviembre, 2016.
16. Tavares D, LA. Abdomen abierto. Evolución en su manejo. (En línea), 2008. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2008/cc082n.pdf>. Consultado 16 de noviembre. 2016.
17. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Subgerencia de Prestaciones en Salud. Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia (GPC-BE) GPC-BE 49 “Manejo de las Fístulas Enterocutáneas”. Edición 2013; págs. 188. IGSS, Guatemala.
18. Galindo, F. Adherencias peritoneales. (En línea), 2015. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/dochentaydos.pdf>. Consultado 18 de Noviembre, 2016.
19. De la fuente L, M y cols. Cierre temporal de la pared abdominal con polietileno. (En línea), 2002. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2002/cc023f.pdf>. Consultado 18 de Noviembre, 2016.
20. Carnicer, E. El cierre temporal de la cavidad abdominal: una revisión. (En línea), 2015. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255267715000195>. Consultado 18 de Noviembre, 2016.
21. Oswaldo A, B. Abdomen Abierto: Utilización del Polivinilo. (En línea), 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v23n4/v23n4a4.pdf>. Consultado 2 de febrero, 2018.

22. Miguel Ángel Rivera Pérez y cols. “Manejo de estomas complicados y/o abdomen hostil con la técnica de condón de Rivera. Diez años de experiencia”. (En línea), 2017. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2017/cg172d.pdf>. Consultado 2 de febrero, 2018.
23. Gabriel M, R. “Bolsa de Bogotá resistente en abdomen abierto”. (En línea), 2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v34n1/v34n1a8.pdf>. Consultado 2 de febrero, 2018.
24. Mayra V, M. y cols., “Nuevos enfoques en el tratamiento de las fístulas entero cutáneas”. (En línea), 2012. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2012/ccm121m.pdf>. Consultado 2 de febrero, 2018.
25. José Luis M, Ordaz. “Fístulas entero cutáneas postoperatorias. (En línea), 2013. <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm032g.pdf>. Consultado 2 de febrero, 2018.
26. OMS. Concepto de enfermería. (En línea), 2016. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es> Consultado 20 de Noviembre, 2016.
27. CIE. Concepto de enfermería. [En línea), 2016. Disponible en: [http://www.icn.ch/about\\_icn/code-of-ethics-for-nurses](http://www.icn.ch/about_icn/code-of-ethics-for-nurses). Consultado 20 de Noviembre, 2016.
28. NOM 019. [en línea]. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms\\_cpe/index.php?Id\\_URL=400desplieque&anio=2013&Id\\_Nota=234](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?Id_URL=400desplieque&anio=2013&Id_Nota=234). Consultado 20 de Noviembre, 2016.
29. Kozier, B. y cols. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. Madrid, Editorial McGraw Hill; 2005 pp. 86-114.
30. Smeltzer, S.C. Brunner y Suddarth Enfermería médico quirúrgica. 12ª. Ed. Editorial Lippincott; p. 5.

31. Daza, de C. R. “Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción, Participación y Afecto. [en línea], Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000100004&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000100004&script=sci_arttext&lng=en). Consultado 20 de Marzo, 2018.
32. Estefo, A. S. “Enfermería en el rol de cuidadora de los cuidados”. (En línea), 2010. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300005&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300005&script=sci_arttext). Consultado 20 de Marzo, 2018.
33. Cano-Caballero, G. M. “Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio”. (En línea), 2004. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000200007&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000200007&script=sci_arttext&lng=pt). Consultado 20 de Marzo, 2018.
34. Carlos A. León Román, en su artículo “Cuidarse para no morir cuidando” (En línea), 2007. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v23n1/enf06107.pdf>. Consultado 20 de Marzo, 2018.
35. Hernández, C. A. “La Enfermería como disciplina profesional holística”. (En línea), 2004. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000200007#cargo](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007#cargo). Consultado 20 de Marzo, 2018.
36. Durán de Villalobos, Ma. Mercedes. (1998) “Disciplina de Enfermería”. En: Bases teóricas para el cuidado especializado. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Edit, UNAM, 2ª. Edición, México, 2008, p. 36.
37. Wesley R. L. teorías y modelos de enfermería. 2ª. Ed. Editorial Interamericana; 1997. p. 2.
38. Leal C. C. Fundamentos de enfermería. Cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona. Editorial DM Librero editor; 2010. p.523.
39. Op.Cit. p. 2



