



---

---

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

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO  
MAYOR EN EL POSOPERATORIO DE CÁNCER RECTAL Y ALTERACIÓN  
DE DIVERSAS NECESIDADES.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRÍCIA**

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

**MAYRA LILIA OCHOA ACEVEDO**

**DIRECTOR ACADÉMICO**

**LIC. ROCIO AMADOR AGUILAR**

**2009**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

*Agradezco primeramente a Dios por ser mi mejor amigo, mi fortaleza, darme todo lo que tengo y no dejarme caer nunca.*

*A ti, Jorgie, por ser el mejor hijo, pero sobre todo, mi gran inspiración.*

*A mis padres por ser los mejores amigos y estar conmigo incondicionalmente.*

*A mi familia, lo mejor de mi vida.*

*A mis profesores por asesorarme en mi trabajo profesional, compartiéndome su conocimiento desinteresadamente para el logro de mis metas.*

## INDICE:

I.- INTRODUCCIÓN.....	1
II.- JUSTIFICACIÓN.....	2
III.- OBJETIVOS.....	3
IV.-METODOLOGIA.....	4
1.- MARCO TEÓRICO.....	5
1.1.- Enfermería.....	5
1.2.- Cuidado de enfermería.....	7
1.3.- Aplicación del modelo de V. Henderson.....	10
1.4 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	17
1.4.1.- Etapas del proceso atención de enfermería.....	17
1.4.2.- Valoración.....	18
1.4.3.- Diagnóstico de enfermería.....	20
1.4.4.- Planeación.....	24
1.4.5.- Ejecución.....	26
1.4.6.- Evaluación.....	27
2. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA ADULTO MAYOR .....	28
3. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO DIGESTIVO .....	33
4. CÁNCER DE RECTO.....	40
4.1.- Cuadro clínico.....	41
4.2.- Terapéutica.....	42
4.3.- Colostomía.....	44
5.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	47
5.1.-Historia clínica.....	47
5.2.-Valoración de enfermería.....	50
5.3.-Diagnósticos de enfermería.....	54
5.4.-Plan de cuidados de enfermería.....	55
5.5.-Plan de alta.....	67
V.-CONCLUSIONES.....	70
VI.-GLOSARIO.....	71
VII. -BIBLIOGRAFÍA.....	74
VIII.- ANEXOS.....	77

## I. INTRODUCCIÓN

Actualmente el personal de Enfermería tiene una gran importancia en la calidad de atención de salud dirigida al usuario, debido a que demandan ese cuidado de Enfermería, por lo que el profesional debe de dirigir sus esfuerzos en mejorar.

El Proceso Atención de Enfermería sirve como una herramienta, en la aplicación del método científico que permite a las Enfermeras proporcionar en forma, racional, lógica y sistemáticamente para satisfacer las necesidades del paciente, la familia, comunidad y, mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social del individuo englobando la relación eficaz Enfermera-cliente.

Dicho proceso esta dividido en cinco etapas con el objetivo de llevarlo acabo de una manera eficaz, eficiente y sencilla por parte de quien va ha ser aplicado por lo que debe hacer uso de herramientas metodológicas en donde se expone un padecimiento propio del adulto mayor, en el servicio de oncología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad Pemex Picacho Sur, dicha valoración se realizo de acuerdo al modelo de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas. Por lo cual este trabajo será presentado, como primera parte el marco teórico del modelo de Virginia Henderson, Proceso Atención de Enfermería en el cual se aborda temas como etapa del adulto mayor, anatomía del aparato digestivo, fisiopatología del cáncer de recto. Posteriormente se presenta un resumen de la valoración por necesidades básicas de acuerdo al grado de independencia y dependencia con forme a la estructura del Proceso Atención Enfermería, presentando los diagnósticos de Enfermería que fueron formulados en base a los datos recolectados y valorados en la fase anterior. Continuando con el Proceso Atención de Enfermería, se describe el plan de cuidados el cual contiene las intervenciones que se llevaron acabo con su respectiva evaluación. Se presentan las conclusiones de dicho trabajo y para finalizar se presentan los anexos los cual contiene el tratamiento farmacológico así como información para la salud respecto a la alimentación en personas con colostomía.

## II. JUSTIFICACIÓN

La Enfermera tiene un compromiso de ayudar a que las personas a lograr una vida plena y saludable. Por lo que tenemos la importancia de contribuir a que mejoren los cuidados.

La realización de un Proceso Atención de Enfermería es encauzar a la Enfermera en un proceso de adquirir una actitud de cambio así como integrar los conocimientos científicos en la planeación de la atención en los usuarios, con el profesionalismo, ética y lograr una mejor calidad de vida.

El presente proceso, pretende reforzar a la profesión de Enfermería, que sea una herramienta, donde se integre; el proceso en cuanto a la interpretación, análisis y reflexión del Modelo de Virginia Henderson, por la gran importancia que ocupa en México siendo un tumor maligno frecuente, ocupando el segundo lugar en cuanto a mortalidad de cualquier otra forma de cáncer. Por lo que es una enfermedad principalmente del anciano, afecta al hombre y a la mujer por igual, que tienen un desenlace fatal por tumores malignos, lo que lo convierte en un grave problema de salud. (<http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/rhnm-01/rhnm-01.htm>)

Las ventajas de este trabajo es proporcionar una atención planeada e individualizada en base a las necesidades del individuo y, fomentar la investigación en el personal de Enfermería. Con un enfoque holístico del cuidado, el cual se centra en la respuesta humana único del individuo.

Para la elaboración del presente Proceso de Atención de Enfermería, aplicado a una persona en el servicio de oncología con diagnóstico cáncer de recto, empleando el modelo de Virginia Henderson, fue necesario seguir una metodología que me permitió concluir el trabajo.

### **III.OBJETIVOS**

#### Objetivo General

Realizar un Proceso Atención de Enfermería a una persona, basado en la teoría de Virginia Henderson. Detectando las necesidades para proporcionar cuidados específicos de Enfermería.

#### Objetivos Específicos

- Utilizar el Proceso Atención de Enfermería, como herramienta indispensable y útil en el cuidado de Enfermería.
  
- Proporcionar cuidados de Enfermería con bases de conocimiento científico.
  
- Contribuir a restablecer lo más pronto posible la independencia de sus necesidades.

#### **IV. METODOLOGÍA**

Para poder realizar este Proceso de Atención de Enfermería me apoye en las teorías de Virginia Henderson, que habla las 14 necesidades humanas básicas. Con el propósito que utilice sus capacidades para que la persona sea lo más pronto independiente.

Fue imprescindible asistir asesorías individuales para revisiones del trabajo en el seminario de Proceso Atención de Enfermería, tomando como paciente a la G.A.L con Diagnóstico de posoperatorio de cáncer rectal en el servicio de Oncología del Hospital Picacho Sur en el turno vespertino en Septiembre del 2009.

Se adquirió la información mediante la entrevista con el paciente, el familiar, la revisión del expediente clínico, con el fin de tener datos fidedignos en relación a la condición del paciente.

Se utilizó el instrumento de valoración enfocado a las 14 necesidades de Virginia Henderson con revisiones bibliográficas, se aplicó el instrumento de valoración para permitir detectar los problemas para dar una mejor atención y poder realizar un plan de cuidados, siguiendo las etapas del proceso Atención de Enfermería.

# 1. MARCO TEÓRICO ENFERMERÍA

## 1.1 ENFERMERÍA

La única función de la Enfermera constituye en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza voluntad o conocimiento necesarios, asíéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible. (MARRINER: 1999)

La Enfermería o el ejercicio de la Enfermería significa, la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud y comprende la práctica, y la supervisión de las funciones y servicios que, directa o indirectamente, y en colaboración con un cliente o con otros profesionales de salud que no son Enfermeros, tienen como objetivo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento, la supervisión de la salud y el desarrollo óptimo de ésta e incluye todos los aspectos implicados en el proceso de Enfermería. (KOZIER: 1999)

La Enfermería se define como un proceso de acción, reacción e interacción en el cual la enfermera y el Enfermo comparte información acerca de sus percepciones en la situación de Enfermería. (KING: 1984)

Hace casi más de 100 años, Florencia Nightingale definió la Enfermería como el acto de influir sobre el entorno del paciente para ayudarla a su recuperación, Nightingale creía que un ambiente limpio bien ventilado y tranquilo era esencial para la recuperación del paciente. Por lo que Nightingale elevó el prestigio de ésta profesión por medio de la enseñanza. Las Enfermeras dejaron de ser amas de llaves sin entrenamiento para convertirse en personas instruidas para cuidar a los Enfermos.

Virginia Henderson fue una de las primeras Enfermeras modernas que definió la Enfermería en 1960: La función propia de la Enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, a desarrollar aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación o a morir en paz, que el mismo realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y todo ello de forma le ayudará a adquirir independencia lo más rápidamente posible. Al igual que Nightingale, Henderson describió la Enfermería en relación al cliente y su entorno, pero a diferencia de Nightingale, Henderson consideraba a las Enfermeras interesadas por los individuos enfermos y sanos, reconocía que se relacionan con los clientes incluso cuando la recuperación quizá no sea factible, y mencionó las funciones de Enfermería como educadora y defensora.

Las American Nurses Association (ANA) describe el ejercicio de la Enfermería como directo, orientado hacia un objetivo y adaptable a las necesidades de los individuos, la familia y la comunidad. En 1980, La ANA publicó la definición: La Enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales (KOZIER: 1999)

Sin embargo, durante el último siglo, la opinión pública asocia la Enfermería al cuidado del enfermo, sobre todo al interior de un hospital, conforme las Enfermeras se involucran más en los procedimientos curativos y técnicos que aplica al personal médico han ocupado una posición estratégica. Las Enfermeras no sólo se han relacionado con personas enfermas. Durante muchos años las parteras han controlado la salud de mujeres embarazadas, la mayoría de las cuales permanecen saludables mientras atraviesan por una experiencia fisiológica normal. (ROPER: 1993).

La Enfermería se había basado en una idea de arte y no de ciencia, pero la impotencia de los cuidados llevó a Florence Nightingale a rechazar las orientaciones que, durante siglos, habían paralizado a la disciplina, y a desear y propugnar su integración en un sistema interdependiente, que le permite de elaborar, en el futuro y dentro de los límites de la ciencia.

La Enfermería, en ese momento histórico, debió proveerse de un método de análisis y de un trabajo riguroso que la acercarán a las demás disciplinas tal y como, en esencia, propugnaban la obra y los escritos de Florence Nightingale.

La Enfermería como ocupación técnica que se inició a mediados del siglo XIX continuará como tal hasta la segunda mitad del siglo XIX. La Enfermera como auxiliar del médico mantiene los valores vocacionales heredados de sus predecesores.

La Enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo pasado y posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus principios y objetivos, y que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica; posee además, un método científico propio de actuación el Proceso de Atención de Enfermería que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas. Por lo tanto, se debe partir de dicho método científico como instrumento de acercamiento a la explicación científica de la realidad humana, sobre la que se asienta la Enfermería. (HERNÁNDEZ: 2003)

## **1.2. CUIDADO DE ENFERMERÍA**

Banner (1989) define Cuidar: lo que preocupa a una persona, un amplio rango de implicaciones, desde amor paterno hasta amistad, desde tener cuidado del propio trabajo hasta cuidar de un animal de compañía, o de cuidar del propio cliente. Cuidar también indica cuáles son los factores estresantes y cuáles son las opciones disponibles para afrontarlos. El compromiso personal por alguna persona, acontecimiento o cosa proporciona a las personas motivación y sentido.

Cuidar es el requisito esencial para afrontar. Benner contempla el compromiso personal del cuidado como una característica inherente de la práctica de Enfermería. En el que las Enfermeras ayudan a los clientes a recuperarse frente a la enfermedad, a darle un sentido a esa enfermedad, y a mantener o restablecer la conexión. El cuidado hace que las Enfermeras detecten cuáles son las intervenciones que tienen éxito y, éste compromiso es el que guía la selección de cuidados futuros.

