



**Ciudad
de
México**
Capital en Movimiento

Secretaría de Salud

Dirección de Educación e Investigación

Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud

Escuela de Enfermería



Secretaría
de Salud
del Poder Judicial



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.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Con estudios incorporados a la UNAM

TESINA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE GERIÁTRICO CON ALTERACIONES EN LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN (ESTREÑIMIENTO).

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

VARGAS ARCHUNDIA VIVIANA GABRIELA
NO. DE CUENTA: 976062886

DIRECTORA DE TESINA

Mtra. Martha Lilia Bernal Becerril

MÉXICO D.F. 2009.

ÍNDICE

I INTRODUCCIÓN.	1
II OBJETIVOS.	2
III CONTENIDO TEMÁTICO.	3
3.1 ENVEJECIMIENTO	3
Cambios en el envejecimiento (la regla de los tercios.	
Adaptación a la discapacidad y a la pérdida del rol.	
3.2 ANATOMÍA DEL INTESTINO GRUESO	5
3.3 FUNCIONES DEL INTESTINO GRUESO	6
3.3.1 DIGESTIÓN MECÁNICA EN EL INTESTINO GRUESO	
3.3.2 ABSORCIÓN Y FORMACIÓN DE HECES EN EL INTESTINO GRUESO.	
3.4 CAMBIOS GENERALES DEL APARATO DIGESTIVO EN EL ANCIANO	9



ÍNDICE

3.5 ESTREÑIMIENTO11
Definición.	
Causas.	
Signos y síntomas.	
Diagnóstico.	
Prevención y tratamiento.	
3.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA19
Recopilación, valoración y exposición de datos.	
Exploración física .	
Promoción para la salud y prevención de la enfermedad.	
Masaje al marco cólico .	
Rol de enfermería en la atención a los ancianos.	
Objetivos de la atención de enfermería en el cuidado de los ancianos	
Diagnóstico de enfermería.	
IV CONCLUSIONES.31
V BIBLIOGRAFÍA	32



INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se ha definido como un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo, que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo, que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés y finalmente la muerte. Se ha definido por tanto, primero como una etapa de la vida y posteriormente como un proceso de deterioro por un déficit con el paso de los años.

Los pacientes geriátricos tienen varias alteraciones en el aparato digestivo como son alteraciones en la dentadura, la masticación y por tanto en la formación de materia fecal. Los cambios más importantes en este sistema se refieren a dos aspectos: la reducción de su función motora que lleva en el estómago a un retraso en el vaciamiento y en el intestino a una tendencia al estreñimiento; por otro lado, se produce disminución de la secreción gástrica que dificulta la absorción de algunos elementos.

Es importante saber que el estreñimiento es una ausencia o disminución de las evacuaciones generalmente con esfuerzo, heces escasas y duras, sin embargo hay que mencionar que también la frecuencia defecatoria normal varía entre cada persona, pero por lo menos es una vez cada 24 hrs.

Existen otros factores para que exista el estreñimiento como son consumir pocos líquidos, consumir poca cantidad de proteínas y fibra en ocasiones patologías agregadas.

Las personas envejecen de diferente modo y a diferente velocidad, puesto que los cambios del envejecimiento se producen a una velocidad, estos cambios deberían considerarse como puntos de referencia para el cuidado de enfermería y los problemas presentados por el proceso de envejecimiento.

Es por ello que en esta tesina se da a conocer las intervenciones de enfermería para que el paciente prevenga, trate y sobre todo evite las complicaciones que se pueden dar cuando existe la alteración en la necesidad de eliminación específicamente ante el estreñimiento.



OBJETIVOS

GENERAL

Identificar las intervenciones de enfermería y así poder realizar el la atención al paciente geriátrico ante la alteración en la necesidad de eliminación específicamente ante el estreñimiento.

ESPECÍFICOS

Dar a conocer los métodos de prevención de paciente geriátrico con estreñimiento.

Proporcionar las intervenciones de enfermería en el tratamiento de paciente geriátrico con estreñimiento.

Dar a conocer las intervenciones de enfermería para así proporcionar un tratamiento y contribuir a su recuperación.

Conocer las complicaciones que puede tener el paciente geriátrico ante la alteración en la necesidad de eliminación específicamente ante el estreñimiento.



III CONTENIDO TEMÁTICO

3.1 ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. Se ha definido por tanto, primero como una etapa de la vida y posteriormente como un proceso de deterioro por suma de déficit con el paso de los años; el proceso de envejecimiento fisiológico o “normal” es relacionado con el paso del tiempo con cambios en los órganos y sistemas del organismo, este es un deterioro progresivo de los procesos fisiológicos, necesarios para mantener constante el “medio interno”. La muerte es el final de este proceso que no permite mantener este equilibrio que se llama homeostasis.

El envejecimiento patológico se considera aquel que es acelerado por la presencia de alteraciones patológicas secundarias a enfermedades o por influencias ambientales y que sin embargo puede ser prevenible, para llegar a las etapas finales de la vida en las mejores condiciones posibles desde los puntos de vista funcional, mental y social,.

No se es anciano de un día para otro, se envejece progresivamente y, como consecuencia, las características y capacidades de una persona de 70 años no es la misma de una persona de 90 años, se caracteriza un amplio abanico de edades. Así, Prieto de Nicola (1979), cuando habla de la edad de interés geriátrico hace la siguiente clasificación:¹

Edad crítica o presenil: 45-60 años
Senectud gradual: 60-72 años
Vejez declarada: 72-90 años.
Grandes viejos: más de 90 años

La edad efectiva de una persona puede establecerse teniendo en cuenta que se pueden diferenciar como son :

Edad cronológica: es la edad del individuo en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento; es por tanto la edad en años.
Edad biológica: es la que se corresponde con el estado funcional de nuestros órganos comparados con patrones estándar para una edad. Es por tanto un concepto fisiológico.