40. Op.Cit. Pp. 81-86.
41. Op.Cit. Pp. 24-27.
42. Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería, España, 5ª. ed, Elsevier Science, 2003, Pp. 98-107.
43. Fernández, F. C. (1993) “Valoración de las 14 necesidades básicas”. En: Bases teóricas para el cuidado especializado. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Edit, UNAM, 2ª. Edición, México, 2008, Pp. 211-215.
44. Op. Cit. Pp. 216-233.
45. Leddy, S, Pepper JM. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Filadelfia: Editorial Lippincott Company; 1985: pp. 89-90.
46. NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. España, Editorial Elsevier, pp. 21-27.
47. Alfaro, R. El proceso de enfermería. Aplicación del proceso de enfermería. 5ª edición, Editorial Masson; 2008. pp. 5-24.
48. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 7, 1966.
49. Declaración de Helsinki (En línea). 19936. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>. Consultado 1 de Diciembre, 2016.
50. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (En línea). 2002. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>. Consultado 1 de Diciembre. 2016.
51. Código de ética para enfermeros y enfermeras en México. (En línea). 2002. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud>. Consultado 1 de Diciembre de 2016.
52. Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. (En línea). Disponible en:

[http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf).

Consultado 1 de Diciembre de 2016.

53. Código de conducta de la Secretaría de salud. (En línea). Disponible en:  
[http://www.comeri.salud.gob.mx/descargas/Vigente/2016/Codigo\\_Conducta.pdf](http://www.comeri.salud.gob.mx/descargas/Vigente/2016/Codigo_Conducta.pdf). Consultado 1 de Diciembre de 2016.

54. Código de conducta para el personal de salud. (En línea). 2002. Disponible en:

[http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/bioetica/codigo\\_conducta.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/bioetica/codigo_conducta.html). Consultado 1 de Diciembre de 2016.

55. NANDA internacional, Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. España, Editorial Elsevier, Pág. 483.



## ANEXOS.

### 1.- FORMATO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

#### 1. Datos generales.

**Nombre:** JMVC    **Edad:** 27    **Sexo:** masculino    **Estado civil:** soltero    **Escolaridad:** bachillerato concluido.    **Ocupación:** empleado en una tienda departamental.

**Domicilio:** -----    **Teléfono:** 5546559719    **Motivo de ingreso:** dolor abdominal.

**Tiempo que tiene con el padecimiento:** 6 días al momento de la elaboración de la historia clínica.

¿Toma algún medicamento? Sí ( ) NO (x) Especificar: ----

#### 2. Oxigenación.

**Estilo de vida:** Sedentaria:                      Activa: x

¿Tiene algún problema con su respiración? Sí ( ) NO (x) ¿Cuál?

¿Tose frecuentemente?

Rara vez (no todos los días) ( )    Con frecuencia (1 a 4 veces al día) ( )

Siempre (más de 4 veces al día) ( )                      Ninguna (x)

¿Hay secreciones al toser? Sí ( )                      NO (x) Descríbalo:

**Al realizar alguna actividad cotidiana, ¿Se fatiga?**

Subir escaleras ( )                      Al caminar ( )                      Al comer ( ) Otros ( )

Especificar: en ninguna actividad

¿Cuántos cigarrillos fuma al día? ninguno                      ¿Desde cuándo?

¿Qué hace cuando tiene algún problema respiratorio? Taparse.

**Observaciones de enfermería:** no se encuentra ningún dato relevante.

**Frecuencia respiratoria:** 24 por minuto.

**Patrón respiratorio:** regular:  irregular:  profundidad: superficial

**Coloración de extremidades y peri bucales:** palidez (++)

**¿Utiliza actualmente algún dispositivo de ayuda respiratoria?** Puntas nasales y/o humidificador.

### 3. Nutrición e hidratación

**Peso:** 78 kg. **Talla:** 165 cms. **¿Ha perdido o ganado peso?** Sí (x) NO ( )

**¿Cuánto?** No se ha pesado. **¿Desde cuándo?** 1º de noviembre

**Se alimenta** ¿solo?  ¿Con ayuda?

**Horario y número de comidas habituales:** 3 al día, 09:00, 16:00, 20:00 horas.

**Cantidad de líquidos que ingiere por día:** 2 litros.

Menos de 500 ml ( ) 500 a 1000 ml ( ) Más de 1000 ml (x)

**Líquidos que acostumbra tomar:**

Agua: x Cantidad: 1 litro Té: x Cantidad: 1 taza

Refresco: ---- Cantidad: Café: ---- Cantidad:

Jugos: --- Cantidad:

**Alimentos y líquidos que originan:**

**Preferencia:** milanesa de res, jugo y agua.

**Desagrado:** calabazas, y café.

**Observaciones de enfermería:** Aparentemente sin datos de relevancia, a excepción de excedente de peso, por 8 kg aproximadamente.

