

**Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2015 / 2016

TRABAJO FIN DE GRADO
**Caso clínico: Aflicción crónica relacionada con mala adaptación
al cambio de su estado de salud**

Autor/a: Marta Alonso Sendrós

Tutor: Luis A Hijós Larraz

ÍNDICE

	Páginas
1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	3-5
3. OBJETIVO	5-6
4. METODOLOGÍA	6
5. DESARROLLO	6-19
5.1 Datos generales	6-7
5.2 Medicación prescrita	7
5.3 Historia de Enfermería	8-9
5.4 Valoración de las necesidades según Virginia Henderson	9-12
5.5 Análisis e interpretación de datos	12
5.6 Formulación de los Problemas	13
- Diagnósticos enfermeros	
- Diagnósticos de autonomía	
- Problemas de colaboración	
5.7 Planificación de los cuidados	13-18
5.8 Evaluación	18-19
6. DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN	19
7. AGRADECIMIENTOS	20
8. BIBLIOGRAFIA	21-24
9. ANEXOS	25-31
a. Anexo 1. Distribucion del impacto emocional en la endometriosis	25
b. Anexo 2. Formulario de consentimiento informado para proceso enfermera	26-28
c. Anexo 3. Medicacion: mecanismo de acción, indicaciones y efectos secundarios	29-31

1. RESUMEN

Introducción: la endometriosis es el crecimiento del tejido que recubre el útero fuera de este, es una enfermedad benigna propia de la mujer. Afecta a un 7-15% de las mujeres en edad reproductiva. La solución más efectiva es la laparoscopia que conlleva complicaciones asociadas como son la perforación intestinal, como consecuencia se puede producir la resección intestinal dando lugar al Síndrome de Intestino Corto (SIC), que cursa con diarrea, alteraciones hidroelectrolíticas y deficiencias nutricionales. Ambas enfermedades causan un gran impacto emocional en la mujer.

Objetivo: poner de manifiesto el papel fundamental de enfermería a la hora de superar ciertas facetas del SIC.

Metodología: realización de un caso clínico mediante la valoración de las necesidades básicas según Virginia Henderson de una persona con endometriosis y SIC, aplicando las etiquetas diagnósticas de la taxonomía NANDA, los resultados NOC e intervenciones NIC.

Desarrollo: en este caso, se ha observado como problema principal la Aflicción Crónica; para su resolución se plantearon distintos objetivos y se llevaron a cabo distintas actividades.

Discusión/conclusión: queda de manifiesto la importancia de enfermería en el impacto emocional que producen la Endometriosis y el Síndrome de Intestino Corto. El diagnóstico de Aflicción crónica revela la importancia entre el mundo físico y el psíquico.

Palabras clave: Endometriosis, Laparoscopia, Síndrome de Intestino Corto, Cuidados de enfermería.

2. INTRODUCCIÓN

Se entiende por endometriosis el crecimiento del tejido que recubre el útero (endometrio) fuera de este y que se infiltran más de 5mm. Es decir, se caracteriza por la presencia de glándulas y estroma endometriales fuera de la cavidad uterina. (1, 2, 3)

Es una enfermedad benigna propia de la mujer y puede aparecer en zonas cercanas al útero como son ovarios, vejiga, intestinos, recto... (1,2)

Actualmente se trata de la segunda enfermedad ginecológica más importante, la padecen entre un 7 y un 15% de las mujeres en la edad reproductiva. (4,5) En mujeres estériles la incidencia es de un 30% hasta un 50%. (5, 6)

Todavía se desconoce la patogenia de la endometriosis, se barajan varias posibilidades como la menstruación retrograda, defectos en la inmunidad celular y la diseminación vascular y linfática. (2,3)

La enfermedad suele cursar con dolor pélvico crónico, infertilidad, dispareunia, tenesmo rectal y dismenorrea progresiva. En menos ocasiones cursa con abdomen agudo, hematuria y rectorragias. (2, 3, 7)

Existen una serie de factores epidemiológicos que han sido relacionados con el riesgo de sufrir endometriosis: edad, antecedentes ginecoobstétricos (menarquía precoz, dismenorrea, uso de dispositivos intrauterino), así como antecedentes quirúrgicos (legrados de repetición, histerectomía, cesáreas) y los antecedentes familiares de endometriosis en primer grado. (7) A pesar de la existencia de estos factores la aparición de la endometriosis no es predecible. (8)

Para el diagnóstico de la enfermedad no es suficiente con los síntomas, es necesaria la exploración de la pelvis mediante cirugía para confirmarla. (9, 10)

Para tratar la enfermedad debe darse un enfoque multidisciplinar e individualizado, teniendo en cuenta síntomas y el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida del paciente. (11, 12)

Según numerosos estudios la solución más efectiva es la laparoscopia para la extirpación de los nódulos y permitir la fertilidad de la mujer. (5, 6, 9)

La laparoscopia es un procedimiento ginecológico frecuente que tiene una serie de complicaciones asociadas a la entrada como son: la lesión intestinal, vesical, a vasos abdominales, infecciones postoperatorias, enfisema subcutáneo, insuflación extraperitoneal, herniación (13, 14). La perforación o lesión intestinal se presenta en un porcentaje mayor a 4,2% de todas las laparoscopias abdominales. En los casos de perforación intestinal, puede ser necesario que la paciente porte una bolsa de colectora de heces hasta que cicatrice el tejido intestinal o la resección de parte del intestino. (10, 15)