Cada uno de las personas tiene un distinto transfondo de experiencias, valores y perspectivas culturales frente a una situación como el encuentro con la atención sanitaria. Por eso los cuidados siempre son específicos y depende directamente de la relación cliente Enfermera. La teoría de Benner de la práctica Enfermera se centra en los cuidados para ayudar a los individuos a que afronten el estrés de la enfermedad en sus situaciones únicas específicas. (*POTTER: 2001*)

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que ésta pueda persistir. Los hombres, han tenido siempre necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, permitir que la vida continúe, se desarrolle y, de este modo, luchar contra la muerte. Es decir que, durante los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. La historia de los cuidados asegura que la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo, era necesario cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos, pero también de los muertos. Actualmente ésta expresión cuidar de, ocuparse de, transmite el sentido inicial y original de la palabra "cuidado.

Cuidar es, por lo tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida, de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. (*COLLIERE: 1982.*)

La Enfermera como otros oficios o profesiones, califica como cuidados la prestación que ofrece, cuidados denominados recientemente cuidados de Enfermería.

Según Colliere, el origen de las prácticas de cuidados está ligado a las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie. La alimentación, como necesidad básica que implica suplencia y ayuda (por parte de la madre o sustituta)

en los primeros estadios evolutivos del hombre es considerada como la práctica de cuidados más antigua.

La Enfermería es mucho más que un oficio, es una ciencia en la que se conjugan el conocimiento, el corazón, la fortaleza y el humanitarismo. Como dice M. Patricia Donahue en su libro "*La Historia de la Enfermería*", su verdadera esencia reside en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que constituyen el fundamento real de los cuidados de Enfermería.

([www. ttp://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22\\_4\\_06/enf07406.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm)).

Para que pueda haber un reconocimiento eficaz de los cuidados de Enfermería como tales, las Enfermeras y Enfermeros de hoy están obligados a demostrar que los cuidados de Enfermería son la expresión y el cumplimiento de un servicio indispensable en determinadas circunstancias de la vida, servicio que no está cubierto por otros grupos profesionales. El campo de competencia de los cuidados de Enfermería se ha dejado desbordar, invadir y más tarde absorber por el campo de la práctica médica, o al menos como un dominio explícitamente reconocido de la aplicación de los cuidados.

El terreno de los cuidados de Enfermería, se sitúan en todo aquello que concierne a la persona, a su defecto físico o a su enfermedad, a su entorno y a su medio ambiente. Los cuidados para mantener la vida se basan en todo aquello que le permite a una persona seguir viviendo. El cuidar es el encuentro de una persona que vive una enfermedad, un defecto físico, o que tiene una dificultad que puede tener efectos sobre su salud.

Cuidar es una función cotidiana que cualquier persona se garantiza a sí misma cuando tiene autonomía, o cuando no tiene un obstáculo mayor en su vida, dentro de una familia, entre vecinos entre amigos ésta función no puede ser monopolizada por uno o varios grupos de profesionales de la vida, por buenos que sean. (COLLIERE: 1982.)

### **1.3. APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como Enfermera docente. Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la Enfermera.

Ya que desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las Enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de Enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo Enfermero que le proporcionará una identidad profesional propia.

V. HENDERSON trabaja exclusivamente el concepto de persona como ser individual que a su vez interactúa con otros individuos en la familia y en otros grupos. Así podría parecer que los diagnósticos de la NANDA relativos al funcionamiento de la familia como grupo, no tendrían cabida si se utiliza el modelo de Henderson. Sin embargo, si se considera a cada persona perteneciente al grupo familiar como persona individual, si puede ser trabajado desde el punto de vista de la autora, aún cuando la repercusión positiva o negativa de su comportamiento tenga incidencia en otros miembros de la familia. *(FERNÁNDEZ: 1993)*

## **PRINCIPALES CONCEPTOS**

### **METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA**

Es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta. Los cuales menciona en su teoría, a saber:

- Enfermería
- Salud
- Entorno
- Persona

Los cuales menciona en su teoría.

#### ENFERMERÍA:

Consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación o una “muerte tranquila” que llevará a cabo sin ayuda, si contará con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible.

#### SALUD:

Henderson comparó la salud con la independencia. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizarse sin ayuda los 14 componentes del cuidado de Enfermería.

#### ENTORNO:

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

#### PERSONA:

Es un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, que el cuerpo y el alma son inseparables. Por lo que contempla al paciente y a su familia como una unidad.

Señala 14 Necesidades básicas del paciente:

- Necesidad de oxigenación.
- Necesidad de nutrición e hidratación.
- Necesidad de eliminación.
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- Necesidad de descanso y sueño.
- Necesidad de vestir prendas adecuadas.
- Necesidad de termorregulación.
- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- Necesidad de evitar peligros.
- Necesidad de comunicarse.

- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- Necesidad de trabajar y realizarse.

## SUPUESTOS PRINCIPALES

### ENFERMERÍA

- Tiene como única función ayudar a las personas sanas o enfermas.
- Una Enfermera actúa como miembro de un equipo.
- Una Enfermera actúa al margen del médico pero apoya su plan.
- Una Enfermera debe tener nociones biológicas como de sociología.

### PERSONA

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para seguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.

### SALUD

- La salud es la calidad de vida.
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

### ENTORNO

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno.
- Las Enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las Enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las Enfermeras deben conocer costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

## AFIRMACIONES TEÓRICAS

### ENFERMERA PACIENTE

Se pueden establecer tres niveles de relación Enfermera paciente que van desde una relación muy dependiente a la independencia.

- 1) Enfermera como una sustituta.
- 2) Enfermera como auxiliar.
- 3) Enfermera como compañera.

Se contempla a la Enfermera como un sustituto de carencias del paciente para ser completo, integro o independiente debido a sus falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

Durante la convalecencia la Enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia (*MARRINER: 1999*).

### ROL PROFESIONAL. CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA Y EQUIPO DE SALUD.

Son acciones que lleva a cabo la Enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, de acuerdo con el nivel de dependencia identificado en la persona. Henderson opina que este es el aspecto del trabajo de la Enfermera que controla y en el que es dueña de la situación.

Los cuidados básicos de Enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes.

Henderson analiza también la contribución de las Enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para

el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte.

Henderson afirma que todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como una figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en asistir a esta persona. El paciente debe aceptar y comprender el programa ya que es indispensable para el logro de las metas planteadas por el grupo.

## LA SALUD INDEPENDENCIA / DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipará con la satisfacción por uno/a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas.) Cuando esto pasa no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como:

- Falta de fuerza.
- Falta de conocimiento
- Falta de voluntad.

## INDEPENDENCIA

Capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Los niveles de independencia en la satisfacción de necesidades son específicos y únicos para cada individuo. Deben ser considerados de acuerdo con las características

específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

## DEPENDENCIA.

Pueden ser considerados en una doble vertiente, por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

## LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades.

- Falta de fuerza.
- Falta de conocimientos.
- Falta de voluntad.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

## APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1.- En las etapas de VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO, sirve de guía en la recogida de datos en el análisis y síntesis de los mismos.

Esta etapa determina:

El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.

- Las causas de la dificultad de tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- Los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2.- En las etapas de PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia y ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de Enfermería que implique al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación.

3.- Finalmente, en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, la meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. (FERNÁNDEZ: 1993)

## **1.4. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Es un marco de referencia para la resolución de problemas que permite a la Enfermera planear los cuidados para el paciente de forma individual. El proceso de Enfermera no se lleva a cabo una sola vez, ya que con frecuencia cambian las necesidades del paciente y la Enfermera debe de responder a ella de forma adecuada. *(HOUSTON: 2008)*

Es un método sistemático y racional de planificar y proporcionar cuidados de Enfermería individualizados.

Un proceso es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular. El proceso de Enfermería es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de Enfermería su finalidad es reconocer el estado de salud de un cliente y los problemas o las necesidades REALES O POTENCIALES del mismo; organizar, planear para satisfacer las necesidades detectadas y, llevar acabo determinadas intervenciones de Enfermería para cubrir esas necesidades. El proceso de Enfermería es cíclico: es decir sus elementos integrantes siguen un orden lógico, pero en cualquier momento pueden intervenir más de uno de ellos. *(KOZIER: 1999)*

### **1.4.1 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El Proceso de Enfermería consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Este método permite a las enfermeras, prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Se trata de un proceso continuo, pero integrado por diferentes etapas, ordenadas lógicamente, que tengan como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los cuidados oportunos orientados al bienestar del paciente.

## LOS OBJETIVOS:

- Identificar las necesidades actuales y potenciales de la persona.
- Establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica para resolverlas.

## CARACTERÍSTICAS

*Tiene una finalidad:* Se dirigen a un objetivo.

*Sistemático:* Implica un planeamiento para alcanzar un objetivo.

*Dinámico:* Responde a un cambio continuo

*Interactivo:* Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre las Enfermeras y el paciente, su familia y los demás profesionales de salud.

*Flexible:* Se puede adaptar al ejercicio de la Enfermería en cualquier lugar.

## VENTAJAS

- Beneficia la contribución de la Enfermera a los cuidados preventivos y curativos.
- Contribuye al desarrollo de conocimientos propios de los cuidados de Enfermería y favorece las intervenciones autónomas.
- Permite a la Enfermera ejercer un mayor control sobre su trabajo.
- Puede servir como instrumento para la evaluación de la calidad de los cuidados y de la carga de trabajo. (PHANEUF: 1999)

### **1.4.2. VALORACIÓN**

Esta fase incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de Enfermería. La información se reúne de varias fuentes para ayudar a la Enfermera a comprender la situación del paciente.

Observación:

Una descripción de lo observado es básica para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos, la Enfermera utiliza la vista para percatarse de cambios de coloración, de tumefacción, de color y material drenado, de las características de la respiración y de la comunicación no verbal.

Entrevista:

La entrevista es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito de obtener información acerca de su estado de salud con la finalidad identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar y dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento.

Hay dos sistemas de entrevista la dirigida y no dirigida. La dirigida esta muy estructurada y proporciona información específica. La Enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma, al menos al principio haciendo preguntas cerradas en busca de datos específicos.

En la no dirigida la Enfermera permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y ritmos de charla.

Existen fuentes indirectas por las cuales se puede continuar la entrevista:

- a) Aportaciones familiares e integrantes del entorno del paciente.
- b) Historia clínica actual o alguna anterior.
- c) Informes derivados de las demás miembros de salud.
- d) Material bibliográfico.

Exploración física:

La actividad final de la recolección de los datos que se utiliza las capacidades de observación para descubrir los problemas de salud por lo que se valora por medio de:

Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente.

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.

Percusión: Dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal con el fin de obtener sonidos sordos, aparecen cuando se percuten en los músculos o huesos. Mates. Aparecen sobre el hígado y el bazo.

Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. (MARRINER: 1999)

### **1.4.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

#### **DEFINICIÓN**

Por la NANDA de 1990: Un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a los problemas de salud presentes y potenciales. O a los procesos vitales. Los diagnósticos de Enfermería proporcionan la base para la selección de las intervenciones de Enfermería con el objeto de lograr los resultados en los cuales es responsable el personal de Enfermería. (ATKINSON: 1997)

Es un enunciado o conclusión definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención de Enfermería con el objeto de resolverlos o disminuirlos. (ROSALES: 1999)

Es una forma de toma de decisiones que la Enfermera utiliza para establecer juicios y conclusiones acerca de las reacciones del paciente a problemas de salud reales o potenciales. Un diagnóstico de Enfermería es el resultado específico de diagnosticar, y es la forma de decisiones que la Enfermera utiliza para establecer juicios y conclusiones acerca de las reacciones del paciente a problemas de salud reales o potenciales.

Un diagnóstico de Enfermería es el resultado específico de diagnosticar, y es la forma de enunciar problemas por medio de la cual la Enfermera se comunica profesionalmente. (MURRAY: 1997)

## CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

### A) DIAGNÓSTICO REAL:

Es el enunciado o juicio sobre la respuesta del paciente a un problema de salud que existe el momento de la valoración de Enfermería. Se basa en la presencia de signos y síntomas asociados. Constan de tres partes: problema (p)+ etiología, factores causales contribuyentes (E)+ signos y síntomas (S).

### B) DIAGNÓSTICO DE RIESGO O POTENCIAL:

Es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros por lo que no están presentes los signos y síntomas en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo que pueden aparecer en un momento posterior. Constan de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/ factores contribuyentes (E).

### C) DIAGNÓSTICO POSIBLE:

Son enunciados que describe un enunciado sospechado para un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales. Consta de dos componentes, Formato PE: problema (P).+etiología/factores contribuyentes (E).

### D) DE BIENESTAR:

Se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un nivel mayor de salud.

## COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS:

1.- Etiqueta diagnóstica o nombre: Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.

2.- Definición: Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas.

3.- Características definitorias: Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos pueden indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas características definitorias son propias de los diagnósticos reales, ya que en los potenciales y en los posibles no hay evidencia de su existencia.

4.- Factores relacionados: Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Tales pueden ser descritos como:

1. Antecedente de
2. Asociado con
3. Relacionado con
4. Contribuyente a
5. Provocado

Cuando el diagnóstico es POTENCIAL no existen características definitorias y los factores relacionados se les denominan FACTORES DE RIESGO.

## BASES PARA LA FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS.

Teniendo en cuenta los diferentes tipos o clases de diagnósticos descritos, existen distintas formas de enunciarlos:

1.- Cuando el diagnóstico que se pretende formular es un *Diagnóstico Real*, se enunciará escribiendo primero el nombre o etiqueta diagnóstica, relacionado con la etiología o factor

Relación con contribuyente y manifestado por las características definitorias mayores y menores observadas.

2.- Si el Diagnóstico identificado se define como un Diagnóstico Potencial, la forma de enunciarlo sería citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra <potencial> y relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente.

3.- En el caso de que consideremos un Diagnóstico Posible la forma correcta de redactarlo sería anotando el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra <posible> y relacionado con la etiología como factor relacionado contribuyente.

## FORMULACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS

La formulación de los problemas de salud en forma de diagnóstico parece una forma simple de trabajar unificada y sistematizada, en la práctica pueden aparecer dificultades en la identificación correcta de un diagnóstico determinado y en su formulación completa.

Cuando se establece una etiqueta diagnóstica de forma intuitiva.

Suele ocurrir cuando cada una de nosotras tiene su propio concepto de situaciones o problemas que se presentan y les atribuimos un significado que en realidad es producto de las propias experiencias o creencias.

Cuando se confunden las características definitorias con la etiqueta diagnóstica.

Una etiqueta diagnóstica se fórmula, teniendo en cuenta un conjunto de signos y síntomas o características definitorias observadas. A veces una misma palabra puede ser considerada como una característica definitoria perteneciente a un diagnóstico, o ser ella misma una etiqueta diagnóstica que como tal incluye otras características definitorias, constituye un diagnóstico en sí mismo, que puede estar relacionado con factores varios y manifestado por irritabilidad, pérdida de apetito.

Cuando se confunden los factores relacionados con la etiqueta diagnóstica.

Puede ocurrir que una misma palabra indique la presencia de un diagnóstico o bien sea un factor relacionado/contribuyente de otro diagnóstico. El mismo concepto tiene diferentes posibilidades de utilización según el sentido en que se use (como diagnóstico, como característica definitoria mayor o menor, o como factor relacionado/contribuyente).

Cuando el diagnóstico es evidente pero no se conoce la etiología, o la causa de dificultad.

En estas ocasiones se recomienda formular el diagnóstico escribiendo nombre o etiqueta diagnóstica con etiología desconocida.

Cuando se identifica un problema que no puede ser enunciado como un diagnóstico de enfermería.

A partir de los datos identificar un problema sobre el que debe actuar, pero en el que necesita de la cooperación de otros profesionales para poder validar dicho problema y tratarlo adecuadamente. (*FERNÁNDEZ: 1993.*)

#### **1.4.4 PLANEACIÓN**

Cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y los conocimientos, que lleva a cabo un profesional de Enfermería para favorecer los resultados del paciente. El producto de la fase de planificación es un plan de cuidados para el paciente.

La planificación es una fase sistemática y deliberativa del proceso de Enfermería que conlleva la toma de decisiones y resolución del problema.

En la planificación el personal de Enfermería consulta los datos de la valoración del paciente y los enunciados diagnósticos para orientarse durante la formulación de los objetivos del paciente y la selección de las intervenciones de Enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente.

En esta fase se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar y corregir los problemas identificados previamente. Se orienta a la acción ya, que se trata de establecer un plan de actuación y de terminar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponden adoptar en el curso de todo proceso de Enfermería.

- El proceso de planificación.

Es el proceso de desarrollo de los planes de cuidado del paciente, el profesional de Enfermería lleva a cabo las siguientes actividades.

- Establecimiento de prioridades.

Es el proceso dirigido a establecer una secuencia preferente para abordar los diagnósticos y las intervenciones de Enfermería.

- Establecimiento de objetivos del paciente/resultados esperados.

Una vez establecidas las prioridades el personal de Enfermería y el paciente establecen los objetivos para cada diagnóstico de Enfermería.

- Selección de las intervenciones de Enfermería

Son acciones que el profesional realiza para alcanzar los objetivos del paciente. Las intervenciones específicas deben centrarse en la reducción de la etiología del diagnóstico de Enfermería.

- Redacción de las prescripciones de Enfermería

Tras elegir las órdenes de Enfermería adecuadas, el profesional las redacta en el plan de cuidados como órdenes de Enfermería. Las cuales son instrucciones para las actividades

concretas que el profesional de Enfermería realiza con el fin de ayudar al paciente a conseguir los objetivos de la salud establecidos.

### **1.4.5 EJECUCIÓN**

Cuarta etapa del proceso de Enfermería, que implica poner en práctica el plan de cuidados. Consiste en hacer y registrar las actividades que son actuaciones de Enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones.

#### **PROCESO DE EJECUCIÓN**

Consta de los siguientes pasos.

➤ Realizar una nueva valoración del paciente para asegurarse de que aún es necesario la realización de las intervenciones a realizar.

➤ Determinar las necesidad de intervención del profesional de Enfermería

1. Al ejecutar algunas intervenciones, el profesional de Enfermería puede requerir ayuda por uno de los siguientes motivos.

2. Porque no es capaz de ejecutar por sí sólo.

3. La ayuda reducirá el estrés del paciente.

4. El profesional de Enfermería carece de los conocimientos o las habilidades para ejecutar una intervención de Enfermería concreta.

➤ Ejecutar las intervenciones de Enfermería.

Es importante explicar al paciente qué intervenciones van a llevarse a cabo, qué sensación cabe esperar, qué se espera que haga y cual es el resultado esperado.

➤ Supervisar los cuidados delegados.

El profesional de Enfermería es responsable de los cuidados del paciente debe asegurarse de que las actividades se hayan ejecutado de acuerdo con el plan de cuidados.

➤ Registrar las intervenciones de Enfermería.

Se completa la fase de ejecución registrando las intervenciones y las respuestas del paciente en las notas de evolución de Enfermería.

### 1.4.6 EVALUACIÓN

Es la quinta y la última fase del proceso de Enfermería. La evaluación es una actividad planificada, continuada y dotada de objetivos en la cual los pacientes y profesionales de Enfermería determinan la evolución del paciente en relación con la consecución de los objetivos / resultados. Por lo que es un aspecto importante del proceso de Enfermería, ya que las conclusiones determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de Enfermería.

Consta de cinco componentes:

- Obtención de datos relacionados con los resultados esperados.
- Comparación de los datos de los resultados.
- Relación con las intervenciones de Enfermería con los resultados
- Extracción de conclusiones sobre el estado del problema, modificar o suspender el plan de cuidados de Enfermería. (*KOZIER: 1999*)

## 2. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA ADULTO MAYOR

Según *Langarica* el envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se presentan antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto anciano. (GARCÍA: 1993).

Biner y Bourliere, que lo expresa como el "Conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos".

El término "envejecimiento" debe utilizarse exclusivamente para referirse a algún atributo relativo a la población. El término "longevidad" debemos reservarlo tan sólo para referirnos a cualidades de la persona.

### PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso de vida que afecta a todos los seres vivos. Desde el mismo momento de nacer se inicia un proceso continuo, denominados en esencia por *Bourliere*, que presenta una serie de modificaciones orgánicas y funcionales. Éstas se manifiestan gradualmente a lo largo de la vida y con variaciones en su aparición, según el medio ambiente en el que se desarrolle el individuo y sus condiciones y calidad de vida. El envejecimiento es un fenómeno individual, que aunque es conocido, sorprende cuando se evidencia en uno mismo.

La Vejez es la última etapa de la vida que nos otorga la obligación necesaria para concluir satisfactoriamente nuestro proyecto de vida.

### ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO

El envejecimiento fisiológico se considera un hecho normal, siempre que posibilite el disfrute de una buena calidad de vida, adaptada a las diferentes situaciones funcionales y orgánicas que acontecen a lo largo de la existencia.

## CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES EN LA EDAD AVANZADA

El deterioro funcional no es homogéneo en los diferentes sistemas orgánicos del individuo y tampoco entre los distintos individuos.

En relación a la composición corporal, se produce una disminución de la masa muscular y del tamaño de los órganos, así como cambios en las proporciones de los compartimentos líquidos (disminución del H<sub>2</sub>O total corporal con la edad)

A nivel de aparatos, suceden los siguientes cambios anatómicos y funcionales:

### CAMBIOS FISIOLÓGICOS

Tejidos de sostén	En la vejez la piel pierde flexibilidad e hidratación. La capa epitelial se vuelve más delgada y en consecuencia, las fibras de colágeno se encogen volviéndose más rígidas.
Cabeza y cuello	Los rasgos faciales se vuelven más pronunciados debido a la pérdida de grasa subcutánea y de elasticidad de la piel. Los rasgos faciales a menudo son asimétricos a causa de la pérdida de dientes o bien de una dentición que no encaja correctamente, además se producen cambios de voz y pérdida de fuerza.
Aparato Respiratorio	Aumento del volumen residual riesgo de infecciones y broncoaspiración. A partir de los 55 años la fuerza de los músculos respiratorios empieza a disminuir. La pared del tórax se vuelve gradualmente más rígida.
sistema Cardiovascular	La disminución de la fuerza contráctil del miocardio, disminuye el gasto cardiaco. Respuesta inadecuada al ortostatismo.
Mamas	Las ancianas tienen mamas pequeñas debido a una disminución de la masa muscular, y de la elasticidad.
Sistema gastrointestinal y abdominal.	Con la edad existe una tendencia a aumentar la cantidad de tejido graso en el tronco.

Sistema reproductor	Femenino: Vaginitis atrófica, Predisposición a la dispareunia, hemorragias e infección, Alteraciones en la función sexual, con alteración hormonal menopausia.  Masculino: Aumento del tamaño prostático, Cambios en la función sexual. Con alteración hormonal que es andropausia.
Sistema urinario Sistema nefro- urológico	Disminución de la función renal, del tono de los uréteres, vejiga y uretra. Trastornos del vaciamiento completo de la vejiga. Aumento del tamaño prostático en hombres, produciendo presión en el cuello de la vejiga e infección.
Sistema músculo esquelético	Con la edad las fibras musculares disminuyen de tamaño. La fuerza muscular disminuye proporcionalmente a la disminución de la masa muscular.
Sistema neurológico.	El número de neuronas empieza a disminuir a partir de la segunda década de la vida, además, el anciano puede sufrir una disminución del sentido del equilibrio o una pérdida de coordinación de las respuestas motoras.

La edad afectiva de una persona puede establecerse teniendo en cuenta diversas consideraciones que nos permitan diferenciar cuatro tipos de edad: edad cronológica, edad fisiológica, edad psíquica y edad social.

Edad cronológica:

Representa el número de años transcurridos desde el momento del nacimiento de un individuo; es lo que determina la vejez.

*Pietro de Nicola* cuando habla de la edad de interés genérico hace la siguiente:

CLASIFICACIÓN:

- 45-60 años: edad crítica o presentil.
- 60-72 años: senectud gradual
- 72-90 años: vejez declarada
- Más de noventa años: grandes viejos.

Edad fisiológica:

El estado de funcionamiento orgánico es el que determina en los individuos su edad biológica y, por tanto, el grado de deterioro de sus órganos y tejidos.

Los cambios orgánicos se producen en forma gradual: la disminución de la agilidad y de la fuerza física es paulatina e inapresiable al inicio del proceso, mientras que las modificaciones alcanzan su auge en el momento en que afectan el normal desarrollo de las actividades de la vida cotidiana o interfieren en ellas. El envejecimiento modifica la autoimagen y además muestra de forma externa, a los demás este cambio.

Edad psíquica:

Según *Neugarten*, a partir de ciertas edades la vida se reorganiza en función del tiempo transcurrido, y los acontecimientos externos de la vida de cada individuo, sociales y afectivos, hacen reaccionar a cada cual con su personalidad, circunstancias y experiencia vital.