Edad funcional: se define como la capacidad para mantener los roles personales y la integración del individuo en la comunidad, para lo cual es necesario mantener unos niveles razonables de capacidad física y mental.



Cambios en el envejecimiento

El declinar de los principales sistemas orgánicos se atribuye al proceso normal del envejecimiento, en la regla de los tercios explica el declinar de la función con el envejecimiento.

Cambios del envejecimiento = enfermedad

+ Desuso

+ Envejecimiento normal

En conjunto aproximadamente un tercio de la decadencia funcional obedece a la enfermedad y otro tercio a la falta de actividad (desuso), el tercio restante es el que se corresponde, realmente, en el proceso propio del envejecimiento.²

Adaptación a la discapacidad y a la pérdida del rol.

Existen cambios importantes conforme es el declinar de la vida y se asocia a graves pérdidas de carácter psicológico y social como es la jubilación, la enfermedad del esposo o de la esposa, la separación geográfica de los miembros de la familia, el alejamiento del hogar querido por traslado a un piso más pequeño o a una residencia y muchos acontecimientos frecuentes durante estos años son en cualquier caso, una pérdida. En el caso de la jubilación, se pierde la sensación del cumplimiento del trabajo, de la contribución a la sociedad y la oportunidad de comunicarse con otros compañeros.



3.2 ANATOMÍA DEL INTESTINO GRUESO

Es un tubo músculo membranoso que se extiende desde la válvula ileocecal (en el lado derecho de la cavidad abdominal) hacia el lado izquierdo y abajo para terminar en el canal anal. El canal anal mide aproximadamente 2 cm. Mide 1.5m de longitud y 6.5cm de diámetro, se extiende entre el ileon y el ano, que se une a la pared abdominal posterior por el mesocolon, que es una doble capa de peritoneo. Desde el punto de vista estructural, sus cuatro porciones principales son ciego, colon, recto y conducto anal.

La comunicación del ileon con el intestino grueso esta protegida por un pliegue de mucosa, el esfínter ileocecal que permite el paso de materiales del intestino delgado al grueso. En plano inferior a dicha válvula, cuelga el ciego, saco de unos 6cm de longitud que está cerrado en su extremo distal. El apéndice, tubo contorneado de unos 8 cm de longitud, está unido al ciego. El mesenterio del apéndice, llamado mesoapéndice, lo fija en la parte inferior del mesenterio ileal.

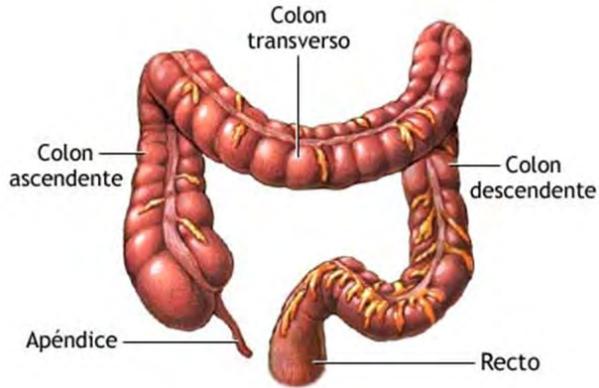
El extremo abierto del ciego guarda continuidad con un largo conducto, el colon que se divide en porciones ascendente, transversa, descendente y sigmoides. Las partes ascendente y descendente son retroperitoneales.

El colon ascendente sigue trayecto superior en el lado derecho del abdomen, llega a la cara inferior del hígado y describe un giro abrupto a la izquierda, lo cual forma el ángulo hepático. Luego, continua hacia el otro lado del abdomen con el nombre de colon transverso. Presenta una curva bajo el extremo inferior del bazo, en el lado izquierdo del abdomen, donde forma el ángulo esplénico, para luego seguir hacia abajo, hasta la altura de la creta iliaca, como colon descendente. El colon sigmoideo se inicia cerca de la creta iliaca izquierda, se proyecta hacia la línea media y termina en el recto, poco más o menos a la altura de la vértebra S3.

El recto, que conforma los últimos 20 cm del tubo digestivo, está por delante del sacro y el cóccix. Sus 2 a 3 cm terminales se denominan conducto anal. La mucosa de éste tiene pliegues longitudinales llamados columnas anales, que contienen una red de arterias y venas.

La apertura del conducto al exterior, el ano, presenta un esfínter interno de músculo liso (involuntario) y otro externo de músculo esquelético (voluntario). En condiciones normales, el ano esta cerrado, salvo durante la eliminación de las heces.





3.3 FUNCIONES DEL INTESTINO GRUESO

El funcionamiento del intestino varía en gran medida no solo de persona a persona sino también en un mismo individuo en diferentes momentos. Tal funcionamiento puede afectarse por la dieta, el estrés, los fármacos, las enfermedades, las costumbres sociales y culturales.

Existen tres funciones del intestino grueso que son:

MOVIMIENTOS:

Los movimientos del colon se inician cuando las sustancias pasan por la válvula ileocecal. El quimo se desplaza por el intestino delgado con una velocidad relativamente constante por lo que el tiempo requerido para que los alimentos pasen al colon es llamado evacuación gástrica. Tan pronto como los alimentos atraviesan la válvula ileocecal, llenan el ciego y se acumulan en el colon ascendente.

