



*UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS  
DE HIDALGO*

---

---

*FACULTAD DE ENFERMERÍA*

PROCESO DE ENFERMERIA

*PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN CASO  
CLÍNICO SOBRE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE,  
BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON*

*PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA*

*PRESENTA:*

*P.L.E. MARÍA EUGENIA CABALLERO SALTO*

*ASESOR:*

*L.E.P. RAMIRO MARCIAL MÉNDEZ*

*MORELIA, MICH. OCTUBRE DE 2007.*

*DIRECTIVOS*

*M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA  
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA*

*L.E.D. MA. DE JESUS RUIZ RECENDIZ  
SECRETARIA ACADÉMICA*

*L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN  
SECRETARIA ADMINISTRATIVA*

*JURADO*

*L.E.P. RAMIRO MARCIAL MÉNDEZ*  
*PRESIDENTE*

*M.C. JOSÉ LUIS CIRA HUAPÉ*  
*1º VOCALES*

*Dra. LILIA HERNÁNDEZ NAVA*  
*2º VOCALES*

## *DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS*

### *A Dios.*

*Principalmente a él, por haberme dado tantas cosas y una de ellas, haber logrado este sueño que desde niña anhele, mi profesión. Por darme la existencia, por estar conmigo en todo momento y por la gran oportunidad de llegar hasta aquí.*

### *A mis Padres*

*Este gran logro lo dedico a ellos, que me apoyaron en momentos muy difíciles durante mi formación, como fue el nacimiento de una de mis hijas, sin embargo ellos estuvieron ahí, apoyándome, cuando reí, cuando lloré, siempre cuidándonos, es imposible expresar con palabras cuanto les agradezco todo lo que han hecho por mí, creo que sin su apoyo no hubiera sido posible este gran sueño que ahora por poco veo convertido en una hermosa realidad, es la herencia más grande que pude recibir de ellos, gracias por ser mis padres. Papá y Mamá, no olviden nunca que ustedes son mi mayor ejemplo, me han enseñado a aprender, a vivir, me han impulsado a superarme profesionalmente, gracias por sus cuidados, desvelos, preocupaciones y consejos, por que me enseñaron a hacer el bien con amor y sin pedir recompensa alguna, GRACIAS, LOS AMO.*

### *A mi Esposo.*

*A ti que en estos años me has apoyado incondicionalmente y has creído en mí y en mis logros, por haber soportado tantas cosas difíciles a mi lado, por hacerme sentir que este sueño también era tuyo, por ser el pilar más fuerte de nuestra familia, por darme ánimos y levantarme cuando me ves que me estoy derrumbando, gracias por ser el mejor esposo y el mejor padre del mundo, es imposible decirte cuanto te agradezco que estés a mi lado, por esto y muchísimas cosas más GRACIAS, TE AMO CRISERJO.*

### *A mis Hijas Perlita y Ximena*

*A ellas que soportaron tanto para que yo cumpliera la meta más importante de mi vida, que hasta ahora no me han reprochado por quedarse con sus abuelitos u otras personas y no con quien tenían que estar, con su mamá, a ellas que son todo para mí, que día a día con su cariño me dan ánimos para seguir adelante, ellas saben que si caigo ante la vida por ellas me levantaré, a estos angelitos les debo todo lo que soy, gracias por ser mis hijas. A ellas que extrañaban a su mamá cuando tenía que acudir a la escuela, cuando su mamá tuvo que ir al servicio durante 1 año, sin embargo, ellas la recibían siempre con una sonrisa y un abrazo, por eso y muchas cosas más les agradezco en el alma, LAS AMO A LAS DOS.*

*A José Luis y Valeria.*

*Por haberme brindado apoyo, económica y sobre todo emocional, por siempre estar conmigo en los momentos más difíciles, por compartir la dicha de formar una gran familia, por confiar y creer en mí, por estar al pendiente de mí, cuando estoy feliz, triste, enferma, agotada, por todo  
MUCHAS GRACIAS, LOS QUIERO MUCHO.*

*A la Sra. Enriqueta.*

*Por todo el apoyo que nos ha brindado tanto a mí, como a su hijo, por haber creído y confiado en que aún estando casada y con dos bebés podría llegar a lograr mi sueño, porque aún estando lejos de nosotros siempre está al pendiente de que nada nos falte, y sobre todo gracias por haber tenido un hijo al que amo con todo mi corazón, por esto y mucho más, GRACIAS, LA QUIERO MUCHO.*

*A mi Asesor.*

*Ya que conocí a una persona que me brindó confianza, tiempo, paciencia y ánimos, que me alentó para siempre seguir adelante, sin su ayuda esto no sería posible, muchísimas gracias maestro RAMIRO MARCIAL MÉNDEZ.*

# ÍNDICE

	<b>PAG</b>
I.- Introducción	1
II.- Justificación	2
III.- Objetivos	3
IV.- Marco Teórico	4
4.1.- Anatomía y Fisiología del Aparato Digestivo	5
4.1.1.- Boca	7
4.1.2.- Lengua	9
4.1.3.- Dientes	10
4.1.4.- Glándulas Salivales	11
4.1.5.- Faringe	12
4.1.6.- Esófago	12
4.1.7.- Estómago	13
4.1.8.- Intestino Delgado	16
4.1.9.- Intestino Grueso	17
4.1.10.- Páncreas	18
4.1.11.- Hígado	18
4.1.12.- Vesícula Biliar	19
4.1.13.- Bazo	19
4.2.- Síndrome de Intestino Irritable	19
4.2.1.- Diagnóstico	22
4.2.2.- Criterios de Roma II	23
4.2.3.- Tratamiento	23
4.2.4.- Pronóstico	25
4.3.- Cisaprida	25
4.4.- Contumax	26
V.- Metodología	27
5.1.- Virginia Henderson	28
5.2.- Proceso Atención Enfermería	32
5.2.1.- Valoración	34
5.2.2.- Diagnóstico	41
5.2.3.- Planificación	45
5.2.4.- Ejecución	51
5.2.5.- Evaluación	51
VI.- Metodología de Enfermería	54
VII.- Caso Clínico	55
VIII.- Valoración por Necesidades	57
IX.- Diagnósticos de Enfermería	61
9.1.- Diagnóstico N° 1	62
9.2.- Diagnóstico N° 2	64
9.3.- Diagnóstico N° 3	66
9.4.- Diagnóstico N° 4	68
9.5.- Diagnóstico N° 5	70

X.- Conclusiones	72
XI.- Sugerencias	73
XII.- Anexo	74
12.1.- Guía de Valoración de Enfermería	75
XIII.- Glosario de Términos	82
XIV.- Bibliografía	85



## ***I. INTRODUCCIÓN***

El Proceso Atención Enfermería es un método muy completo, que se integra por 5 diferentes etapas, coordinadas entre si y que tienen como finalidad la ejecución de los cuidados en las necesidades alteradas. Estas etapas, tienen como objetivo un estado de salud óptimo del cliente, tomando en cuenta la calidad de la atención de enfermería.

Otro objetivo más, es identificar necesidades reales y potenciales, así como establecer planes de cuidados para actuar y orientar al paciente en todas sus dimensiones: biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales.

El proceso atención enfermería que a continuación presento, trata de una paciente diagnosticada clínicamente con Síndrome de Intestino Irritable (SII), en donde se aplican las intervenciones de enfermería, tomando como referencia teórica a Virginia Avenel Henderson y sus 14 necesidades básicas.

Este proceso incluye también las etapas de la metodología relacionadas entre si, como son: la valoración de las necesidades, el establecimiento de los diagnósticos de enfermería, la planeación y ejecución de las intervenciones para la satisfacción de dichas necesidades, finalmente llega a la evaluación de las intervenciones realizadas. Esta metodología se realiza para ofrecer a la paciente un servicio de calidad y atención integral.

## **II. JUSTIFICACIÓN**

El síndrome de intestino irritable (SII); es un trastorno funcional digestivo crónico, episódico y recurrente, caracterizado por la presencia de dolor o malestar abdominal que se alivia con la defecación, asociado a distensión abdominal y cambios en la frecuencia o consistencia de las deposiciones (constipación, diarrea o alternancia de ambos), según los criterios de Roma II, en ausencia de alteraciones anatómicas o bioquímicas demostrables a nivel intestinal. Es de alta prevalencia en todo el mundo, incluyendo Latinoamérica, afectando aproximadamente entre 10% y 20% de la población, con predominio en mujeres.

El Síndrome de Intestino Irritable (SII), es un trastorno muy frecuente, investigaciones realizadas han sugerido que lo padece más del 22 % de la población occidental, siendo también la causa de consulta más frecuente en gastroenterología (entre el 40% y el 70% de las consultas). El tratamiento médico es únicamente de tipo sintomático, es decir, alivio de los síntomas.<sup>1</sup>

Este proceso, aborda sobre las necesidades de los pacientes a los cuales se les brinda un cuidado de atención de enfermería basados en la calidad de esta, ya que la licenciada en enfermería esta capacitada para brindar cuidados y tomar decisiones en torno a la salud del paciente enfermo. Este proceso de atención enfermería esta basado en las 14 necesidades que plantea Virginia Henderson.

---

<sup>1</sup> VILLALOBOS, José de Jesús. Valdovinos, Miguel Ángel. Olivera, Marco Antonio. Principios de Gastroenterología. Ed. Méndez Editores.

### **III. OBJETIVOS**

#### **GENERAL**

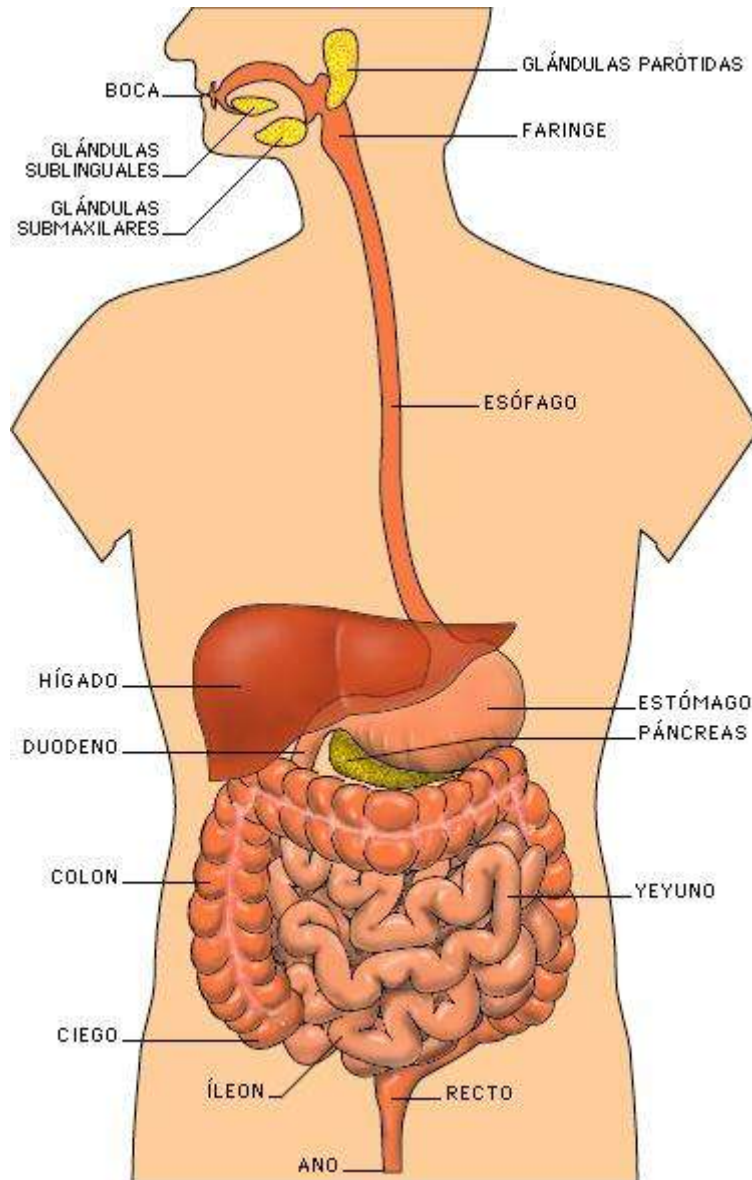
Se aplicaran las etapas del proceso atención enfermería a la usuaria en un lapso de 3 meses, tomando en cuenta las diferentes dimensiones para favorecer la mejoría de la patología y educación sobre esta.