**Presencia de:** Anorexia ( ) Náuseas ( ) Vómito ( )

**Indigestión:** Hiperacidez ( ) Ninguna (x )

**Mucosas orales:** Secas (x) Hidratadas ( )

**Estado de la piel:** Hidratada ( ) Deshidratada (x)

**Tiene dificultad para:** Masticar ( ) Deglutir ( ) Hablar ( )

**Existe:** Caries ( ) Prótesis ( ) Sensibilidad a calor o frío ( )  
Edema ( ) Hemorragia gingival ( )

#### 4. Eliminación.

**Frecuencia y cantidad en 24 horas:** Heces 3 Orina: de 5 a 6

**Color y consistencia:** Heces: café claro Orina: amarilla

**Ardor o dolor al orinar:** no

**¿Presenta algún problema al evacuar?** Sí ( ) NO (x) ¿Cuál?

Estreñimiento: Diarrea: Hemorroides:

**¿Utiliza alguna ayuda cuando está estreñido?**

Líquidos: x Alimentos: x Fármacos: Enemas:

Intestino: Dolor: Flatulencia: Heridas: Estoma:

**Observaciones de enfermería:** No presenta antecedentes de alteraciones en la eliminación para su padecimiento actual.

#### **Abdomen:**

Presenta herida línea media abierta con bolsa de Bogotá fija, durante los primeros días; intestinos pálidos, con disminución del peristaltismo, abundante fluido de cavidad, penrose 1/2" lado izquierdo con moderado gasto, fétido; actualmente con presencia de sistema AB Thera.

#### 5. Moverse y mantener buena postura.

**¿Realiza alguna actividad física?** Sí (x) NO ( ) ¿Cuál?

¿Camina? x Tiempo: 2 horas ¿Corre? Tiempo:

**¿Sabe la importancia de realizar actividades físicas?** si

**¿Tiene limitaciones para su actividad y reposo?** Sí ( ) NO (x)

¿Cuáles?



**Existe:** Dolor muscular

Inflamación articular:

Utilización de aparatos:

Defectos óseos:

Fuerza y presión:

**Observaciones de enfermería:** Sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, actualmente esta necesidad está alterada por la presencia de la herida, la astenia y la adinamia de la persona, aun cuando no presenta dolor franco de manera permanente, solo a la movilización.

## 6. Descanso y sueño.

¿Cuánto tiempo descansa al día? no

Menos de 30 min ( )

De 30 min a 1 hr ( ) Más de 1 hr ( )

**Tipo de sueño:**

Fisiológico (x)

Inducido ( )

Insomnio ( )

**Número de horas de sueño:**

Menos de 5 horas ( )  
(x)

De 5 a 7 horas ( )

Más de 7 horas

**Observaciones de enfermería:** la persona no tiene un patrón de descanso en el día, sin embargo duerme las horas recomendadas para el descanso, actualmente no presenta alteraciones del sueño, aunque si para el descanso debido a su padecimiento actual.

**Pulso:** 92 por minuto

**Ritmo:** regular

**Latido cardíaco:** sinusal.

## 7. Uso de prendas de vestir adecuadas.

**Hábitos higiénicos en el vestir:**

**Cambio de ropa interior:** Sí (x)

NO ( ) Frecuencia: diario

**Cambio de ropa exterior:** Sí (x)

NO ( ) Frecuencia: diario

**Necesita ayuda para vestirse / desvestirse:** no

### 8. Termorregulación.

Se protege de los cambios bruscos de temperatura: Sí (x) NO ( )

¿Cómo? Uso de ropa, evita exponerse a cambios bruscos de temperatura, etc.

Temperatura corporal: durante el día normotérmico, con febrícula nocturna...

¿Control de temperatura? Sí ( ) NO ( x) Medios:

**Observaciones de enfermería:** sin alteraciones en el vestido ni la termorregulación antes del ingreso de la persona, actualmente viste ropa hospitalaria, lo cual no le representa problema; su termorregulación se ve afectada durante la noche, lo cual se debe al proceso infeccioso que presenta.