Como consecuencia de la endometriosis se puede producir una resección intestinal extensa dando lugar al Síndrome de Intestino Corto (SIC). El SIC es un cuadro clínico caracterizado por la pérdida anatómica o funcional de intestino delgado. Es un síndrome que cursa con diarrea, alteraciones hidroelectrolítica y deficiencias nutricionales; pueden aparecer distintas complicaciones como disfunción hepática, sobrecrecimiento bacteriano, anemia, hígado graso, úlcus gástrica, cirrosis, colelitiasis... Tras la resección, el intestino progresará hacia la adaptación para aumentar la absorción intestinal de nutrientes, el grado de adaptación dependerá de la longitud y localización del segmento resecado, el estado del intestino remanente y de la edad del paciente. (15, 16)

El tratamiento para el SIC se basa en dar soporte nutricional y en algunos casos reconstrucción autóloga del intestino para mejorar la adaptación. (15, 16)

La adaptación intestinal se produce en fases, comienza de manera rápida y se lentifica conforme pasan los años, de media este proceso dura de 2 a 5 años. (15)

En la primera fase o fase aguda (24-48 horas) existe una diarrea secretora severa. En la segunda fase o fase de adaptación (5º-14º día pos-resección)

se incluyen cambios morfológicos y funcionales; se alcanza el 90-95% de la adaptación potencial del intestino. La diarrea acuosa disminuye gradualmente y aparece la hiperfagia adaptativa para compensar el déficit de absorción. Y en la fase de mantenimiento ya se ha conseguido la máxima adaptación posible. (15)

Al hablar de adaptación intestinal se habla de adaptación estructural y funcional; aumento del diámetro y longitud del intestino para aumentar la absorción de nutrientes y electrolitos. (15, 17)

El SIC al igual que la endometriosis causa un gran impacto en la calidad de vida de la mujer, junto con dolor incapacitante que es la causa mayor de los problemas. Son mujeres más susceptibles de sufrir ansiedad y depresión. Los sentimientos más frecuentemente expresados son la tristeza, decepción, alertadas, disgustadas, desesperanza ante la incapacidad de tener hijos, de la insatisfacción sexual de su pareja... (7, 18) Ver ANEXO 1

JUSTIFICACIÓN

Se ha elegido como tema a tratar el Síndrome de Intestino Corto como consecuencia de la endometriosis, ya que es una patología poco explorada desde el punto de vista enfermero y se quiere poner de manifiesto el papel fundamental de enfermería a la hora de superar ciertas facetas del síndrome.

Enfermería debe proporcionar un nivel adecuado de información al paciente y cerciorarse de su correcta asimilación y facilitar contacto con grupos de personas en situaciones similares para sobrellevar mejor la situación.

3. OBJETIVO

El objetivo es presentar un caso clínico de una mujer con endometriosis y SIC, siguiendo el modelo de Virginia Henderson para la identificación y formulación de los problemas de la paciente para planificar los cuidados necesarios.

Para ello, identificar los problemas de la paciente y asegurar el compromiso de esta para el alcance de los objetivos de salud; comprobar que sigue tratamiento y recomendaciones y evaluar la capacidad de cumplimentación de los objetivos establecidos.

4. METODOLOGIA

Caso clínico con la valoración de las necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson a una paciente con diversas patologías derivadas de una complicación quirúrgica en una laparoscopia ante una endometriosis severa. Se aplicaron las etiquetas diagnósticas pertinentes a la paciente mediante la taxonomía NANDA²⁰ y tras elegir el diagnóstico enfermero más oportuno se enumeraron los resultados esperados (NOC)²¹ y las intervenciones necesarias para alcanzarlos (NIC)²².

El caso clínico se ha basado en una persona física real y para la obtención de información se mantuvo con ella varias conversaciones en persona y telefónicas. Previa realización del trabajo, se entregó a la paciente, un consentimiento informado (ANEXO 2) para darle a conocer toda la información pertinente, y recalcarle la confidencialidad de su caso, respetando ética y legalmente su anonimato en base a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)²³ y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica²⁴. Por ello, el nombre de utilizado en este caso, no es real.

5. DESARROLLO

5.1 DATOS GENERALES

La información general figura en la *Tabla 1. Datos generales*.

Tabla 1. Datos generales

Marina Ramírez, 45 años, divorciada desde 2011.
Vive con su hija Andrea (teléfono 859.568.564) y su hermano Manolo (teléfono 895.568.365).
Diagnosticada de Endometriosis Severa, Hipertensión, Piorrea y "Síndrome de intestino corto".
Antecedentes quirúrgicos: laparoscopia para resección de nódulo por endometriosis, anastomosis íleo
Alergias conocidas: Primperan
TA= 130/95 mmHg FC= 85 pulsaciones/minuto
FR= 28 respiraciones/minuto Talla= 159 cm Peso= 69 kg
T ^a axilar= 36.5 °C IMC=27'9kg/m ²

5.2 MEDICACIÓN PRESCRITA (ANEXO 3)

Los fármacos que se le administran a Marina figuran en la *Tabla 2. Medicación Prescrita*.