#### **ESPECÍFICOS**

- Identificar las necesidades reales y potenciales de la paciente.
- Contribuir a la modificación de los hábitos que perjudican su salud.
- Orientar a la paciente respecto a la patología.
- Implementar estrategias reales para satisfacer las necesidades alteradas y favorecer su recuperación.

# ***IV. MARCO TEÓRICO***

## ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO DIGESTIVO



El aparato digestivo es un tubo largo, con importantes glándulas asociadas, siendo su función la transformación de las complejas moléculas de los alimentos en sustancias simples y fácilmente utilizables por el organismo.

Estos compuestos nutritivos simples son absorbidos por las vellosidades intestinales, que tapizan el intestino delgado. Así pues, pasan a la sangre y nutren todas ya cada una de las células del organismo.

Desde la boca hasta el ano, el tubo digestivo mide unos once metros de longitud. En la boca empieza propiamente la digestión. Los dientes trituran los alimentos y las secreciones de las glándulas salivales los humedecen e inician su descomposición química, luego, el bolo alimenticio cruza la faringe, sigue por el esófago, una bolsa muscular de litro y medio de capacidad, cuya mucosa secreta el potente jugo gástrico, en el estómago, el alimento es agitado hasta convertirse en una papilla llamada quimo.<sup>2</sup>

A la salida del estómago, el tubo digestivo se prolonga con el intestino delgado, de unos siete metros de largo, aunque muy replegado sobre sí mismo. En su primera porción o duodeno recibe secreciones de las glándulas intestinales, la bilis y los jugos del páncreas. Todas estas secreciones contienen una gran cantidad de enzimas que degradan los alimentos y los transforman en sustancias solubles simples.

El tubo digestivo continúa por el intestino grueso, de algo más de metro y medio de longitud. Su porción final es el recto, que termina en el ano, por donde se evacuan al exterior los restos de los alimentos no digeridos.

El tubo digestivo está formado por:

- Boca
- Esófago
- Estómago
- Intestino delgado
  - Duodeno

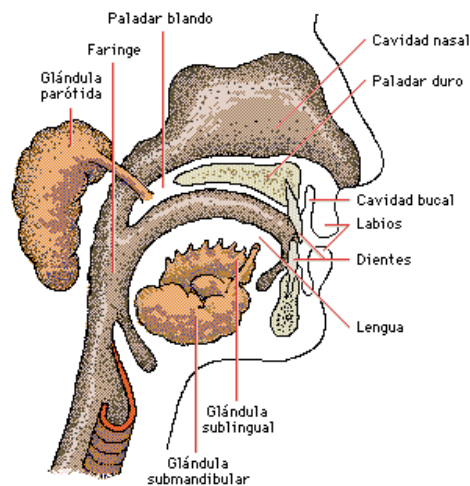
---

<sup>2</sup> L. DRAKE, Richard. W. M. Mitchell, Adam. Anatomía para Estudiantes. Ed. Elsevier. España S.A. 2005.

- Yeyuno
- Íleon
  
- Intestino grueso
  - Ciego
  - Apéndice
  - Colon
  - Recto
  - Ano
  
- Hígado con sus vías biliares
- Páncreas y bazo

## **DESCRIPCIÓN ANATÓMICA**

### **BOCA**



Se ubica bajo las fosas nasales y está limitada en cinco de sus seis caras por paredes blandas (paredes musculares estriadas).

Pared anterior; se encuentra formada por los labios, pliegues cutáneos musculares (músculo orbicular) y mucosos que delimitan entre sí la apertura bucal. La piel del borde libre o rojo del labio es delgada, ricamente irrigada e inervada, permitiendo discriminar la temperatura y textura de los alimentos.

Pared posterior; se encuentra formada por el velo del paladar, pliegue mucoso y muscular que se inserta en el paladar óseo o duro. Presenta músculos elevadores y depresores del velo palatino para permitir que éste funcione como una válvula que va a ordenar el tránsito de alimentos o aire hacia la faringe. La cara anterior o bucal del velo del paladar es muy sensible y su estimulación genera el reflejo nauseoso. Desde la cara anterior del velo del paladar se extienden hacia abajo los pilares anteriores (palatoglosos) que delimitan entre sí el istmo de las fauces (entre cavidad bucal y bucofaríngea) y más atrás se encuentran los pilares posteriores (palatofaríngeos), que delimitan el istmo nasofaríngeo que lo separa de la bucofaringe. A cada lado, entre el pilar anterior y el posterior, se ubica la amígdala palatina.<sup>3</sup>

Desde el borde inferior del velo del paladar cuelga una porción mucosa llamada úvula.

Las paredes laterales la forman las mejillas, constituidas por planos cutáneos musculares (músculo buccinador) y mucosos desde fuera hacia adentro.

La mucosa es gruesa, blanquecina y soporta el roce de las arcadas dentarias durante la masticación.

Pared inferior o piso de la boca, que se pone de manifiesto cuando se levanta la lengua. Está cubierta por una mucosa muy delgada, transparente, que permite ver las estructuras subyacentes. Sobre este piso de la boca se recuesta la parte libre de la lengua.

---

<sup>3</sup> Idem.-L. DRAKE, Richard. W. M. Mitchell, Adam. Anatomía para Estudiantes. Ed. Elsevier. España S.A. 2005.

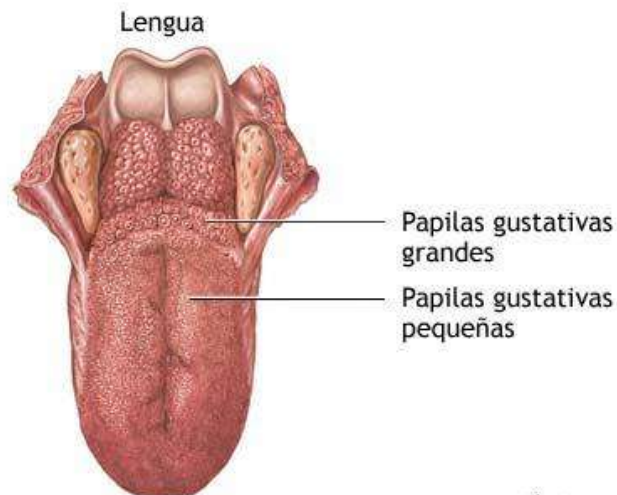


La pared superior, es formada por el paladar óseo, se encuentra cubierta por una mucosa gruesa de tipo masticatorio, que soporta la presión de los alimentos durante la masticación como también elevadas temperaturas. En la zona anterior del paladar se detecta una serie de rugosidades muy características.

La presencia de las arcadas dentarias superior e inferior va a separar dos zonas en la cavidad bucal. Periféricamente respecto a las arcadas dentarias, entre éstas, las mejillas y los labios, se ubica el vestíbulo bucal; hendidura que es muy profunda en la zona anterior.

Centralmente respecto a las arcadas se encuentra la cavidad bucal propiamente que aloja a la lengua. Estas dos regiones, vestíbulo y cavidad bucal, se comunican por el espacio retromolar, ubicado detrás de los últimos molares.

## **LENGUA**



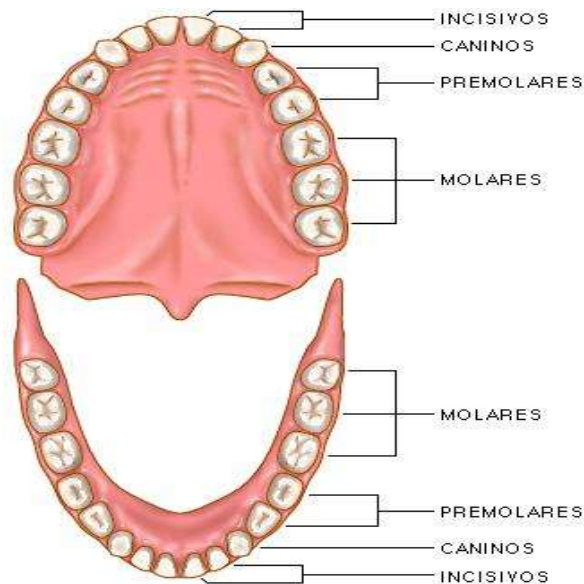
ADAM.

Órgano constituido por musculatura estriada, cubierto por mucosa. La mucosa de la cara dorsal es muy especializada, cubierta por papilas linguales de varias formas (filiformes, fungiformes, calciformes), encontrándose en esta superficie receptores gustativos. La lengua presenta una zona posterior fija y una zona anterior móvil que se ubica sobre el piso de la boca.

En la lengua se encuentra un esqueleto osteofibroso, formado por una lámina aponeurótica que desde el hueso hioides se extiende hasta la punta de la lengua. Sobre este esqueleto se fijan los músculos intrínsecos y extrínsecos de ella. La musculatura intrínseca está representada por fibras musculares longitudinales y transversales cuya contracción va a determinar cambios en la forma de la lengua. La musculatura extrínseca la forman músculos que desde estructuras vecinas como el hueso hioides (músculo hiogloso), la mandíbula (músculo geniogloso), el paladar (músculo palatogloso) y el cráneo (músculo estilogloso) se extienden hasta la lengua, estos músculos son los responsables de los movimientos de excursión de la lengua. <sup>4</sup>

## ANEXOS DE LA BOCA

### DIENTES



El hombre presenta dos denticiones: La dentición temporal o de leche que está formada por 4 incisivos, 2 caninos y 4 molares en cada arca dentaria, un total de 20 piezas. Esta dentición aparece a los seis meses, con la erupción de los incisivos

<sup>4</sup> QUIROZ, Gutiérrez Fernando. Anatomía Humana III. Ed. Porrúa, S.A.

centrales, y termina de evolucionar más o menos a los dos años, cuando aparecen los segundos molares temporales. La dentición definitiva presenta 4 incisivos, 2 caninos, 4 premolares y 6 molares por cada arca dentaria, con un total de 32 piezas dentarias.

## **GLÁNDULAS SALIVALES**

La mucosa de la cavidad bucal, lengua y paladar está cubierta de pequeñas glándulas individuales que humedecen las superficies, y las lubrican secretando una película de moco. Estas constituyen las glándulas salivales menores, además existen tres pares de glándulas salivales mayores: parótida, submaxilar y sublingual.

### **GLÁNDULA PARÓTIDA:**

Es la más voluminosa, esta ubicada por debajo del arco cigomático, por delante de la apófisis mastoides y detrás de la rama maxilar inferior. Se relaciona con las ramas principales del nervio facial. El conducto parotídeo abandona el ángulo antero superior de la glándula, cruza sobre el músculo masetero, perfora el músculo buccinador, y se abre en el vestíbulo bucal superior, frente al segundo molar superior.

### **GLÁNDULA SUBMAXILAR:**

Esta produce una secreción salival mixta, serosa y mucosa (viscosa) pero predominantemente serosa. Está por dentro del ángulo del maxilar inferior. Su conducto pasa hacia delante y adentro, en el piso de la boca, y se abre al lado del frenillo de la lengua.

### **GLÁNDULA SUBLINGUAL:**

Es la más pequeña de las glándulas salivales. Esta glándula predominantemente mucosa, está por debajo de la mucosa del piso de la boca. Su secreción salival fluye a través de varios conductos sublinguales separados que se abren en el pliegue sublingual.

## **FARINGE**

La faringe es un tubo muscular que comunica el aparato digestivo con el respiratorio. Para que las vías respiratorias permanezcan cerradas durante la deglución, se forma en la faringe un repliegue, llamado epiglotis, que obstruye la glotis. De esta manera se impide que el alimento se introduzca al sistema respiratorio.