La perístalsis consistente en ondas intensas que se inician en la porción media del colon transverso, y desplazan el contenido del mismo hacia el recto. Los movimientos peristálticos impulsan el material fecal hacia el recto. La distensión que ello origina en las paredes rectales, estimula a receptores sensibles a la presión con lo cual se desencadena el reflejo de la defecación.

ABSORCIÓN Y FORMACIÓN DE HECES

El quimo permanece en el intestino de tres a diez horas, periodo en el que se torna sólido o semisólido como resultado de la absorción y recibe el nombre de heces.

Las heces incluyen agua, sales inorgánicas y células epiteliales, mucosa del tubo digestivo, bacterias y partículas no digeridas de los alimentos.

Cuando se mastican los alimentos éstos ingresan al estómago donde serán desmenuzados. Durante el proceso de desmenuzamiento el estómago segrega enzimas y jugo gástrico. Para que éstos actúen correctamente, las paredes del estómago se contraen rítmicamente, luego de obtenida una mezcla homogénea el proceso será continuado en el intestino. La mezcla resultante previo al pasaje al intestino recibe la denominación de quimo. Las bacterias descomponen a la bilirrubina (que es el producto de la desintegración de los glóbulos rojos, excretado por la bilis) en pigmentos más sencillos que confieren a las heces su color pardo.

DEFECACIÓN

La contracción de las fibras longitudinales del recto hace que disminuya su longitud, con lo cual se incrementa la presión en el interior y la presión fuerza la abertura de los esfínteres, y las heces salen expulsadas por el ano.

Cabe señalar que las contracciones voluntarias del diafragma y los músculos abdominales facilitan la defecación al incrementar la presión intra-abdominal, por virtud de la cual aumenta la existente sobre las paredes del colon sigmoideo y el recto.

En caso de que no se lleve acabo la defecación, las heces permanecen en el recto hasta que la siguiente honda de peristaltismo estimula a los receptores sensibles a la presión y genera la necesidad de defecar.³



3.3.1 DIGESTIÓN MECÁNICA EN EL INTESTINO GRUESO

El paso del quimo del íleon al ciego está regulado por el esfínter ileocecal, en condiciones normales esta válvula permanece cerrada parcialmente, de modo que el quimo suele cruzarla con lentitud. Después de las comidas, el reflejo gastroileal intensifica el peristaltismo del íleon y fuerza el paso del quimo al ciego. Cuando el ciego está distendido, se intensifica la contracción del esfínter ileocecal.

Los movimientos del colon se inician cuando el quimo se cruza el esfínter ileocecal. El quimo se mueve en el intestino delgado con velocidad relativamente constante, de modo que el tiempo necesario para que pase al colon depende del tiempo de vaciado gástrico. Una vez que cruza el esfínter ileocecal, llega al ciego y se acumula en el colon ascendente.

Un movimiento característico del intestino grueso es la propulsión haustral, en que las haustras permanecen relajadas y se distienden al llenarse. Cuando la distensión alcanza cierto punto, las paredes se contraen y desplazan el contenido a la haustra siguiente. También ocurre peristaltismo, si bien con ritmo más lento (tres a 12 contracciones por minuto) que en porciones más proximales del tubo digestivo. Un tercer movimiento es el peristaltismo masivo, potente onda peristáltica que comienza en la porción media del colon transversal y desplaza rápidamente el contenido del colon al recto. La presencia de alimentos en el estómago inicia este reflejo gastrocólico en el colon, de modo que hay peristaltismo masivo por lo regular tres a cuatro veces al día, durante las comidas o inmediatamente después de ellas.⁴



3.4 CAMBIOS GENERALES DEL APARATO DIGESTIVO EN EL ANCIANO.

Es importante saber que en todo proceso se lleva a cabo un deterioro como es en la vejez, éste muestra cambios en todo su cuerpo como son en:

BOCA.

Los dientes, encías y hueso alveolar del anciano sufren multitud de modificaciones (pudiendo llegar a la pérdida de todas las piezas dentales) que dificultan la masticación.

ESÓFAGO.

Aparece atrofia del esfínter esofágico superior (cardias) y pérdida de la capacidad de distensión produciendo un enlentecimiento del vaciamiento esofágico (presbiefesofago).

ESTÓMAGO.

Existe atrofia de las glándulas mucosas y pépticas del estómago dando una disminución de la secreción de jugo gástrico teniendo un enlentecimiento de la motilidad gástrica y vaciamiento gástrico, disminuye la capacidad protectora del revestimiento del estómago frente a la aparición de lesiones, incrementando el riesgo de formación de úlcera péptica y el estómago no puede contener tanta comida (debido a la pérdida de elasticidad).

INTESTINO DELGADO.

Hay atrofia de la mucosa, de la submucosa y del tejido muscular de las paredes del intestino delgado dando una disminución de la secreción de las enzimas digestivas, también hay concentraciones de lactasa ocasionando que muchos adultos de mayor edad sufran intolerancia a la lactosa y el crecimiento excesivo de bacterias conduce a un descenso en la absorción de ciertos nutrientes como son ácido fólico, hierro y calcio.



INTESTINO GRUESO.

Aparece atrofia de la mucosa y del músculo de la pared del intestino, el estreñimiento se vuelve más frecuente esto puede ser debido en parte a una ligera disminución en la velocidad del movimiento del bolo alimenticio por el intestino grueso y una pequeña disminución de las contracciones del recto cuando se llena de heces.

PÁNCREAS.

Disminuye de peso y algunos tejidos son reemplazados por cicatrización (fibrosis), sin embargo estos cambios no disminuyen la capacidad del páncreas para producir enzimas digestivas y bicarbonato sódico.

HÍGADO.

Hay una disminución del tamaño y del aporte sanguíneo y también una disminución de la concentración de enzimas hepáticas.