### 9. Higiene y protección de la piel.

**Aseo de:**

**Manos:** si Frecuencia: PRN Baño: si Frecuencia: diario

**Dientes:** si Frecuencia: 2 veces al día

¿Usa algún producto específico para el cuidado de la piel? Sí ( ) NO (x)

Especificar:

**Piel:**

Características	Observaciones:	Región:
Pigmentación	no	
Temperatura	normotermia	
Textura	normal	
Turgencia	si	
Lesiones	eritema	Alrededor de la herida
Contusiones	no	
Cicatrices	no	
Masas	no	
Prurito	si	Alrededor de la herida
Hemorragias	no	
Edema		

**Observaciones de enfermería:** sin antecedentes de importancia, al momento de la valoración, el usuario presentaba eritema y rozadura alrededor de la herida, con énfasis en la región supra púbica y región inguinal bilateral, debido al gasto por la propia herida y que la bolsa de Bogotá no contenía, refiere dolor, ardor y prurito.

## 10. Evitar peligros.

¿Tiene alguna adicción? No

Droga: Alcohol: Tabaco: Otra:

Frecuencia con la que acude al: Médico: PRN Dentista: PRN

**Medidas que realizan para prevenir enfermedades:** cuidarse en la medida de lo posible.

**Características de la vivienda que sean factores de riesgo para la salud (humedad, hacinamiento, promiscuidad, fauna nociva, pisos, escaleras, aislamientos, etc.).**

Características de la habitación.

**Construcción:** tabique, lámina de fierro, piso de cemento, una sola habitación que funciona para todo lo necesario.

**Iluminación:** si

**Ventilación:** si

**Eliminación:** (cuenta o no con un baño para llevar a cabo sus necesidades fisiológicas de eliminación). Si

**Servicios intradomiciliarios:** (teléfono, luz, agua y drenaje) si

**Flora:** (plantas y árboles frutales) solo plantas.

**Fauna:** (Perros, gatos, aves) un pato

**Número de habitaciones y su uso:** 1 habitación general y 1 baño.

**Servicios públicos:** (luz, drenaje, agua potable, teléfono, transporte público colectivo y taxis). Todos.

**Observaciones de enfermería:** la persona no tiene un patrón de autocuidado establecido debido a la falta de recursos económicos; con respecto a la vivienda vive en hacinamiento, materiales de construcción que propician alteraciones de tipo respiratorio, aun cuando cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios.

### **11. Necesidad de comunicarse.**

**¿Considera importante pertenecer a algún grupo sociocultural?** No

¿Por qué? Tiene buena comunicación con su familia.

**¿Con quién vive?** Padres, su hermana y la familia de esta.

**¿Tiene problemas en la relación con algún miembro de la familia?** No

¿Con quién? ---

**Limitaciones físicas que interfieren en la comunicación:** no

**Observaciones de enfermería:** se ha observado durante su estancia, integración familiar y redes de apoyo de sus padres y hermana, aparentemente con una buena relación y comunicación.

### **12. Vivir según las creencias y valores.**

**Frecuencia de algún servicio religioso:** asiste a misa cada domingo.

**¿En qué medida sus valores se han alterado por su situación de salud?** No se han alterado, sigue con sus creencias, principios y valores.

**Observaciones de enfermería:** es católico, se le ha observado momentos de silencio, no reniega de su estado, no tiene culpas.

### **13. Necesidad de trabajar y realizarse.**

**Historia laboral:** empleado en tienda departamental.

**Tipo de trabajo actual:** renuncia por estado actual. Duración:

**¿Qué tipo de problemas le ha traído la enfermedad?**

Psicológicos (x) Económico (x) Laboral (x) Otros:

**¿Qué opina de su enfermedad?** No comprende sobre la complicación.

**¿Considera que pueda lograr el control de su enfermedad?** No, ya que sabe que no depende de él, tiene fe y confianza de su evolución.



¿Está consciente de los cuidados que debe observar en su padecimiento? Sí (  )  
NO (  ) ¿Por qué?

#### 14. Participación en actividades recreativas.

¿Realiza alguna actividad recreativa?

Sí (  ) NO (  ) ¿Cuál? ¿Por qué?

¿Cuándo participó por última vez en actividades de este tipo? No recuerda

¿La distribución de tiempo es equilibrada entre trabajo y distracción?

Sí (  ) NO (  ) ¿Por qué? Trata de asistir al cine.

**Observaciones de enfermería:** la persona lamenta sus complicaciones, le aflige tener que renunciar a su trabajo, aunque tiene la seguridad de retomarlo cuando sea posible; para él es importante ayudar con el gasto familiar, sobre todo porque su papá al parecer también ya perdió el trabajo, le preocupa la cuanta hospitalaria pero está confiado en un buen pronóstico.