## **ESÓFAGO**

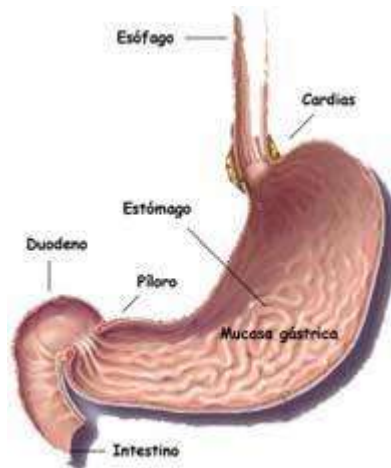
Es un conducto músculo membranoso que se extiende desde la faringe hasta el estómago. Comienza en el cuello, atraviesa todo el tórax y pasa al abdomen a través del hiato esofágico del diafragma situado en el extremo inferior de la laringofaringe y el superior del estómago. En el ser humano tiene una longitud que oscila entre los 23 y 25cm. y su función principal es el transporte del alimento hacia el estómago. Está formado por varias capas que desde el exterior hacia el interior son: adventicia, muscular (con fibras longitudinales y circulares), submucosa (con tejido conectivo, vasos sanguíneos y glándulas mucosas) y mucosa, que también contiene este tipo de glándulas. El alimento progresa por el esófago hacia el estómago mediante movimientos involuntarios denominados movimientos peristálticos; se originan debido a la capa muscular y están controlados por el bulbo raquídeo.<sup>5</sup>

El peristaltismo supone una serie de contracciones y relajaciones del esófago que en forma de ondas se desplazan hacia abajo y propulsan el bolo alimenticio hacia el estómago, proceso que se ve facilitado por el moco secretado por las glándulas mucosas.

---

<sup>5</sup> Idem.-QUIROZ, Gutiérrez Fernando. Anatomía Humana III. Ed. Porrua, S.A.

## **ESTÓMAGO**



En términos generales es estómago es un órgano que varía de forma según el estado de repleción (cantidad de contenido alimenticio presente en la cavidad gástrica) en que se halle. Habitualmente tiene forma de J, consta de varias partes que son:

- Fondo
- Cuerpo
- Antro
- Cardias
- Píloro

El estómago está situado en la zona superior de la cavidad abdominal, ubicado en su mayor parte a la izquierda de la línea media. La gran cúpula del estómago, el fondo, descansa bajo la bóveda izquierda del diafragma; el esófago penetra por la zona superior, o curvatura menor, a poca distancia bajo el. La región inmediata por debajo del fondo se denomina cuerpo. La parte superior del estómago, que recibe el nombre de porción cardiaca, incluye el fondo y el cuerpo. La porción inferior, o pilórica, se hace en forma de curva hacia abajo, hacia delante y hacia la derecha, está formada por el antro y el conducto pilórico. Este último se continúa con la parte superior del intestino delgado, el duodeno. Los tejidos del estómago incluyen una cubierta externa fibrosa que deriva del peritoneo y, debajo de ésta, una capa de fibras musculares lisas dispuestas en estratos diagonales, longitudinales y circulares. En la

unión del esófago y el estómago la capa muscular circular está mucho más desarrollada y forma un esfínter, el cardias.

La contracción de este músculo impide el paso del contenido esofágico hacia el estómago y la regurgitación del contenido gástrico hacia el esófago. En la unión del píloro y el duodeno existe una estructura similar, el esfínter pilórico. La submucosa es otra capa del estómago formada por tejido conjuntivo laxo en el cual se encuentran numerosos vasos sanguíneos y linfáticos, y terminaciones nerviosas del sistema nervioso vegetativo. La capa más interna, la mucosa, contiene células secretoras; algunas segregan ácido clorhídrico, que no solo neutraliza la reacción alcalina de la saliva, sino que proporciona un carácter ácido al contenido gástrico y activa los jugos digestivos del estómago. Estos jugos están secretados por un tipo diferente de células.

Las enzimas que se encuentran en el jugo gástrico son pepsina, que en presencia del ácido fragmentan las proteínas en peptonas; la renina, que coagula la leche, y la lipasa que rompe las grasas en ácidos grasos y glicerol. Un tercer tipo de células producen mucosidades para proteger al estómago de sus propias secreciones. Los tejidos del estómago, e incluso la mucosidad, son digeribles por los jugos gástricos.<sup>6</sup>

Sin embargo, en condiciones normales, el revestimiento mucoso se renueva con más rapidez que se elimina. Cuando un trastorno psicosomático o patológico impide la secreción adecuada de mucosidad, la mucosa gástrica se erosiona y se forma una úlcera.

En la digestión la penetración en el estómago de fragmentos de carne, cereales cocinados y productos proteicos digeridos en parte estimula la secreción de jugo gástrico. Estos agentes originan la formación en el extremo pilórico del estómago de

---

<sup>6</sup> Idem.-QUIROZ, Gutiérrez Fernando. Anatomía Humana III. Ed. Porrúa, S.A.

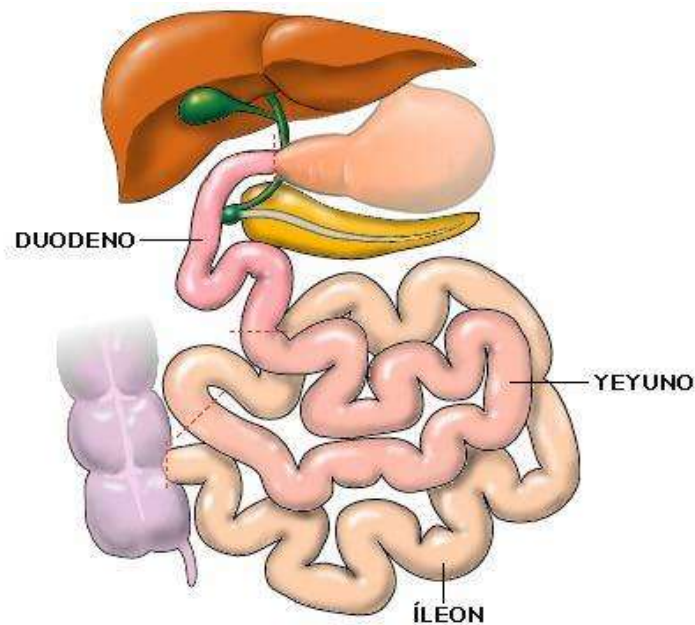
una hormona, la gastrina. Cuando la gastrina se absorbe, estimula las glándulas secretoras.

Las paredes del estómago vacío están en contacto una con otra, cuando el alimento entra en el órgano, las paredes se expanden y la cavidad aumenta sin que se produzcan cambios en la presión intra gástrica.

Las ondas de contracción del músculo circular que van precedidas por ondas de relajación (peristaltismo) se inician cerca de la zona central del cuerpo del estómago, se propagan hacia arriba y finalizan justo antes de alcanzar el conducto pilórico. Tales ondas de contracción, que pueden suceder a una frecuencia de tres por minuto, maceran y mezclan por completo el alimento con el jugo gástrico.

El alimento pasa periódicamente desde el estómago hacia el duodeno; esto se debe a la contracción de los músculos de la pared del estómago. Estos músculos están inervados por el nervio vago que estimula la contracción de la musculatura gástrica y permite la apertura del esfínter situado sobre el estómago y el duodeno, el píloro. Debido a que la sección de estos nervios conduce a una parálisis en sólo unos días. Las fibras nerviosas simpáticas en los nervios esplénicos tienen efectos opuestos a los del nervio vago e impiden el vaciamiento gástrico.

## **INTESTINO DELGADO**



El intestino delgado está enrollado en el centro de la cavidad abdominal y está dividido en tres partes: duodeno, yeyuno e íleon. La porción superior o duodeno comprende el píloro, la apertura de la pared inferior del estómago por la que vacía su contenido en el intestino.

El duodeno tiene la forma de una herradura que rodea tanto a una pared del páncreas y el conducto pancreático, como a los conductos del hígado y de la vesícula biliar que vierten en él.

El yeyuno o parte media del intestino delgado se extiende desde el duodeno hasta su porción terminal o íleon que acaba en un lado de la primera parte del intestino grueso llamado ciego.

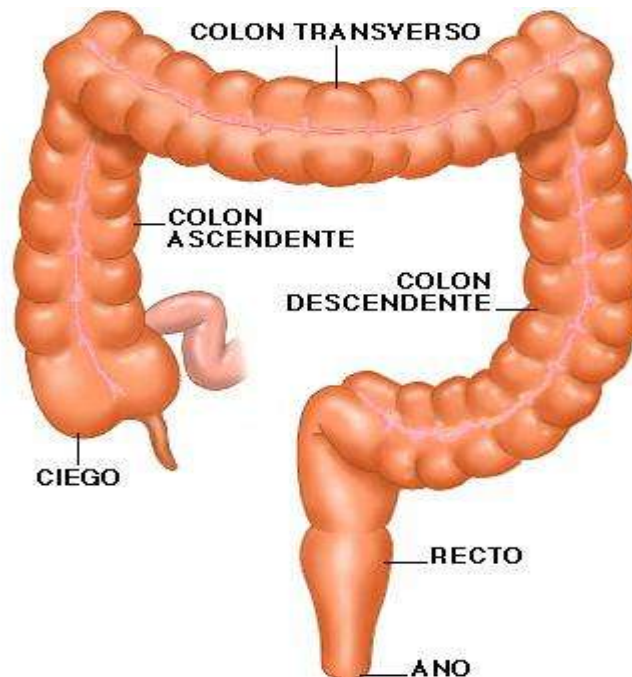
El intestino delgado tiene una membrana de revestimiento o mucosa, adaptada para la digestión y absorción que está plegada y cubierta por unas pequeñas prolongaciones llamadas vellosidades; éstas son pequeños tubos de epitelio que rodean un vaso linfático y gran cantidad de capilares, en su base se abren unas pequeñas depresiones glandulares llamadas criptas de Lieberkühn, que secretan las enzimas necesarias para la digestión intestinal. Las proteínas y carbohidratos



digeridos pasan de los capilares a las vellosidades a la vena porta, que entra en el hígado, mientras que las grasas digeridas se absorben a través de los pequeños vasos linfáticos y alcanzan el flujo sanguíneo general.

La mucosa del intestino delgado también secreta la hormona secretina que estimula al páncreas para producir las enzimas digestivas.

### **INTESTINO GRUESO**



Se inicia a partir de la válvula ileocecal en un fondo de saco denominado ciego de donde sale el apéndice vermiforme y termina en el recto. Desde el ciego al recto describe una serie de curvas, formando un marco en cuyo centro están las asas del yeyuno-íleon. Su longitud es variable, entre 120 y 160cm, y su calibre disminuye progresivamente, siendo la porción más estrecha la región donde se une con el recto o unión rectosigmoidea donde su diámetro no suele sobrepasar los 3cm, mientras que el ciego es de 6-7cm.

Tras el ciego, la segunda porción del intestino grueso es denominada como colon ascendente con una longitud de 15cm, para dar origen a la tercera porción que es el colon transversal con una longitud media de 50cm, originándose una cuarta porción que es el colon descendente con 10cm de longitud. Por último se diferencia el colon sigmoideo, recto y ano que forman la parte final del tubo digestivo.

El colon cambia productos digestivos de deshecho en una forma que el cuerpo excreta como heces por el recto y ano. Cuando el alimento llega al colon ya se han absorbido los nutrientes esenciales para las funciones del cuerpo.

En el recto es la parte terminal el tubo digestivo es la comunicación del colon sigmoideo y termina abriéndose al exterior por el orificio anal.<sup>7</sup>

## **ÓRGANOS ANEXOS**

### **PÁNCREAS**

Es una glándula íntimamente relacionada con el duodeno, el conducto excretor del páncreas, que termina reuniéndose con el colédoco a través de la ampolla de Vater, sus secreciones son de importancia en la digestión de los alimentos.