Tabla 2. Medicación Prescrita

Nombre fármaco	Indicación	Vía de administración	Dosis
Omeprazol 20mg	Protector gástrico	Oral	Antes del desayuno
Enalapril 10mg	Tratamiento HTA	Oral	Desayuno
Optovite B12	Tratamiento Anemia	Intramuscular	Al mes
Paroxetina 20mg	Antidepresivo	Oral	Desayuno
Decapeptyl 3.75mg	Retira menstruación	Intramuscular	Cada 28 días
Loracepam 1mg	Ansiolítico (Dormir)	Oral	Cena
Codeferalgan		Oral	A demanda (10 pastillas/día)

5.3 HISTORIA DE ENFERMERÍA

Marina me cuenta que fue diagnosticada de endometriosis severa en abril del 2000 mediante laparoscopia. "Al poco tiempo me operaron para quitarme el quistecillo y el cirujano me pincho el intestino, estuve con muchas molestias durante 5 días y nadie me hacía caso hasta que era casi casi tarde"

Estuvo 5 meses ingresada en el hospital a raíz de esta operación; "me tuvieron hasta que inducir el coma durante 7 semanas, me tuvieron enchufada a un montón de máquinas en la UCI durante 3 meses"

"Estando en la UCI me tenían abierta completamente, mi exmarido me contó que no podían parar la infección y casi me amputan la pierna. Cuando desapareció la infección me dejaron con una bolsa de esas para las cacas". Me cuenta que el abdomen se lo cerraron con piel del muslo, la del abdomen fue insalvable, y añade que la ileostomía que le pusieron fue temporal, "la tuve que llevar 2 años".

Tras dos años ileostomizada intentaron anastomosar el íleo y el yeyuno en diciembre del 2002 "pero como no... fue mal de nuevo, me dijeron que se obstruyo el intestino y desde entonces vivo sin nada de intestino delgado"

Marina es continente fecal y urinariamente hablando, "desde la operación voy 10-12 veces al día al baño a hacer de vientre, y ya que voy pues orino, siempre diarrea, claro no absorbo nada porque no tengo intestino delgado".

"Además, no puedo comer fibra, ya lo que me faltaba; ni debería tomar nada con grasa, ni lácteos. Los médicos me recomiendan una dieta astringente de esas para no ir al baño, pero la verdad que como un poco de todo, me niego a quitarme de eso también. Eso sí alcohol 0, pero no por lo de la operación sino que nunca me ha gustado"

Al preguntarle porque no se le ha planteado el trasplantarle un intestino delgado me responde que "quita, quita, yo no vuelvo a pasar por quirófano a no ser cuestión de vida o muerte, además, no se atreven a tocarme después de 15 años se ha podido pegar el intestino grueso a la piel y podría complicar más las cosas. Es más, la regla me la retiraron a raíz de la

operación primera porque si se me formaba otro quiste no podrían quitármelo y era peor, me pinchan todos los meses una inyección para ello".

Además comenta que ha dejado de creer en la actuación sanitaria, "me he llevado demasiados chascos, estoy así por una negligencia sanitaria, aunque no crea en ellos sigo las pautas que me marcan, no tengo más remedio, me gustaría volver a la vida que tenía antes pero eso ya es imposible."

Ella sola se expresa casi sin necesidad de preguntar y me añade "ah, y me pinchan también vitamina B12 porque se debe de absorber en el intestino delgado y al no tener pues no la absorbo".

Antes de la operación Marina trabajaba en una cadena en una empresa de automóviles, ahora se dedica a hacer manualidades y a enseñar a los demás a hacerlas. Al preguntarle si se dedica a ello por tema económico me contesta "ojalá, por el momento solo me entretiene, beneficios pocos o ninguno me da". Me comenta que iba a cursos de pintura y fotografía, pero que ahora no puede acudir "la academia está demasiado lejos para poder ir sin necesitar ir al baño, y además, podría pasarme la clase en el baño; mi vida ahora es muy aburrida"

Marina tiene muchas preocupaciones que expresa conmigo pero no con su hija para no preocuparla "cada vez ingreso con mayor frecuencia, hay algo que no va bien... ¿y si es un cáncer? los médicos no me cuentan nada". "Siento que cada día me encuentro peor y puedo hacer menos cosas". Me expresa su miedo a la soledad "¿y así quien me va a querer?". "Mira Marta ¿es que no ves que para cualquier cosa que hago tengo que estar pendiente de que haya un baño cerca?, mi vida cambió completamente en el año 2000 y no va a mejorar"

5.4 VALORACIÓN NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

La valoración de las necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson figuran en la *Tabla 3. Valoracion de las necesidades según Virginia Henderson.*

Tabla 3. Valoracion de las necesidades según Virginia Henderson

1. Necesidad de respirar normalmente

MI: manifestaciones de independencia: respiración nasal

MD: manifestaciones de dependencia: fumadora de 30 cigarrillos al día

DC: datos que deben considerarse: no quiere dejar de fumar

2. N. de comer y beber adecuadamente

MI: ingiere 3 litros de agua al día

MD: no sigue una dieta adecuada a su estado de salud porque dice no notar mejoría (come grasas, toma dos cafés con leche al día, bebe cola).

DC: ella se prepara la comida (desayuno, comida, merienda, cena). Por su situación digestiva no debe comer fibra, se le recomienda una dieta astringente hidrocarbonada, sin lácteos ni grasas. Me comenta que el huevo no le sienta bien. No bebe alcohol porque no le gusta

3. N. de eliminar por todas las vías corporales

MI: continente urinaria y fecal

MD: no se observan

DC: "desde la operación voy 10-12 veces al día al baño a hacer de vientre, y ya que voy pues orino" "siempre diarrea, claro no absorbo nada porque no tengo intestino delgado"

4. N. de moverse y mantener posturas adecuadas

MI: no se observan

MD: "ni si quiera salgo a caminar"

DC: por su patología no puede realizar ejercicios de contacto físico, ni ejercicios que requieran esfuerzo

5. N. de dormir y descansar

MI: no se observan

MD: no se observan

DC: solo es capaz de dormir 4h seguidas, por la noche se levanta de 2 a 3 veces para ir al baño. No duerme siesta.