Edad social:

Establece y designa el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad en que cada individuo se desenvuelve.

**CAMBIOS PSICOSOCIALES.**

Conllevan cambios en las funciones y en las relaciones. Dentro de la familia cambian a medida que los padres se convierten en abuelos, los hijos adultos pasan a cuidar a sus padres ya mayores.

Jubilación. Se asocia con la pasividad y la retirada de la vida activa. Se trata de una etapa de la vida caracterizada por las transiciones y los cambios de función. También pueden presentarse problemas relacionados con el aislamiento social y las finanzas.

Aislamiento social.

El aislamiento puede ser elegido como consecuencia del deseo de no interactuar con los demás. El aislamiento también puede darse como respuesta a condiciones que inhiben la capacidad o la oportunidad de interactuar con otras personas.

Sexualidad.

La sexualidad está unida a la identidad del individuo y da valor a la creencia de que las personas necesitan darse a otros y ver este don reconocido.

Las variaciones del funcionamiento físico, mental y social son mayores entre los ancianos que en cualquier otro grupo de edad.

El informe del instituto de estados unidos las claves de un buen envejecimiento es:

- Mantener activo el cuerpo.
- Mantener activo el cerebro.
- Mantener y ampliar las relaciones sociales. (*POTTER: 2001*)

### 3. ANATOMÍA DEL APARATO DIGESTIVO EN EL ADULTO MAYOR

Hay muchos cambios fisiológicos del envejecimiento que afectan al aparato digestivo.

#### Cavidad oral

A medida que se envejece se produce una atrofia de la mucosa oral y del tejido conectivo subyacente reduciéndose la capacidad de masticación. En el anciano los dientes se hacen más frágiles y existe una reabsorción ósea en la mandíbula, lo que hace que se aflojen los dientes, aumenten las infecciones en dientes y encías y se pierdan finalmente las piezas dentarias.

#### Esófago

El esófago tubo muscular de 2 cm de longitud, se extiende de la faringe al estómago y atraviesa el diafragma al descender de la cavidad torácica a la abdominal; está situado por detrás de la tráquea y el corazón.

El principal cambio relacionado con la tercera etapa es la debilidad del musculo liso, que puede traducirse en un retraso del vaciamiento, con posible dilatación esofágica.

El esfínter esofágico inferior puede hacerse incompatible, permitiendo el reflujo de secreciones desde el estómago y produciendo así esofagitis.

#### Estómago

Esta situado en la porción superior de la pared abdominal, debajo del hígado y del diafragma, y aproximadamente cinco sextas partes de la masa gástrica están a la izquierda de la línea media.

Las tres divisiones del estómago son: fondo, cuerpo y píloro. El cuerpo es la porción central, y el píloro la porción inferior. Las curvaturas del borde superior derecho del estómago presenta lo que se llama curvatura menor, y la curvatura mayor. Las glándulas secretan todo el jugo gástrico, líquido compuesto por moco, enzimas y ácido clorhídrico.

En el anciano disminuye la motilidad y el vaciamiento gástrico, así como disminución de la secreción ácida gástricos.

## Intestino delgado

Es un tubo que mide alrededor de 2.5 cm de diámetro y 6 m de longitud; sus asas enrolladas ocupan la mayor parte de la cavidad abdominal. El intestino se divide en tres partes duodeno yeyuno e íleon. El duodeno es la primera porción y la que está unida al extremo pilórico del estómago. Tiene alrededor de 25 cm de longitud y forma aproximada de una letra C. el yeyuno mide 2.5 m y se convierte en íleon, mide 3.5m de longitud.

Se encuentran cubiertas de vellosidades en la capa mucosa cada vellosidad compuesta de una arteriola, una vénula y un vaso linfático. Las funciones terminan la digestión de los alimentos, absorbe los productos terminales de la digestión llevándolos a la sangre y a la linfa. Secreta hormonas. Aunque la mayoría de los nutrientes esenciales se absorben en el intestino delgado, Los cambios asociados con el menor funcionamiento y la atrofia del intestino delgado puede afectar a la absorción y a la atrofia del intestino delgado puede afectar a la absorción de proteínas y grasas, así como producir una potencial malabsorción de otros nutrientes, como vitaminas hidrosolubles, folatos o vitamina B12, hierro, calcio y vitamina D.

## Intestino grueso

La porción del aparato intestinal que continúa al intestino delgado se llama intestino grueso, porque tiene diámetro bastante mayor que el primero; sin embargo la longitud es bastante menor, de 1.5 a 1.8 metros; el diámetro promedio es de 6 cm, pero disminuye hacia el extremo final del tubo.

Divisiones:

El intestino grueso se divide en ciego, colon y recto.

Ciego: los 5 a 8cm iniciales del intestino grueso se llaman ciego, esta porción esta situada en la fosa iliaca derecha.

El apéndice vermiforme parece un gran gusano tanto por su tamaño como por su forma. La longitud aproximada de este tubo cerrado es de 8 a 10 cm y se extiende desde la porción mes inferior del ciego.

Colon: se divide en porciones ascendentes, transversales, descendentes y sigmoideas.

1. El colon ascendente tiene dirección vertical del lado derecho del abdomen y llega hasta el borde inferior del hígado. El íleon desemboca en el intestino grueso en la unión del

2. ciego y el colon ascendente; la zona de desembocadura tiene forma semejante a una letra T. La válvula ileocecal permite que pase material desde el íleon hasta el intestino delgado, pero no en dirección opuesta.

3. El colon transversal pasa en sentido horizontal a través del abdomen, por debajo del hígado, estómago y bazo. Se extiende desde el ángulo hepático hasta ángulo esplénico, en los cuales el colon se dobla sobre sí mismo para formar ángulos de 90 grados.

4. El colon descendente tiene dirección vertical, del lado izquierdo del abdomen, y se extiende desde un sitio por abajo del estómago hasta el nivel de la cresta iliaca.

5. El colon sigmoideo es la porción del intestino grueso que desciende por debajo de la cresta iliaca; describe una curva en forma de S; la porción inferior de la curva que se une al recto, se inclina hacia la izquierda.

6. El recto la última porción del intestino, que comprende 17.5 a 20 cm, se llama recto. Los 2.5 cm terminales del recto reciben el nombre de conducto anal el revestimiento mucoso.

7. Está dispuesto en muchos pliegues verticales llamados columnas de Morgagni; cada una de las cuales incluye una arteria y una vena. La desembocadura del conducto anal hacia el exterior esta protegida por dos esfínteres, el interno de musculo liso y el externo de musculo estriado. El orificio en sí recibe el nombre de ano. (ANTHONY: 1997)

#### Función del colon

El colon tiene dos funciones la motora y la absorción. Existe digestión tóxica, como el amonio, que produce las bacterias en determinadas condiciones patológicas, como la insuficiencia hepática o alteraciones secretorias.

El órgano absorbe agua en cantidades de 1500 a 2000 ml en 24 hrs. Además se absorbe electrolitos como el sodio, bicarbonato, cloro y potasio.

La función motora la primera es colector o depósito para la materia fecal y la otra la propulsión hacia el exterior. Tiene su papel en el proceso digestivo, y también un papel fundamental como órgano de almacenamiento. El envejecimiento conlleva una atrofia de su mucosa y una disminución de su musculatura. Los cambios anorrectales está producidos por una pérdida de la elasticidad muscular. Los cambios funcionales del proceso de envejecimiento de los que se deben a la disminución de los niveles de actividad, a los hábitos dietéticos. Los cambios de los patrones intestinales son señales importantes por posibilidades anomalías en el colon.

#### Vesícula biliar

Es un órgano localizado por debajo del hígado. La vesícula biliar es una víscera hueca pequeña, con forma de ovoide o pera, que tiene un tamaño aproximado de entre 5 a 7 cm de diámetro mayor. Se conecta con el intestino delgado (duodeno) por la vía biliar (el conducto cístico y luego por el colédoco). Su función es la acumulación de bilis, que libera al duodeno a través de los conductos arriba reseñados, entrando en el mismo a través de la papila y ampolla de Vater.

La función de la vesícula es almacenar y concentrar la bilis segregada por el hígado y que alcanza la vesícula a través de los conductos hepático y cístico, hasta ser requerida por el proceso de la digestión. La segregación de la bilis por la vesícula es estimulada por la ingesta de alimentos, sobre todo cuando contiene carne o grasas, en este momento se contrae y expulsa la bilis concentrada hacia el duodeno. La bilis es un líquido de color pardo verdusco que tiene la función de emulsionar las grasas, y facilitando así su digestión y absorción, además de favorecer los movimientos intestinales, evitando así la putrefacción. En el envejecimiento la función es la concentración de la bilis y suministro de la misma al intestino delgado por lo que produce dilatación progresiva.

#### Hígado

Es la glándula más voluminosa pesa aproximadamente 1.5Kg. Está situado inmediatamente por debajo del diafragma, ocupa la mayor parte del diafragma ocupando la parte del hipocondrio derecho y parte del epigastrio.

El hígado consta de dos lóbulos separados por el ligamento falciforme. El lóbulo derecho se divide por tres partes: lóbulo derecho propiamente dicho, lóbulo caudado y lóbulo cuadrado. Cada lóbulo está dividido en muchos lobulillos por vasos sanguíneos de pequeño calibre y por cordones fibrosos que forman un armazón de sostén (cápsula de Glisson) ya que es prolongación de la cápsula de tejido conectivo grueso que rodea al hígado.

Los lobulillos hepáticos de Glisson es prolongación de la cápsula de tejido conectivo grueso que rodea al hígado. Los lobulillos hepáticos son unidades anatómicas que forman esta víscera, son cilindros hexagonales o pentagonales pequeños, de 2 mm de alto y 1 mm de diámetro, aproximadamente.

### Conductos

Los conductos biliares de pequeño calibre dentro del hígado se unen y forman dos conductos de diámetro mayor que salen por la cara inferior del órgano con el nombre de conducto hepático derecho e izquierdo, pero inmediatamente se unen para formar el conducto hepático, se une con el conducto cístico que proviene de la vesícula biliar, y así se forma el conducto colédoco, que desemboca en el duodeno en una pequeña zona elevada, la carúncula duodenal mayor, que tiene en su interior una dilatación llamada papila hepatopancreática.(ampolla de Vater).

### Función

El hígado es uno de los órganos más vitales del cuerpo.

1. Las células hepáticas detoxican diversas sustancias.
2. Las células hepáticas secretan aproximadamente medio litro de bilis al día.
3. Las células hepáticas efectúan una serie de etapas importantes del metabolismo de las tres clases de alimentos: proteínas, grasas y carbohidratos.
4. Las células hepáticas almacenan sustancias como: hierro, vitamina A; B<sub>12</sub>, y D.

En el adulto mayor se presenta una reducción sustancial de tamaño y peso en el hígado de las personas entre 60 y 90 años, así como un declinar de su función. Existe una disminución del número de hepatocitos y, en consecuencia, una disminución de

metabolismo de fármacos y hormonas. Aunque aparecen alteraciones estructurales y funcionales en el hígado según envejecen las personas, el hígado suele conservar un nivel adecuado de función de reserva en el adulto mayor sano.

### Páncreas

Las personas mayores sanas, tendrán una función normal del páncreas exocrino.

El páncreas se ve desplazado hacia una posición más inferior en el organismo, y existe una dilatación de los conductos pancreáticos de la cabeza, el cuerpo y la cola del páncreas. La infiltración grasa, la fibrosis y la esclerosis arterial, así como otras alteraciones anormales, son frecuentes en el páncreas envejecido, aunque no parece afectar en gran medida a su función. *(RODRIGUEZ: 2000)*

Los alimentos contienen diversos nutrientes, los cuales son moléculas necesarias para que se formen nuevos tejidos, se reparen los dañados y tengan lugar las reacciones químicas imprescindibles. Además, son esenciales para la vida, ya que constituyen la fuente de energía para las reacciones químicas que ocurren en todas las células. Sin embargo tal y como se ingieren, muchos alimentos no pueden utilizarse como fuente de energía celular. Por que se requiere su desdoblamiento en moléculas suficientemente pequeñas para cruzar la membrana plasmática de las células, proceso llamado digestión. El paso de estas moléculas más pequeñas por ciertas células a la linfa y a la sangre se denominan absorción. Los órganos en el anciano realizan conjuntamente estas funciones, en el aparato digestivo.