VESÍCULA BILIAR.

Existe atrofia, esclerosis y engrosamiento de la vesícula y es por ello que hay un aumento de la incidencia de cálculos biliares.



3.5 ESTREÑIMIENTO

DEFINICIÓN

Es una alteración de la defecación normal del individuo en donde se disminuye el número de defecaciones siendo éstas duras y secas pueden ser difíciles de evacuar.

El estreñimiento puede ser agudo o crónico. El agudo se inicia de forma repentina y el crónico puede comenzar de modo insidioso y persistir durante meses o años.

Existen tres formas de estreñimiento: hipertónico, hipotónico y “por hábito”.

El hipertónico se caracteriza por heces duras y secas y en algunos casos dolor abdominal inferior. Existe un aumento de la actividad de las contracciones musculares de tipo segmentario que mezclan el contenido intestinal, pero no aumentan las contracciones intestinales de tipo impulsor, lo que causa disminución del tiempo de tránsito y aumento de la resorción de agua.

El hipotónico se caracteriza por heces suaves y semejantes a mastiche, esto se debe a la falta de movilidad intestinal de las contracciones segmentarias y las contracciones que producen movimiento de la masa fecal, el objetivo del tratamiento es estimular la motilidad.

“Por hábito” se debe a los hábitos alimenticios que incluyen una dieta desprovista de masa, fibra y cantidad de líquido.⁶



CAUSAS

En la mayoría de las personas de edad avanzada existen múltiples factores que conducen a sufrir estreñimiento como son:

La dieta cuando es con ingestión calórica inadecuada (exceso de grasa), poca ingestión de líquido, dieta baja en fibra, mala dentición y con problemas de la deglución.

Existen factores psicológicos que favorecen el estreñimiento como la depresión, alguna confusión y el estrés emocional. Los aspectos funcionales como son los malos hábitos intestinales, la debilidad e inmovilidad o falta de ejercicio, también pueden incrementar la presencia de estreñimiento.⁷

También pueden ser por trastornos del colon o ano rectales como isquemia, obstrucción postquirúrgica, prolapso rectal, tumores, megacolon, fisuras o hemorroides, fístula o absceso, fibrosis, estrechez, crecimiento prostático, divertículos, atonía o hiper tonicidad del colon, pérdida del tono de la musculatura abdominal, o también obstrucción que puede deberse a un cáncer.

El estreñimiento puede acrecentarse por algunos trastornos neurológicos como lesiones de la médula espinal, enfermedad de Parkinson, accidentes cerebro vasculares, demencia, degeneración neurológica, traumatismos y traumatismo.

Trastornos endocrinos o metabólicos como son diabetes, hipotiroidismo, hiper paratiroidismo, hipo potasemia e hiper calcemia pueden tener la presencia de estreñimiento.

SIGNOS Y SINTOMAS

El estreñimiento puede causar dolor abdominal, que puede ocurrir sólo cuando hay esfuerzo durante la defecación, aunque en algunas personas el dolor persiste.

También existe disminución del apetito, aumento de la intranquilidad, asistencia frecuente al baño, náuseas, aumento de la irritabilidad, cefaléa, cólico abdominal, gases intestinales cada vez más abundantes, falta de defecación durante un lapso mayor a 24 hrs, distensión abdominal⁸

7 Forcica M. A. Lavizzo- Mourey R. y Schwab E. P. Secretos de la Geriatria. 2002. p 41.

8 Doris L. C. y Maxine P. Tratado de Enfermería Geriátrica. 1988. p 512



VALORACIÓN

Se dirige la atención al exámen de boca, abdomen, área anorrectal y deshidratación. El examen bucal incluye lo correspondiente a la dentición y a la detección de cualquier lesión o tumor. Se examina el abdomen para buscar ruidos intestinales y detectar dolor o masas localizadas. En el área anorrectal se valoran; presencia de heces en el ano, lesiones como hemorroides, estrecheces, fístulas o masas y crecimiento prostático.⁹

DIAGNÓSTICO

Aunque todos los pacientes deben sujetarse a una historia clínica y examen físico cuidadosos, incluso pruebas en las evacuaciones en búsqueda de sangre oculta. El de estreñimiento lo determina el reporte de la falta de evacuación sin embargo existen exámenes complementarios que pueden ayudar a determinar la causa entre ellos están:

1. Examen de sangre oculta en heces.

Se trata de un examen que detecta la presencia de mínimas cantidades de sangre en las evacuaciones, no apreciables a simple vista.

2. Colonoscopia

Se trata de un exámen en que el médico explora el interior de todo el colon y recto mediante un instrumento flexible que se introduce por el ano y que lleva una cámara en su extremo. Es una prueba laboriosa, pero las molestias se reducen gracias a la administración de un sedante. También a través de este exámen se pueden tomar biopsias. La principal ventaja de este exámen es que permite la observación directa de todo el colon y permite la resección de pólipos durante el mismo procedimiento, por lo que es considerado el exámen de mayor observación de cáncer de colon

3. Enema baritado

Se trata de un exámen del intestino grueso mediante la toma de radiografías después de que al paciente se le haya administrado un enema que contiene un medio de contraste (bario) y posteriormente aire a través de una cánula anal.

4. Un scanner o TAC (tomografía axial computada)

Esto es a través de un programa computacional apropiado puede visualizar específicamente la superficie interna del colon y puede detectar pólipos. Este examen también requiere la administración de aire a través de una cánula anal.

10

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

La mejor manera de prevenir y tratar el estreñimiento es con una combinación de actividad física, dieta rica en fibra, consumo adecuado de líquidos.