6. N. de escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse

MI: en verano por casa va con un camisón o vestido y en invierno se pone un pantalón de chándal y un jersey.

MD: no se observan

DC: no se observan

7. N. de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente

MI: no se observan

MD: no se observan

DC: se considera calurosa

8. N. de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

MI: aspecto pulcro, ducha diaria. Se lava los dientes después de cada comida

MD: no se observan

DC: no se observan

9. N. de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

MI: acude a las revisiones médicas. Toma los medicamentos de la forma prescrita.

MD: miedo a la soledad ("*¿y así quien me va a querer?*")

DC: no se pone la vacuna antigripal porque no es considerada persona de riesgo

10. N. de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

MI: se muestra comunicativa y colaboradora durante la entrevista. Expresa sus preocupaciones acerca de su salud; cada vez ingresa con mayor frecuencia

MD: esconde emociones a su hija para mostrarse fuerte., "*¿y si es un cáncer?, los médicos no me cuentan nada*"

DC: le gusta recibir visitas

11. N. de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias

MI: no se observan

MD: ha dejado de creer en la actuación sanitaria por todas las complicaciones a las que le ha llevado

DC: no se observan

12. N. de ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

MI: lleva a cabo las tareas del hogar y ejerce el rol de madre y hermana en casa. Y tiene como hobby enseñar a coser, hacer anillos, bolsos...

manualidades en general

MD: no se observan

DC: no se observan

13. N. de participar en actividades recreativas

MI: hace sudokus y cose

MD: no suele salir de casa por la necesidad de tener un baño cerca

DC: no se observan

14. N. de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos sanitarios disponibles

MI: conoce los signos y síntomas de alarma ante los que debe acudir al hospital. Se interesa por la evolución de su estado patológico, por el tratamiento, por los avances médicos con respecto a su enfermedad, por maneras de sobrellevar mejor su enfermedad...

MD: no se observan

DC: no se observan

5.5ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Marina, mujer de 45 años. Diagnosticada de endometriosis en el año 2000 y que derivó en SIC tras una intervención.

Marina es autónoma para las actividades de la vida diaria.

Afirma que la relación con su exmarido, su hermano y su hija es buena.

Su patrón de evacuación intestinal no es adecuado, ya que debido al SIC sufre diarrea crónica, lo que influye en su estado de ánimo, relaciones sociales y actividad psicosocial.

Desde el punto de vista de enfermería nos encontramos con el diagnóstico enfermero de Aflicción Crónica y se pretende superar mediante la instauración de las medidas necesarias para que Marina aumente su autoestima y recupere su anterior vida social.

5.6 FORMULACIÓN DE LOS PROBLEMAS

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Aflicción crónica r/c mala adaptación al cambio de su estado de salud m/p expresión repetida de sentimientos indicativos de tristeza, desesperanza, frustración, miedo. (f. psíquica, voluntad)

DIAGNÓSTICOS DE AUTONOMIA

Marina es completamente autónoma.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Diarrea crónica secundaria a síndrome de intestino corto

Malabsorción secundaria a síndrome de intestino corto

5.7 PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Solamente se va a presentar los cuidados del problema de independencia:

Aflicción Crónica.

Definición: situación en que la persona sufre una pérdida continua o una enfermedad o incapacidad crónica experimenta de forma repetida un sentimiento abrumador de tristeza o pena que puede ir en aumento.

Objetivo general:

- Resolución de la aflicción crónica: Marina expresará verbalmente la adaptación al cambio de estado de salud y una menor duración de los períodos de tristeza y un alargamiento de los intervalos entre dos episodios en un plazo de 60 días.

Objetivos específicos:

- Marina mostrará un nivel 4 en verbalizaciones de autoaceptación y de sus limitaciones en los indicadores del NOC (1205) Autoestima, en un plazo de 45 días.
- Verbalizará la realidad de la pérdida, mostrando un nivel 4 en los indicadores del NOC (1304) Resolución de la Aflicción, en 30 días.

- Marina identificará patrones de superación eficaces, en un plazo de 30 días, mostrando un nivel 5 en los indicadores del NOC (1302) Afrontamiento de los Problemas.
- Marina en un plazo de 2 meses, buscará apoyo social en grupos comunitarios, con gente en situaciones similares, mostrando un nivel 4 en los indicadores del NOC (1304) Resolución de la Aflicción.
- Controlará su temor ante situaciones desconocidas, en 60 días, alcanzando un nivel 4 en los indicadores del NOC (2003) Severidad del Sufrimiento.
- Marina referirá un aumento del bienestar psicológico, a lo largo de dos meses, alcanzando un nivel 5 en los indicadores del NOC (1302) Afrontamiento de los problemas.

Marina las medidas acordadas durante los 2 meses pactados como mínimo.

Los resultados a alcanzar figuran en la *Tabla 4. Resultados NOC y nivel de indicadores*. Las intervenciones propuestas para alcanzar dichos resultados figuran en la *Tabla 5. Intervenciones NIC*.