En general el aparato digestivo realiza seis funciones básicas.

1. Ingestión: es el proceso que consiste en llevarse los alimentos y líquidos a la boca. (comer).
2. Secreción: Cada día las células de la pared del tubo digestivo y los órganos auxiliares secretan agua, ácidos, amortiguadores y enzimas de la luz del tubo digestivo.

3. Mezclado y propulsión: La relajación y la contracción alternas del músculo liso de la pared del tubo digestivo mezcla los alimentos y secreciones además impulsarlos en dirección al ano.

4. Digestión: Diversos procesos mecánicos y químicos desdoblan los alimentos ingeridos en moléculas más pequeñas. En la ingestión mecánica, los dientes cortan y trituran los alimentos antes de deglutirlos, después de lo cual se mezclan por acción del músculo liso del estomago e intestino delgado.

5. Absorción: durante esta fase, los líquidos secretados y las moléculas pequeñas de iones, productos de la digestión, entran en las células epiteliales que revisten la luz del tubo digestivo, por transporte activo o difusión pasiva.

6. Defecación: Los derechos, sustancias no digeribles, bacterias, Células que se esfacelan del revestimiento del tubo digestivo y materiales digeridos que no fueron absorbidos salen del cuerpo por el ano, es el proceso de defecación. El material eliminado en ésta se denomina heces o materia fecal. *(TORTORA: 2002)*

## 4. CÁNCER DE RECTO

El cáncer rectal es tejido maligno (o canceroso) que crece en la pared del recto. La mayoría de los tumores comienzan cuando el tejido normal en la pared del recto forma un pólipo adenomatosos, o un crecimiento precanceroso, proyectándose desde la capa de la pared rectal. A medida que éste pólipo crece más grande, el tumor se va formando.

### EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer colorrectal afecta a hombres y mujeres por igual, y su incidencia aumenta en forma considerable. En las personas mayores de 50 años. La edad media en el momento del diagnóstico es de 62 años.

### ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO

**FACTORES DE ESTILO DE VIDA:** Pueden colocar a una persona en un riesgo alto. Son una dieta alta en grasa y carne roja pero baja en frutas y vegetales una dieta deficientes en vitaminas A, C Y E, calcio.

Alta ingestión calórica, niveles bajos de actividad física, y obesidad. Además, el fumar y el consumo excesivo de alcohol pueden desempeñar un papel en el desarrollo del cáncer colorrectal.

**FACTORES GENÉTICOS:** Desencadenan un proceso de múltiples pasos en el que se producen mutaciones en el epitelio colorrectal, las cuáles a su vez formarán tumores malignos en el colon.

**FACTORES PREDISONENTES:** incluyen la colitis ulcerativa y la enfermedad de crohn. Estos trastornos intestinales inflamatorios se asocian con displasia y lesiones malignas. También los pólipos adenomatosos estos aumentan su potencial de malignidad.

*(MUÑOZ: 1997).*

#### 4.1. CUADRO CLINICO

El cáncer de recto es silente en sus estadios iniciales. Los síntomas principales rectorragia, cambio de tamaño de las heces, cambio reciente del hábito intestinal y el tenesmo rectal. Otros síntomas comunes son emisión de heces con moco, sangre, dolor abdominal difuso e inespecífico, dolor intenso en la ingle, los labios, el escroto, las piernas o el pene. La sintomatología general (anorexia, astenia, alteración del estado general, pérdida de peso)

#### DIAGNÓSTICO

El tacto rectal y la rectoscopia son los dos pilares en los que se fundamenta el diagnóstico de cáncer de recto.

Enema de bario: una imagen clara del intestino grueso es útil para detectar tumores pequeños.

Colonoscopia: permite la visión endoscópica directa y la posibilidad de tomar biopsias de las lesiones.

Deberá completarse el estudio con las pruebas de extensión tumoral, que incluyen análisis sanguíneos completos, marcadores tumorales, exploración clínica para ver la presencia de hepatomegalia, cadena linfática inguinal o en otras localizaciones, el tamaño prostático.

#### ESTATIFICACIÓN

El método más generalizado para la cirugía colorrectal es la clasificación de *Duke*, desarrollada en 1972, éste sistema clasifica los tumores en cuatro categorías principales, según el grado y extensión del tumor y la presencia de ganglios linfáticos afectados.

Estadio A: Carcinoma limitado a la mucosa.
Estadio B1: Carcinoma invade el músculo pero está confinado a la pared intestinal.
Estadio B2: Carcinoma atraviesa la capa muscular penetrada en la membrana serosa y el tejido conectivo.
Estadio B3: Igual al estadio B2 con adherencia o invasión de los órganos adyacentes, pero sin afectar los ganglios.

Estadio c1: Hay metástasis de los ganglios linfáticos, pero el tumor principal está confinado a la pared intestinal.

Estadio C3: Igual que el estadio B3 pero con metástasis a los ganglios linfáticos.

Estadio D: Metástasis a distancia.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El carcinoma colorrectal debe diferenciarse de las enfermedades inflamatorias del intestino y otras causas de hemorragia gastrointestinal inferior, tales como diverticulitis y hemorroides.

## COMPLICACIONES CÁNCER COLORRECTAL

- Perforación intestinal.
- Obstrucción de los órganos genitourinarios adyacentes.
- Hemorragia.
- Metástasis a distancia: cerebro huesos, pulmones, glándulas suprarrenales.

## 4.2. TERAPÉUTICA

### TRATAMIENTO CIRUGÍA

El objetivo de la cirugía es la resección del colon. El tumor y los vasos sanguíneos asociados se resecan en bloque junto con las estructuras vascular y linfática para evitar la diseminación de las células malignas. Durante el procedimiento se obtiene una biopsia de los ganglios linfáticos hepáticos y regionales para evaluar la extensión de la enfermedad. El tamaño y la localización del tumor, así como las metástasis adicionales, determinan el tipo y alcance de la cirugía. Los procedimientos principales en el cáncer colorrectal son la colostomía temporal o permanente y la resección abdominoperitoneal.

### QUIMIOTERAPIA

No se ha comprobado que la quimioterapia por sí sola sea eficaz en el tratamiento del cáncer colorrectal; aún se considera como terapia adyuvante de la intervención quirúrgica inicial.

## RADIOTERAPIA

La radiación preoperatoria, la radiación posoperatoria y una combinación de ambas conocida como la “técnica de sandwich”. La radioterapia preoperatorio lesiona las células malignas que pueden diseminarse durante la cirugía y ayudar a reducir las lesiones no resecables.

La radioterapia posoperatoria es eficaz en la prevención de recurrencia de la enfermedad en las personas que tienen alto riesgo. La radioterapia puede ser paliativa porque reduce el tamaño del tumor, y por consiguiente, alivia el dolor, la hemorragia y la presión.

## PRONÓSTICO

La propagación a órganos distales tiene un impacto directo en el pronóstico y la sobrevivencia del paciente. La supervivencia de las personas con metástasis por lo general es de un año. La edad es un factor adicional que afecta a esta tasa. Los pacientes menores de 30 años tienen un pronóstico peor, y los mayores de 70 años tienen una tasa de morbilidad quirúrgica más alta. (OTTO: 1999)

## PREVENCIÓN

Las recomendaciones con respecto a la alimentación se centran en una dieta baja en grasas y alta en fibra, que incluya cereales integrales, frutas y verduras. Para reducir el riesgo colon, comer alimentos ricos en vitamina C: frutos cítricos, fresas, grosellas, repollo, tomates y nueces.

Vitamina A: melocotones, melones, y vegetales amarillos y verdes zanahorias espinacas, calabazas, espárragos. Consumir productos que contengan vitamina E: aceites vegetales (soya, maíz, girasol, alfalfa y lechuga). (MUÑOZ: 1997).

### 4.3. COLOSTOMÍA

#### DEFINICIÓN

Es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal, abocándolo a la piel, con el objeto de crear una sólida artificial para el contenido fecal.

Clasificación de las colostomías: (por dos situaciones)

-La exéresis del aparato esfinteriano anal junto con el recto; en este caso la colostomía es definitiva.

-La necesidad de crear una derivación temporal para las heces, como parte del tratamiento de enfermedades situadas distalmente a la zona de la colostomía, o para prevenir complicaciones tras intervenciones quirúrgicas complejas. (Colostomía es temporal).

#### INDICACIONES DE LAS COLOSTOMÍAS DEFINITIVAS

Este tipo de colostomías se realiza generalmente tras la exéresis del recto y del esfínter anal. Siendo los carcinomas más comunes, traumáticas anales o rectales, lesiones de médula espinal que pueden llevar una parálisis del esfínter y por lo tanto una incontinencia fecal. (TEGIDO: 1988)

#### Fisiología

A partir del segundo o cuarto día del posoperatorio, el paciente comienza a expulsar gases y heces líquidas de color marrón claro en pequeñas cantidades y de forma continua. Durante los siguientes días los pacientes hacen deposiciones pastosas en número no controlable, que posteriormente se hacen más sólidas.

Las heces tienen una consistencia sólida y son por lo general formadas, aunque determinados alimentos pueden hacer que la consistencia sea pastosa. Por la colostomía salen

gases producidos en el colon por la acción de las bacterias aerobias y anaerobias sobre los alimentos.

Complicaciones inmediatas:

Isquemia o necrosis:

Hasta 34 horas después de la cirugía.

- Clínica: cambio de coloración. Los bordes no sangran.
- Manejo: Valoración por cirugía, por riesgo de perforación intra-abdominal y peritonitis.

Hemorragia:

Primeras horas del postoperatorio o tardías, por heridas al limpiar el estoma.

- Manejo: hemostasia local con nitrato de plata o compresión manual.

Dehiscencia:

- Clínica: separación mucocutánea a nivel de las suturas entre el estoma y la piel.
- Manejo: curación locales como cualquier herida quirúrgica, aplicando crema barrera para evitar la irritación por el efluente.

Edema:

- Clínica: aumento del componente hídrico en la mucosa del estoma.
- Manejo: aplicación de compresas de suero hipertónico frío sobre el estoma. Si se cronifica puede llegar a causar obstrucción intestinal, debe ser valorado por cirugía.

Infecciones periestomales:

- Clínica: cuadro inflamatorio, con fiebre, dolor, calor y rubor en la piel circundante.
- Manejo: antibióticos oral y curación local. Si afecta los planos profundos derivar al hospital.

Perforación y/o fistulación:

- Clínica: debida a problemas con la técnica quirúrgica, iatrogenia en la manipulación del estoma durante sondajes o por recidiva de la enfermedad inflamatoria.

- Manejo: evitar el contacto con los bordes de los dispositivos, con crema barrera o apósitos de hidrocoloides.

#### Complicaciones tardías

#### Prolapso/evisceración:

- Clínica: protrusión de la mucosa intestinal o de asas sobre el plano cutáneo, respectivamente.
- Manejo: proteger con campo estéril, humedecido con gasas y suero fisiológico tibio, y derivación al hospital para reparación quirúrgica.

#### Estenosis:

- Clínica: estrechamiento del orificio del estoma.
- Manejo: dilataciones digitales periódicas y valoración por cirugía para corrección quirúrgica. Se puede irrigar suero fisiológico para evitar fecalomas.

#### Granuloma:

- Clínica: protuberancias epidérmicas periestomales, por irritación cutánea persistente.
- Manejo: control de la retirada de puntos de sutura, evitar fugas del efluente usando el dispositivo adecuado, se puede usar nitrato de plata para evitar su crecimiento.

#### Retracción:

- Clínica: estoma hundido o plano.
- Manejo: cuidado de la piel más exhaustivo, aplicando dispositivos de dos piezas convexos, con pasta niveladora.

#### Dermatitis:

- Clínica: irritación de la piel alrededor del estoma.
- Manejo: Identificar y tomar las medidas adecuadas para tratarla y prevenirla. La mayor parte se deben a contaminación por uso de materiales inadecuados.

(<http://www.fisterra.com/material/tecnicas/estomas/estomas.asp>).

## 5. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### 5.1. HISTORIA CLÍNICA

Nombre: G.A.L

Ocupación Jubilado

Edad: 67 AÑOS

Religión: Católica

Sexo: Masculino

Escolaridad: preparatoria

Estado civil: divorciado

Radica D: F

#### PERFIL DEL PACIENTE

Paciente masculino que vive en departamento el cual renta con buena ventilación e iluminación, no promiscuidad ni hacinamiento tipo de construcción de cemento, con una habitación, no animales domésticos, cuenta con todos los servicios urbanizados, teniendo el control de la basura por medio de camión su vía de transporte es el microbús o el taxi.

