



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON DETERIORO EN LA
ELIMINACIÓN INTESTINAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

FLORES ROSALES HUGO

No. DE CUENTA: 400095248

SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

DIRECTORA DE TRABAJO: LIC. *Elvia Leticia Ramirez Toriz*



MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



A Dios, a mis Padres, hermanos y Profesores.

*Sabiendo que jamás existirá una
Forma de agradecer en esta vida de
De lucha y superación constante, deseo
Expresarles que mis ideales, esfuerzos y
Logros han sido también suyos y constituye
El legado más grande que pudiera recibir.
Con cariño, admiración y respeto.*

Hugo Flores Rosales.

Lic. en Enfermería y Obstetricia.

Generación 99-03

INDICE.

- INTRODUCCIÓN.....	Pág. 2.
- JUSTIFICACIÓN.....	Pág. 4.
- OBJETIVOS.....	Pág. 5.
1. METODOLOGÍA.....	Pág. 6.
2. MARCO TEÓRICO.....	Pág. 7.
2.1. DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA	
2.2. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	
2.3. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.	
2.4. PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.	
2.5. APARATO DIGESTIVO.	
2.6. OCLUSIÓN INTESTINAL.	
3. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	Pág. 18.
3.1 CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA.	
4. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	Pág. 23.
4.1 JERARQUIZACION DE NECESIDADES.	
4.1.1 PLANIFICACION.	
5. PLAN DE ALTA.....	Pág. 35.
6. CONCLUSIÓN.....	Pág. 40.
8. GLOSARIO.....	Pág. 41.
9. BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 42.
ANEXOS.....	Pág. 43.

INTRODUCCIÓN.

La esperanza de vida en la población humana ha aumentado considerablemente en nuestra sociedad, debido a los avances médicos, es muy importante que se este preparado para valorar y tratar a este tipo de personas.

Es necesario que el personal de salud este preparada y mas el personal de enfermería, ya que es una población que se considera de alto riesgo, por las diversas afecciones que pueden tener por lo cual es necesario tener estrategias para ayudar a su recuperación y esto se puede hacer mediante el Proceso de Atención de Enfermería, que nos ayudara a tener una mejor planificación en los cuidados que se deben aplicar en los diversos problemas que puedan presentar.

La prestación de cuidados al individuo en cualquiera de las etapas del ciclo vital es lo que caracteriza a la disciplina enfermera, el envejecimiento es una etapa de la vida, que abarca una sucesión de cambios y distintos procesos bioquímicos, además de alteraciones estructurales y funcionales en los diversos tejidos del organismo.

Muchos de los cambios producidos en la vejez, son efectos acumulativos de las lesiones y enfermedades que ha ido sufriendo el individuo a lo largo de la vida. La población anciana esta considerada como un grupo de riesgo de sufrir malnutrición calórico-proteica. Por lo cual una adecuada alimentación en la vejez contribuirá a prevenir complicaciones de todo tipo en especial en el sistema digestivo.

Hay cambios durante la vejez como: alteraciones en la dentadura y la masticación, los cambios más importantes en el sistema digestivo que es el que mas nos interesa, en este sistema se refiere a dos aspectos:

- en primer lugar, la reducción de su función motora que lleva al estomago a un retraso en el vaciamiento y en el intestino a una tendencia al estreñimiento.
- Se produce disminución de la secreción gástrica que dificulta la absorción de algunos elementos. También se secreta en menor medida algunas hormonas gastrointestinales.

Por lo cual si no se lleva una dieta adecuada puede ayudar a una alteración muy grave como el estreñimiento, en esta etapa esta puede ocasionar una oclusión y eso es una complicación muy grave.

En este caso el interés fue un padecimiento que afecta el sistema gastrointestinal y que todavía no había sido intervenida y esto sirvió para observar la evolución de este problema en este tipo de personas, en etapa de la vejez.

El documento primero que nada hace referencia al marco teórico que hace hincapié en lo que es la Enfermería y la importancia de esta. También lo que es el Proceso de Atención de Enfermería, su organización y su definición, se hace mención del modelo de Virginia Henderson que es la estructura con el cual se basa este caso clínico, se hace referencia también del proceso de envejecimiento, y los problemas que este contrae.

La alteración es a nivel del intestino grueso, por lo cual se mencionan algunas definiciones, que son importantes para comprender las necesidades de la persona, y que se describen en el caso clínico, que es la esencia de este documento y que nos ayudara a establecer intervenciones que nos auxilien a nosotros y a la paciente a llevar un mejor control, esto dependiendo de sus necesidades mas apremiantes y que tenga así una recuperación adecuada, asimismo de fomentar la investigación en el personal de enfermería.

JUSTIFICACIÓN.

Una de las estrategias para incrementar la investigación y sistematizar los cuidados, es el proceso de atención de enfermería, el cual permite desarrollar un pensamiento reflexivo y crítico para solucionar problemas de salud del individuo, familia o comunidad, a través de una atención metódica y científica.

Las ventajas que esta metodología ofrece es proporcionar una atención planeada e individualizada con base en las necesidades del individuo, familia o comunidad y fomentar la investigación en el personal de enfermería en formación.

La causa por la cual se enfoca mas que nada a la geriatría es por la siguiente razón: con los avances médicos y tecnológicos se ha aumentado considerablemente la esperanza de vida de la población por la cual es indispensable educar a la población en general acerca del trato que hay que darle a la población anciana, además esta considerada como un grupo de riesgo de sufrir malnutrición y por consecuencia otras alteraciones en su salud que disminuyen sus capacidades.

Es por eso que como Profesional de la salud de la Licenciatura en Enfermería y obstetricia debe dar a conocer el tratamiento y cuidados de las personas de la tercera edad, ya que son los que forjaron y ayudaron a la formación de este país y que son parte importante de nuestras vidas.

OBJETIVOS.

- Valorar al paciente de forma integral según su necesidad y que tanto depende de otras personas para su realización.
- Exponer las estrategias generales y/o específicos con los cuales se pretenden lograr una adecuada recuperación, mediante el proceso de atención de enfermería.
- Establecer medidas y cuidados para el mejor manejo del paciente dependiendo de su alteración.
- Definir métodos para una mejor estrategia de cuidados que van dirigidos a un mejor reestablecimiento de sus funciones alteradas y así ayudar a su evolución.

1. METODOLOGÍA.

El método que se utilizó para la adquisición de datos, fue mediante la observación directa que es donde se obtiene datos mediante nuestros sentidos, y puede ser objetiva o subjetiva y en esas características importantes debemos poner atención.

Otra es la observación indirecta que se presenta cuando nosotros corroboramos los datos obtenidos tomados de otros, en este caso del expediente y su historia clínica que proporcionan datos que puede que los pacientes oculten o hayan olvidado.

Las otras que se utilizaron fue la entrevista verbal con el familiar y el paciente que fue con el fin de obtener datos anteriores y actuales de la condición del paciente.

Esto mediante el instrumento de valoración del anciano provisto por la academia del Adolescente, Adulto y Anciano II, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Y el cuestionario que en este caso nos permite aislar los problemas que son prioritarios, a los cuales se les dio un trato primordial.

Todos estos métodos tienen por objetivo en común que es la valoración del paciente para un mejor manejo en los problemas que más lo afectan y en los que debemos enfocar principalmente. Esto nos lleva a un método científico y de investigación que a la vez se llevan a la práctica.

Cuando aplique el instrumentó el paciente estaba en la fase aguda y es por eso que se tuvo la experiencia de recibir al paciente en un ingreso a hospitalización, posteriormente se instruyo sobre el manejo de la colostomía tanto a ella como a sus familiares.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA:

Virginia 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" ¹

La definición de Enfermería del CIE

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.²

En estas definiciones se ve la importancia de la enfermería como disciplina, ya que no solo se dedica a ayudar al individuo enfermo si no también al sano, para evitar la enfermedad el (la) enfermero (a) se dedica a dar información como promoción de la salud.