Tabla 4. Resultados NOC y nivel de los indicadores.⁽²¹⁾

Resultados NOC	Indicadores	Nivel inicial	Objetivo
1205 Autoestima	120501 Verbalizaciones de autoaceptación	2	4
	120502 Aceptación de las propias limitaciones	2	4
1302 Afrontamiento de los problemas	130201 Identifica patrones de superación eficaces	2	5
	130218 Refiere aumento del bienestar psicológico	2	5
1304 Resolución de la aflicción	130403 Verbaliza la realidad de la pérdida	2	4
	130417 Busca apoyo social	1	4
2003 Severidad del sufrimiento	200312 Temor a circunstancias desconocidas	1	4

Tabla 5. Intervenciones NIC⁽²²⁾

Intervenciones NIC	Fecha de realización
<p>4310 Terapia de actividad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la capacidad de Marina de participar en actividades específicas y su compromiso a la hora de realizarlas. - Ayudar a Marina a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas. - Ayudar a Marina a centrarse en lo que puede hacer (pintar, hacer manualidades....), más que en los déficits. - Observar la respuesta física y social a la actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Durante la primera semana de intervención. -Durante la primera semana de intervención, luego ella sola elegirá. -Durante la primera semana de intervención, luego ella sola será capaz de centrarse. - A lo largo de toda la intervención.
<p>5100 Potenciación de la socialización</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas - Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes (terapias de grupo - poner en contacto con asociaciones o personas con problemas similares). - Animar a Marina a cambiar de ambiente, como salir a caminar o ir al cine. - Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte de Marina. 	<ul style="list-style-type: none"> - A lo largo de toda la intervención. - A lo largo de toda la intervención. - A lo largo de toda la intervención. - A lo largo de toda la intervención con mayor hincapié al inicio.
<p>5230 Mejorar el afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a Marina a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. - Ayudar a Marina a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Durante la primera semana de intervención, luego ella sola será capaz de identificarlos. -Durante la primera semana de intervención,

<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el impacto de la situación vital de Marina en las relaciones. - Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador. - Proporcionar un ambiente de aceptación. - Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. - Indagar las razones de Marina para su autocritica. - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. - Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. - Ayudar a Marina a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> -Durante la primera semana de intervención. - A lo largo de toda la intervención con mayor hincapié durante la primera semana.
<p>5270 Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar afirmaciones de apoyo. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional (concertar citas regulares para darle la oportunidad de hablar sobre sus sentimientos) 	<ul style="list-style-type: none"> - A lo largo de toda la intervención. - A lo largo de toda la intervención. - A lo largo de toda la intervención.
<p>5330 Control del estado de ánimo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el estado de ánimo inicialmente y con regularidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Al inicio y a lo largo de la intervención de manera regular.



<ul style="list-style-type: none">- Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades de Marina.- Animar a Marina a que tome un papel activo en el tratamiento y rehabilitación de su situación.- Ayudar a Marina a identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional, y determinar cuáles pueden cambiarse.- Ayudar a identificar los recursos disponibles y puntos fuertes o capacidades personales que puedan utilizarse en la modificación de los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional.- Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo (paroxetina) y observar posibles efectos adversos.- Vigilar y fomentar el cumplimiento de la medicación.	<ul style="list-style-type: none">-Hasta que ella sola sea capaz de regularlo.- A lo largo de toda la intervención.- A lo largo de toda la intervención, haciendo hincapié durante la primera semana.-Durante la primera semana de intervención.-Durante la primera semana de intervención, después ella sola se los administrará.- A lo largo de toda la intervención.
<p>5400 Potenciación de la autoestima</p> <ul style="list-style-type: none">- Determinar la confianza de Marina en su propio criterio.- Animar a Marina a identificar sus puntos fuertes.- Ayudar a Marina a encontrar la autoaceptación.- Mostrar confianza en la capacidad de Marina para controlar la situación.- Animar a Marina a que acepte nuevos desafíos.- Recompensar o abalar el progreso de Marina en la consecución de objetivos.	<ul style="list-style-type: none">-Durante la primera semana de intervención.- A lo largo de toda la intervención.

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. - Animar a Marina a participar en actividades sociales y comunitarias. - Remitir a un grupo de autoayuda. - Determinar los puntos fuertes y débiles de los recursos comunitarios y aconsejar los cambios cuando sean apropiados. - Explicar a los demás implicados (hija y hermano) la manera en que pueden ayudar (fomentar apoyo familiar). | <ul style="list-style-type: none"> -Durante la primera semana de intervención. - A lo largo de toda la intervención. -Cuando ella misma lo solicite. -Durante la primera semana de intervención. -Durante la primera semana de intervención. |
|---|---|

5.8 EVALUACIÓN

Antes de comenzar las sesiones con Marina su nivel de autoestima y afrontamiento de los problemas era bajo y una vez realizado las sesiones se ha conseguido aumentar a un nivel de 3-4 en la mayoría de los casos, sin lograr alcanzar en su totalidad, los objetivos planteados (ver *Tabla 6. Niveles alcanzados*).

Se ha conseguido aumentar la autoestima de Marina así como ampliar su red de apoyo emocional, será necesario seguir trabajando en la consecución de los objetivos durante un mayor periodo de tiempo.

Tabla 6. Niveles alcanzados⁽²¹⁾

Resultados NOC	Indicadores	Nivel inicial	Objetivo	Nivel alcanzado
1205 Autoestima	120501 Verbalizaciones de autoaceptación	2	4	4

	120502 Aceptación de las propias limitaciones	2	4	3
1302 Afrontamiento de los problemas	13001 Identifica patrones de superación eficaces	2	5	4
	130218 Refiere aumento del bienestar psicológico	2	5	4
13004 Resolución de la aflicción	130403 Verbaliza la realidad de la pérdida	2	4	4
	130417 Busca apoyo social	1	4	3
2003 Severidad del sufrimiento	200312 Temor a circunstancias desconocidas	1	4	3

6 DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

En este Trabajo de Fin de Grado, se ha abordado el problema de la Aflicción Crónica enfatizando la conexión entre el mundo físico y el psíquico del paciente. En su solución queda patente, el papel clave que tiene el personal de enfermería en la resolución de este tipo de problemas..