#### HÁBITOS HIGIÉNICOS

Baño diario, lavado de manos 2 veces al día, aseo bucal 3 veces al día, cambio de ropa diario.

#### HÁBITOS DIETÉTICOS:

Leche diario.

Pan 1 pieza diario.

Huevo 4 veces a la semana

Carne diario

Verdura diario.

Frijoles diarios.

#### *ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES*

Madre y padre muertos no sabe la causa.

## ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Inmunizaciones completas, enfermedades propias de la infancia, no alérgico, tabaquismo positivo durante 20 años 8 cigarros diarios, alcoholismo ocasional, P.O de colecistectomía, laparoscópica hace 6 años, LIO hace 7 años.

## PADECIMIENTO ACTUAL

A perdió 10 Kg en 6 meses.

Inicia el 28 de Mayo con dolor a nivel del recto con evacuaciones con sangre. Abundantes coágulos rojo fétido. Por lo que acude a urgencias.

## ESTUDIOS DE LABORATORIO (1-09-09)

### BIOMETRÍA HEMÁTICA.

Hb: 9.3 - 10.6 gr.

Hto: 31.8%

### QUÍMICA SANGUÍNEA

Glucosa 106 mg /dl

Nitrógeno ureico 26 mg/ DL

Urea 55.6 mg /dl

Creatinina 1.10 MG /dl

### ELECTRÓLITOS SÉRICOS

Cloro 8.3 MG/dl

Potasio 4.4 mmol/L

Sodio 143 mmol/L

Calcio 8.8 mg/dl

## GABINETE:

Recto sigmoidoscopia y colonoscopia con biopsia.

Estudio de resonancia magnética (con múltiples divertículos en el colon sigmoides)

Motivo por lo que termina el programa de radioterapia Neoadyuvante a pelvis en 25 sesiones con fines preoperatorios con buena tolerancia. (*Fuente: Expediente Clínico*)

## TRATAMIENTO MÉDICO 28 -08-09

Ayuno

Salina 1000ml p/8 Hrs.

Glucosa 5% 1000 MI p/ 8hrs.

Ketorolaco 30 mg IV c/8 hrs.

Tramadol 100 mg IV c/8 hrs.

Ceftriaxona 1gr. IV c/12 hrs.

Clindamicina 600 MG IV c/8 hrs.

Amikacina 500 MG IV c/ 12 hrs.

Clexane 1 amp. 40 MG c /24 hrs.

Pantozol 40 MG IV c /24 h.

Metoclopramida 10 MG IV c/ 8 hrs.

Paquete globular

Nebulizaciones al 40%.

## 5.2 VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS

NECESIDAD	DEPENDENCIA	INDEPENDENCIA
OXIGENACIÓN	Fumador de 8 cigarros diarios desde hace 20 años, con palidez de tegumentos, y mucosas orales, con oxígeno por puntas nasales a 3 lts X' por efectos anestésicos se retira a las 8 de a.m. del día siguiente. Al tercer día a la exploración presenta estertores, con dificultad para toser, con disnea al esfuerzo.	En la valoración del señor Guillermo con FC 84X', FR 20 X', con buen llenado capilar de 3 segundo.
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	El señor Guillermo se encuentra en ayuno en los dos primeros días pos-operatorios posteriormente se inicia dieta líquida, con presencia de fatiga, palidez de tegumentos, mareo, náusea dolor por lo que ingiere sus alimentos con poco agrado, y con asistencia a la vía oral, desde la cirugía se mantiene con soluciones intravenosas, solución salina al 0.9% alternada con solución glucosada al 5%. El peso: 71Kg, talla: 1.68 m. T/A 120/70 mmHg. Comenta que antes de la cirugía ingiere dieta rica en grasas y animales. En los laboratorios al tercer día con Hb 9.3 gr, Hto 31.8%. Por lo que se requiere transfusión paquete globular.	No valorada.

<p>ELIMINACIÓN</p>	<p>El Sr. Guillermo en el postoperatorio con estoma del lado izquierdo el cual al tercer día ha presentado su primera deposición de características líquida color café al cuarto y quinto día semilíquidas café pastosas. Con sonda vesical que se le ha retirado al cuarto día con presencia de micción espontánea. Con uresis 1500ml en 24 hrs, con características macroscópicas normales.</p>	<p>Deposición de 5 a 6 veces al día y micción urinaria 4 veces al día.</p>
<p>TERMORREGULACIÓN</p>	<p>No se observan</p>	<p>Temperatura de 36.5°C, durante la estancia intrahospitalaria se ha mantenido en parámetros normales, con buena coloración de la piel, en la noche se tapa con una sábana y cobertor.</p>
<p>MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA</p>	<p>Presenta debilidad en ambas extremidades inferiores, hasta el tercer día postoperatorio se sienta en la cama con asistencia, tolerando poco dura 20 minutos en 2 ocasiones, al cuarto día se pasa al reposet con ayuda de un camillero tolerando 30 minutos, al quinto día deambula en la unidad con asistencia.</p>	<p>Realizaba actividad física por lo era totalmente independiente.</p>

DESCANSO Y SUEÑO	Duerme cuatro horas por la noche y durante el día dos horas. Se despierta durante las tres primeras noches por dolor de una a dos ocasiones, posteriormente duerme 5 horas continuas. Con fatiga durante el día por lo que duerme aproximadamente dos horas por la tarde descansa.	No valorada.
HIGIENE PROTECCIÓN DE LA PIEL	Se ha realizado los dos primeros días baño de esponja, posteriormente en regadera con asistencia. La herida abdominal se encuentra bien con frontada sin datos de infección.	Aspecto limpio.
EVITAR PELIGROS	La edad del señor Guillermo de 67 años, refiere dolor en el sitio de herida quirúrgica, recomienda que si se desplaza se requiere asistencia para asistirlo con esto evitando accidentes. La sonda foley se le retira al tercer día con micción espontánea. Ese mismo día se toma laboratorio se observa Hb de 9.3% Hto 31.8% con palidez de tegumentos. Durante la estancia continúa los dos primeros días con soluciones alternas posteriormente que se inicia la dieta se modifica la solución salina para 24 hrs.	No valorado

PRENDAS ADECUADAS	Se encuentra en el hospital por lo que usa la bata, no comenta en los primeros días nada, y posterior a la deambulaci3n se siente inc3modo. Y as3 mismo requiere asistencia para ponerse el camis3n a causa de debilidad.	No valorado.
COMUNICARSE	No se observa.	Se expresa con claridad.
VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	No se observa.	Es cat3lico va a la iglesia considera que si hay un ser supremo que nos cuida. Tiene una imagen en la cabeza.
TRABAJAR Y REALIZARSE	No se observan	Actualmente es jubilado desde hace 3 ańos, ha trabajado como chofer de ambulancias en el hospital cuenta con una pensi3n.
ACTIVIDADES RECREATIVA	Pregunta si podr3 continuar jugando front3n.	Se considera una persona sociable y con varios amigos. Pr3ctica ocasionalmente el front3n.
APRENDIZAJE	Refiere que no tiene conocimientos en relaci3n al manejo del estoma.	Conoce el diagn3stico m3dico y sabe lo que le realizaron.

### 5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
Oxigenación	Limpieza ineficaz de las vías aéreas bajas relacionado con ineffectividad de la tos manifestado por secreciones viscosas, blanquecinas.
Nutrición e hidratación	<p>Reacción pos quirúrgica relacionado con intolerancia a la dieta blanda posterior a las 48 hrs manifestado por náuseas.</p> <p>Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida sanguínea quirúrgica manifestado por palidez, debilidad y, hemoglobina 9.3 g.</p>
Eliminación	Alteración de la eliminación intestinal relacionada con resección quirúrgica rectal manifestado por ausencia de la parte anatómica.
Movimiento corporal	Déficit de la deambulación relacionado con proceso quirúrgico manifestado por disminución de la fuerza muscular en miembros inferiores, dolor y dificultad para todo tipo de movimiento.
Descanso y sueño	Sueño y descanso alterado relacionado con dolor de la herida quirúrgica manifestado por insomnio y fatiga.
Higiene y protección de la piel	Déficit de autocuidado de baño e higiene relacionado con limitación del movimiento del usuario en el proceso postquirúrgico, manifestado por debilidad y cansancio con movimientos cortos e ineficaces.
Peligro	<p>Alto riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (sonda vesical, catéter venoso periférico), herida quirúrgica y estoma intestinal.</p> <p>Riesgo de caída relacionado con disminución de la fuerza muscular de miembros pélvicos.</p>
Aprendizaje	Falta de conocimiento relacionado con indiferencia a la falta de aceptación a su nueva forma de vida de eliminación intestinal manifestada por incomodidad por realizarse este autocuidado.

## 5.4 PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

**NECESIDAD:** Oxigenación

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas bajas relacionado con ineffectividad de la tos manifestado por secreciones viscosas, blanquecinas.

**OBJETIVO:**

- Orientar al señor Guillermo y su cuidador de como realizar ejercicios respiratorios.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
La posición semifowler	Permite la expansión del tórax, la ventilación de los segmentos pulmonares, la movilización y la expectoración de las secreciones para mantener limpias las vías respiratorias.	Se le indico al señor Guillermo y sus familiares el cambio de posición y su importancia.
Enseñar al paciente las técnicas respiratorias. -mantener el pecho rígido y que tosa mientras se mantiene en posición erguida.	Permite la respiración profunda con esfuerzo mínimo. La tos es un mecanismo natural de autolimpieza que ayuda a los cilios a mantener las vías respiratorias permeables. La posición erguida favorece un esfuerzo de tos más profundo y fuerte.	Se oriento al señor Guillermo y sus familiares sobre técnicas respiratorias favorables y las llevaron a cabo.
-Mantener una adecuada hidratación.	Los líquidos en especial los calientes estimulan la movilización y la expectoración de las secreciones.	Se pidió al servicio de dietas un litro de té de manzanilla para que se lo fuera tomando, aceptándolo con agrado.
Colocación de nebulizaciones y otras fisioterapias respiratorias (espirometría de incentivo, drenaje postural).	Facilita la licuefacción y la eliminación de las secreciones. (DOENGES:2008)	Se observa una mejor respuesta respiratoria. Con tos productiva, buena ventilación.

**NECESIDAD:** Nutrición e hidratación

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Reacción posquirúrgica relacionado con intolerancia a la dieta blanda posterior a las 48 hrs manifestado por náuseas.

**OBJETIVO:**

- Disminuir las náuseas del Señor Guillermo para favorecer la alimentación de acuerdo a sus necesidades nutricionales.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Ofrecer comidas frecuentes y en pequeñas cantidades.	La comida tiene un efecto neutralizante de los ácidos y diluye el contenido gástrico. La comida en pequeña cantidades evita la distensión gástrica (DOENGES:2008)	No se valoró el estado de nutrición, pero se le recomendaron alimentos basados en su dieta blanda.
Administración de antieméticos	Inhibe la relajación del músculo liso gástrico. Acelera el tránsito intestinal y el vaciado gástrico, lo que impide la relajación del cuerpo gástrico y aumenta la actividad del antro. (CARPENITO:2005)	El antieméticos se administraron preprandiales lo que en dos días las náuseas se quitaron.
Administración de pantozol	Inhibe la secreción de ácido clorhídrico producida por el estómago, mediante la inhibición selectiva de las bombas de protones de las células parietales.	El señor Guillermo a mejorado

**NECESIDAD:** Nutrición e hidratación.

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida sanguínea manifestado por palidez, debilidad y hemoglobina 9.3 mg/dl.

**OBJETIVO:**

- El señor Guillermo mejorará su estado anímico, debilidad y que aumente la hemoglobina posterior a la transfusión sanguínea.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Vigilar los signos y síntomas. Evaluar el pulso periférico y el llenado capilar.	Refleja el volumen circulante.	Se mantuvo el pulso apical a 86 por minuto y el llenado capilar a 3 segundos.
Administrar soluciones intravenosas.	Se debe a que no ha habido un flujo neto de agua desde adentro hacia afuera o desde afuera hacia adentro de la célula. Esto es que la presión osmótica es la misma adentro que afuera.	Se mantuvo con solución salina un día antes del egreso favoreciendo a su hidratación del señor Guillermo.
Administrar transfusiones según se indique:	Aportar información sobre los valores de BH. Puede ser necesario para restablecer el recuento sanguíneo y prevenir las manifestaciones como taquicardia, taquipnea, mareos y debilidad (DOENGES:2008)	El Sr. Mejoró su estado anímico. Aumento la hemoglobina a 10.6 g. 24 hrs. posteriores a la transfusión sanguínea.