### **HÍGADO**

Es la mayor víscera del cuerpo, pesa 1500g. Consta de dos lóbulos, las vías biliares son las vías excretoras del hígado, por ellas la bilis es conducida al duodeno. Normalmente salen dos conductos: derecho e izquierdo, que confluyen entre sí formando un conducto único: el conducto hepático, recibe un conducto más fino, el conducto cístico, que proviene de la vesícula biliar alojada en la cara visceral del hígado en la reunión de los conductos cístico y hepático se forma el colédoco, que

---

<sup>7</sup> Idem.-QUIROZ, Gutiérrez Fernando. Anatomía Humana III. Ed. Porrua, S.A.

desciende al duodeno, en la que desemboca junto con el conducto excretor del páncreas.

### ***VESÍCULA BILIAR***

Es un reservorio músculo membranoso puesto en derivación sobre las vías biliares principales. Contiene unos 50-60cm<sup>3</sup> de bilis. Es de forma ovalada y su diámetro mayor es de unos 8-10cm. Cuando el quimo está en el duodeno se contrae y expulsa la bilis para metabolizar principalmente las grasas.

### ***BAZO***

Se halla en la parte superior izquierda de la cavidad abdominal por debajo del diafragma. Sus funciones más importantes son la sanguínea (destrucción y almacenamiento de ciertas células sanguíneas) y la inmunitaria (por pertenecer también al sistema linfático).

## ***SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE***

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo crónico, episódico y recurrente, caracterizado por la presencia de dolor o malestar abdominal que se alivia con la defecación, asociado a distensión abdominal y cambios en la frecuencia o consistencia de las deposiciones (constipación, diarrea o alternancia de ambos), según los criterios de Roma II, en ausencia de alteraciones anatómicas o bioquímicas demostrables a nivel intestinal. Es de alta prevalencia en todo el mundo, incluyendo Latinoamérica, afectando aproximadamente entre 10% y 24% de la población, con predominio en mujeres. Todo ello da una idea de la importante trascendencia del cuadro desde el punto de vista epidemiológico.

Los síntomas de dolor abdominal acompañado de distensión y cambios en los hábitos de eliminación están presentes durante al menos 12 semanas, continuas o no en los últimos 12 meses, esto quedó definido como Criterios de Roma II para el

diagnóstico clínico del SII (síndrome de intestino irritable), elaborados por el Comité para el Desarrollo de los Criterios Diagnóstico de las Enfermedades Gastrointestinales Funcionales. Estos criterios además estipulan que debe haber ausencia de síntomas o signos de alarma entre los que están, síntomas nocturnos que despiertan al paciente, sangrado rectal, pérdida consistente de peso, fiebre, anemia, anormalidades en el examen físico o de laboratorio rutinario. Los Criterios Roma II ayudan al diagnóstico efectivo del SII (síndrome de intestino irritable) al ser considerados los criterios más utilizados, al ser los más sensibles y específicos para la diagnosis del síndrome.

El SII (síndrome de intestino irritable) además de ser considerado como una alteración funcional del intestino es visto igualmente como una alteración biopsicosocial, dado que en él interactúan diferentes factores como son los cognoscitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos. Los primeros incluyen el "comportamiento enfermizo" y "malas técnicas de adaptación a la enfermedad". Los emocionales en los que se incluye la ansiedad y la depresión son detectados entre un margen del 40 % a 60 % de los pacientes. Entre los conductuales se mencionan situaciones estresantes o traumáticas de la historia comportamental del sujeto que pueden desencadenar el primer episodio de la enfermedad o producir la exacerbación de los síntomas. Por último, el factor fisiológico que comprende las alteraciones en la modulación del dolor como la hipersensibilidad visceral; esta hipersensibilidad visceral ocurre frente a eventos fisiológicos gastrointestinales. De igual forma están las alteraciones autonómicas que provocan trastornos en la motilidad intestinal, alteraciones en la respuesta neuro-endocrina al estrés y anormalidades en el ciclo del sueño.

Por los factores anteriormente expuestos, se puede decir que existe una alteración en el nivel de vida del paciente; sumado a esto se encuentra el impacto económico al cual el paciente se encuentra sometido al padecer este síndrome, debido a que la persona con el diagnóstico de SII (síndrome de intestino irritable) debe visitar muchas veces al médico, tiene innumerables gastos entre fármacos y exámenes que son indicados por el especialista.

El SII (síndrome de intestino irritable) es un trastorno muy frecuente, investigaciones realizadas han sugerido que lo padece más del 22 % de la población occidental, siendo también la causa de consulta más frecuente en gastroenterología (entre el 40 % y el 70 % de las consultas). El tratamiento médico es únicamente de tipo sintomático, es decir, alivio de los síntomas.

La etiología del SII (síndrome de intestino irritable) es aún materia de investigación, al no encontrarse causa anatómica alguna, su diagnóstico a pesar de contar con los criterios de Roma II, se hace por exclusión de patologías orgánicas. Es por ello que algunas investigaciones hablan que el desencadenamiento y el agravamiento de la elevada motilidad gastrointestinal pueden estar explicados por factores emocionales, la dieta, los fármacos, la variación en la actividad hormonal etc. No obstante, para muchos autores, no se puede determinar con precisión hasta que punto el estrés coincida con la aparición o recurrencia de los síntomas del SII (síndrome de intestino irritable).

Algunos pacientes tienen una inflamación de "bajo grado" de la mucosa colónica, y hay factores que pueden contribuir a este fenómeno, tales como episodios previos de enteritis infecciosa, factores genéticos, alergias alimentarias no diagnosticadas y cambios en la microflora bacteriana. También están implicados en el desarrollo de hiperalgesia el exceso de hipervigilancia hacia los eventos abdominales y el estrés; ambos se asocian a un aumento de la intensidad de la señal aferente desde el tracto Gastrointestinal hasta el cerebro, donde se implicaría al sistema límbico. Los episodios de reactivación se relacionan con estrés emocional. Generalmente comienza en la tercera o cuarta década de la vida, y persiste durante toda la vida en forma crónica recidivante. Aproximadamente el 40% de los pacientes presentan alteraciones psiquiátricas, incluyendo trastornos de pánico, síndrome ansioso, fobia social, estrés postraumático y depresión mayor.

La mayoría de los casos entran en uno de estos grupos:

- Colon espástico, caracterizado por dolor abdominal y estreñimiento.

- Diarrea indolora, de carácter acuoso y con abundante moco.
- Estreñimiento y diarrea alternantes.

El dolor abdominal está presente en prácticamente todos los pacientes, siendo su localización variable. En los niños suele ser periumbilical, y en los adultos infraumbilical, con frecuencia en la fosa iliaca izquierda. Es un dolor típicamente inespecífico, difuso, como retortijones y se acompaña de sensación de hinchazón y ocasionalmente de náuseas. Puede durar de minutos a horas y puede presentarse o agravarse con la ingesta, desapareciendo o mejorando tras la defecación o expulsión de gases. A veces puede percibirse en costado izquierdo irradiado a región subesternal, hombro izquierdo y borde izquierdo de brazo hasta codo. Puede haber estreñimiento o diarrea en el 90% de los casos, o bien episodios alternantes de diarrea y estreñimiento. La diarrea es semilíquida con moco y en ocasiones se acompaña de urgencia y tenesmo, sin ser esteatorreica ni voluminosa. Otras manifestaciones son: dispepsia con pesadez epigástrica posprandial, náuseas, anorexia, meteorismo abdominal que se alivia con la expulsión de gases, síntomas de inestabilidad vasomotora con palpitaciones, astenia, disnea, opresión precordial, sudoración, cefalea, dismenorrea, dispareunia, polaquiuria y disuria.

## **DIAGNÓSTICO**

Los criterios de Roma II tienen un valor predictivo del 98%, y los tests diagnósticos adicionales tienen un rendimiento del 2% o menos. La presencia de hipersensibilidad a la distensión de vísceras huecas (recto o colon), medida con un barostato, está presente en el 60- 95.5% de los pacientes y una especificidad del 71,8% y un valor predictivo del 85,4%. El estudio de la visceropercepción rectal, la relajación adaptativa y la respuesta rectal a la ingesta, puede ser útil para distinguir grupos de pacientes con diferentes subtipos de SII (síndrome de intestino irritable), ya que el patrón es distinto en los pacientes con predominio de estreñimiento que en los de predominio diarrea. Es necesario descartar siempre otras entidades como intolerancia a la lactosa, giardiasis, enfermedad inflamatoria intestinal, y obstrucción intestinal. Para ello se realizan pruebas como la dieta temporal sin lactosa, examen

de heces para sangre oculta y parásitos, colonoscopia o un enema de bario. Debe realizarse también una evaluación psicosocial orientada a los antecedentes de abuso físico o sexual, ya que estos extremos parecen influir en la estrategia de tratamiento y en el éxito del mismo.

### ***CITERIOS DE ROMA II PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE***

Disconfort abdominal o dolor durante al menos 12 semanas, que no tienen que ser consecutivas, en los 12 meses precedentes, con al menos dos de las siguientes características:

- Se alivia con la deposición.
- El comienzo se asocia a un cambio en la frecuencia de las deposiciones.
- El comienzo se asocia con un cambio en la forma de las heces.

Los síntomas que de forma acumulativa apoyan el diagnóstico del síndrome son:

- Frecuencia anormal de deposiciones.
- Forma anormal de las heces.
- Paso anormal de las heces.
- Paso de moco.
- Sensación de plenitud o de distensión abdominal

### ***TRATAMIENTO***

Asumiendo que el síndrome de intestino irritable no es una verdadera enfermedad, el tratamiento irá destinado a tratar de reducir al máximo las molestias del paciente dirigiéndolo a aquellos aspectos que se piensa intervienen en su desarrollo.

El éxito del tratamiento se basa en dos pilares básicos:

- Relación médico-paciente.

- Tratamiento farmacológico.

En la relación médico-paciente es crucial el establecer una relación lo más cordial y positiva posible, pues con una correcta y buena relación se logra un 90% del tratamiento. Es importante explicar al paciente lo que le ocurre, transmitiéndole que no padece una verdadera enfermedad y que lo que le ocurre no es más que una desviación, dentro de la normalidad. Se le ha de tranquilizar explicándole que no padece una enfermedad cancerígena, aunque se le ha de concienciar del carácter crónico (prolongado en el tiempo) del síndrome, con épocas transitorias de mayor sintomatología seguidas de otras de franca mejoría. El cuadro suele mejorar espontáneamente con el tiempo.

Es aconsejable evitar aquellos alimentos que el paciente perciba que le empeoran o le desencadenan la sintomatología (habitualmente leche y derivados, cafeína, grasas, alcohol, etc.). Se recomienda una dieta rica en fibra (frutas, vegetales, cereales, pan integral), si es preciso con suplementos de ésta (salvado de trigo, laxantes de volumen). La mayoría de los pacientes mejoran con estas medidas.

En pacientes con sintomatología moderada/severa que persiste a pesar de las medidas anteriores, las opciones terapéuticas son las siguientes:

- Es recomendable que el paciente auto-investigue y monitorice sus síntomas a lo largo del día tratando de identificar en qué situaciones se desencadena la sintomatología (con ciertos alimentos, situaciones de estrés o ansiedad, etc.). Todo ello permitirá al propio paciente autorregular sus molestias.
- Fármacos: El tipo de medicamento variará dependiendo de cual sea el tipo de síntoma predominante.
- Para el dolor se recomienda el empleo de fármacos llamados antiespasmódicos que actúan relajando la musculatura lisa del intestino (butilbromuro de hioscina, mebeverina, bloqueantes de los canales del calcio).
- Cuando el síntoma predominante sea el estreñimiento se recomienda insistir en la dieta rica en fibra y los laxantes de volumen (derivados del psyllium). En



casos muy severos puede emplearse "lactulosa" o medicamentos procinéticos (estimuladores del tránsito intestinal, tipo cisaprida).