Para el tratamiento se requieren de dos intervenciones farmacológicas y no farmacológicas:

Intervenciones no farmacológicas :

La dieta, líquidos y ejercicio son métodos que se espera corrijan el estreñimiento. La fibra en alimentos requiere agua, que ayuda a las heces a pasar con mayor rapidez.

Intervenciones farmacológicas :

Laxantes osmóticos

Estos agentes se utilizan para reblandecer las evacuaciones, pueden administrarse solos o en combinación con complementos de fibra. Se emplean por lo común en pacientes no ambulatorios de edad avanzada para prevenir el estreñimiento y la retención fecal.

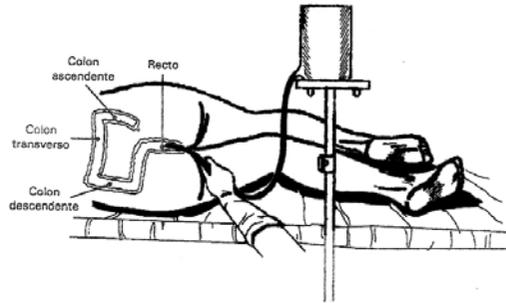
Son seguros y las dosis se ajustan en forma tal, que produzcan heces de consistencia blanda o semilíquida. Deben probarse los laxantes salinos y después los laxantes osmóticos como los carbohidratos no absorbibles o la solución de polietilenglicol.¹¹

Un tratamiento excesivo, especialmente el uso prolongado de laxantes estimulantes, supositorios irritantes y enemas, pueden producir diarrea, deshidratación, calambres o dependencia a los laxantes.¹²

Los enemas se dan para eliminar las heces del intestino. El enema hecho apropiadamente es el sustitutivo más cercano del laxante ideal, mal administrado puede producir desequilibrio de líquido y electrolíticos, hemorragias y espasmo, además de traumatismo local si no es bien colocado.

11 Tierney L. M. McPhee S. J. y Papadakis M. A. Diagnostico Clínico y Tratamiento. 2005. p 513..

12 Merck Sharp and Dohme. Nuevo Manual de Merck. 2007. p 904.



El enema debe administrarse con la persona acostada de lado, de preferencia sobre el costado izquierdo. El líquido no debe administrarse con fuerza, el agua se absorbe a través del intestino grueso: por tanto, es importante la exactitud en el ingreso y egreso totales de líquidos.



Los supositorios son útiles en algunos casos, se utilizan con mayor frecuencia los de glicerina (que proporcionan a personas que requieren lubricación digital como medio para eliminar las heces).

LAXANTES	DOSIS	INICIO DE ACCIÓN	COMENTARIOS/ CONSIDERACIONES
Laxantes de volumen <u>Psyllium</u> <u>Metilcelulosa</u> <u>Policarbofil</u>	1 cda hasta 3 veces/ día. 1 cda hasta 3 veces/ día. 2-4 tabs cada día	12/72h 12/72h 12/72h	Bueno para administración prolongada en individuo ambulatorios que mantienen una ingestión adecuada de <u>líquido psyllium</u> puede reducir el colesterol, y <u>metilcelulosa</u> y <u>policarbofil</u> cálcica es menos probable que causen timpanismo doloroso.
Laxantes hiperosmolares <u>Lactulosa</u> <u>Sorbitol</u> <u>Polietilenglicol</u>	15-30ml/día dividido c/6h 15-30ml/día dividido c/6h 240-480 ml	24-48h 24-48h 0.5-1h	Eficaz en pacientes ambulatorios e inmóviles. Seguro para diabetes y pacientes con insuficiencia renal. Sorbitol cuesta 10% más que <u>lactulosa</u> y tiene la misma eficacia. <u>Polietilenglicol</u> se usó para preparación del intestino antes de una intervención gastrointestinal.
Laxantes estimulantes <u>Senna</u> <u>Bisacodvl</u> Cáscara	2 a 4 tabs 2 veces/día 10-30mg a la hora de dormir 1 tab o 5ml a la hora de dormir	8-12h 6-12h 8-12h	Deben evitarse de ricino, áloe y fenoltaleína. Esta última puede disminuir la absorción de vitamina D y de calcio y se ha relacionado con dermatitis, síndrome de Steven- Jonson, reacciones de <u>fotosensibilidad</u> y cáncer en animales de laboratorio. <u>Senna</u> es seguro para administración prolongada en el anciano y es una buena opción para estreñimiento por tránsito lento que no responda a sorbitol.
Laxantes salinos Hidróxido de magnesio (leche de magnesia) Citrato de magnesio	5-30ml c/día 2 veces al día 200ml c/día	1-3h 1-3h	Por lo común se prescribe en hospitales ya que vacía el intestino en unas pocas horas. Puede causar desequilibrio electrolítico: si se emplea regularmente deben vigilarse las concentraciones de magnesio. Evitar productos que contengan magnesio y aluminio en pacientes con insuficiencia renal. Puede ser útil en pacientes con <u>hipomotilidad</u> de colon si los agentes estimulantes ya no son eficaces.