La enfermera esta en todo rubro desde que se nace hasta que se muere, por lo cual se debe de estar preparado para estas situaciones.

Por lo cual estas definiciones engloban lo que la enfermería es y debe ser para un mejor apoyo al individuo, familias y comunidades, como personal calificado y prestador de los servicios de salud.

2.2. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. ³

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 al enfermero y a la enfermera prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemáticas 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:

¹ R. L. Wesley (1997): *Teorías y modelos de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana, México. (*)

² Luis Rodrigo, M^a T. (2000). *Los diagnósticos enfermeros. Revisión, crítica y guía*. Masson, Barcelona

³ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 5^a ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60

- 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, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

También:

- 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). En este rubro es la capacidad aplicar un instrumento de valoración en este caso un cuestionario, que se emplea para tener información de la paciente según sus necesidades mediante el modelo de Virginia Henderson, y este es de manera directa a la persona afectada y/o a familiares.
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar). Otra forma de obtener información es mediante la expresión corporal de la paciente por eso es importante saber observar, y valorar esa información, y plasmarlo en la valoración ya que es de mucha importancia.
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico). Después de lo anterior es importante proponer las estrategias a seguir para llevar acabo una mejor

- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico). Después de lo anterior es importante proponer las estrategias a seguir para llevar a cabo una mejor planeación que sea eficaz y que ayude al paciente a tener una mejor recuperación, claro esto mediante las intervenciones que apliquemos según sus necesidades.

Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

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. ⁴

2.3. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.⁵



Virginia Avenal Henderson
(1897 – 1996)

Considera 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de Enfermería. Estas necesidades están interrelacionadas entre si, son comunes a todas las personas y en todas las edades. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos.

Lo que se altera no es la necesidad, sino la satisfacción y el grado de satisfacción es distinto para cada persona. Aunque no prioriza las necesidades las cinco primeras se consideran vitales.

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc.

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

⁴ Griffit JW, Christensen PJ. *Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos*. México: El Manual Moderno; 1986:6.

⁵ PHANEUF M...."Cuidados de Enfermería", el proceso de atención de enfermería. Interamericana McGraw-Hill. Madrid 1993 (Pág. 16 a 48)

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA DEBIDA POSTURA

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

6. NECESIDAD DE SELECCIONAR LA ROPA ADECUADA, A VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DEL CUERPO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, POR MEDIO DE ROPAS ADECUADAS Y LA MODIFICACIÓN DE LA TEMPERATURA AMBIENTE

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

8. NECESIDAD DE MANTENERSE LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LA PIEL

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LOS DAÑOS A OTRAS PERSONAS

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean. La autoestima, también introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS PARA EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES, O "SENSACIONES"

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

11. NECESIDAD DE PRACTICAR SU RELIGIÓN

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR EN ALGO QUE DE LA SENSACIÓN DE UTILIDAD

Aceptación del rol de cada uno.

13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE RECREO

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

14. NECESIDAD DE APRENDER A SATISFACER LA CURIOSIDAD, AFÁN QUE CONDUCE AL DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.

2.4. PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.⁶

La vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 65 años y que finaliza con la muerte.

El envejecimiento según "Harman", podría definirse como la acumulación progresiva de cambios en el tiempo que son responsables del aumento de la probabilidad de enfermar y de morir del individuo.

Otro autor: "Streheler" nos da cuatro características que matizan el concepto:

1. Es universal para todos los individuos de una especie dada.
2. Se producen cambios endógenos, van de dentro hacia fuera. Es un fenómeno intrínseco no debido a agentes externos.
3. Es un fenómeno progresivo.
4. Es un fenómeno deletéreo, que produce alteraciones en el organismo.

En cualquier organismo que se estudie el envejecimiento, podemos decir que se presentan las cuatro características vitales anteriormente descritas y que estas ocurren en el organismo a tres niveles:

⁶ GUILLÉN, LI., FRANCISCO. RUIPÉREZ, C. Isidoro. *Manual de Geriatria* Editorial Mason, 3ª Edición, España, 2002

- Estructura: cambios anatómicos, estatura, posición del cuerpo, opacidad de los huesos, etc.
- Función: cambios en la actividad del organismo y cambios en la conducta. Ejemplo: en la marcha, en el humor, etc.
- Substrato: alteraciones moleculares. Ejemplo: glucemia.

Cambios Biológicos:

Con el paso de los años se va produciendo un deterioro de la capacidad del organismo para la regeneración de las células. Los cambios que se producen en el organismo por el envejecimiento son similares a lesiones que ocurren en las patologías. La trama tisular y las células del organismo debido a factores exógenos tales como los agentes físicos, los agentes químicos y los agentes biológicos y por otra parte los factores endógenos: neoplasias, auto inmunidad y los trastornos genéticos producen o bien una respuesta insuficiente de la célula o que no ésta no responda (lesión) o que la respuesta sea una inadaptación de la célula a dicha situación, generando en cualquiera de los casos la vulnerabilidad del organismo.

Por otra parte tenemos la "APOPTOSIS": muerte celular programada. Durante el desarrollo celular hay un equilibrio entre proliferación de células y apoptosis, es un proceso selectivo, las células están programadas genéticamente para desaparecer selectivamente, sin embargo durante el envejecimiento la apoptosis se intensifica resultando un déficit de células.

Muchas teorías intentan explicar el proceso del envejecimiento:

- Teorías orgánicas o sistémicas.
- Teorías celulares.
- Teorías moleculares.
- Teorías del envejecimiento programado.
- Teorías evolutivas.

Pero no entraremos en las definiciones. Abordaremos los cambios que se producen en el envejecimiento en el sistema nervioso.

El sistema nervioso es un sistema de comunicación y tiene la misma estructura que cualquier sistema de comunicación, consta de: un emisor, un receptor (las proteínas), un panel que transmite la señal y como resultado se produce una respuesta.

El sistema nervioso tiene una estructura que forma lo que se podría llamar unas redes de comunicación, cuyo procesamiento se lleva a cabo en la corteza cerebral y cerebelo, en la retina, en los núcleos lisis del SNC y en los ganglios vegetativos del SN Periférico. Las neuronas serán las encargadas de transmitir y la sinapsis es la zona de contacto, necesario para que la transmisión sea posible.

En el envejecimiento se produce una pérdida neuronal, una disminución del volumen cerebral, una disminución de la sustancia blanca, de la corteza cerebral frontal y del cuerpo estriado y todo ello debido a la muerte celular y/o atrofia celular.

En el envejecimiento se produce no tanto la muerte celular sino la disminución del tamaño de las mismas y un declinar de la sinapsis.

Cambios Físicos:

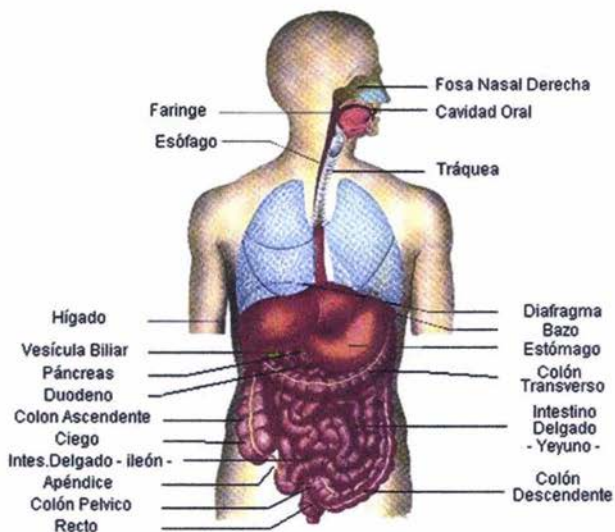
Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en el organismo lo que trae consigo cambios morfológicos cardiovasculares, cambios patológicos estructurales del aparato respiratorio, muscular, óseo, digestivo, genito-urinario, ..., cambios en la boca y dientes, cambios en los órganos sensoriales tales como disminución de la agudeza visual y pérdida auditiva, la piel denota enrojecimiento, se acompaña frecuentemente de una mayor lentitud en la capacidad psicomotriz y de una disminución en los mecanismos termorreguladores del anciano, todo ello puede suponer un riesgo para la salud del individuo.