- Si predomina la diarrea, se recomienda reducir una dieta grasa, el consumo de té y café. En casos severos pueden emplearse antidiarreicos (loperamida, fosfato de codeína).
- En ocasiones es preciso un apoyo psicoterapéutico incluso con medicación de tipo antidepresivo (compuestos tricíclicos, inhibidores de la serotonina) que actuarían como analgésicos centrales controlando el dolor.<sup>8</sup>

## ***PRONÓSTICO***

Se trata de una enfermedad de curso clínico benigno, "crónica", en la que los síntomas aparecen o desaparecen a lo largo de los años.

En la mayoría de los casos se controla bien con las medidas generales dietéticas y con la medicación.

## ***CISAPRIDA***

**FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA:** La cisaprida cuando se administra por vía oral es rápidamente absorbida.

La biodisponibilidad de la cisaprida oral es de 40-50%, se producen concentraciones plasmáticas máximas dos horas después de que el fármaco se toma por vía oral y estas concentraciones son más altas cuando se toma con alimentos.

Tiene una vida media entre 7-10 horas.

Se metaboliza por N-dealquilación e hidroxilación hepáticas, la principal vía de metabolismo es a través de la isoenzima CYP3A4, se excreta en forma limitada en la leche materna.

---

<sup>8</sup> Ibidem.-VILLALOBOS, José de Jesús. Valdovinos, Miguel Ángel. Olivera, Marco Antonio. Principios de Gastroenterología. Ed. Méndez Editores.

Se une fuertemente a proteínas plasmáticas en el 98%, puede prolongar la repolarización cardiaca, prolongando el intervalo QT.

Un porcentaje pequeño 0.2% se elimina sin cambios por orina y por vía fecal.

La cisaprida es muy estimulante de los receptores 5-HT<sub>4</sub>, su acción se debe a la respuesta que ocasiona sobre la acetilcolina y sobre los plexos mesentéricos.

La cisaprida incrementa la motilidad gástrica, además de incrementar la motilidad del intestino delgado y grueso, y probablemente, sea por aumento en la liberación de acetilcolina en el plexo mesentérico. Aumenta también la motilidad esofágica disminuyendo el reflujo gastroesofágico, así como reflujo duodenogástrico.<sup>9</sup>

## **CONTUMAX**

**FARMACOCINETICA Y FARMACODINAMIA:** La solución para la limpieza intestinal preparada con polietilenglicol, agente osmótico y electrolitos fue desarrollada con el propósito de minimizar la absorción o excreción de agua y electrolitos, evitando los efectos secundarios comunes a las preparaciones tradicionales.

CONTUMAX permite una rápida y completa limpieza intestinal, conforme se bebe la solución produce evacuaciones líquidas en gran volumen con cambios mínimos en el equilibrio hidroelectrolítico. La limpieza intestinal completa se lleva a cabo en un tiempo máximo de 4 horas.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> FLÓREZ, Jesús. Farmacología humana. 3ª edición. Ed. Masson.

<sup>10</sup> Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. Edición 48. Ed. PLM.

# ***V. METODOLOGÍA***

## **VIRGINIA HENDERSON**

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”

### **Los elementos más importantes de su teoría son:**

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

### **Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:**

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.

3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas, pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud. Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos
- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

- Enfermería:

“La función única de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación o a una muerte tranquila y que éste podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”.

- Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La mente y el cuerpo son inseparables. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- Entorno:

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

- Salud:

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

Considera que la salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas sin ayuda, equipara salud con independencia.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> MARRINER TOMEY, Ann. Raile Alligood, Martha. Modelos y Teorías de Enfermería. 5ª edición. Ed. Elsevier, Mosby.

## ***PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA***

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

### **Los objetivos**

- El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.



- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

### **El desarrollo del PAE:**

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

### **Las características:**

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> MANUAL. Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson.

## **VALORACIÓN**

Se define como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

El personal de enfermería debe poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es

el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos.
- Habilidades técnicas e interprofesionales.
- Convicciones.
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

### **MÉTODOS PARA OBTENER DATOS:**

#### **Entrevista Clínica:**

Existen dos tipos de entrevista, formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

La informal es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación

Las técnicas no verbales son:

- Expresiones faciales,

- La forma de estar y la posición corporal,
- Los gestos,
- El contacto físico,
- La forma de hablar.

Cualidades que debe tener un entrevistador:

- Empatía: es la capacidad de comprender correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador.
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos.
- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.
- Autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

### **Observación:**

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

## **Exploración física:**

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física: se centra en establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas:

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

**Organización de los datos:**

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

**Documentación y registro de la valoración:**

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:



- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma , tamaño, etc.
- La anotación debe ser clara y concisa.
- Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

## **DIAGNÓSTICO**

Es un enunciado del problema real o en potencial del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Diferencias entre los diagnósticos de enfermería y médico

<b>Diagnóstico de enfermería</b>	<b>Diagnóstico médico</b>
Describe una respuesta humana a los problemas de salud.	Describe una situación patológica o de enfermedad.

Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención.	Se mantiene en tanto la enfermedad esté presente.
Es tratado por la enfermera en el entorno de la práctica de enfermería.	Es tratado por el médico en el entorno de la práctica médica.
La mayoría de las veces tiene que ver con la auto percepción del sujeto de atención.	La mayoría de las veces tiene que ver con los cambios fisiopatológicos.
Puede aplicarse a alteraciones de individuos o colectivos.	Se aplica solamente a las enfermedades de individuos o colectivos.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud.
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos.
- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo.

### **Tipos de diagnósticos:**

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen,

problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S).

- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar va precedido por el término "alto riesgo" problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados.
- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.

### **Directrices para escribir un Diagnóstico:**

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" no significa necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indicar el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.

- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

## ***PLANIFICACIÓN.***

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye varias etapas:

### **Determinación de prioridades:**

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o.

### **Planteamiento de los objetivos:**

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

### **Normas generales para la descripción de objetivos**

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

### **Objetivos de enfermería:**

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia.
- Medio plazo: estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

### **Actuaciones de enfermería:**

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos.

Tipos de actividades de enfermería:

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su

formación y experiencia práctica Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

a) El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

b) Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

c) Para el diagnóstico enfermero posible:

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

d) Para el diagnóstico enfermero de bienestar:



- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

e) Para problemas interdependientes:

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

De manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.
- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales.
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico.

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto

- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

### **Documentación en el plan de cuidados de enfermería:**

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación,
- La evaluación.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.

- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

## ***EJECUCIÓN***

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

## ***EVALUACIÓN***

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio

sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. La distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1. Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2. Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3. Conocimientos :

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios

4. Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5. Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6. Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

- Entrevista con el paciente.
- Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.<sup>13</sup>

## ***VI. METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA***

Para la recogida de datos e identificación de las necesidades de la usuaria se recurrió a la entrevista directa con la paciente, a la cual se le explicaron los procedimientos que se realizarían y la finalidad, posteriormente se realizó la exploración física conjuntamente con la observación.

La metodología que se utilizó para realizar el proceso atención enfermería, consistió en la aplicación de las cinco etapas que lo conforman, y en base al modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades humanas.

Los diagnósticos utilizados en el proceso son los aprobados por la NANDA, para la estructuración del marco teórico se consulto, en libros, Internet y antologías.

---

<sup>13</sup> Idem.-MANUAL. Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson.

## **VII. CASO CLÍNICO**

Paciente femenino de 24 años de edad, cuyas iniciales son M. E. C. S., casada desde hace 5 años, se dedica a ser ama de casa, tiene dos hijas de 4 años y 3 meses, vive en una casa tipo urbano con todos los servicios intra y extra domiciliarios, con escolaridad de bachillerato, menarca a los 14 años, inició su vida sexual activa a los 18 años.

La señora M. E. C. S. inicia su problema gastrointestinal desde hace un año aproximadamente agudizándose las molestias desde hace 3 meses por lo cual acude al médico gastroenterólogo para que le realice los estudios necesarios basándose en los criterios de Roma II, para poder prescribirle tratamiento farmacológico, el cual consiste en CISAPRIDA y CONTUMAX.

### ***ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES***

M. E. C. S. refiere que su abuela materna es diabética y que su madre es hipertensa y padece de estreñimiento, refiere haber padecido las enfermedades propias de la infancia como son varicela y sarampión.

### ***ANTECEDENTES PERSONALES***

La señora refiere que ha tenido 3 embarazos de los cuales P-2, A-1, C-0, hace 3 años le practicaron un LUI (Legrado Uterino Instrumental), hace 2 años presentó hematuria la cual fue controlada con antibiótico, no consume medicamentos, refiere presencia de prurito en piernas y axilas cuando se expone al sol, no fuma, ni toma, realiza 3 comidas moderadas y come entre comidas, refiere intolerancia a algunos alimentos y toma la cantidad recomendada de agua, una de las necesidades alteradas es la de eliminación ya que presenta estreñimiento evacuando con una frecuencia de 1 vez cada 3 días por lo que daremos mayor importancia para mejorarla, orina 4-5 veces al día de color turbio, duerme un promedio de 8-9 horas

aunque por la noche se le interrumpe unas 2-3 veces debido a problemas familiares, no realiza ejercicio y se baña diariamente. Es católica pero asiste poco a misa, no se recrea por que refiere no tener tiempo.

### ***PADECIMIENTO ACTUAL***

Su padecimiento se agudiza hace aproximadamente 3 meses con la presencia de dolor, malestar intestinal, estreñimiento, distensión abdominal e intolerancia a algunos alimentos. Su diagnostico es Síndrome de Intestino Irritable.

### ***EXPLORACIÓN FÍSICA***

A la exploración física , M. E. se encuentra alerta, bien orientada, su lenguaje es claro y coherente piel bien hidratada, con buena coloración de tegumentos, buen llenado capilar, pupilas isocóricas, normoreactivas, conjuntivas con buena coloración, mucosa oral hidratada, cuello sin adenomegalias, pulso carotideo de buena intensidad, campos pulmonares bien ventilados, no se auscultan estertores, ruidos cardiacos de buena intensidad, glándulas mamarias simétricas, sin megalias, abdomen blando, se aprecia distensión y presenta dolor a la palpación, ruidos intestinales presentes, refiere un aumento de peso de aprox. 10kg, en los últimos 3 meses.



## **VIII. VALORACIÓN POR NECESIDADES**

### **1) NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

La respiración tiene un ritmo normal de 18x', no se escuchan ruidos respiratorios a la auscultación, los campos pulmonares se encuentran bien ventilados, no presenta dolor al respirar, no refiere antecedentes de tabaquismo ni alcoholismo, su TA es de 110-70mmHg y su FC es de 76x'.

### **2) NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

Presenta un peso de 80kg. Y una talla de 1.64cm.

La piel y mucosas se encuentran bien hidratadas, con buena coloración de tegumentos, no hay evidencia de desnutrición ni deshidratación, no lleva una dieta especial, realiza 3 comidas que incluyen leche, huevo, carne, cereal, fruta, tortillas, frijoles, sopas, caldos, etc, refiere que ha notado que se le inflama el intestino con algunos alimentos como son huevo, leguminosas y legumbres de hoja verde, chile, refresco, cree que su apetito a aumentado en los últimos 3 meses a cusa de problemas familiares por lo que refiere que su peso a aumentado aproximadamente 10kg. No presenta dificultad en la masticación, ni deglución, pero durante la digestión presenta ardor, dolor, e inflamación del intestino, especialmente del lado izquierdo, frecuentemente come entre comidas, no necesita prótesis dental ni ayuda para comer, ingiere entre 1-2 lt. de agua al día aproximadamente.

### **3) NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

Su hábito intestinal es inadecuado ya que evacua 1 vez cada 3 días, con problemas de estreñimiento y diarrea en ocasiones, sus heces son formadas y de consistencia dura, en ocasiones hasta le sangra una hemorroide que presenta, ha llegado a usar laxante en 4-5 ocasiones, la frecuencia urinaria es de 4-5 veces por día de color amarillo turbio, tiene antecedentes de hematuria hace 2 años, nunca le han colocado

sonda vecical, su FUM fue el 27-Abril-07, refiere que su menstruación es regular pero en ocasiones es dolorosa.