**NECESIDAD:** Eliminación

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Alteración de la eliminación intestinal relacionada con resección quirúrgica rectal manifestado ausencia de las parte anatómica.

**OBJETIVO:**

- Evitar que se presenten datos de infección en la ostomía del Sr. Guillermo.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Inspeccionar las características del estoma, color, tamaño y forma.	Los cambios en estos parámetros pueden indicar inflamación, retracción, prolapso o edema.	No se presentó cambios en el estoma con buena circulación.
Cuidados de la ostomía. (las evacuaciones líquidas irritan en el aérea peries-tomal ) -Realizar cambios de bolsas cuando lo requiera.	En el cuadrante superior izquierdo son líquidas de color claro marrón en pequeñas cantidades y continuas, posteriormente se vuelven pastosas.	Los cuidados específicos del Sr. Guillermo ayudó las características permitió que tuviera buena evolución y evitar complicaciones.
Dar educación para la salud al paciente y familiar.	Lo que favorece al paciente a la comprensión del trastorno puede ayudar al paciente a aceptar la necesidad de la colostomía. (PERRY:1999)	Durante el aseo de la bolsa de ostomía un momento importante para dar educación para la salud.

**NECESIDAD:** Movimiento corporal.

**Dx. DE ENFERMERIA:**

Déficit de la deambulación relacionado con proceso quirúrgico manifestado por disminución de la fuerza muscular en miembros inferiores, dolor y dificultad para todo tipo de movimiento.

**OBJETIVO:**

➤ Mejorará la deambulación con ayuda de los familiares durante la estancia intrahospitalaria.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Explicar los efectos de la inmovilidad sobre los sistemas orgánicos	Si la persona comprende puede facilitar su cooperación con el fin de reducir la inmovilidad por lo que contribuye a que produzca estasis de secreciones estas medidas ayudan a aumentar la expansión pulmonar y la capacidad de eliminar secreciones y complicaciones respiratorias, estasis circulatoria, complicaciones urinarias, <i>(CARPENITO:2005)</i>	Se dio orientación al Sr. Guillermo y a los familiares acerca de la importancia de la deambulación.
Dar cambios frecuentes de posición -Aumentando la fuerza muscular, -movilización gradual.(mo ver las extremidades -girar solo en la cama -pasarse de la cama a la silla.	Los ejercicios aceleran la recuperación de la función muscular disminuye el dolor. Por que mejora la capacidad de contraerse y relajarse.	El señor lo realizaba con asistencia de los familiares lo que se disminuyo el dolor.

<p>Proporcionar ayuda en la deambulación y sugerir que los familiares apoyen a señor Guillermo en la deambulación en pasillos o al sanitario.</p>	<p>La asistencia le da seguridad a la deambulación. (DOENGES:2008)</p>	<p>Mejóro la deambulación progresivamente del señor Guillermo con asistencia por parte de los camilleros, familiares y del personal de enfermería.</p>
<p>Analgésico prescrito por indicación médica.</p>	<p>Producen una falta o supresión de toda sensación dolorosa, sin pérdida de la sensibilidad.</p>	<p>Ha favorecido la deambulación por lo que se ha prolongado el tiempo del mismo a 30 minutos.</p>

**NECESIDAD:** Descanso y sueño

**Dx. DE ENFERMERIA:**

➤ Alteración de la necesidad descanso y sueño relacionado con dolor de la herida quirúrgica manifestado por insomnio y fatiga.

**OBJETIVO:**

➤ Orientar al usuario y al cuidador en disminuir los ruidos de la unidad para favorecer el sueño del señor Guillermo.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Disminuir en lo posible el ruido que favorezca el descanso y sueño	Ofrece un entorno agradable que produce sueño.	Se oriento al señor Guillermo y al familiar las técnicas por medio de las cuales podrá conciliar el sueño.
Técnicas simples de relajación: * Frotamiento de la espalda antes de acostarse. *Momentos de tranquilidad antes de ir acostarse como leer o ver televisión.	Ayuda a inducir el sueño favorece el funcionamiento mental, y disminuye la angustia y ansiedad. (DOENGES :2008)	Se logró que el cliente pudiera dormir y descansar adecuadamente con ayuda de sus familiares.
Aplicación con horario de analgésico.	Este fármaco antiinflamatorio no esteroide presenta efectos analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos. Inhibe la síntesis de prostaglandinas y es un analgésico con actividad periférica.	Se disminuyó el umbral de dolor del Sr. Ayala. Por lo que refiere que pudo descansar favorablemente.

**NECESIDAD:** Higiene y protección de la piel

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Déficit de autocuidado de baño e higiene relacionado con limitación del movimiento de proceso postquirúrgico manifestado por debilidad, con movimientos cortos e ineficaces.

**OBJETIVO:**

- Mejorar el confort y autoimagen con ayuda del familiar e irlo incorporando progresivamente al del señor Guillermo.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Asistir al usuario por parte de la enfermera y, familiar en la realización del baño.	Por lo que requiere asistencia por el proceso postquirúrgico capacidad de llevar acabo dicha actividad. <i>(ATKINSON:1997)</i>	El cliente se lava la cara, el pecho, las manos pero la demás parte del cuerpo requiere asistencia
Utilizar un cepillo de cerdas blandas o dispositivos especiales para la limpieza de boca lavado diario de boca	El aseo de cavidad bucal previene la gingivitis, aparición de caries.	El realiza la actividad despacio por el sólo.
El familiar contribuya en la lubricación la piel del paciente.	Para conservar la integridad y evitar la reseque- dad de la piel. <i>(D0ENGES : 2008)</i>	El señor Guillermo realiza la actividad con ayuda del familiar.

**NECESIDAD:** Peligro

**Dx. DE ENFERMERIA:**

➤ Alto riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (sonda vesical, catéter venoso periférico), herida quirúrgica y estoma intestinal.

**OBJETIVO:**

➤ Evitar que se presente infección por medio de las técnicas adecuadas.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<p>Medidas para evitar la infección.</p> <p>-Mantener la permeabilidad del catéter urinario y aseo -Limpiar el catéter por fuera en el meato urinario. -Anotar cantidad y características de orina. -Colocar al paciente y al sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje.</p> <p>Anotar cantidad y características de la orina en la hoja de enfermería</p> <p>Vigilar la permeabilidad de los accesos venosos</p>	<p>Poner en práctica las precauciones universales. Son importantes para evitar que las bacterias y otros, gérmenes entren al sistema urinario causando una infección. (<a href="http://www.greenhosp.org/pe_pdf_espanol/genmed">http://www.greenhosp.org/pe_pdf_espanol/genmed</a>)</p> <p>Con sonda foley de calibre adecuado fluye la eliminación de la orina y seguir las normas de asepsia por lo que evitan la entrada de microorganismos patógenos a la piel.</p> <p>Sirve para detectar signos tempranos de complicaciones</p> <p>Favorecen al retorno venoso facilitando la administración, absorción efectiva de fármacos. (ROSALES, 1999)</p>	<p>Con las medidas universales, limpieza del meato urinario se evito que se presentara infección.</p> <p>Duro tres días son la sonda foley posterior se retiro realizando ejercicios vesicales</p> <p>Micción de 1500 ml a 1800 ml en 24 horas con características normales.</p> <p>Se punciono dos veces en la estancia, se cambiaron las soluciones IV cada 24 h. y los equipos de solución 48 hrs.</p>

<p>Vigilar proceso de cicatrización en la herida quirúrgica abdominal.</p>	<p>Identificar la presencia de cicatrización (tejido de granulación) y proporciona la de tección precoz de una infección.</p>	<p>Durante la estancia intrahospitalaria se observo con buen proceso de cicatrización.</p>
<p>Administración del antibiótico prescrito.</p>	<p>Los antibióticos de tercera generación su acción de estos antibióticos es la inhibición de la síntesis de la pared celular de las bacterias, aerobias y anaerobias</p>	<p>La psicoprofilaxis de los antibióticos, con horario establecido previene datos de infección.</p>
<p>Cuidados del estoma. -Dolor, tamaño y forma del estoma, y separación mucocutánea.</p>	<p>Los cambios de estos parámetros pueden indicar edema e infección.</p>	<p>No se observo datos de infección estoma</p>
<p>Vigilar la eliminación a través del estoma.</p>	<p>Nos da un signo de permeabilidad, así como vigilancia de las características de la evacuación.(DOENGES :2008)</p>	<p>Al principio son líquidas, posterior se vuelven espesas color café semipastosas hasta formarse pastosas.</p>

**NECESIDAD:** Peligro

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Riesgo de caída relacionado con disminución de la fuerza muscular de miembros pélvicos.

**OBJETIVO:**

- El señor Guillermo y su cuidador comprenderá sobre la importancia de tener asistencia en las actividades a realizar.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Orientar al paciente y familia sobre la prevención de caídas	Una correcta información se previene las caídas.	La explicación del paciente y al familiar de evitar que se quede solo.
Barandales elevados.	Le dan seguridad al paciente para movilizarse en la cama.	Favorece a la cooperación.
Realizar ejercicios para fortalecer los miembros inferiores.	Los ejercicios aumentan la fuerza muscular, evitando que se caiga.	Fortalece la actividad del señor Guillermo.
Informar a los familiares de la importancia de la asistencia.	Las ayudas para la marcha deben utilizarse del modo correcto y seguro para garantizar su eficacia y prevenir las lesiones. <i>(<a href="http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/Jornadas">http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/Jornadas</a>)</i>	A la deambulaci3n se observa con mayor seguridad.
Acercar el timbre al paciente	Para asistir al paciente en cuanto lo necesite.	Se le proporciona el timbre al momento que se queda solo el cliente.

**NECESIDAD:** Aprendizaje

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Falta de conocimiento relacionado con indiferencia a la falta de aceptación a su nueva forma de vida de eliminación intestinal manifestado por incomodidad por realizarse este autocuidado.

**OBJETIVO:**

- El señor Guillermo manifestará sus sentimientos y, comprenderá así como su hermana sobre el cuidado del estoma.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Escuchar con atención las preocupaciones e inquietudes del señor Guillermo.	El interés que demuestre uno hacia las personas aumenta su autoestima.	Disminuyó la angustia del señor.
Incorporar apoyo emocional a las sesiones técnicas de autocuidado de la ostomía.	Esto permite resolver aspectos emocionales durante la adquisición de conocimientos técnicos.	Se escucharon sus sentimientos y se le explico que el se va a recuperar pronto y que se va adaptar pronto al estilo de vida.
Instruir sobre la práctica de los autocuidado.	Una educación sanitaria eficaz ayuda al paciente para aprender los métodos principales.	Por el proceso por el cual está pasando el Señor veía negado en aprender.
Implicar a la familia cuando sea posible	La respuesta de otras personas a la ostomía es uno de los factores más importantes que influyen en la aceptación del paciente te.(CARPENITO:2005)	El señor Guillermo se encontraba en etapa de duelo por lo que fue muy difícil incorporarlo al aprendizaje.

## 5.5 PLAN DE ALTA

Instruir al paciente y a su familia sobre la forma de manejar la situación en el hogar que deberá tomar el paciente a su egreso del hospital. Por lo que las recomendaciones fueron dadas en la estancia intrahospitalaria.

- Orientación sobre su tratamiento farmacológico que le proporciona el médico.
- Orientación sobre hábitos higiénico-dietéticos y cuidados de la herida quirúrgica, así como manejo de colostomía.
- Indicadores de infección: (fiebre, escalofríos, dolor en la zona de la incisión, enrojecimiento, tumefacción y drenado purulento, cambios de coloración en el estoma rojo brillante; irritación de la piel periestomal dolor en la zona de la incisión; temperatura cutánea local, supuración, tumefacción o enrojecimiento.) Al no ceder son motivo de consulta médica.
- informar acerca de la deambulación, la cual favorece el proceso de cicatrización así como evitar complicaciones respiratorias.
- confirmación de la fecha y la hora de la próxima visita médica, así como retiro de puntos.
- Orientar sobre la importancia de socialización y es de vital importancia considerar momentos de recreación.
- Asistir a grupos que le propicien la salud física mental y espiritual como son los grupos de religión que profesa.