#### 15. Necesidades de aprendizaje.

**Conocimiento sobre:** Sistema VAC y AB Thera.

**Sí mismo** (físicamente): Cuidados de la herida al egreso.

**Necesidades básicas:** Eliminación ante la posibilidad de colostomía.

**Su tratamiento:** Alimentación principalmente.

**Autocuidado:** lo anterior.

¿Desearía incrementar sus conocimientos sobre su estado de salud / enfermedad actual?

Sí (  ) NO (  )

¿Por qué? Para saber cómo cuidarse y evitar complicaciones.

**Observaciones de enfermería:** La persona tiene gran disposición por aprender sobre su tratamiento y autocuidado, ha manifestado sus necesidades de información.

**16. Sexualidad y reproducción.**

¿Demuestra comodidad con su propia identidad sexual? Sí (x) NO ( )

¿Por qué? Está identificado con su género.

**Presencia de enfermedades que dificultan la función sexual y reproductiva:** no

Genitales:

Erupción:

Irritación:

Lesiones:

Secreciones:

**Observaciones de enfermería:** sin datos de importancia.



## 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
PLAN UNICO DE ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA  
ENFERMERIA PERIOPERATORIA  
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE Y/O FAMILIAR Valdez Cruz Jose Miguel  
PARENTESCO LEGAL \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Con base a lo explicado y sin tener alguna duda, autorizo a la estudiante de la Especialidad en Enfermería Perioperatoria, a utilizar mis datos del expediente clínico, así como a obtener información directa de mi estado de salud mediante entrevista para ser utilizada en la elaboración de un Estudio de caso de mi padecimiento, sin que ello represente ningún riesgo para mi persona y mi familia.

Lo anterior, con el objeto de que mi caso sea presentado con fines educativos y confidencialmente:

- Tengo derecho a retirarme en el momento que así lo desee.
- Tengo derecho a no contestar las preguntas que no desee.
- Tengo derecho a que se me informe y resuelvan dudas.

Nombre y firma del Consentimiento Informado:

Jose Miguel Valdez Cruz Jose Miguel

### 3. FOTOGRAFÍAS.



24 de enero 2017



26 de enero 2017

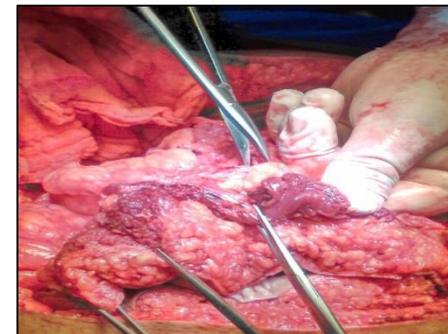
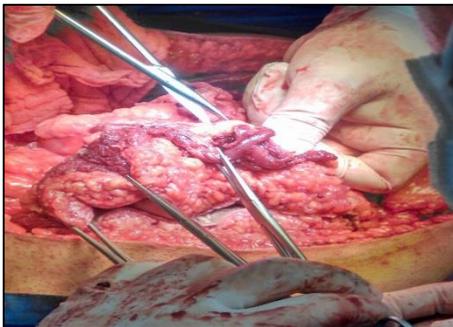