#### **4) NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

Su expresión facial es adecuada, se observa erecta, no presenta rigidez muscular, no necesita ayuda para moverse, su modo de andar es normal aunque refiere que en ocasiones se siente cansada de los pies, no practica ningún deporte y el ejercicio que hace es caminar durante la realización de su quehacer.

#### **5) NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

Duerme de 8-9 horas por la noche aunque este es interrumpido de 1-2 veces debido a que tiene problemas familiares y también porque se levanta a orinar, por la mañana al despertar refiere sentirse cansada.

#### **6) NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE**

Es capaz de vestirse por si misma, no presenta alergia a ningún tejido, le da mucha importancia a su aspecto personal y su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias.

#### **7) NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN**

Su temperatura corporal es normal de 36.3°C, no presenta sudoración cutánea, y se adapta con facilidad a los cambios de temperatura.

### **8) NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**

Su piel tiene buena coloración, se baña diariamente, cepilla sus dientes 1-2 veces al día ella sola, su pelo esta limpio, peinado, sus uñas cortas y limpias, es autónoma en sus actividades.

### **9) NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

Se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, su actitud frente al entorno es indiferente, no presenta alteraciones auditivas, visuales, táctiles ni olfativas, se auto describe como una persona algo desconfiada, tímida, con miedo y rabia, no es alérgica a ningún medicamento.

### **10) NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD**

Su lenguaje es coherente, claro y organizado, tiene un tono tranquilo, se muestra de buen humor, vive acompañada de su esposo e hijas, su lugar en el rol familiar es de madre y ama de casa, las personas con las que se relaciona a diario es su familia, la relación con su marido insatisfactoria, pasa todo el tiempo con sus hijas, su FUM (fecha de ultima menstruación) fue el 27-Abril-07, como método anticonceptivo utilizan el preservativo, refiere que las relaciones sexuales con su marido han cambiado ya que refiere que últimamente discuten con frecuencia, ha tenido 3 embarazos (2 partos y 1 aborto), se realiza autoexploración de mama periódicamente.

### **11) NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES**

Lo más importante para ella son sus hijas y tratar de encontrar la forma de estar bien con su esposo, es católica aunque casi no asiste a misa, desea realizar prácticas religiosas pero no se le permite porque no se ha casado por la iglesia, en caso de no poder tomar decisiones le gustaría que lo hiciera su esposo o su madre.

**12)NESECIDAD DE TRBAJAR Y REALIZARSE**

Su estado de salud no impide del todo que haga lo que le gusta pero refiere que es muy molesta la inflamación y el dolor, aunque la falta de tiempo es la que impide que pueda hacer lo que le gusta, tiene capacidad de decisión y resolución de problemas.

**13)NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.**

Refiere que tiene muy poco o nada de tiempo para divertirse por lo que a veces pierde el interés, pero cuando llega a tener le gusta ir al cine, a balnearios al zoo, etc.

**14)NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

No presenta alteraciones en la memoria, se adapta al momento, pregunta y escucha con interés y al mismo tiempo propone alternativas de lo que le gustaría hacer.

## **IX. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

**DIAGNÓSTICO Nº 1** Déficit de actividades recreativas relacionado con la falta de tiempo y el cuidado de sus hijas manifestado por pérdida de interés y estrés.

**DIAGNÓSTICO Nº 2** Estreñimiento relacionado con una dieta baja en fibra y falta de ejercicio manifestado por evacuaciones cada 3er día de consistencia dura y seca.

**DIAGNÓSTICO Nº 3** Alteración de la nutrición por exceso relacionado con una ingesta superior a sus necesidades metabólicas y falta de ejercicio manifestado por sobrepeso superior al 10% al ideal para su talla y constitución.

**DIAGNÓSTICO Nº 4** Alteración del patrón del sueño relacionado con situaciones emocionales y nicturia manifestado por despertares frecuentes durante la noche.

**DIAGNÓSTICO Nº 5** Alteración del bienestar relacionado con distensión abdominal manifestado por intolerancia a algunos alimentos, dolor, gases.

## **DIAGNÓSTICO Nº 1**

Déficit de actividades recreativas relacionado con la falta de tiempo y el cuidado de sus hijas manifestado por pérdida de interés y estrés.

### **OBJETIVO:**

Que la señora M. E. realice actividades recreativas que le permitan estar al cuidado de sus hijas.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

- Junto con la señora realizar un programa de posibles actividades a realizar.
- Variar la rutina siempre que sea posible (salir al cine, ir al zoológico con sus hijas, entre otras).
- Elogiar la participación de la señora, para que se sienta motivada.

### **EJECUCIÓN:**

Primeramente nos dedicamos a buscar una persona que cuidara a sus hijas los días lunes, miércoles y viernes durante una hora, para así poder asistir a clases de macramé que es algo que a ella le gusta mucho hacer.

Los martes y jueves decidimos salir a caminar durante una hora y media y así se distraería tanto ella como sus hijas porque en el trayecto hay juegos infantiles para las niñas.

Su esposo se integró a la dinámica familiar acudiendo los días sábados que es su día de descanso, al zoológico o al cine y los domingos conviviría con ellas en casa.

### **EVALUACIÓN:**

Se puede considerar que el objetivo se cumplió, ya que la señora quedó satisfecha con lo que realizamos, ella asiste y continúa haciéndolo, a clases de macramé 3 días de la semana donde se siente muy a gusto, porque refiere que se le olvidaban los problemas y se desestresa, los días de paseo también le gustan porque dice que ya

no se siente tan tensa ni encerrada y que esto ha mejorado la relación tanto con sus hijas como con su esposo, y refiere que los fines de semana también son muy placenteros porque su esposo esta cumpliendo en llevarla al cine y en ocasiones al zoológico, lo cual también a hecho que mejore su relación y finalmente los domingos descansan en su casa.

## **DIAGNÓSTICO Nº 2**

Estreñimiento relacionado con una dieta baja en fibra y falta de ejercicio manifestado por evacuaciones cada 3er día de consistencia dura y seca.

### **OBJETIVO:**

La señora M. E. recuperará sus hábitos intestinales normales logrando por lo menos evacuar 1 vez al día o cada 2 días.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

- Realizar una lista de alimentos ricos en fibra.
- Recomendar que tome un vaso de agua caliente 30min. antes del desayuno.
- Sugerir la ingesta diaria mínima de 2lt. de agua.
- Establecer una hora fija para la eliminación.
- Ayudar a adoptar una posición en semicunclillas normal para permitir la utilización óptima de los músculos abdominales y aprovechar el efecto de la fuerza de gravedad.
- Enseñarle la aplicación de un masaje suave sobre la parte inferior del abdomen mientras permanece en el retrete.
- Orientarle sobre la importancia de responder a la necesidad urgente de defecar.

### **EJECUCIÓN:**

Conjuntamente con la cliente revisamos y valoramos la dieta que estaba llevando, para así poder realizar un listado de alimentos que necesita tratar de evitar, especialmente los que le causan estreñimiento y distensión, tratando de respetar sus preferencias.

Se estableció con la señora una dieta rica en fibra como son frutas, verduras y cereales.



Aceptó tomar un vaso de agua caliente todos los días antes de su desayuno, aclarando que además durante el día debe tomar un promedio de 7-8 vasos.

También se le dio una pequeña explicación de porque debe responder a la necesidad de evacuar y no aguantarse, así mismo, aplicar masaje suave en la parte baja del abdomen y ahora trata en lo posible de evacuar siempre a la misma hora para que su intestino se acostumbre.

### ***EVALUACIÓN:***

La aceptación de la cliente fue buena, ya que le gusto la idea de cambiar los alimentos que le hacían sentirse mal por alimentos más sanos, comenzó a cambiar las legumbres de hoja verde, los refrescos por agua de fruta natural, evitó en lo posible las leguminosas.

Aceptó tomar el agua en ayunas con lo que refirió sentir que le era más fácil al momento de evacuar y complementó tomando dos litros diarios de agua.

También estableció un horario para evacuar que fue después de la comida y aprovecho la idea de darse un masajito, ocho días después las evacuaciones de la señora fueron diarias, constantes y con heces fecales de consistencia más blanda.

### **DIAGNÓSTICO Nº 3**

Alteración de la nutrición por exceso relacionado con una ingesta superior a sus necesidades metabólicas y falta de ejercicio manifestado por sobrepeso superior al 10% al ideal para su talla y constitución.

#### **OBJETIVO:**

La señora consumirá una dieta adecuada a sus necesidades metabólicas eliminando alimentos con alto valor calórico o carbohidratos.

#### **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

- Junto con la señora revisar los alimentos bajos en calorías.
- Elaborar una dieta equilibrada para toda la familia.
- Comer solo en un lugar determinado de la casa (la cocina).
- No consuma alimentos mientras realiza otras actividades (leer, ver tele), ni entre comidas.
- Beba un vaso de agua antes de comer.
- Utilice platos pequeños.
- Prepare raciones pequeñas.
- No coma del plato de otra persona.
- Comer despacio, masticar bien y descansar 15seg. entre cada bocado.
- Comenzar a andar despacio entre 800-1500mts. e ir aumentando diariamente la misma cantidad.
- Establecer una hora fija para la actividad física de 3-5 veces por semana de 15-45min. al día.
- Aprovechar cualquier oportunidad para la actividad física.

#### **EJECUCIÓN:**

Junto con la señora se revisaron los alimentos que le dan un mayor y menor aporte calórico.

La señora preparó raciones exactas para los integrantes de la familia, y cambió los platos de acuerdo a cada persona.

Ahora si entre comidas le da hambre toma agua o se come una fruta y mastica despacio los alimentos.

Después de sus clases de macramé, corre media hora en una corredora que tiene y complementa con abdominales, sentadillas y otros ejercicios leves. También aprovecha cualquier oportunidad para hacer ejercicio.

### ***EVALUACIÓN:***

Este fue el objetivo que más satisfacciones dio tanto para ella como para mí, ya que la señora logró bajar 10kg en los 3 meses que se trabajó con ella.

Refiere que al principio le costó mucho trabajo adaptarse al plan que ambas nos propusimos, pero que ahora que ve los resultados se siente orgullosa de que si lo pudo lograr.

Comenzó cambiando algunos alimentos con alto valor calórico por alimentos más balanceados, fue evitando comer entre comidas y cuando le daba hambre se tomaba un vaso de agua o se comía alguna fruta.

Cambió platos grandes por chicos y así las raciones se veían grandes, preparaba solamente la comida que se ocupaba y no de más, para evitar volverse a servir, así mismo ya no comía tan a prisa sino que masticaba bien la comida y lo hacia despacio.

El propósito que se hizo de hacer ejercicio fue todo un éxito, corría de 30-45min, hacía abdominales, sentadillas y otros más, también aprovecho ir al supermercado caminando, subir escaleras en lugar de utilizar elevador.

## **DIAGNÓSTICO N° 4**

Alteración del patrón del sueño relacionado con situaciones emocionales y nicturia manifestado por despertares frecuentes durante la noche.

### **OBJETIVO**

Que doña M. E. logre conciliar el sueño toda la noche para que al despertar se sienta descansada y pueda realizar sus actividades sin problemas.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

- Que la señora limite la ingesta de líquidos por la noche y que orine antes de dormir.
- Limitar que duerma durante el día.
- Establecer una rutina habitual para acostarse (hora, baño con agua tibia), y seguirla lo más fielmente posible.
- Explicarle al conyugue las causas del trastorno del sueño y las posibles formas de evitarlo.
- Tratar de evitar discusiones antes de acostarse.
- Platicar con su esposo sobre sus diferencias y tratar de arreglarlas sin discutir.