2.5 APARATO DIGESTIVO.⁷

El aparato digestivo es una serie de órganos huecos que forman un largo y tortuoso tubo que va de la boca al ano. El interior del tubo está revestido por una membrana llamada mucosa. La mucosa de la boca, el estómago y el intestino delgado contiene glándulas diminutas que producen jugos que contribuyen a la digestión de los alimentos.

Hay otros dos órganos digestivos compactos, el hígado y el páncreas, que producen jugos que llegan al intestino a través de pequeños tubos. Además, algunos componentes de otros aparatos y sistemas (por ejemplo, los nervios y la sangre) juegan un papel importante en el aparato digestivo.

⁷ Harrison, Tinsley Randolph. *Principios de medicina interna*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A., 1994.



2.6. OCLUSIÓN INTESTINAL.⁸

Bloqueo parcial o total de los intestinos.

Edad

Afecta a ambos sexos, a cualquier edad.

CAUSAS

Adherencias (bandas constrictivas de tejido fibroso, resultantes de cirugía previa).

Hernias intestinales.

Inflamación intestinal o tumores, benignos o cancerosos.

Tumores en órganos adyacentes que presionan los intestinos.

Objetos extraños en los intestinos (ingeridos o parásitos, como gusanos).

Retorcimiento de intestino (vólvulos).

Estreñimiento grave (impacción fecal).

⁸ Harrison, Tinsley Randolph. *Principios de medicina interna*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A., 1994.

SÍNTOMAS

Dolor abdominal y calambres.

Náuseas y vómitos.

En la etapa avanzada, los vómitos tienen el aspecto de las heces.

Debilidad, mareos o desvanecimientos.

Poca o ninguna orina debido a la pérdida de fluidos.

Ruidos audibles desde el abdomen en las primeras etapas.

Más tarde, NO se oye ningún ruido.

Sensación de plenitud abdominal, inflamación y gases.

Fiebre (a veces).

Diarrea (sólo en la oclusión parcial).

Hemorragia rectal (a veces).

FACTORES DE RIESGO

Siga una dieta alta en fibra y beba al menos 6 a 8 vasos de líquido al día para evitar el estreñimiento o la impactación fecal.

Visite al médico lo antes posible para corregir las hernias.

Visite a su médico si sus hábitos intestinales cambian de forma significativa durante más de 7 días.

Podría ser un síntoma precoz de cáncer de intestino.

DIAGNÓSTICO:

Historial y reconocimiento físico por un médico.

Análisis de sangre para medir los líquidos y electrolitos y detectar hemorragias o infecciones.

Rayos X del tracto intestinal y el abdomen, con y sin contraste (superior e inferior, series GI).

TRATAMIENTO:

Tratamiento médico.

Generalmente, cirugía para retirar la obstrucción.

En el vólvulo puede bastar con un enema o lavativa.

Hospitalización para diagnóstico y sustitución de los líquidos perdidos antes de la cirugía.

Medidas generales

La oclusión intestinal se desarrolla con rapidez hasta convertirse en una emergencia.

Medicación

La medicación no ayuda en las oclusiones intestinales.

Actividad

Descanso en cama hasta que la oclusión se haya corregido.

POSIBLES COMPLICACIONES

Deshidratación y shock.

Gangrena en el intestino.

Perforación intestinal.

Peritonitis.

PRONOSTICO

A veces persiste durante mucho tiempo, en otras ocasiones mejora lentamente.⁹

⁹

R. Scott Jones M.D. Obstrucción intestinal. En Sabiston, DC: Tratado de Patología Quirúrgica. México DF, Editorial Interamericana, S.A., 1991, pp 936-945.

3. PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO.

LIC. Elvia Leticia Ramírez Toriz. Directora de trabajo se le hace presente y se le informa del siguiente caso clínico con los siguientes datos:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: B.R.S.

Sexo: femenino.

Edad: 76 años.

Talla: 1.45 m.

Perímetro abdominal: 100cms.

Fecha de Nacimiento: 1-nov.-1927.

Ocupación: hogar.

Escolaridad: ninguna.

Fecha de admisión: 20-08-2003.

Estado civil: viuda.

Procedencia: México, DF.

Fuente de información: Expediente, familiar y ella misma.

Fiabilidad (1-4): 3.

Miembro de la familia/ persona significativa: hijo y nuera.

Servicio: Medicina Interna.

No. De cama: 32.

Paciente femenina de 76 años de edad, procedente de Milpa Alta, vive en el pueblo de San Jerónimo, viuda desde hace 10 años, vive sola, tiene dos hijos casados, pero solo uno se ocupa de ella junto con su esposa, de religión católica dedicada al hogar.

Se presenta al servicio de urgencias del hospital General Milpa Alta con los siguientes datos: abdomen globoso, náuseas y vómito, y dolor abdominal a la exploración.

En la aplicación del instrumento se observa lo siguiente:

1. Necesidad de oxigenación.

No presenta ninguna dificultad para respirar, aunque presenta tos productiva cuyas secreciones son verdosas, esta tos no producía dolor a la paciente, ella no es fumadora.

En la observación que se realizó no se veía un gran esfuerzo al respirar y ninguna otra alteración relacionada con esto.

La tos era productiva pero muy leve y no presentaba ninguna dificultad. Sus signos vitales estaban en los parámetros normales y no necesitaba ningún dispositivo para ayudar a su respiración.

Presentaba una leve palidez y no tenía ningún examen de laboratorio en este caso gasometría.

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.

Refiere que su dieta habitual es una dieta blanda por la falta de piezas dentales, come 3 veces al día.

Indica no haber tenido trastornos digestivos graves, solo refiere problemas diarreicos, no tiene ninguna intolerancia alimentaria, es una persona con bajo peso, no realiza ejercicio y no utiliza suplementos o fármacos que le ayuden a su eliminación y tampoco refiere la utilización de fármacos que hagan que pierda el apetito.

En lo que se refiere a su estado actual tiene indicado ayuno por el problema que presenta en este caso es la dificultad para defecar, por lo cual presenta palidez y resequeza en la piel, su constitución es ectomorfa, cabello amarillo y débil, no tiene algunas piezas dentales. No relata que haya tenido ninguna alteración del tracto digestivo.

3. Necesidad de Eliminación.

Tiene sonda nasogástrica cuyo drenaje es de coloración verdosa líquida. Se le realiza Rx de Abdomen y Tórax en la cual se observa inflamación del intestino.

La paciente tiene problemas al defecar desde hace ya una semana, no indica tener problemas al orinar pues lo ha hecho 3 veces, no presenta alguna afección renal, hemorrágica o hemorroides.

En la palpación el abdomen está globoso y hay resistencia, sus ruidos intestinales son hipoactivos, no hay rasgos de cirugía o lesión, tiene dificultad para canalizar gases. Se le coloca sonda Foley por la presión que ejerce la inflamación del intestino y el abdomen en la vejiga.