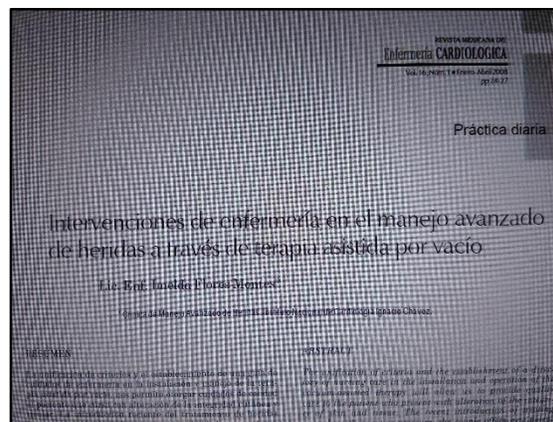
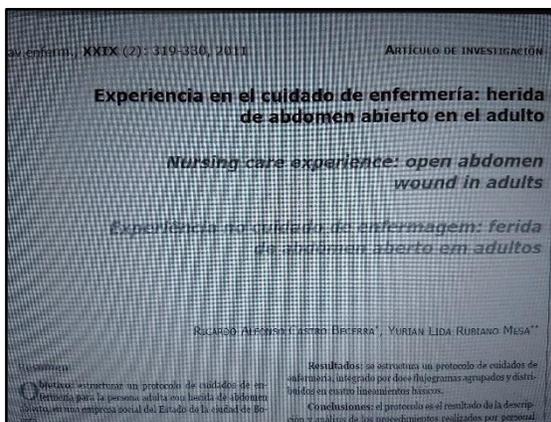
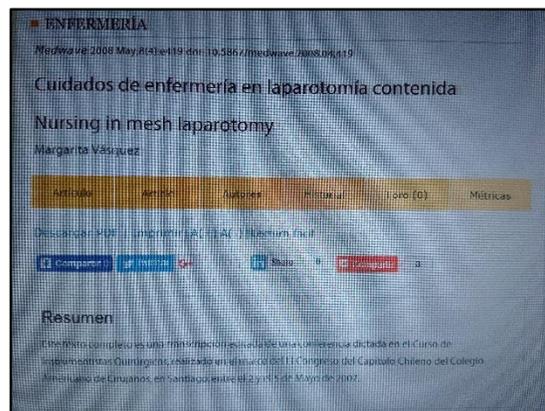
09 de junio de 2017

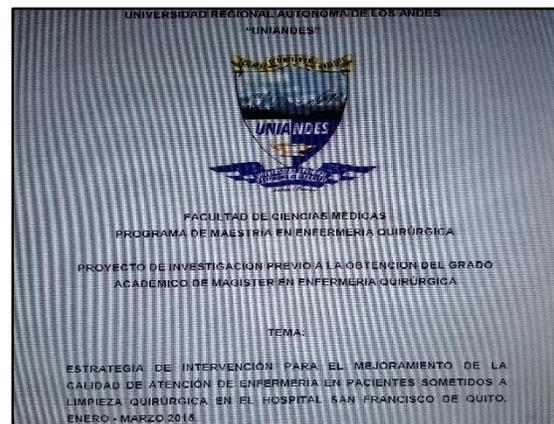
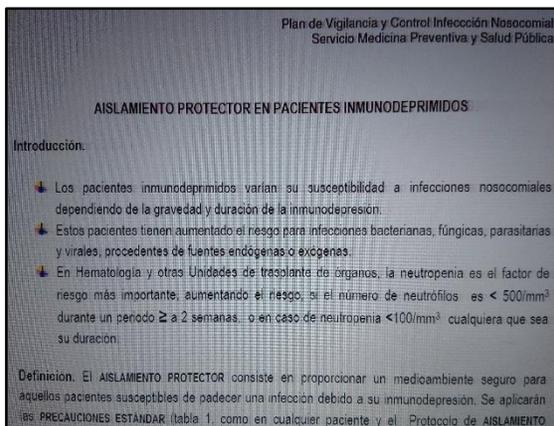
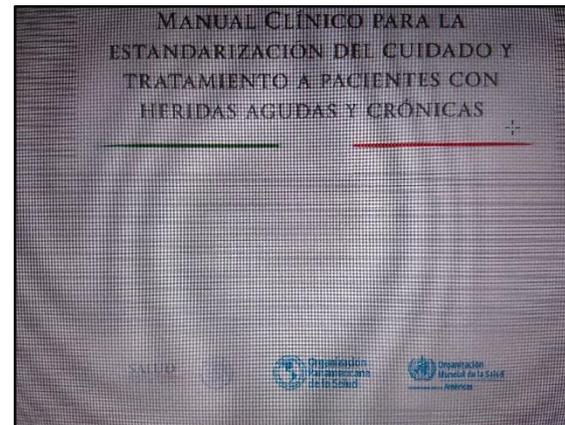
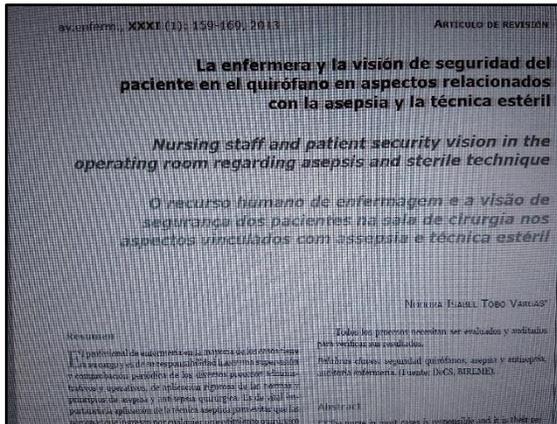