### **EJECUCIÓN:**

Se le explicó a la señora porque debería evitar los líquidos a la hora de acostarse y se le recomendó que orinara antes de acostarse para evitar estarse levantando durante la noche.

En conjunto con su esposo y ella se determinó que la hora de acostarse sería a las 10:30 p.m. pero antes se darían un baño para dormir a gusto.

Se platicó con el cónyuge a solas para explicarle lo que a la señora le estaba inquietando y causando problemas para conciliar el sueño por lo que se siente cansada al despertar.

***EVALUACIÓN:***

Este fue otro de los objetivos que se cumplió satisfactoriamente debido a que la señora comenzó a dejar de tomar agua por las noches y además orinaba antes de acostarse, lo que dio como resultado que al cabo de tres días ya no se levantara.

Lo más satisfactorio de este objetivo es que el esposo de la señora fue de lo más comprensivo y al igual que ella expuso sus inquietudes y diferencias, por lo que se llegó a un acuerdo, que en el momento en el que hubiera algo que no le pareciera a alguno de los dos, lo hablarían sin discutir, y efectivamente al cabo de un mes su relación mejoró en un 80%, ya que a cada diferencia en lugar de discutir, platicaban ampliamente y terminaban por arreglarlo quedando ambos satisfechos.

## **DIAGNÓSTICO Nº 5**

Alteración del bienestar relacionado con distensión abdominal manifestado por intolerancia a algunos alimentos, dolor, gases.

### **OBJETIVO:**

Que la señora refiera alivio de las manifestaciones patológicas que presenta.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

- Canalizarla con el especialista Gastroenterólogo.
- Realizar una lista de los alimentos flatulentos que le producen distensión abdominal y flatulencia para tratar de evitarlos.
- Evitar la ropa ajustada.
- Tratar de evitar situaciones estresantes.
- Que los alimentos sean pobres en grasas.

### **EJECUCIÓN:**

Se llevó a consulta con el gastroenterólogo “Dr. Carlos Canales”, quien bajo los criterios de Roma II, estableció el Diagnóstico y le recomendó tratamiento médico y a base de una dieta equilibrada y ejercicio.

Con la ayuda de de libros y revistas se realizó una lista de los alimentos que tiene que tratar de evitar para prevenir la distensión.

Se recomendó que tratara de no usar la ropa ajustada lo cual también le evitaría sentirse distendida e incómoda.

### **EVALUACIÓN:**

La señora aceptó seguir con la consulta del especialista durante los próximos tres meses que fue lo que el doctor le recomendó, durante los cuales refiere haberse sentido mejor.

En los tres meses ella logró identificar cuales eran los alimentos que le producían el malestar, y así pudo evitarlos al máximo, también modificó la forma de prepararlos (con el mínimo de grasa), incluyó frutas, verduras, fibra y el agua en cantidad suficiente.

Finalmente refirió que no dejaría la rutina de ejercicio, ya que eso le ayudó tanto a controlar la patología, como a bajar de peso, y que no descansaría hasta llegar a su peso ideal.

## **X. CONCLUSIONES**

En este trabajo se aplicó el Proceso Atención Enfermería a una persona con Síndrome de Intestino Irritable, aunque se sabe que es importante aplicarlo a todos los pacientes, ya que es de gran ayuda para conocer sus necesidades y así poder ayudarlos en su rápida recuperación.

Con el Proceso Atención Enfermería nos damos cuenta de la importancia que tiene brindar a los pacientes una atención de calidad, que sea humanista e integral, ya que todo esto nos hace estar en frecuente interacción con el usuario y tomar en cuenta todo lo que le sucede.

Los resultados que se obtuvieron de las intervenciones brindadas a la paciente dependieron en gran parte de la atención de calidad que brindé como enfermera, ya que si no hubiera sabido identificar las necesidades y realizar cuidados pertinentes a la señora, no habría sabido que intervenciones implementar para solucionar los problemas de la señora .

Al término del proceso se lograron la mayoría de los resultados esperados, la paciente mostró mucha mejoría y dijo estar satisfecha con la atención que se le brindó.

Este trabajo me permitió reflexionar sobre los procedimientos que realizamos diariamente y lo que podemos lograr si fijamos metas con los pacientes.



## **XI. SUGERENCIAS**

Que el proceso atención enfermería sea aplicado por las y los licenciados en enfermería para brindar los cuidados tanto clínicos como preventivos de manera oportuna.

Orientar a las personas sobre el Síndrome de Intestino Irritable dirigiéndose a la población de más alto riesgo, mediante sesiones y folletos, abordando así la prevención primaria.

Implementar programas de fomento a la salud que incluyan regimenes dietéticos y de ejercicio.

Estimular a las personas que se quejen de síntomas vagos pero persistentes a que busquen atención médica, para la rápida detección de un diagnóstico y tratamiento oportuno que ayude a evitar complicaciones.

Implementar el proceso atención enfermería en la atención de los pacientes sin importar la patología, lo que facilitaría a la enfermera una atención continua, coordinada, racionalizada y de calidad.

Unificar criterios para la realización del proceso enfermero entre el personal de enfermería.

# ***XII. ANEXO***

## **GUÍA DE VALORACION DE ENFERMERIA**

### **I.- VALORACIÓN GENERAL**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Familiar o Persona para Contactar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

TA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

#### **PIEL:**

Color: Normal \_\_\_\_\_ Pálida \_\_\_\_\_ Cianótica \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

Edemas: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Descripción-Localización: \_\_\_\_\_

Lesiones: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Descripción-Localización: \_\_\_\_\_

Prurito: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Descripción-Localización: \_\_\_\_\_

Sentidos Corporales: Vista \_\_\_\_\_ Oído \_\_\_\_\_ Olfato \_\_\_\_\_ Gusto \_\_\_\_\_ Tacto \_\_\_\_\_

Enfermedades Graves-Operacionales: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuales \_\_\_\_\_

Secuelas: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

Tabaquismo \_\_\_\_\_ Alcoholismo \_\_\_\_\_ Cafetismo \_\_\_\_\_ Uso de Sustancias Tóxicas \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_ HTA \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_

### **II.- VALORACIÓN POR NECESIDADES**

#### **1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

Respiración Frecuencia: \_\_\_\_\_

Calidad: Normal \_\_\_\_\_ Superficial \_\_\_\_\_ Rápida \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_

Ruidos a la Auscultación: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Descripción-Localización: \_\_\_\_\_

Tos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Secreciones: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Dolor al Respirar: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tabaco: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Lo dejó especificar fecha: \_\_\_\_\_

Consumo: -de 1 paquete al día \_\_\_\_\_ 1-2 paquetes al día \_\_\_\_\_ +de 2 paquetes al día \_\_\_\_\_

Otras Drogas: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Uso \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia respiratoria?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

TA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Pulso: Fuerte \_\_\_\_\_ Débil \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Irregular \_\_\_\_\_

## 2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Ingesta habitual: Desayuno: \_\_\_\_\_

Comida: \_\_\_\_\_

Merienda: \_\_\_\_\_

Cena: \_\_\_\_\_

Dieta especial: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tipo de Dieta: \_\_\_\_\_

Ingesta de líquidos: -de 1 litro al día \_\_\_\_\_ 1-2 litros al día \_\_\_\_\_ +de 2 litros al día \_\_\_\_\_

Intolerancia a alimentos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿cuáles?: \_\_\_\_\_

Apetito: Normal \_\_\_\_\_ Disminuido \_\_\_\_\_ Aumentado \_\_\_\_\_ Náuseas \_\_\_\_\_ Vómitos \_\_\_\_\_

Fluctuación de peso en los últimos 6 meses: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Kg. Ganados-perdidos: \_\_\_\_\_

Problemas de:

Masticación: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Usa prótesis dental: \_\_\_\_\_

Deglución: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sólidos \_\_\_\_\_ Líquidos \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_

Digestión: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tipo: Gases \_\_\_\_\_ Ardor \_\_\_\_\_ Pesadez \_\_\_\_\_ Dolores \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Prótesis dental: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Superior \_\_\_\_\_ Inferior \_\_\_\_\_

¿La piel esta hidratada? cuando se pellizca ¿la marca dura un rato?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Come entre comidas?: Rara vez \_\_\_\_\_ con frecuencia \_\_\_\_\_ con mucha frecuencia \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda?: Preparar la comida \_\_\_\_\_ comer \_\_\_\_\_ trocear los alimentos \_\_\_\_\_

## 3. NECESIDAD DE ELININACIÓN

Intestinal:

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Estreñimiento \_\_\_\_\_ Diarrea \_\_\_\_\_ Incontinencia \_\_\_\_\_

Ostomía: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Auto cuidado: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Problemas de: Hemorroides \_\_\_\_\_ Sangrado \_\_\_\_\_ Heces negras \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Uso de laxantes o rutinas: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Ayudas empleadas: \_\_\_\_\_

Urinaria:

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Disuria \_\_\_\_\_ Nicturia \_\_\_\_\_ Incontinencia \_\_\_\_\_ Pañal \_\_\_\_\_

Color: amarillo claro \_\_\_\_\_ amarillo oscuro \_\_\_\_\_ naranja \_\_\_\_\_ rojo \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

Sonda vesical \_\_\_\_\_ fecha de último sondaje \_\_\_\_\_

Cutánea:

Sudoración cutánea: S \_\_\_\_\_ i \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sudoración profusa: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Menstruación: regular \_\_\_\_\_ irregular \_\_\_\_\_ abundante \_\_\_\_\_ dolorosa \_\_\_\_\_

Secreciones vaginales: aspecto \_\_\_\_\_ ¿Son abundantes?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene molestias fuera de la menstruación?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

#### **4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

Expresión facial: adecuado \_\_\_\_\_ alerta \_\_\_\_\_ inexpresivo \_\_\_\_\_ hostil \_\_\_\_\_ inadecuado \_\_\_\_\_

Comportamiento motor inhibido: inhibición \_\_\_\_\_ agitación \_\_\_\_\_ temblores \_\_\_\_\_ rigidez \_\_\_\_\_

incoordinación \_\_\_\_\_ inquietud \_\_\_\_\_ tics \_\_\_\_\_

Postura: erecto \_\_\_\_\_ decaído \_\_\_\_\_

Modo de andar: normal \_\_\_\_\_ acelerado \_\_\_\_\_ tambaleante \_\_\_\_\_ lento \_\_\_\_\_

Limitaciones físicas: temporales \_\_\_\_\_ permanentes \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Aparatos de ayuda: ninguno \_\_\_\_\_ bastón \_\_\_\_\_ muletas \_\_\_\_\_ andador \_\_\_\_\_

otros \_\_\_\_\_

Vértigo: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Siente dolor o rigidez articular?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio?: Si \_\_\_\_\_ No- \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Practica algún deporte?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

#### **5. NECESIDAD DE DESCANS Y SUEÑO**

Horas de sueño nocturno: \_\_\_\_\_ Otros descansos: \_\_\_\_\_

Problemas de sueño: al inicio \_\_\_\_\_ interrumpido \_\_\_\_\_ despertar temprano \_\_\_\_\_ sueño  
excesivo \_\_\_\_\_ pesadillas (tipo) \_\_\_\_\_

Sensación después de dormir: descansado \_\_\_\_\_ cansado \_\_\_\_\_ confuso \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

Factores que afectan el sueño: \_\_\_\_\_

Ayudas para favorecer el sueño: lectura \_\_\_\_\_ baño \_\_\_\_\_ fármacos \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

## 6. NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si misma?: Si \_\_\_ No \_\_\_ con limitaciones \_\_\_\_\_

Alergias a determinados tejidos: Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿cuáles?: \_\_\_\_\_

¿Qué importancia da a su aspecto?: poca \_\_\_\_\_ bastante \_\_\_\_\_ mucha \_\_\_\_\_

¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias?: Si \_\_\_ No \_\_\_

Otros datos de interés: \_\_\_\_\_

## 7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: normal \_\_\_ hipotermia \_\_\_ hipertermia \_\_\_ temp.: \_\_\_\_\_