Laxantes emolientes Aceite mineral Sales <u>docusato</u>	15-45ml 100mg 2 veces al día	6-8h 12/72h	Evitar aceite mineral en el anciano debido al riesgo de aspiración, interferencia con la absorción de vitaminas liposolubles y el peligro de fuga a través del esfínter anal. Los reblandecedores de heces son populares, pero hay poca evidencia de su eficacia. Deben evitarse en pacientes con gran cantidad de heces blandas en el recto. Tal vez sea más eficaz añadir 240ml de agua a la dieta.
Supositorios <u>Bisacodyl</u> glicerina	10mg 3-4g	5-30min 15-60min	Para uso ocasional si las heces se encuentran en el recto. Puede causar calambres e irritación local.
Enemas Agua jabonosa Aceite mineral Fosfato Agua tibia Salina normal	500ml 100-250ml 100-250ml 500ml 500ml	2-15min 2-15min 2-15min 2-15min 2-15min	Reservar para estreñimiento que no responda a otros métodos. Las enemas de agua jabonosa pueden causar daño a la mucosa rectal y debe evitarse. El aceite mineral es útil a veces para <u>desimpacción</u> inmediata. Las enemas de fosfato en general son bien toleradas cuando se emplean ocasionalmente, pero pueden ocasionar <u>hiperfosfatemia</u> . Para el anciano, quizá lo más seguro es la solución salina normal.

COMPLICACIONES

La principal complicación es el impacto fecal y puede poner en peligro la vida. Esta alteración suele causar problema cognoscitivo, malestar, fatiga, incontinencia intestinal y de orina, fisuras, hemorroides, úlcera y obstrucción intestinal. Puede ocurrir diarrea acuosa alrededor de heces impactadas.

Una masa de heces en el recto deteriora la sensación y origina la necesidad de volúmenes mayores de heces a fin de estimular la urgencia para defecar. Los pacientes estreñidos, en especial quienes han abusado de los laxantes mucho tiempo, pueden desarrollar megacolon.

El esfuerzo durante la defecación afecta la circulación cerebral y coronaria, puede causar ataques isquémicos pasajeros. Por último, el estreñimiento crónico es un factor de riesgo de carcinoma rectal y de colon.¹³

3.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

El rol de la enfermera debe ser el de un profesional autónomo en el cuidado de la salud que coordine la atención completa a los ancianos y sus familiares.

Los ancianos frágiles son aquellos que, a menudo, tienen limitaciones sociales, económicas, físicas o mentales y que están enfermos o incapacitados la mayor parte del tiempo y requieren la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria.

La enfermera necesita creatividad e ingenio para implementar un plan de cuidado. La falta de la memoria de los pacientes ancianos puede ser un problema importante, por ejemplo, a la hora de instruirlos sobre los medicamentos.



El personal de enfermería requiere implementar una valoración, habilidades de intervención, habilidades de coordinación, manejo del cuidado, y una relación entre la enfermera con el anciano.

Las enfermeras poseen las habilidades para la valoración, asesoramiento, apoyo, educación y la coordinación necesarios para cuidar del anciano a desarrollar sus potenciales.

Las enfermeras deben dar una respuesta global a los problemas de salud reales o potenciales. El anciano responde de forma diferente a la enfermedad, a la manifestación de los estados patológicos y a las consecuencias funcionales de la enfermedad. Los adultos precisan un manejo especial por parte de enfermeras que están capacitadas para comprender sus necesidades.

La enfermera tiene que ser consiente del efecto de los problemas relacionados con la edad y de la enfermedad crónica, es esencial que la enfermera conozca las pérdidas que ocurren en el envejecimiento normal, como, por ejemplo la pérdida de seres queridos y el sentido de pérdida asociado a la jubilación.

Los cuidados de enfermería deberán orientarse a ayudar al paciente a obtener, conservar o recuperar una eliminación adecuada de los residuos alimenticios y de los gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal.



RECOPIACIÓN, EVALUACIÓN Y EXPOSICIÓN DE DATOS

Para obtener datos precisos que permitan establecer las alteraciones del paciente se debe:

1. Interrogar, observar y examinar a los pacientes en busca de signos y síntomas de la eliminación deficiente del conducto gastrointestinal. Los trastornos de la eliminación pueden reconocerse por medio de:

a. Síntomas de obstrucción del intestino grueso. No haber defecado por más de 24 hrs y dolor abdominal intenso.

2. La valoración integral es de vital importancia cuando el paciente:

a. Tiene algún trastorno que puede afectar el funcionamiento intestinal.

b. Tiene algún trastorno que afecte los músculos que intervienen en la defecación.

c. Ha sido intervenido quirúrgicamente en el abdomen, la pelvis o el periné.

d. Ha estado recibiendo medicamentos que disminuyen la motilidad intestinal.

e. Tiene restricción en su dieta o en su ingestión de líquidos.

f. Está inmovilizado.



3. Se debe valorar la eliminación de heces en relación con lo siguiente:

- a. El padecimiento del paciente
- b. La cantidad y el tipo de dieta (cantidad y tipo).
- c. Las condiciones del equilibrio hídrico.
- d. En cuanto a consistencia, número de evacuaciones, color, olor y presencia de constituyentes anormales.
- e. Cualquier medicamento que pueda provocar cambios en las características de las heces.



EXPLORACION FISICA

Se percuten el abdomen de la siguiente manera:

La fosa ilíaca derecha: el ruido debe ser resonante

El flanco derecho: el ruido debe ser resonante

El hipocondrio derecho: el ruido debe ser resonante hasta el borde inferior del hígado

El epigastrio: el ruido debe ser resonante

El hipocondrio izquierdo: el ruido debe ser cada vez menos resonante, ya que el colon transversal es cada vez más profundo

El flanco izquierdo: el ruido es resonante (normal timpánico)

La fosa ilíaca izquierda: el ruido es resonante (normal timpánico)

PROMOCIÓN PARA LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

1. La enseñanza para la promoción de una eliminación eficaz debe tener como bases:

Una dieta bien balanceada con suficientes cantidad de fibra como son las frutas y verduras.

Establecer y mantener cierta hora para la eliminación y proporcionando suficiente tiempo para una eliminación completa.

Un ingreso adecuado de líquidos si no tiene problemas de IRC 1.5 a 2 litros al día.