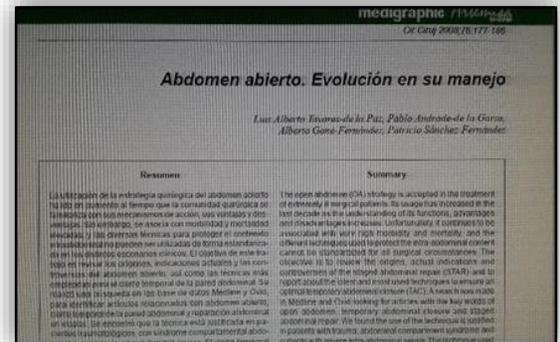
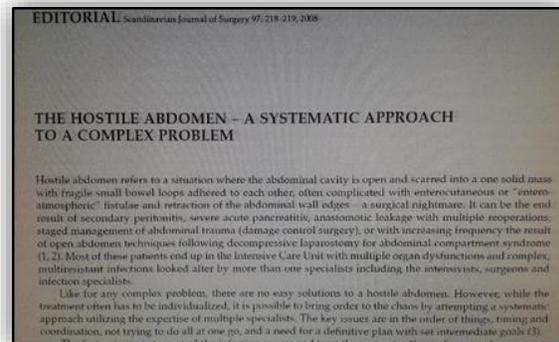
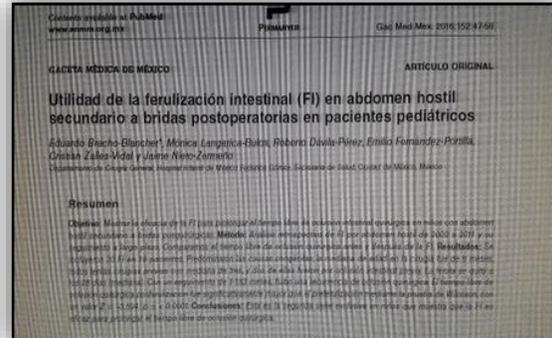
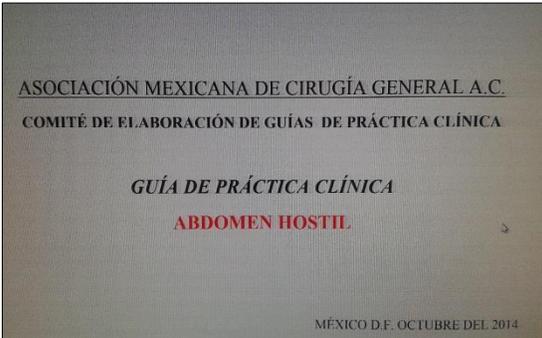
17  
noviembre  
de 2017

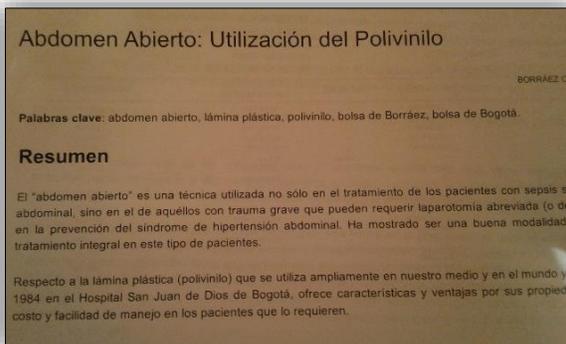
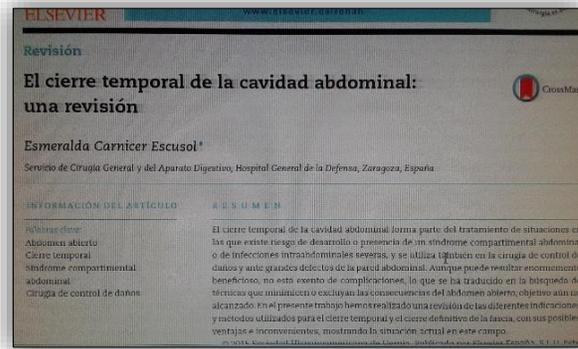
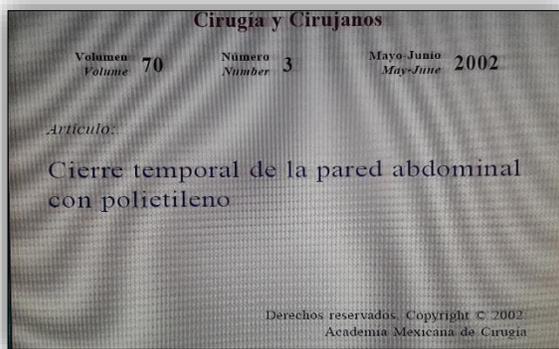
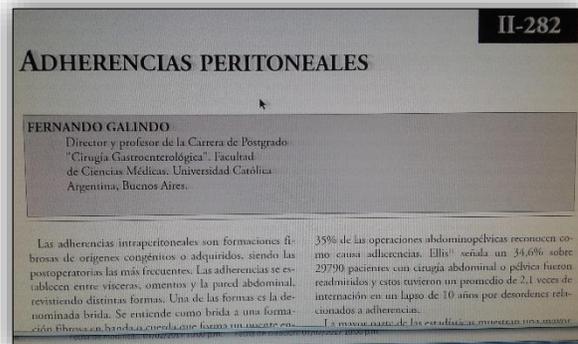
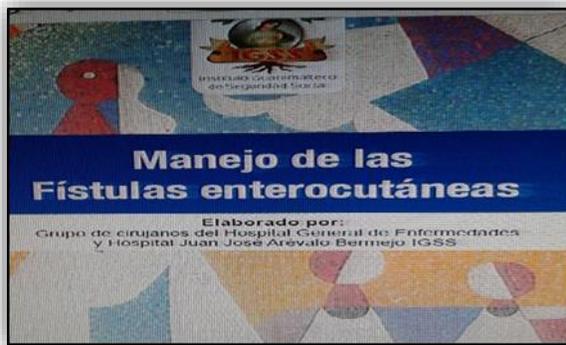