En la Aflicción Crónica, se identifican distintos resultados NOC para superarla: autoestima, afrontamiento de los problemas, resolución de la aflicción y severidad del sufrimiento.

Las intervenciones propuestas en este Trabajo para lograr dichos objetivos han demostrado limitada efectividad a corto plazo, dada la mejora de los indicadores establecidos. Esta efectividad deberá en todo caso ser confrontada en estudios posteriores.

Con el presente supuesto queda patente la importancia del trabajo enfermero en el aspecto emocional que pueden conllevar ciertas técnicas médicas, llegando a interferir incluso en las actividades de la vida diaria de las personas afectadas, con especial impacto en aquellos casos cuya duración se prolonga en el tiempo.

7 AGRADECIMIENTOS

Este es un Trabajo Final de Grado, centrado en una persona diagnosticada con Síndrome de Intestino Corto.

Este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración de dicha persona, la cual no revelaré su nombre por el tema de la confidencialidad, que no ha dudado en ningún momento en facilitarme todo el material necesario para el mismo.

Doy gracias también al apoyo de diversos compañeros de clase (Leticia Allué, Irene Fácil, Beatriz Gadea, Susana Navarro...), sin olvidarme de las personas que más lo han sufrido, mis compañeros de piso (Sergio Casales, Pilar Gimeno y Marta Torres).

No puedo olvidar a mis padres que me han animado con sus infinitas palabras de aliento. Ni tampoco a los amigos de toda la vida, puesto que son los que más han sufrido mis flaquezas.

En estos agradecimientos no puedo olvidarme de mi tutor Luis Hijós, ni de María Luisa Mata, los cuales me han ayudado con sus consejos y habilidades.

Finalmente agradecer a la Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca los cuatro años de grado que forjan mi futuro.

8 BIBLIOGRAFIA

1. Endometriosis. MedlinePlus [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); [consultado 24 de enero de 2016]; Disponible en:
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000915.htm>
2. Preciado R, Torres J, Zuñiga JA, Martínez JC, Manterola D, García A. Indicencia de la endometriosis en mujeres con infertilidad: características clínicas y laparoscópicas. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2005 [consultado 24 de enero de 2016];73(9):471-476. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom059b.pdf>
3. Baeriswyl E, Glavic N. Inmunobiología de la endometriosis. Rev chil obstet ginecol [Internet]. 2002 [consultado el 25 de enero de 2016]; 67(5):421-426. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000500017>
4. Lopez A, Adame R. Endometriosis Disponible en:
<http://www.inper.mx/descargas/pdf/ENDOMETRIOSIS.pdf>
5. Torres D, Delgado O, Colmenares M, Sounghi-Sinhi D, Reyna E. Infertilidad y endometriosis. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2007 Diciembre [consulta el 25 de enero de 2016]; 67(4):268-274. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000400007&lng=es.
6. American Society for Reproductive Medicine. Endometriosis – Guía para pacientes [Internet]. ASRM; 2013 [consultado el 25 de enero de 2016]. Disponible en:
https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/BOOKLET%20Endometriosis%20ES%203-5-13%20corrected%20blue.pdf
7. Sánchez G, Sánchez M, Tablante A, Zambrano D, Ortunio M, Carvallo R et al. Características epidemiológicas de pacientes atendidas en la consulta de endometriosis de un hospital universitario. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2008 Diciembre [consultado el 25 de enero de 2016];68(4):248-253. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000400007&lng=es.

8. Rodríguez O. Las Clínicas de Endometriosis. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2009 Septiembre [consultado el 26 de enero de 2016];69(3):145-146. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000300001&lng=es
9. Arango A. La endometriosis infiltrante: Revisión de tema. CES Med [Internet]. 2009 Enero [consultado el 26 de enero de 2016];23(1): 7-60. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052009000100006&lng=en.
10. Castañeda J, Almanza L, Muñoz JC, Arango A, De Los Ríos JF, Serna E et al. La endometriosis profunda infiltrante: Seguimiento de un año luego de tratamiento laparoscópico. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Junio [consultado el 27 de enero de 2016];61(2):129-135. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342010000200005&lng=en.
11. Martínez A, Vila JM, Molina M, López JD, Ruiz JL, Payá V et al . Manejo quirúrgico de la endometriosis vésico-ureteral y sus complicaciones. Rev chil obstet ginecol [Internet]. 2012 [consultado el 27 de enero de 2016];77(5):397-400. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500012&lng=es.
12. De Albuquerque-Salles PA, Diniz I, Rosa-Silva JC. Tratamento da endometriose. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2006 Octubre [consultado el 27 de enero de 2016]; 28(10):612-623. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006001000008&lng=en.
13. Ahmad G, O'Flynn H, Duffy J, Phillips K, Watson A. Técnicas de entrada laparoscópica. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2012 [consultado el 28 de enero de 2016]; 8 (3): 6-14. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=10035234&DocumentID=CD006583>