Un programa de ejercicios como puede ser caminar.

Evitar el uso excesivo de laxantes o enemas.

Debe promover la regularidad en los hábitos intestinales.

Se debe proporcionar el mayor bienestar al paciente (proporcionando privacidad y mostrar actitudes positivas por parte de la enfermera para evitar la vergüenza y la ansiedad).





El ejercicio, en especial caminar es necesario que por lo menos sean 20 minutos diarios, pero si el paciente geriátrico debido a diferentes circunstancias físicas no puede realizar una caminata el personal de enfermería esta capacitado para realizar y de mencionar al paciente y/o familiares sobre el masaje al marco cólico , puede mejorar el tono del esfínter y músculos abdominales, y la eficacia con que los músculos abdominales ayudan a expulsar las heces fuera del recto.¹⁴

“Masaje es un término que se emplea para indicar un grupo de manipulaciones sistemáticas de los tejidos del cuerpo con el propósito de actuar sobre el sistema nervioso y muscular y sobre la circulación general”

MASAJE AL MARCO CÓLICO

La mano derecha se coloca en el cuadrante inferior derecho del abdomen, de manera que su borde cubital quede junto al pubis, exactamente en la mitad de la línea que une las dos espinas ilíacas antero-superiores.

La mano izquierda refuerza a la derecha. El borde cubital de la mano derecha hace presión para levantar los tejidos, y les aplica rodamiento ayudado por la eminencia tenar y la cara palmar de la punta de los dedos, la cual estará en contacto con la piel durante todo este movimiento. Después, las puntas de los dedos se desplazan al punto más cercano sobre el colon ascendente, para que la mano vuelva a empujar con el borde cubital y repetir el movimiento. El masaje termina una vez que se ha aplicado a las áreas correspondientes del colon descendente, pues aquí la presión firme se aplica con la eminencia tenar y en dirección distal. El movimiento se completa con frotamiento profundo hacia abajo en la parte inferior del área del colon ascendente y la mano pasa suavemente sobre la porción inferior del abdomen hasta el límite inferior del área del colon descendente. Frotamiento profundo en colon.

La mano derecha se coloca de manera que la punta de los dedos toque el límite inferior del área del colon ascendente; la mano izquierda refuerza a la derecha. Las puntas de los dedos frota firmemente hacia arriba en la región del colon ascendente, luego sigue en la del transversal y bajan a la del descendente, después frota con suavidad al llegar a la parte inferior del abdomen en el punto de partida.

Dieta rica en fibra acompañada de 1-2 litros/día de líquidos, además de la relación de ejercicio físico de forma regular. La fibra se puede administrar por medio de dietas o complementos de fibra. El aumento en la fibra dietética puede causar distensión o flatulencias temporal, que a menudo disminuyen en varios días. Otro consejo es comer despacio, masticar bien los alimentos y hacer varias comidas al día.

La respuesta con el tratamiento de fibra no es inmediata y los aumentos en las dosis deben ser graduales, a lo largo de un periodo de 7 a 10 días.

Se debe recomendar que utilicen el inodoro de 10-15 minutos sentado después de desayunar (para aprovechar el reflejo gastrocólico) hasta que aparezcan deseos de defecar.



ROL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A LOS ANCIANOS

Los cuidados de salud a los ancianos se fundamentan en la problemática que éstos plantean tanto a nivel sanitario como a nivel social. El anciano debido a sus capacidades, es sujeto pasivo de cuidados en la mayoría de los casos. La cantidad y calidad de los cuidados dependen del grupo humano, la civilización y la cultura en los que le haya tocado vivir.

La preparación implica un cambio de actitud profesional y confiere amplias expectativas en el campo de acción de esta disciplina, haciendo posible la práctica de una atención individualizada.

Esta claro que el objetivo de enfermería es cuidar, atender a los seres humanos en su enfrentamiento con problemas existenciales que traducen en demanda de cuidados.

OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LOS ANCIANOS.

La atención a pacientes ancianos debe basarse en la concepción integral del individuo como hombre adulto, con una historia de vida, sea cual fuere su situación en el proceso salud/enfermedad. El anciano tiene derecho a salvaguardar su autonomía en cualquier situación, a mantener su dignidad y a participar en las decisiones que le afecten para poder mantener y/o mejorar su calidad de vida.

El cuidado de los ancianos debe basarse en los siguientes objetivos:

- a. Identificar las características individuales y colectivas de los ancianos, valorando íntegramente la persona. La consideración de su pasado, sus problemas presentes y sus proyectos y posibilidades vitales contribuyen a la comprensión y respeto de sus demandas y a la adecuación de los cuidados que se le presten.
- b. Facilitar la participación del anciano en la toma de decisiones con respecto a la satisfacción de sus necesidades. Esta participación deberá orientarse hacia el mantenimiento de su autonomía, y la aceptación de sus limitaciones y dependencia o del soporte preciso para superar sus pérdidas, mediante una adecuada información, interrelación y educación sanitaria, contribuyendo así a racionalizar e individualizar las demandas de cuidados.



c. Planificar y ejecutar las actividades relacionadas con el cuidado integral, acorde con los valores propios de la persona anciana, y colaborar con la población anciana en todo aquello que contribuya a mejorar la calidad de vida.

La enfermera que cuide a pacientes ancianos debe tener una visión dinámica del proceso de envejecimiento; solo así será capaz de considerarlo como una nueva etapa de la vida de los individuos, contribuyendo a facilitar la adaptación progresiva de los ancianos a los cambios que en esta se producen.