#### 4. PORTADAS DE ARTÍCULOS.









**Cirujano general**  
versión impresa ISSN 1405-0099  
Cir. gen vol.34 no.1 México ene./mar. 2012

Artículo de investigación

**Bolsa de Bogotá resistente en abdomen abierto**

**Bogota bag, resistant in open abdomen**

Gabriel Mejía Rendón, Sonia Diana Mejía Pérez

Servicio de Cirugía General, Hospital General de Zona 53, Instituto Mexicano del Seguro Social, Los Reyes, La Paz, Edo. de México.

Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin

**Nuevos enfoques en el tratamiento de las fistulas enterocutáneas**

**New Approaches in Treatment of Enterocutaneous Fistulae**

Mayra Vincench Medina<sup>1</sup>, Annarelis Perez Pupo<sup>2</sup>, Alina Isabel Morales Ochoa<sup>3</sup>

- 1 Especialista de Primer Grado en Cirugía General, Asistente, Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin, Holguín.
- 2 Licenciada en Gestión de la Información en Salud, Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin, Holguín.
- 3 Licenciada en Enfermería, Instructor, Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin, Holguín.

**Fistulas enterocutáneas postoperatorias**

José Luis Martínez-Ordaz,\* Enrique Luque-de-León,\* Roberto Manuel Suárez-Moreno,\*  
Roberto Blanco-Benavides\*

Recepción versión modificada 10 de abril de 2002, aceptación 23 de octubre de 2002

**Resumen**

Las fistulas enterocutáneas son un problema mayor en la práctica quirúrgica. En general son secundarias a complicaciones postoperatorias. Hasta el 90% de los casos se desarrollan después de una cirugía. La morbilidad y la mortalidad continúan muy elevadas a pesar de los avances en el manejo de esta patología. Las tres complicaciones principales de los pacientes con fistulas son desequilibrio hidroelectrolítico, desnutrición y sepsis, las cuales están en relación con la localización de la fistula, el gasto, las características bioquímicas y electrolíticas de la descarga y la condición patológica subyacente. El objetivo final en el manejo de los pacientes con fistulas es el cierre de la misma. En 1964, Chapman propuso un plan de tratamiento de los pacientes con base

**Summary**

Enterocutaneous fistulas of the digestive tract is a major catastrophe of surgical practice. In most cases, they represent serious complications of abdominal surgery. About 90% of cases develop of a surgical complication or injury. Despite progress in the management of fistulas, they were traditionally associated with high morbidity and mortality rates. The three major complications of fistulas have been electrolyte disturbances, malnutrition and sepsis. Complications are strongly related to anatomic site of fistula, to biochemical and electrolyte content of discharge, output, and underlying pathology. The ultimate objective in management of patients with enterocutaneous fistulas is fistula closure. In 1964, Chapman proposed management for fistulas in which a set of