14. La Chapelle C, Swank H, Wessels M, Mol B, Rubinstein S, Jansen F. Tipos de trócar en la laparoscopia. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2015 [consultado el 28 de enero de 2016]; 12 (3): 9-15. Disponible en:
<http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=10035234&DocumentID=CD009814>
15. Ruiz AI. Síndrome de intestino corto en la población infantil: pronóstico y resultados [Tesis]. Universidad autónoma de Madrid; 2008.
16. Franquelo P, Alramadan M, Valero B, Achille R. Síndrome de Intestino Corto. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2011 Junio [consultado el 9 de febrero de 2016]; 4(2):166-169. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200013&lng=es.
17. Ballesteros MD, Vidal A. Síndrome de intestino corto: definición, causas, adaptación intestinal y sobrecrecimiento bacteriano. Nutr Hosp [Internet]. 2007 [consultado 10 de febrero de 2016]; 22(2):74-85. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000500010&lang=pt
18. Quiñones CA. El impacto emocional en las mujeres con endometriosis [Tesis]. Centro universitario de Bayamón; Noviembre 2012.
19. Luis-Rodrigo MT, Fernández F, Navarro MV. De la Teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3^a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005.
20. Luis-Rodrigo MT. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8^a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
21. Moorhead S, Jonhson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados se enfermería (NOC). 5 ^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
22. Bulechek GM, Bucher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
23. Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, núm. 298, del 14 de diciembre de 1999).

24. Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, núm. 274, del 15 de noviembre de 2002).
25. Vademecum Internacional 2010, primera guía farmacológica completa. Madrid: UBM Medica Spain; 2010

ANEXOS

ANEXO 1. Distribución del impacto emocional de la endometriosis

(18)

Emoción	%
Felicidad	5
Triste	40
Culpable	25
Nerviosa	20
Infeliz	5
Alerta	40
Inspirada	5
Irritable	85
Incómoda	50
Activa	10
Interesada	25
Miedo	55
Miserable	10
Contenta	5
Decepcionada	40
Atenta	30
Acongojada	15
Excitada	5
Complacida	5
Disgustada	45
Fuerte	35
Avergonzada	5
Orgullosa	10

ANEXO 2. Formulario de consentimiento informado para proceso enfermero.

Formulario de consentimiento

- Le estoy pidiendo que participe en un trabajo de fin de grado (TFG) de la Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca.
- Usted no tiene por qué participar.
- Si dice que sí, puede dejar de participar en cualquier momento.
- Por favor tome todo el tiempo que necesite para decidir.

PROCESO ENFERMERO

¿Para qué se firma este documento?

Lo firma para qué Marta Alonso Sendrós pueda hacer uso de su información para realizar el TFG.

¿Por qué se está haciendo este trabajo?

Forma parte del programa del Grado de Enfermería. Queremos saber más sobre cómo ayudar a las personas que puedan encontrarse en su misma situación. Este trabajo nos ayudará a aprender más sobre el tema/situación.

¿Qué pasa si digo “sí, quiero participar”?

Si dice que sí:

- Le preguntaremos sobre temas relacionados con su salud (que come, si realiza ejercicio, fuma, toma alcohol, medicamentos que toma...)
- Le realizaré una entrevista en la que deberá contestar a determinadas preguntas.

Estas preguntas no tienen respuestas correctas o incorrectas. Puede saltar cualquier pregunta si no quiere contestarla.

¿Qué pasa si digo “no quiero participar”?

Nadie le tratará de manera diferente. A usted no se le penalizará.

¿Qué pasa si digo que sí, pero cambio de opinión más tarde?

Usted puede dejar de participar en el trabajo en cualquier momento. A usted no se le penalizará.

¿Quién verá mis respuestas?

Las respuestas pueden verlas un amplio numero de personas (alumnos de la Escuela, profesores...) pero solo están autorizados a saber su identidad el tutor del TFG y Marta Alonso Sendrós

Sus respuestas a la encuesta, su información médica, y una copia firmada de este documento se mantendrán fuera del alcance de las personas no autorizadas.

Cuando compartamos los resultados del trabajo (diagnósticos enfermeros, actividades a realizar...) no incluiremos su nombre. Haremos todo lo posible para que nadie fuera del trabajo sepa que usted participó en él.

¿Me costará algo participar?

No.

Participar en este estudio, ¿pudiera ser malo para mí, de alguna manera?

Sí. Hay una posibilidad de que:

- Las preguntas le puedan hacer sentir triste o hacerle sentir mal.
- Alguien pudiera enterarse de que usted participó en este trabajo y llegar a saber algo sobre usted que usted no quería que supiera.
- Podría tener un problema legal si nos cuenta sobre un delito, como el abuso de niños, que tenemos que reportar.

Haremos todo lo posible para proteger su privacidad.

¿Qué debo hacer si tengo preguntas?

Por favor llame si:

- Tiene alguna pregunta sobre el trabajo.
- Tiene preguntas sobre sus derechos.
- Cree que se ha lesionado de alguna manera por participar en este trabajo.

También puede llamar al tutor encargado de este TFG para preguntar sobre este trabajo.

¿Tengo que firmar este documento?

No. Fírmelo solamente si desea participar.

¿Qué debo hacer si quiero participar?

Tiene que firmar este documento. Le entregaremos una copia.

Al firmar este documento está diciendo que:

- Está de acuerdo con participar en el TFG.
- Le hemos explicado la información que contiene este documento y hemos contestado todas sus preguntas.

Usted sabe que:

- No tiene que contestar preguntas que no quiera contestar.
- En cualquier momento, puede dejar de contestar nuestras preguntas y no le pasará nada a usted.