Sudoración cutánea: Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿están fríos sus pies o manos?: si \_\_\_ no \_\_\_ ¿Si fuese necesario sería capaz de medirse usted mismo la temp.?: si \_\_\_ no \_\_\_\_\_

## 8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: baño \_\_\_ ducha \_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Cepillado de dientes: Si \_\_\_ No \_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Autónomo: Si \_\_\_ No \_\_\_ Necesita ayuda: Si \_\_\_ No \_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_

Descuido en: dientes \_\_\_\_\_ uñas \_\_\_\_\_ Su piel es: seca \_\_\_\_\_ grasa \_\_\_\_\_

¿Ha notado alguna lesión? (úlceras, eccema) descríbalas: \_\_\_\_\_

Sus cabellos son: secos \_\_\_\_\_ grasos \_\_\_\_\_ se rompen con facilidad: \_\_\_\_\_

¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo?: Si \_\_\_ No \_\_\_\_\_

## 9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno: \_\_\_\_\_

Somnoliento \_\_\_ Confuso \_\_\_ Apático \_\_\_ Hipervigilante \_\_\_ Distráido \_\_\_

Fluctuante \_\_\_ No responde a estímulos \_\_\_ Sólo sigue instrucciones \_\_\_\_\_

Orientación Espacio-Tiempo-Persona

Tiempo: (estación, día, mes, año) especificar: \_\_\_\_\_

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) especificar: \_\_\_\_\_

Persona: (reconoce personas significativas): \_\_\_\_\_

Alteraciones perceptivas: Auditivas \_\_\_ tipo: \_\_\_\_\_

Visuales \_\_\_\_\_ tipo: \_\_\_\_\_

Táctiles \_\_\_\_\_ tipo: \_\_\_\_\_

Olfativas \_\_\_\_\_ tipo: \_\_\_\_\_

Localización de la percepción: interna \_\_\_\_\_ externa \_\_\_\_\_

Auto descripción de si misma: \_\_\_\_\_

Alegre \_\_\_ triste \_\_\_ confiada \_\_\_ desconfiada \_\_\_ tímida \_\_\_ Inquieta \_\_\_ sobre valoración de logros \_\_\_\_\_ exageración de errores \_\_\_\_\_ infravaloración \_\_\_\_\_

Auto evaluación general y competencia personal: positiva \_\_\_\_\_ negativa \_\_\_\_\_

Sentimientos respecto a ello: inferioridad \_\_\_ superioridad \_\_\_ tristeza \_\_\_\_\_ culpabilidad \_\_\_ inutilidad \_\_\_ impotencia \_\_\_ ansiedad \_\_\_ miedo \_\_\_ rabia \_\_\_ depresión \_\_\_ otros \_\_\_\_\_

Alergias a una sustancia o medicamento: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuáles: \_\_\_\_\_

El estado de la persona puede constituir un peligro para ella: \_\_\_\_\_ o para otros: \_\_\_\_\_ especificar: \_\_\_\_\_

Precauciones: más vigilancia \_\_\_\_\_ poner barandillas \_\_\_\_\_ contención mecánica \_\_\_\_\_

### **10. NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD**

Organización del pensamiento-lenguaje: \_\_\_\_\_

Contenido: coherente y organizado \_\_\_\_\_ distorsionado \_\_\_\_\_

Descripción de la alteración: \_\_\_\_\_

Curso del pensamiento: \_\_\_\_\_

Inhibido \_\_\_ acelerado \_\_\_ perseverancia \_\_\_ incoherencia \_\_\_ desorganizado \_\_\_\_\_

Formas de expresión: \_\_\_\_\_

Claro \_\_\_ organizado \_\_\_ coherente \_\_\_ confuso \_\_\_ desorganizado \_\_\_ incoherente \_\_\_\_\_

tartamudeos \_\_\_ autista \_\_\_\_\_

Humor: \_\_\_\_\_

Bueno \_\_\_ deprimido \_\_\_ eufórico \_\_\_ ansioso \_\_\_ triste \_\_\_ fluctuante \_\_\_\_\_

apático \_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

Lenguaje: \_\_\_\_\_

Velocidad: normal \_\_\_\_\_ rápido \_\_\_\_\_ lento \_\_\_\_\_ paroxístico \_\_\_\_\_

Cantidad: abundante \_\_\_\_\_ escaso \_\_\_\_\_ lacónico \_\_\_\_\_ veborreico \_\_\_\_\_

Tono y modulación: alterado \_\_\_\_\_ tranquilo \_\_\_\_\_ hostil \_\_\_\_\_

Vive: solo \_\_\_ acompañado \_\_\_ Lugar que ocupa en la familia, rol: \_\_\_\_\_

Personas más significativas: \_\_\_\_\_

Principal confidente: \_\_\_\_\_

Personas con las que se relaciona a diario: \_\_\_\_\_

Su relación es: satisfactoria \_\_\_\_\_ insatisfactoria \_\_\_\_\_ indiferente \_\_\_\_\_

Tiempo que pasa solo y porqué: \_\_\_\_\_

Tiempo que pasa con amigos y compañeros: \_\_\_\_\_

Sexualidad: última regla \_\_\_\_\_ Anticoncepción: si \_\_\_ no \_\_\_ Método: \_\_\_\_\_

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: si \_\_\_ no \_\_\_ Motivos: \_\_\_\_\_

Nº de embarazos: \_\_\_\_\_ Se realiza auto examen: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

### **11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VLORES**

¿Qué es lo más importante para usted en la vida?: \_\_\_\_\_

Religión: católica \_\_\_ romana \_\_\_ protestante \_\_\_ judía \_\_\_ otra \_\_\_\_\_

Desea realizar prácticas religiosas: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ ¿visita al capellan?: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

En caso de no poder tomar decisiones, ¿Qué persona le gustaría que lo hiciera por usted?:

\_\_\_\_\_

### **12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Si la respuesta es si, explíquese: \_\_\_\_\_

Problemas laborales: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ cuáles: \_\_\_\_\_

Tiempo dedicado al trabajo: \_\_\_\_\_ Tiempo dedicado

al ocio: \_\_\_\_\_ Capacidad de decisión: si \_\_\_ no \_\_\_ Resolución de problemas:

si \_\_\_ no \_\_\_ Grado de incapacitación personal atribuida: \_\_\_\_\_

### **13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

¿Reserva algún tiempo para divertirse?: poco \_\_\_\_\_ mucho \_\_\_\_\_ suficiente \_\_\_\_\_

¿Cuál es su diversión preferida?: \_\_\_\_\_

Pérdida de interés por las actividades recreativas: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Cambios en las habilidades o funciones físicas corporales: \_\_\_\_\_



**14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

Alteraciones en la memoria: reciente\_\_\_\_\_ remota\_\_\_\_\_

Inteligencia general: adaptado al momento\_\_\_\_\_ retraso en el desarrollo\_\_\_\_\_

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje: \_\_\_\_\_

Pregunta\_\_\_\_\_ escucha\_\_\_\_\_ interés\_\_\_\_\_ desinterés\_\_\_\_\_ propone alternativas\_\_\_\_\_

### **XIII. GLOSARIO**

**APONEURÓTICA:** Vaina robusta de tejido conectivo fibroso que actúa como tendón de inserción de los músculos al hueso o como fascia que mantiene unidos los músculos.

**BENIGNA:** No canceroso y, por tanto, que no representa una amenaza inmediata, incluso aunque finalmente se requiera tratamiento por razones de salud o estéticas.

**CRÓNICO:** Que se desarrolla lentamente y persiste durante un largo periodo de tiempo, generalmente el resto de la vida del sujeto.

**DIARREA:** Evacuación frecuente de heces blandas, acuosas, generalmente con resultado del aumento de la motilidad del colon. Las heces pueden contener también moco, pus, sangre o cantidades excesivas de grasa. Sin tratamiento la diarrea puede conducir rápidamente a deshidratación y desequilibrio electrolítico, y debes ser tratada sintomáticamente hasta que se haga el diagnóstico adecuado.

**DIGESTIÓN:** Conversión de los alimentos en sustancias absorbibles en el tracto gastrointestinal. Esta se lleva a cabo gracias al desdoblamiento mecánico y químico de los alimentos en moléculas cada vez más pequeñas, con la ayuda de glándulas internas y externas al intestino.

**DEFECACIÓN:** Eliminación de heces fecales a través del recto.

**DISTENSIÓN:** Situación de estar hinchado o distendido.

**EPISÓDICO:** Incidente o acontecimiento que se sale de la rutina normal de la vida cotidiana, como un episodio de fiebre.

**ESFÍNTER:** Banda circular de fibras musculares que estrecha un paso o cierra una abertura natural del cuerpo, como el esfínter anal externo, que cierra el ano.

**ENZIMA:** Proteína producida por las células vivas que cataliza las reacciones químicas de la materia orgánica. La mayoría de las enzimas se produce en cantidades mínimas y cataliza reacciones que tienen lugar en el interior de las células.

**ESTRÉS:** Cualquier factor emocional, físico, social, económico o de otro tipo, que requiere una respuesta o un cambio, como la deshidratación, que puede provocar un aumento de la temperatura corporal, o la separación de los padres, que puede provocar el llanto de un niño pequeño.

**ESTREÑIMIENTO:** Dificultad en el tránsito fecal o expulsión infrecuente y dificultosa de heces de consistencia dura.

**FUNGIFORMES:** En forma de hongo.

**FUM:** Fecha de última menstruación.

**GASTROENTEROLOGÍA:** Estudio de las enfermedades que afectan el tracto gastrointestinal, incluyendo estómago, intestino, vesícula y conductos biliares.

**GLÁNDULA:** Cualquiera de los numerosos órganos del cuerpo, constituida por células especializadas que secretan o excretan productos sin relación con su metabolismo normal.

**INERVACIÓN:** Distribución o suministro de fibras nerviosas a una parte del cuerpo.

**LUI:** Legrado uterino instrumental.

**MACERACIÓN:** Reblandecimiento y fragmentación de la piel por la exposición prolongada a la humedad.

**PAE:** Proceso Atención Enfermería.

**RECURRENTE:** Que vuelve hacia atrás o hacia su origen.

**SÍNDROME:** Conjunto de signos y síntomas que aparecen simultáneamente con frecuencia suficiente como para definir clínicamente un estado patológico determinado.

**SII:** Síndrome de Intestino Irritable.

**ÚVULA:** Estructura anatómica carnosa y colgante, situada en la zona posterior del paladar blando.

**VESTÍBULO:** Cámara, espacio o cavidad que sirve de entrada a otra cavidad. <sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Diccionario Mosby. Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. vol. 1, 6ª edición. Ed. Elsevier.

Diccionario, Términos Médicos. Ed. Europrinter.

## ***XIV. BIBLIOGRAFÍA***

1. VILLALOBOS, José de Jesús. Valdovinos, Miguel Ángel. Olivera, Marco Antonio. Principios de Gastroenterología. Ed. Méndez Editores.
2. L. DRAKE, Richard. W. M. Mitchell, Adam. Anatomía para Estudiantes. Ed. Elsevier. España S.A. 2005.
3. QUIROZ, Gutiérrez Fernando. Anatomía Humana III. Ed. Porrúa, S.A.
4. FLÓREZ, Jesús. Farmacología humana. 3ª edición. Ed. Masson.
5. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. Edición 48. Ed. PLM.
6. MANUAL. Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson.
7. MARRINER Tomey, Ann. Raile Alligood, Martha. Modelos y Teorías de Enfermería. 5ª edición. Ed. Elsevier, Mosby.
8. JUALL Carpenito, Lynda. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 9ª edición. Ed. McGRAW-HILL Interamericana.
9. Diccionario Mosby. Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. vol. 1, 6ª edición. Ed. Elsevier.
10. Diccionario, Términos Médicos. Ed. Europrinter.
11. www.google.com. Síndrome de Intestino Irritable. Mayo 23 de 2007. 14:00 horas.