A pesar de todo se llegó a la cirugía, primero una laparoscopia y después una resección de intestino, además de la realización de una colostomía para ayudar a la recuperación de la parte dañada, se le pronosticaba una recuperación muy larga y por su edad muy difícil.

4. Necesidad de Termorregulación.

Se reporta durante su ingreso una temperatura de 38 °C, cuando ingresa a hospitalización su temperatura estaba controlada pues a la toma tiene parámetros entre 36 a 36.9 °C, tiene poca transpiración y ella no refiere ningún problema.

5. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Comenta que no realiza ningún tipo de actividad física, por lo cual su condición es la de una mujer con debilidad muscular, no tiene alguna limitación física por lo cual no tiene ningún tipo de prótesis.

Esta conciente, no tiene alteración a nivel del sistema neuro-musculo-esquelético, tiene buena motricidad, su postura no es buena, tiene problemas para deambular, refiere que se cansa con facilidad, ahora con este problema su movilidad es mucho menor y con su angustia no le hace sentir con el animo de caminar y movilizarse.

6. Necesidad de descanso y sueño.

Ella dice que se siente un poco angustiada por su problema y por su cirugía por lo cual no ha podido dormir bien, se le nota una actitud de angustia cuando se le habla, pero hay atención por su parte y responde cuando se le habla.

7. Necesidad del uso de prendas de vestir adecuadas.

Ella refiere que es autosuficiente en lo que se refiere al elegir su vestuario, relata que se viste y se desviste sola.

No utiliza pañal, ahora refiere que si ha necesitado ayuda en este momento por la condición en que se encuentra pero solo el necesario a causa de la debilidad y de la poca movilidad.

8. Necesidad de higiene y protección.

Necesita de un baño por día, necesita ayuda por su poca movilidad, en este caso se lo realiza el personal de enfermería, se le ayuda en la lubricación de piel y en la eliminación., refiere que en su hogar se baña cada tercer día, indica que se lava los dientes por la mañana, en la revisión tiene pocas piezas dentales por lo cual no ha llevado un cuidado adecuado de su dentadura, comenta que se lava las manos antes y después de comer e ir al baño.

Presenta leves lesiones en los pies en los talones, tiene las uñas amarillentas, el pelo pálido y débil, hasta el momento no tiene lesiones dérmicas o de algunas cirugías previas.

9. Necesidad de evitar peligros.

Vive sola, solo su hijo y su nuera son los que la visitan y ven por ella. No tiene algún conocimiento en la prevención de accidentes, realiza controles periódicos de salud cuando va a su consulta. Canaliza sus situaciones de tensión en su auto imagen, no tiene problema con ningunos de sus

sentidos, pero en este momento su desplazamiento esta afectado y su edad representa una mayor probabilidad de tener un accidente.

10. Necesidad de comunicarse.

Manifiesta sus problemas a su familiar, al personal de enfermería y a los médicos, ella pasa la mayor parte del día sola, refiere tener una amiga con la cual solía platicar a diario y que eso es lo que extraña. Aun con su problema de falta de piezas dentales se le entiende a la hora de hablar y comunicarse, no tiene dificultad visual, ni auditiva. Su comunicación es verbal con nosotros y con su familiar, se puede observar la no verbal con facilidad por ejemplo en sus estados de angustia.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

La religión de esta persona es la católica, estas creencias no le generan conflictos personales, pero presenta angustia por el miedo a la muerte.

Convive por lo general con su familia, ella permite la exploración física, además no esta muy metida en su religión lo cual ella lo comenta.

12. Necesidad de realizarse y trabajar.

Ella se dedica al hogar, su hijo y su esposa se hacen cargo de ella, indican que sus ingresos económicos si le permiten cubrir sus necesidades. En su hogar se siente útil. Pero en este momento el estado emocional del paciente esta temeroso, inquieto y con angustia.

13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

La paciente refiere que su actividad recreativa es tejer y platicar con su amiga. Pero que en este momento no se siente con las condiciones de hacerlas por la falta de movilidad.

14. Necesidad de aprendizaje.

No cuenta con ninguna referencia académica, tiene problemas de aprendizaje, no sabe leer y escribir, además de sus familiares no cuentan con tiempo suficiente para estar todo el día con ella.

La paciente no presenta ninguna alteración orgánica que limita a su aprendizaje, aunque su estado de angustia la altera un poco no es una limitante, su estado de memoria reciente esta bien en tiempo y espacio y la remota esta igual ya que recuerda su pasado.

3.1 CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA.

Necesidad de:	Grado de dependencia:	Dx. De Enfermería.
Necesidad de oxigenación.	Independiente.	
Necesidad de Nutrición e Hidratación.	Parcialmente independiente.	Déficit nutricional por defecto, relacionado con malos hábitos alimenticios y un ayuno presente manifestado por bajo peso y piel reseca.
Necesidad de Eliminación.	Parcialmente independiente.	Estreñimiento relacionado con una posible obstrucción intestinal manifestado por la distensión abdominal y movimientos intestinales hipo activos.
Necesidad de Termorregulación	Independiente.	
Necesidad de moverse y mantener una buena postura.	Parcialmente Independiente.	Deterioro de la movilidad física relacionado con la distensión abdominal, debilidad muscular y lesiones leves manifestado por dificultad para girarse en la cama.
Necesidad de descanso y sueño.	Independiente.	
Necesidad del uso de prendas de vestir adecuadas.	Independiente.	
Necesidad de higiene y protección.	Parcialmente Independiente.	Deterioro de la integridad cutánea relacionado con agotamiento y debilidad para moverse manifestado por piel reseca y leves lesiones en los talones de los pies.
Necesidad de evitar peligros.	Parcialmente Independiente.	Riesgos de accidentes, relacionado con su edad y nivel académico bajo, manifestado con seguimiento inexacto de la instrucción.
Necesidad de comunicarse.	Independiente.	

Necesidad de vivir según sus creencias y valores.	Independiente.	
Necesidad de realizarse y trabajar.	Independiente.	
Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.	Parcialmente Independiente.	
Necesidad de aprendizaje.	Parcialmente Independiente	Conocimientos deficientes sobre manejo de colostomía relacionado con falta de exposición y limitación cognoscitiva manifestado por verbalización del problema y angustia.

4. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

4.1 JERARQUIZACION DE NECESIDADES.

Para la elaboración de este Proceso de Atención de Enfermería, serán las siguientes:

- ☛ Necesidad de Eliminación.
- ☛ Necesidad de Nutrición e Hidratación.
- ☛ Necesidad de higiene y protección.
- ☛ Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- ☛ Necesidad de evitar peligros.
- ☛ Necesidad de aprendizaje.

4.1 PLANIFICACION.

Necesidad de Eliminación.

Dx: Estreñimiento relacionado con una posible obstrucción intestinal manifestado por la distensión abdominal y movimientos intestinales hipo activos.

Objetivos:

- Facilitar la eliminación de sustancias nocivas al organismo.
- Disminuir los factores de riesgo que puedan ocasionar una complicación más grave.

Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Medir el perímetro abdominal.	Medir su perímetro abdominal nos indicara si esta evolucionando correctamente y desechar la posible obstrucción abdominal.	Aquí se hacia por turno y se encontró que aumentaba muy poco en el día y que no disminuía por lo cual se llevaba un control estricto sobre este rubro.
Intervenciones de enfermería	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Mantener a derivación sonda naso gástrica.	Ayuda a la eliminación de sustancias nocivas al organismo. La disminución de los mecanismos de eliminación aumenta la probabilidad de complicarse en una infección peritoneal y provocar una alteración más grave que puede provocarle una terrible consecuencia.	Aquí fue muy importante ya que esto ayudo a tener una eliminación de sustancias nocivas y a que su abdomen y estomago no se distendieran mas.
Intervenciones de enfermería	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Cuidados de sonda naso gástrica. Vigilancia de cantidad y	La sonda naso gástrica facilita la salida y eliminación de sustancias que regresan al estomago y que pueden provocar lesiones al mismo y	Aquí fueron muy importantes estos cuidados además de que estuviera segura para cualquier movimiento, verificar que fuera permeable

<p>características del líquido.</p> <p>Aseo y fijación de sonda nasogástrica.</p>	<p>al tubo digestivo. Además un mal cuidado o manejo provoca lesiones.</p>	<p>y que estuviera lo más posible limpia para evitar alguna afección.</p> <p>Se cuantificaba 100ml. Por turno de líquido gástrico.</p> <p>Se observó mejoría en la respiración por que no había mucha presión por la distensión en el diafragma.</p>
<p>Intervenciones de enfermería</p>	<p>Fundamentación Científica.</p>	<p>Evaluación.</p>
<p>Vigilar la existencia de sonidos intestinales.</p>	<p>Es importante valorar la existencia de movimientos intestinales para así comprobar y tener una valoración mas precisa en la probable oclusión, por que a falta de movimientos la materia fecal se va acumulando y aumenta esa probabilidad.</p>	<p>Este se llevo a cabo durante la palpación y valoración diaria. Para así llevar un mejor control.</p>
<p>Intervenciones de enfermería</p>	<p>Fundamentación Científica.</p>	<p>Evaluación.</p>
<p>Medir el aporte y las pérdidas de líquidos. (Control de líquidos).</p>	<p>Es importante para verificar la cantidad que el individuo esta reteniendo de líquidos o esta perdiendo con el fin de tener un control en la infusión de líquidos y evitar una deshidratación o una hiperhidratación.</p>	<p>Es importante tener un buen control en este rubro por la necesidad que tiene la paciente y se llevo a cabo correctamente.</p>

Necesidad de Nutrición e Hidratación.

Dx: Déficit nutricional por defecto, relacionado con malos hábitos alimenticios y un ayuno presente manifestado por bajo peso y piel reseca.

Objetivos:

- Disminuir el riesgo de una descompensación hídrica por falta de líquidos y nutrientes.
- Disminuir la distensión abdominal y que no aumente.
- Mantener el equilibrio de líquidos y evitar complicaciones derivadas por niveles de líquidos anormales.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación Científica.	Evaluación.
- Mantener la hidratación por medio de la infusión de líquidos por vía endovenosa.	<p>La falta de una buena nutrición y consumo de líquidos provocan una descompensación que puede provocar este tipo de problemas como el estreñimiento además de aumentar los problemas para su recuperación.</p> <p>Por lo tanto también la introducción de líquidos y electrolitos es indispensable por lo cual la solución mixta, además la administración de glucosa para las funciones celulares.</p>	En este rubro su mejoría fue leve pero se mantuvo en un buen estado.
Intervenciones de enfermería	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Administración de medicamentos. (Ranitidina.)	Es importante la administración de medicamentos en este caso la ranitidina que es antihistamínico que inhibe y regula las secreciones de ácido gástrico y evita producir una hipersecreción y ayuda a la protección de mucosa gástrica.	En este caso se vio que no había problema como hiperacidez o aumento de secreción por la sonda nasogástrica

Intervenciones de enfermería	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Verificar Signos Vitales.	Es indispensable ya que son parámetros indicadores de alguna posible complicación.	En este caso se hizo en cada turno por lo cual se pudo medir y ver cualquier problema.

Necesidad de higiene y protección.

Dx: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con agotamiento y debilidad para moverse manifestado por piel reseca y leves lesiones en los talones de los pies.

Objetivos:

- Mantener integra la primera barrera de protección del organismo que es la piel.
- Ayudar al paciente con el cuidado de sus mucosas y tegumentos.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Proporcionar baño de esponja.	El baño ayuda a mantener limpia la piel, además de limpiarla disminuimos la cantidad de colonias de microorganismos y ayuda al paciente a una buena circulación periférica. Y hace sentir mejor al paciente. El baño además ayuda la circulación periférica por los masajes que se dan, también se hacen cambios de posición que ayuda como ya se menciono anteriormente.	Con esto se mantiene limpia y lo más integra la piel dando un buen aspecto e higiene. Además de que este ayudo a movilizarse y tener menos riesgo de lesiones en la piel. Hay que usar agua templada y jabón suave para el baño, aclara y secar especialmente, sin frotar las zonas de riesgo.
Intervenciones de enfermería	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la	Es muy importante eliminar la humedad, ahí se concentra	Es importante ya que hay que evitar complicaciones, y esto

transpiración y después del baño.	el aumento de microorganismos y hongos que dañan la piel y aumentan el riesgo de úlceras y de infecciones.	se hace mediante la aplicación de lubricantes o talcos para evitar estos problemas.
Intervenciones de enfermería	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Cambio de ropa de ella y de la cama.	<p>El cambio de ropa por limpia hace sentir al paciente mas limpio y esto además ayuda a relajarse.</p> <p>Es importante por que además de evitar lesiones por una buena técnica en el tendido de cama se evitan la acumulación de microorganismos que se encuentran en la ropa sucia y que si tiene una lesión aumenta el riesgo de alguna infección, además de que cuando se cambia la cama hay un cambio de postura que le ayuda a evitar lesiones.</p>	En este caso se llevo de manera adecuada, por lo cual aumento su autoestima.
Intervenciones de enfermería	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Poner lubricante y dar un masaje para ayudar a la conservación e hidratación de su piel.	La aplicación de un lubricante a la piel ayuda a e mantener la piel bien hidratada y esto hace que sea más resistente y no este reseca y lesionada, además permite que no haya fricción con la ropa.	Al aplicar la crema hidratante tras el lavado general, especialmente en las zonas de pliegues, disminuyo el riesgo del aumento de lesiones en las áreas de presión.
Intervenciones de enfermería	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Vigilar las fuentes de presión y fricción.	La valoración es indispensable para evitar las úlceras por presión que	Fue muy importante por que se evito que otras partes de el cuerpo se lesionaran o se

Observar su color, calor, pulsos, texturas y si hay inflamación y edema.	complican la rehabilitación de la paciente por que se rompe la primera barrera y aumenta la posibilidad infecciones.	siguieran lesionando.
--	--	-----------------------

Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Dx: Deterioro de la movilidad física relacionado con la distensión abdominal, debilidad muscular y lesiones leves manifestado por dificultad para girarse en la cama.

Objetivos.

- Ayudar en su movilidad y disminuir o evitar lesiones en la piel.
- Ayudar a que no caiga en el síndrome del desuso.

Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Cambiar de postura cada 2 horas.	La deficiencia en la movilidad altera la circulación periférica, facilita el aumento de tener alguna lesión en tegumentos y en músculos. Por lo cual el cambio de posición ayuda a la en la circulación periférica y disminuye el riesgo de lesiones.	El cambio de posición ayudo a disminuir lesiones y ayudo a tener una mejor circulación.
Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Mantener en posición cómoda en este caso semifowler.	Esta posición ayuda a que tenga un mejor descanso y evitar problemas, por la tos.	Ayudo en que tenía una posición mas cómoda y esto disminuyo que tuviera problemas por la presión en el abdomen y mejoro su respiración.
Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica	Evaluación.
Evaluar el grado de movilidad.	Hay que medir el grado en	Fue muy importante esta

	<p>que la paciente resiste, las diferentes movilizaciones y que tanto depende de otro para hacer movimientos.</p> <p>Esto para poder hacer una programación de ejercicios para evitar lesiones por falta de movilidad.</p>	<p>evaluación ya que se tuvo la oportunidad de apoyarla en estos ejercicios y el grado en el que los tenía que hacer.</p>
Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica	Evaluación.
Evaluar presencia de dolor, circulación de extremidades y temperatura.	<p>Esta es muy importante ya que aunque tuviera movilidad, se tiene que ver la resistencia de una y de otra para no pasar del límite y causarle daño, aparte de ver cual es la que mas lo necesita verificando la circulación de las zonas.</p>	<p>Esta fue importante ya que se tuvo una programación mas indicada y mas precisa de las zonas en las que se debía tener un poco mas de atención.</p>
Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica	Evaluación.
Recomendar al paciente a practicar ejercicios activos y pasivos, no estresantes y de amplitud de movimientos.	<p>La movilización ayuda a la circulación sanguínea en las diferentes zonas del cuerpo, sin la movilización los músculos se atrofian y se forman las zonas de presión y se complican en lesiones.</p>	<p>Este rubro fue importante recomendarles algunos ejercicios como:</p> <p>Los que ella puede hacer sola son: flexionar y girar la cabeza, flexionar los miembros superiores, abrir y cerrar las manos, levantar los miembros pélvicos, también flexionar y extender los miembros pélvicos.</p> <p>Necesita ayuda: Ayudarla a girar en el cambio de posición, dar un masaje en el baño y lubricación.</p>

Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica	Evaluación.
Ayudar a la paciente a alternar correctamente los periodos de descanso y de actividad.	Es importante dar las pautas que debe tener entre un ejercicio y otro para evitar agotamiento, debido a su estado de salud presente y no sobrecargar a la paciente con estos ejercicios.	Es indispensable tener programados los ejercicio que debe realizar cuantas veces y la alternancia entre uno y otro para evitar que se le dificulten por el casancio.
Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica	Evaluación.
Incluir al familiar en la realización de algunos de ellos.	La paciente se sentirá mas segura y cómoda al realizarlos por la seguridad de tener a su lado alguien mas cercana a ella y por lo cual estará mas segura al hacerlos.	Fue muy importante incluir a su familiar por las razones antes dadas, además de tener alguien que verifique que realmente los este haciendo, ya que hay que concientizarla de lo importe que es.

Necesidad de evitar peligros.

Dx: Riesgos de accidentes, relacionado con su edad y nivel académico bajo, manifestado con seguimiento inexacto de la instrucción.

Objetivos:

- Disminuir el riesgo de lesión por algun accidente en casa y el hospital.
- Informar sobre riesgos y peligros.
- Instruir a los familiares y concientizarlos acerca de lo importante de esta información.

Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Identificar las características del ambiente que pueden aumentar las posibilidades de tener algún accidente.	Es importante prevenir posibles complicaciones como caídas, al ver el tamaño de la cama, que este tenga barandales y que si se	Es importante tener en cuenta también al familiar para que ayude y tenga cuidado al estar con su paciente y ayudar junto con el

	mueve mucho explicar los peligros que puede tener.	personal de enfermería a evitar algún accidente y esto fue positivo para ambos.
Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Colocar los objetos al alcance del paciente, para que no tenga que hacer esfuerzo.	Al tener cerca los objetos que ella mas utiliza disminuye la posibilidad de caídas y agotamiento por el esfuerzo que puede tener.	Aquí es importante decirle a la paciente la colocación de los objetos para que no los ande buscando y decirle al familiar, que le facilite dándoselos o diciéndole donde se encuentran.
Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Instruir a la paciente para que pida ayuda al moverse.	Al intentar moverse por ella sola en la condición que esta aumenta la posibilidad de algún movimiento inseguro y pueda caer de la cama o golpearse con el barandal y tener alguna lesión, que complique su estancia.	Hay que tener cuidado en este tipo de pacientes, para evitar complicaciones. Hay que decirle al familiar que este atento y estarlo nosotros también para evitar accidentes, se llevo acabo de forma positiva.
Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Dar información acerca de lesiones o accidentes que puede provocar la falta de movilidad.	Los accidentes en este tipo de pacientes es común por falta de movilización pueden lesionarse y tener alguna complicación y es importante decirle al paciente e informar al familiar.	Se da la información a la paciente y a familiares por lo cual es un poco mas difícil de evaluar.
Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Informar sobre las medidas de seguridad en el trabajo, casa, etc.	La información es la mejor prevención contra accidentes y hacen recapacitar a las personas acerca de estos problemas y como evitarlos.	Lo que se buscaba es que las personas en este caso ella y su familiar estén informadas y se llevo acabo.

Necesidad de aprendizaje.

Dx: Conocimientos deficientes sobre manejo de colostomía relacionado con falta de exposición y limitación cognoscitiva manifestado por verbalización del problema y angustia.

Objetivos:

- Explicarle a la paciente su caso de una forma que lo entienda.
- Disminuir su ansiedad.

Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Tratar de informar al paciente en términos que entienda y así disminuir su angustia.	La complicación de los términos y la falta de alguien que le explique producen una angustia y miedo por los que no puede entender o comprender y eso le causa temor.	Es importante darle algunas generalidades de lo que se le va hacer para así tener su confianza y disminuir su temor.
Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Dar información al familiar para que también ayude a la explicación.	La información bien dirigida y dada de una manera que no cause angustia y temor, tanto a los familiares como a la paciente es importante ya que si no se hace de una forma prudente provoca una confusión muy grande y puede llegar a que la paciente y familiares pierdan confianza.	En este caso se le dio la información de una manera adecuada que no causara confusión.
Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Instruir a la paciente y familiar en la utilización del equipo de ostomía.	Se facilita el manejo de la colostomía y se da confianza al paciente y al familiar para afrontar este problema y que no se desesperen por no saber usar, el equipo de la	Se dio explicación del manejo de la colostomía en presencia del familiar.

	colostomía.	
Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Disponer la demostración de uso del equipo al paciente y familiar.	Aquí se reafirmo el anterior punto ya que no solo con la información le es suficiente, hay que demostrarles físicamente como se utiliza para una mejor retención y mas fácil manejo.	Fue muy benéfico este apartado por que fue mucho mas fácil su entendimiento y ayudo mucho al manejo de la colostomía.
Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Explicar al paciente lo que representaran los cuidados de la ostomía en su rutina diaria.	Es muy importante concientizar a la paciente y al familiar que la estoma debe tener cuidados especiales ya que de no hacerlo así se complicaría y dañaría su estado de salud.	Esta fue planificada en el plan de alta con sus contras y lo que puede ocasionarle.
Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Enseñar al paciente a vigilar la presencia de posibles complicaciones (rotura mecánica, rotura química, exantema, fugas, deshidratación, infección).	Hay que decirle que debe llevar un control acerca de todas las complicaciones que puede tener, y lo que le afectaría, como lesionar la piel.	En este también se planifico en el plan de alta que se le sugirió a la paciente para una mejor rehabilitación.
Intervenciones de enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Enseñar al paciente a evitar alimentos que antes le hubiese causado trastornos digestivos, añadir un alimento nuevo cada vez y beber líquidos en abundancia.	Es muy importante tener un cambio en su dieta conforme su nivel económico y que la pueda llevar acabo, para evitar estreñimiento nuevamente o irritar la estoma, además de abundantes líquidos para reblandecer el bolo fecal y también tener una buena hidratación.	Se dieron algunos consejos en el plan de alta y se le refirió a la paciente y familiar lo importante de llevar una dieta adecuada, para evitar complicaciones.