Nombre: [REDACTED]

Firma y fecha

11/01/2016 [REDACTED]

Nombre de la persona que explica el
Consentimiento: MARTA ALONSO SENDRÓS

Fecha consentimiento: 28/12/2015

ANEXO 3. Medicación: mecanismo de acción, indicaciones y efectos secundarios (25)

Omeprazol:

Mecanismo de acción: inhibe la secreción de ácido en el estómago. Se une a la bomba de protones en la célula parietal gástrica, inhibiendo el transporte final de H⁺ al lumen gástrico.

Indicaciones: el tratamiento de úlcera duodenal, úlcera gástrica, esofagitis por reflujo y tratamiento sintomático del ardor y regurgitación ácida en ERGE.

Efectos secundarios: cefalea, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, náuseas/vómitos y flatulencia.

Bisoprolol (Enalapril®):

Mecanismo de acción: inhibidor del ECA da lugar a concentraciones reducidas de angiotensina II, que conduce a disminución de la actividad vasopresora y secreción reducida de aldosterona.

Indicaciones: tratamiento de HTA, insuficiencia cardiaca sintomática y prevención de la misma, insuficiencia cardiaca congestiva

Efectos secundarios: cefalea, depresión, visión borrosa, mareos, hipotensión, síncope, IAM o ACV, dolor torácico, trastornos del ritmo cardíaco, angina de pecho, taquicardia, tos, disnea, náuseas, diarrea, dolor abdominal, alteración del gusto, erupción cutánea, hipersensibilidad/edema de cara, extremidades, labios, lengua, glotis y/o laringe, astenia, fatiga, hiperpotasemia, aumentos en la creatinina.

Optovite B12

Mecanismo de acción: acción antianémica, indispensable en la síntesis de ácidos nucleicos y proteínas.

Indicaciones: estados carenciales: anemia perniciosa, embarazo, síndrome de malabsorción, enteritis regional, neoplasias malignas intestinales o de páncreas, gastrectomía total o parcial y otros estados con requerimientos de vitamina B12.

Efectos secundarios: edema pulmonar, insuficiencia cardiaca congestiva, trombosis vascular periférica, policitemia vera, prurito, exantema pasajero, sensación de inflamación en todo el cuerpo, urticaria, dolor en el lugar de la inyección, atrofia del nervio óptico, hipopotasemia, diarrea leve transitoria.

Paroxetina:

Mecanismo de acción: inhibe específicamente la recaptación de 5-hidroxitriptamina por las neuronas cerebrales

Indicaciones: episodio depresivo mayor, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de angustia con y sin agorafobia, trastorno de ansiedad social/fobia social,

Efectos secundarios: aumento de los niveles de colesterol, diminución del apetito, somnolencia, insomnio, agitación, mareos, temblores, cefalea, visión borrosa, bostezos, náuseas, estreñimiento, diarrea, sequedad de boca, sudoración, disfunción sexual, astenia, ganancia de peso.

Triptorelina (Decapeptyl®):

Mecanismo de acción: Actúa a nivel adenohipofisario, estimulando la síntesis y liberación de las gonadotropinas LH (hormona luteinizante) y FSH (hormona estimulante del folículo). El incremento de los niveles de gonadotropinas ocasiona el aumento de la producción de testosterona en testículo o estrógenos en ovario, que a su vez inhiben la producción hipotalámica de GnRH, por feed-back negativo, retroalimentando el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal.

Indicaciones: tratamiento del cáncer de próstata localmente avanzado o con metástasis, endometriosis genital y extragenital, fibromas uterinos, infertilidad femenina, pubertad precoz.

Efectos secundarios: hipersensibilidad, humor depresivo, irritabilidad, dolor de cabeza, náuseas, sudoración excesiva, dolor de huesos, mialgia, artralgia, descenso de la libido, rubor, cansancio, trastornos del sueño, reacción y dolor en el lugar de inyección. En hombre: ginecomastia, impotencia. En mujer: sequedad vaginal, dispareunia, cambios de humor, sangrado/manchado vaginal.

Loracepam:

Mecanismo de acción: ansiolítico que actúa incrementando la actividad del ácido gamma-aminobutílico, un neurotransmisor inhibidor que se encuentra en el cerebro, al facilitar su unión con el receptor GABAérgico. Posee actividad hipnótica, anticonvulsivante, sedante, relajante muscular y amnésica.

Indicaciones: tratamiento a corto plazo de los estados de ansiedad y tensión, asociados o no a trastornos funcionales u orgánicos, alteraciones del comportamiento psíquico, enfermedades psicosomáticas, enfermedades orgánicas, trastornos del sueño, insomnio, neurosis

Efectos secundarios: sedación, embotamiento afectivo, reducción del estado de alerta, fatiga, cefalea, somnolencia, sensación de ahogo, ataxia, diplopía, confusión, depresión, desenmascaramiento de la depresión, mareos, astenia, debilidad muscular, reacciones psiquiátricas y paradójicas.

Codeína + paracetamol (Codeferalgan®)

Mecanismo de acción:

- Codeína: Efecto antitusígeno central, moderado efecto analgésico y sedante, antidiarreico.
- Paracetamol: Analgésico y antipirético. Inhibe la síntesis de prostaglandinas en el SNC y bloquea la generación del impulso doloroso a nivel periférico. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura.

Indicaciones: tratamiento sintomático de tos productiva, dolor moderado agudo en mayores de 12 años.

Efectos secundarios: malestar, nivel aumentado de transaminasas, hipotensión, hepatotoxicidad, erupción cutánea, alteraciones hematológicas, hipoglucemia, piuria estéril, estreñimiento, molestias gastrointestinales, náuseas, vómitos, confusión mental, euforia, disforia, prurito, retención urinaria, disnea, convulsiones, sedación.