Considerar este proceso como algo uniforme en toda la especie significa no entender la esencia de cuidar como objetivo de la profesión de enfermería, ni tampoco comprender el concepto de hombre como ser único, individual e irrepetible. Estereotipar a los ancianos constituye un serio problema que todavía hoy se da en las propias enfermeras y que repercute negativamente en su cuidado.

La concepción que la enfermera tenga de la vejez, su capacidad para adaptarse a los cambios de su proceso vital, sus conocimientos y su experiencia en la relación con el anciano contribuirán a que el profesional de enfermería sea capaz de prestar cuidados de calidad para resolver las necesidades de salud de las personas ancianas desde la prevención hasta la rehabilitación. El mantenimiento de la salud y del bienestar es una de los factores contribuyentes en la mayoría de la calidad de vida y básicos en el funcionamiento independiente con respecto a la resolución de las actividades cotidianas.¹⁶

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Una vez realizada la valoración y considerando las alteraciones encontradas en el paciente se establece un Diagnóstico Enfermero como los que menciona el libro de la NANDA sobre el ESTREÑIMIENTO y son:

Cambios en el patrón intestinal relacionado con hábitos de defecación irregulares.

Defecación dificultosa relacionado con malos hábitos alimenticios y aporte insuficiente de fibra y líquidos.

Incapacidad para eliminar las heces relacionado con problemas durante la defecación.

Presentación atípica en adultos ancianos relacionado con higiene oral o dentición inadecuada.

Expectativa de una eliminación intestinal diaria con el consiguiente abuso de laxantes, enemas o supositorios relacionado con deterioro de los procesos de pensamiento.

A su vez habiendo identificado las alteraciones habrá que participar con intervenciones específicas como las que se mencionan en la C.I.E (Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC) dentro de la taxonomía de las intervenciones de enfermería en el nivel 1 campos 1 fisiológico básico que es el de cuidados que apoyan el funcionamiento físico y posteriormente en el nivel 2 clase B esta dentro del control de la eliminación y en el nivel 3 en las Intervenciones es el manejo del estreñimiento/ impactación. Es por ello que determina las siguientes actividades:

Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.

Instruir al paciente/ familia de la dieta rica en fibra.

Instruir al paciente / familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.

Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa de estreñimiento o que contribuyan al mismo.¹⁸

La enfermera deberá realizar acciones buscando las formas y recursos para que pueda cumplir el tratamiento y otras personas le ayuden a seguirlo, según sus necesidades y el tipo de ayuda que se haya valorado y acordado brindarle.

De acuerdo a la clasificación de resultados de enfermería (NOC) que en el nivel 1 Dominio II: Salud Fisiológica dentro de la clasificación F de eliminación son la continencia intestinal que se puede evaluar en.¹⁹

	Nunca Demostrado	Raramente Demostrado	A veces Demostrado	Frecuentemente Demostrado	Siempre Demostrado
Estreñimiento	1	2	3	4	5

Al analizar este problema debemos unificar criterios y actuaciones de enfermería, y destacar la importancia de la prevención, intentando resolver el problema. La educación sanitaria, tanto del paciente como de la enfermera, favorecerá su control.

CONCLUSIONES

En esta tesina se concluye que es muy importante las intervenciones de Enfermera ya que en conjunto con el paciente se puede evitar llegar a las complicaciones que se dan por estreñimiento en pacientes geriátricos.

También podemos concluir que es una forma muy sencilla de prevenir el estreñimiento conjuntando dieta, liquido y ejercicio (actividad).

No es una tarea fácil para las enfermeras el poder garantizar que los ancianos enfermos cumplan correctamente su tratamiento. Esta afirmación está condicionada por muchos factores dependiendo tanto de las capacidades y condiciones del paciente como del lugar donde se encuentre.



BIBLIOGRAFÍA

Carnevali D. L. y M Patrick, Tratado de Enfermería , Editorial Mc Graw- Hill, 1998, p 998

Equipo de enfermería, Nuevo Manual De La Enfermería, Editorial Oceano/Centrum, 2007, p 1200.

Forcica M.A. Lavizzo- Molirey R y Schwab E. P. Secretos de la geriatría, 2a Edición, Editorial Mc Graw- Hill, 2002, p 1120

García Hernández M, Torres Egea M. P. y Ballesteros Pérez E, Enfermería Geriátrica , Editorial Masson, 2000, p 2345

Ham R.J. y Slone P.D. Atención primaria en geriatría, 2ª Edición , Editorial Mosby, 1995, p 1058

McCloskey Docheterman J. y Bulechek G. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Edición editorial Mosby, 2006, p 1072

Merck Sharp And Dohme, Nuev Manual Merck , Editorial Oceano, Publicación España 2007, p 1119

Moorhead S, Johnson M y Maas M, Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición editorial Mosby 2006, p 846

NANDA Diagnostico Enfermero: definiciones y clasificación, Editorial Elsevier, Ed España, 2005-2006, p 299

Nordmark M. T. y Rohweder A. W., Bases científicas de la enfermería, 2ª Edición, Editorial La Prensa Medica Mexicana S.A, 1984, p 712.

Simon Staab A y Compton Hodges L, Enfermería gerontologica , Eitorial Mc Graw- Hill Interamericana, 1998, p 789

Tierney L.M, Mc Phee S.J, Papadakis M.A, Diagnostico clínico y tratamiento, Editorial Manual Moderno, 2005, p 1754.



BIBLIOGRAFÍA

Tortora G. y Anagnostakos N, Principios de Anatomía y Fisiología , Editorial Harper And Row Latinoamericana, 2000, p 1206.

Tortora G.J. y Reynolds G.S, Principios de anatomía y fisiología, 9ª edición, Editorial Oxford, 2002, p1175