5. PLAN DE ALTA.¹⁰

CONSEJOS DIETÉTICOS

No es necesario seguir una dieta rigurosa, pero sí debe tener prudencia con ciertos alimentos que le pueden producir gases, diarrea o estreñimiento. Se aconseja:

- Masticar despacio.
- Hacer comidas con horarios regulares.
- Probar alimentos nuevos en pocas cantidades.
- Mantener aporte de líquidos adecuado.
- Dieta equilibrada.
- Evitar bebidas con gas.
- Evitar el estreñimiento.
- En caso de diarreas, dieta astringente.
- Para evitar los gases, retirar de la dieta frutos secos, cebolla, guisantes, col, etc.
- El olor se puede controlar tomando mantequilla y yogurt.

Alimentos	Recomendables	No aconsejables
Lácteos	Leche descremada, yogurt	En caso de intolerancia introducir poco a poco en la preparación de guisos
Queso	Frescos, fermentados y cocidos	
Charcutería	Jamón cocido	Charcutería en general
Pescados y mariscos	A la plancha o al vapor	Salsas
Huevos	Duros, escalfados o tortilla	Fritos
Cereales y féculas	Harina, arroz, sémola, pasta, patatas	Fritos
Legumbres	En puré	Según tolerancia
Verduras	Cocidas o en ensalada	Según tolerancia
Frutas	Crudas, cocidas, muy maduras y peladas	Según tolerancia

¹⁰ <http://www.opolanco.es>

Materias grasas	Mantequilla, aceite	Frituras y fritos
Productos azucarados	Todos en cantidad moderada	Chocolate, helados, pastelería de crema
Bebidas	Agua, te y café ligero, infusiones, vino en cantidad moderada	Todas las bebidas con gas o muy frías
Pan y derivados	Pan fresco, bizcotes, galletas	Pan integral, excepto en estreñimiento
Condimentos	Todos los que tomaba antes	Pimienta y pimentón

MANEJO AL PACIENTE CON ESTOMA.

DISPOSITIVOS PARA EL CUIDADO DE LAS OSTOMÍAS:

Sistemas colectores:

- Características:

- Adaptación adecuada al tamaño de la estoma (guías milimetradas).
- Protección de la piel periestomal.
- Manejabilidad
- Seguridad de sujeción
- Eficacia

- Tipos de sistemas colectores:

a) Dependiendo del tipo de evacuación:

Cerrados: Están termo sellados y es necesaria una bolsa para cada utilización.

Abiertos: El extremo inferior está abierto para poder vaciar la bolsa. Se cierran mediante una pinza y en las urostomias mediante válvula de vaciado.

b) Dependiendo del sistema de sujeción:

Único: Adhesivo y bolsa forman una sola pieza y se coloca directamente sobre la piel.

Doble: Compuesto por disco adhesivo y bolsa colectora que se presentan por separado. El disco se adapta a piel y la bolsa se encaja en el disco adhesivo.

Sistemas continentales:

- Irrigación: Es el método mecánico de la regulación de la actividad intestinal, que consiste en la introducción de agua a temperatura corporal a través del estoma.

- Obturador: Es una prótesis externa con forma de tapón. Está compuesto por espuma de poliuretano que se expande al entrar en contacto con la mucosa intestinal, bloqueando la salida de heces, pero permitiendo la salida de gases a través del filtro incorporado.

Accesorios y protectores cutáneos:

- Cinturones
- Sistema de irrigación
- Pinzas
- Lociones limpiadoras
- Desodorantes
- Placas autoadhesivas
- Pasta niveladora
- Cremas barreras

CUIDADOS DEL ESTOMA:

Higiene del estoma y piel periestomal:

- Lavado con agua tibia, jabón neutro y esponja suave.
- Secado suave con toalla o pañuelos de papel.
- Cortar el vello con tijera, no rasurar.
- Medir el diámetro del estoma para adaptar el dispositivo (prevenir irritaciones cutáneas).
- Mantener la piel periestomal limpia y seca.

- Rellenar con pasta barrera los huecos y pliegues cutáneos para evitar fugas.
- Despegar el dispositivo de arriba abajo, sujetando la piel con la otra mano para evitar irritaciones físicas.
- Si se utiliza sistema doble, retirar la placa siempre que exista presencia de fugas.
- Utilización de dispositivos adecuados a cada tipo de piel.

Complicaciones de las estomas:

Irritación cutánea: Aparece con frecuencia en la piel periestomal, observando signos de enrojecimiento y escoriaciones de la piel. Está provocada por la humedad, irritaciones químicas, físicas, higiene inadecuada y reacciones alérgicas. Para su cuidado realizaremos protección de la integridad cutánea.

Estenosis: Se produce por estrechamiento en el orificio del estoma.

- . Detección y valoración.
- . Control de estenosis mediante dilataciones manuales.
- . Orientaciones dietéticas. Evitar estreñimiento.
- . Valorar tratamiento quirúrgico.

Hernia: Fallo de la pared abdominal, protuyendo tanto la ostomía como la piel de su alrededor.

- . Valorar signos de oclusión intestinal.
- . Adecuación de las bolsas colectoras.
- . aconsejar el uso del cinturón.
- . Usar fajas para controlar la presión abdominal.
- . Evitar esfuerzos físicos y aumento de peso.
- . Valoración quirúrgica.

Retracción: Hundimiento del estoma hacia la cavidad abdominal.

- . Prevenir irritaciones cutáneas utilizando dispositivos adecuados.
- . Evitar el aumento de peso.
- . Recomendaciones para evitar estreñimiento.
- . Reconstrucción quirúrgica de la estoma.

Prolapso: Es la protusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen a través del orificio del estoma.

- . Detección y valoración de la permeabilidad de la estoma y del color de la mucosa prolapsada.
- . Reducción manual por parte del profesional experto.
- . Correcta adaptación de la bolsa colectora.
- . Necesidad de control por el cirujano cuando aparece bruscamente y es de gran tamaño.

Granulomas: Aparición o crecimiento de pequeñas masas carnosas en la mucosa del estoma.

- . Fulguración con nitrato de plata.
- . Evitar traumatismos con el cambio de dispositivo.

Mala ubicación de la estoma: Provoca dificultad en la adaptación de los dispositivos.

- . Buscar un dispositivo adecuado.
- . Utilizar pastas de relleno.
- . Usar cinturón si es necesario.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

6. CONCLUSIÓN.

La aplicación de el proceso en este tipo de pacientes fue muy importante ya que es muy gratificante ayudar a gente de la tercera edad y conocer las limitaciones y riesgos que se tienen en este tipo de gentes, además de un problema como el que tenía en este caso el estreñimiento que se complicó en una obstrucción abdominal que fue ocasionada por una mala nutrición y una mala hidratación.

El Proceso Atención de Enfermería es importante por que nos ayuda a tener un método más sistematizado que nos ayuda a ver nuestros aciertos y errores.

En este caso en particular aunque se lograron muchas cosas fue difícil ayudar en su problema principal que fue estreñimiento, debido a su edad y lo avanzado que estaba, ya que se llegó a la cirugía, en la cual se hizo una laparoscopia exploratoria, después una resección de intestino, y posteriormente se le realiza una colostomía, a esta paciente se le pronostica una recuperación muy larga debido a su edad y el estado en que se encontraba.

Pero creo que fue un acierto en hacerle este proceso a esa paciente al principio de su diagnóstico por que así se pudo observar la evolución en este tipo de pacientes.

Es importante dar información a los familiares y a la paciente acerca del manejo de las colostomias y las complicaciones si no se lleva un adecuado control de estas, aunque se vio en un primer plano se debe orientar acerca del manejo de este tipo de personas para evitar alguna complicación y que deben acudir para verificar el estado de la colostomía y que no haya ninguna complicación.

7. GLOSARIO.¹¹

APOPTOSIS: Muerte celular programada.

DIVERTICULITIS: es una inflamación de una bolsa o divertículo anormal formado generalmente en la pared del intestino grueso (colon) y la diverticulosis es la presencia en sí de estas bolsas.

DIVERTICULOSIS: Es la presencia de áreas o bolsas débiles en la pared del intestino grueso, que por lo general están en la parte del intestino que se llama colon. Las bolsas, llamadas divertículos, parecen pequeños pulgares que sobresalen por el lado del intestino.

ESTENOSIS: Se produce por estrechamiento en el orificio del estoma.

GANGRENA: Es la muerte de un tejido (necrosis), o un órgano a consecuencia de insuficiente aporte sanguíneo.

GRANULOMAS: Aparición o crecimiento de pequeñas masas carnosas en la mucosa del estoma.

HERNIA: Fallo de la pared abdominal, protuyendo tanto la ostomía como la piel de su alrededor.

PERITONEO: Es la membrana que limita la pared del abdomen y recubre los órganos abdominales.

PERITONITIS: Inflamación aguda (repentina) del peritoneo.

PROLAPSO: Es la protusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen a través del orificio del estoma.

RETRACCIÓN: Hundimiento del estoma hacia la cavidad abdominal.

VÓLVULO: Es un retorcimiento del intestino con obstrucción del flujo de material a través del mismo y pérdida variable del suministro de sangre, al igual que posible muerte tisular.

¹¹ Mosby. Diccionario de medicina. edit. océano, impreso en España.

8. BIBLIOGRAFÍA.

Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.

Carpenito LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993:XXVIII.

Guillen, LI., Francisco. Manual de Geriatria Editorial Mason, 3º Edición, España, 2002.

Griffit JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno; 1986:6.

Harrison, Tinsley Randolph. Principios de medicina interna. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A., 1994.

López P. Proceso de Enfermería. Rev Iberoamericana de Geriatria y Gerontologia 1994; 10:37-38.

Mosby, Diccionario de medicina, edit: océano, impreso en España. Págs. 1437.

Mª T., Luis Rodrigo. Los diagnósticos enfermeros. Revisión, crítica y guía. Masson, Barcelona.

Phaneuf M., Cuidados de Enfermería", el proceso de atención de enfermería. Interamericana McGraw-Hill. Madrid 1993. (Pág.16 a 48).

R. Scott Jones M.D. Obstrucción intestinal. En Sabiston, DC: Tratado de Patología Quirúrgica. México DF, Editorial Interamericana, S.A., 1991, pp. 936-945.

R. L. Wesley (1997): Teorías y modelos de enfermería. McGraw-Hill Interamericana, México. (*)

Paginas de Internet consultadas:

<http://www.nlm.nih.gov>

<http://www.tuotromedico.com>

<http://www.opolanco.es>

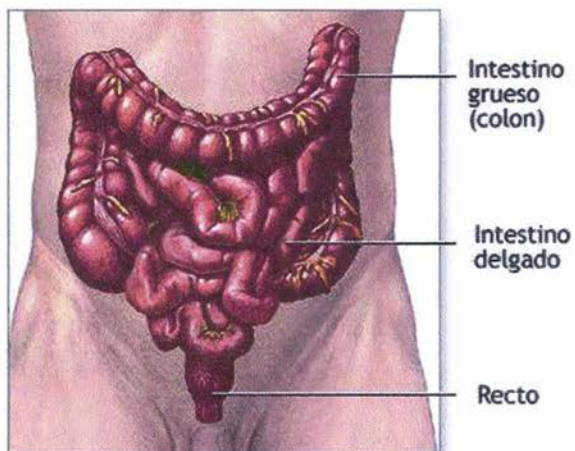
<http://www.prematuros.cl>

<http://www.lasalud.com>

<http://www.terra.es/personal/duenas/diagnos.htm> (aquí están los diagnósticos de la NANDA).

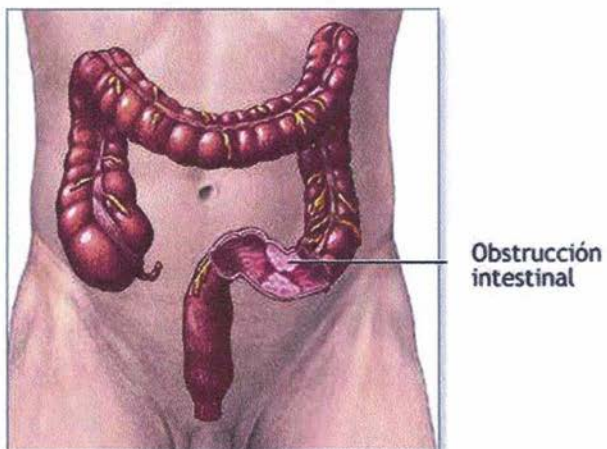
<http://www.adam.com>

ANEXOS



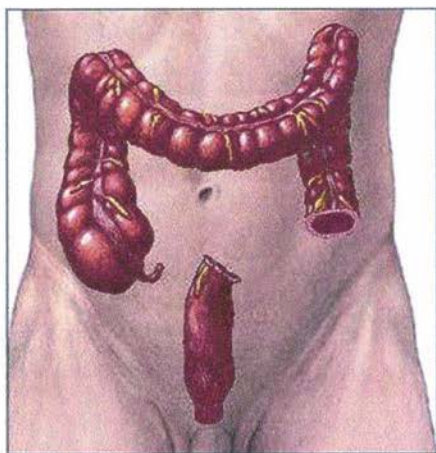
adam.com

El intestino grueso (colon) va desde el intestino delgado hasta el recto.



adam.com

La colostomía se lleva a cabo cuando el intestino grueso, el recto o el ano pierden la capacidad de funcionar normalmente o necesita descansar de las funciones normales. La obstrucción intestinal que va asociada con inflamación, como en el caso de la diverticulitis, es una indicación común para realizar una colostomía.

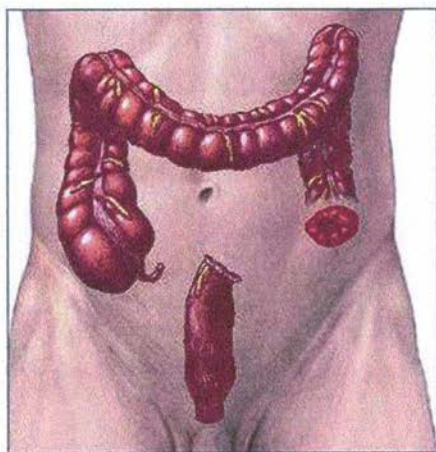


Se extirpa
el colon
afectado

adam.com

Para realizar una colostomía es necesario hacer una incisión en el abdomen (estoma) para el drenaje de la materia fecal (heces) del intestino grueso (colon). Las colostomías se llevan a cabo frecuentemente después de la resección del colon enfermo.

Las colostomías pueden ser temporales o permanentes. Se hace una incisión en el abdomen y se extirpa el colon enfermo, mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general.



El tejido
intestinal
sano se
sutura al
abdomen

adam.com

El extremo proximal del colon sano se acerca a la piel de la pared abdominal donde es suturado.

Luego se coloca una bolsa de drenaje adhesiva (bolsa para colostomía) alrededor de la abertura. Finalmente, se cierra la incisión.



adam.com

Más del 90% de los casos de colostomía tienen resultados exitosos. Después de la cirugía, el paciente siente un dolor muy intenso cuando el ano se contrae y se relaja. El dolor se puede aliviar con medicamentos.

Se debe evitar cualquier tipo de esfuerzo al evacuar u orinar, por lo que se utilizan ablandadores de materia fecal. Los baños con agua tibia también proporcionan alivio. Las colostomías se pueden "deshacer" dependiendo del tipo de enfermedad que se esté tratando. A las pocas semanas o meses después de la primera intervención, se hace una segunda cirugía para reconectar el colon.