RECOMENDACIONES EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS PARA LAS PERSONAS CON COLOSTOMÍA.

<p>Los alimentos</p>	<p>La ostomía permite a la persona volver a hacer una dieta normal. Después de la intervención introducir los alimentos poco a poco y en pequeñas cantidades. No introducir alimentos nuevos hasta comprobar cómo se toleran los anteriores.</p> <p>Evitar el exceso de peso, con el fin de facilitar que el paciente sea quien se aplique los dispositivos y realice su propio aseo.</p> <p>Aumentar la ingesta de líquido, entre 1.5 y 2 litros diarios</p> <p>Masticar despacio con la boca cerrada para evitar la formación de gases.</p>
<p>La piel</p>	<p>Algunas maneras de prevenir problemas de la piel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Utiliza el tamaño correcto de abertura de bolsa y de abertura de la barrera de piel.</li> </ul> <p>Cambia la bolsa con regularidad para evitar goteo e irritación de la piel. Se recomienda cambiar la bolsa si hay ardor o comezón.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Retira el reborde suavemente al presionar la piel del aparato en vez de jalar la piel.</li> </ul> <p>Mantén la piel limpia con agua. Si es necesario, utiliza un jabón leve y enjuaga muy bien. Seca con leves palmaditas antes de aplicar la bolsa o la cubierta de estoma.</p> <p>Vigila por hipersensibilidades o alergias hacia el adhesivo, barrera de piel, cinta, o material de la bolsa.</p>

Vida sexual	<p>La colostomía no es un impedimento.</p> <p>Las personas no tienen pérdida física de la función sexual cuando una colostomía es creada en el abdomen.</p>
Actividades	<p>Una colostomía no es barrera para todo tipo de deporte y ejercicio.</p> <p>Puedes utilizar ropa de apoyo si lo deseas.</p>
Bañarse ropas	<p>El agua no daña al estoma.</p> <p>Puede bañarse con o sin una bolsa sobre el estoma. El jabón no lo irritará y el agua no le entrará. Por razones sanitarias, debes utilizar una bolsa adherible cuando vayas a nadar.</p> <p>No necesitas ropas especiales porque las bolsas de colostomía son completamente planas y no notables.</p>
Viajar	<p>No es impedimento.</p>
Selección de los dispositivos	<p>Las bolsas actuales tienen barrera odorífera, son ligeras y poco notorias bajo la ropa. Existen de una o de dos piezas, con diferentes medidas. El sistema de bolsa de colostomía está compuesto por barrera cutánea adhesiva y una bolsa que puede vaciarse o con extremo cerrado, la bolsa de vaciado tiene una pieza que permite el drenado sin contratiempos, también existen bolsas de dos piezas en donde la bolsa se coloca a la barrera por medio de una pestaña resistente. La elección de la bolsa la decidirá el paciente según su comodidad y economía.</p>

Nota: Una persona ostomizada debe desarrollar la vida sin límites una vez que allá superado el trauma de su nueva forma de vida, es decir puede desarrollar actividades laborales que le conllevan a su realización como persona activa y vivir con dignidad esta nueva etapa e incluso orientar a personas que estén pasando por esta situación.

## V. CONCLUSIONES

Siendo el plan de atención una estructura sistemática que trata de cubrir las necesidades del usuario a través de una secuencia ordenada de actividades por lo que las necesidades del usuario fueron solucionadas en su gran mayoría, dando como resultado que se estabilizará y egresara satisfactoriamente.

Por lo que se desapareció:

Las secreciones se lograron solucionar con cambios de posición, ejercicios respiratorios y con nebulizador.

El dolor abdominal mejoró con la administración de anticolinérgicos y analgésicos, las soluciones intravenosas se le retiraron un día antes del egreso, mejorando la hemoglobina posterior a la transfusión sanguínea.

Con los cuidados de colostomía por el personal de enfermería da como resultado la funcionalidad del estoma sin presentar datos de dolor.

Se le asistió a la deambulacion por parte del personal de camilleros, familiares y enfermería, y la importancia del timbre por si lo requería.

Mejóro el tiempo de sueño del señor Guillermo por medio de la administración de analgésicos, así como las técnicas de relajación que se le explicaron las llevaba acabo.

Durante el tiempo hospitalizado no se presentó infección en la herida quirúrgica así como procedimientos invasivos.

Se le asistió al baño contribuyendo progresivamente en la realización del mismo.

Los familiares entendieron sobre el manejo de los cuidados de ostomía durante la estancia intra- hospitalaria.

## VI. GLOSARIO

Analgésico: De la analgesia o relativo a esta ausencia de toda sensación dolorosa.

Antiemético: Sustancia que previene o mejora el estado de la náusea y el vómito

Atresia: Imperforación u oclusión de un orificio o conducto normal del cuerpo humano.

Calcio: Elemento químico metálico blanco que, combinado con el oxígeno, forma la cual y es esencial para la formación de huesos.

Cáncer: transformación de las células, que proliferan de manera anormal e incontrolada.

Cefalea: Molestias craneales en forma de pesadez o tensión que suelen darse en un solo lado de la cabeza.

Displasia Anomalía de desarrollo.

Divertículos: Apéndice hueco y terminado en fondo de saco, que aparece en el trayecto del esófago o del intestino, por malformación congénita o por otros motivos patológicos.

Dolor: Sensación desagradable que ocasiona malestar físico y emocional; se debe a alteración anatómica o funcional en alguna parte del cuerpo.

Espirometría: Medición de la capacidad del pulmón

Enfermedad de Crohn: Enfermedad inflamatoria granulomatosa crónica de etiología desconocida que afecta a cualquier parte del aparato digestivo, desde la boca al ano. Pero sobre todo en la porción terminal del íleon, con cicatrización y engrosamiento de la pared intestinal; a menudo origina obstrucción intestinal y fístula.

Hemograma: Representación gráfica de la fórmula sanguínea en la que se expresa el número, proporción y variación de sus elementos celulares.

Hemorroides: Tumoración en los márgenes del ano o en el tracto rectal, debida a varices de su correspondiente plexo venoso.

Hialina: Sustancia eosinofílica clara, homogénea, sin estructura que se presenta en la degeneración patológica de los Tejidos.

Hipertrofia: Aumento excesivo del volumen de un órgano.

Metabolismo: Conjunto de reacciones bioquímicas que efectúan las células de los seres vivos para descomponer y asimilar los alimentos y sustancias que reciben del exterior.

Metástasis: Reproducción de un padecimiento en órganos distintos de aquel en que se presentó en principio.

Moco: Líquido secretado de glândulas o células. Lubrica las membranas, incluyendo el tubo digestivo.

Molécula: Unidad mínima de una sustancia que conserva sus propiedades químicas. Puede estar formada por átomos iguales o diferentes.

Mutación: Alteración o cambio en la información genética, genotipo, de un ser vivo que se presenta súbita y espontáneamente, y que se puede transmitir o heredar a la descendencia; la unidad genética capaz de mutar es el gen. En los seres multicelulares, las mutaciones sólo pueden ser heredadas cuando afectan a las células reproductivas.

Obstrucción: Cualquier bloqueo en el tubo digestivo. Los síntomas incluyen falta de salida de material por la ostomía por varias horas, o chorros de heces acuosas, junto con dolor abdominal cólico y náuseas.

Ostomizado: Persona que tiene una colostomía, ileostomía o urostomía.

Perístasis: Ondas de movimiento progresivas que ocurren sin control voluntario para empujar el material de desecho a través del intestino.

Pólipos: Tumor de estructura diversa, pero de forma pediculada, que se forma y crece en las membranas mucosas de diferentes cavidades.

Poliposis Familiar: se ve en familias. El colon y recto contiene muchos pólipos. Esta condición es diferente de la mera presencia de una pequeña cantidad de pólipos en el colon. La poliposis familiar requiere supervisión médica regular a todos los miembros de la familia debido a serias complicaciones y tendencia a la malignidad.

Prolapso: Una “salida” o protrusión en la cual el estoma se vuelve más largo.

Quimioterapia: Método curativo o profiláctico de las enfermedades, en especial de las infecciosas, por medio de productos químicos.

Radioterapia: Tratamiento de las enfermedades, y especialmente del cáncer.

Recidiva: Reparición de una enfermedad poco después del periodo de convalecencia.

Resección: Removimiento quirúrgico o escisión.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

- 1) ATKINSON, D. Leslie. *GUÍA Clínica PARA LA PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS*, McGraw-Hill Interamericana, Primera Edición, 1997. Tp: 518.
- 2) ANTHONY. C. *ANATOMIA Y FISIOLOGÍA*, Interamericana, Cuarta Edición 1983, Tp: 724.
- 3) BRUNNER, Suddarth, *ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICA*, EDITORIAL INTERAMERICANA McGRAW-HILL VOLUMEN 1, Sexta Edición.1994.
- 4) CARPENITO- Moyet, *PLANES DE CUIDADOS Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN ENFERMERÍA*, McGraw-Hill Interamericana, Segunda Edición, 2005. Tp: 1101.
- 5) DOENGES, Marylynn, *PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA*, McGraw-Hill Interamericana, Séptima Edición, 2008.Tp:988.
- 6) FERNÁNDEZ Ferrín C, Novel. *PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. Masson, Salvat 1ª Edición. 1993. Tp: 115.
- 7) GARCÍA H. M. *ENFERMERÍA GERIÁTRICA* Ediciones científicas y técnicas, Segunda Edición, 1993 Tp: 185.
- 8) HERNÁNDEZ. C.J. *HISTORIA DE ENFERMERÍA*, McGraw-Hill Interamericana, Primera Edición 1995, tp177.
- 9) HERNÁNDEZ. C. J. *FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA*, McGraw-Hill Interamericana, Segunda Edición 2003, Tp: 168.
- 10) KOZIER, Bárbara, *FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA*, McGraw-Interamericana, Tercera Edición, Vol. 1,1999.Tp:964.

- 11) KING, M, inugene, *ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN*, Editorial Limusa S, A, Primera edición, 1984.
- 12) COLLIERRE, M. Francoise, *PROMOVER LA VIDA*, McGraw-Hill Interamericana, Primera Edición, 1982, Tp: 395.
- 13) DORLAND, *DICCIONARIO ENCICLOPEDICO ILUSTRADO DE MEDICINA*. McGRAW Hill Interamericana de España, Vigésimo Novena Edición, 2009, Vol. 1.
- 14) HOUSTON, Richard, *FUNDAMENTOS DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA*, McGraw-Hill Interamericana, Tercera Edición 2008, Tp:768
- 15) MARRINER, T. Ann. *MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA*, Interamericana, Edición 1999, Tp: 825.
- 16) MUÑOZ, Alberto, *CÁNCER*, Editorial Hélice, Segunda Edición, 1997, Tp: 373.
- 17) MURRAY, Mary Ellen, Atkinson, Leslie, *PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*, McGraw-Hill Interamericana, Segunda Edición, 1996, Tp 225.
- 18) NOPFER. Deglin. Judith, *GUÍA FARMACOLÓGICA PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA*, McGraw-Hill Educación, Décima Edición, 2009.tp:876.
- 19) OTTO Shirley E. *ENFERMERIA ONCOLÓGICA*, Harcourt Brace Mosby, Tercera Edición, 1999, Tp: 91.
- 20) PHANEUF, Ph. Margot, *LA PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA*, McGraw-Hill Interamericana, Primera Edición, 1999. Tp: 284.

- 21) PERRY Potter, Enfermería clínica: *TÉCNICAS PROCEDIMIENTOS*, Editorial Harcourt Brace, Cuarta Edición, 1999.TP; 1418.
- 22) POTTER, A. Patricia, *FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA*, Editorial Harcourt, Quinta Edición, Volumen 1, 2001, Tp: 1007.
- 23) RODRÌGUEZ. R. *GERIATRÍA* McGraw - Hill Interamericana, Primera Edición, 2000, Tp: 352.
- 24) ROPER. P. Nancy, Logan, Winifred. *MODELOS DE ENFERMERÍA* Interamericana, McGraw - Hill Interamericana, Tercera Edición, 1993, Tp: 359.
- 25) ROSALES. B. Susana, *FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA*, Manual Moderno, Segunda Edición, 1999, Tp: 556.
- 26) TEGIDO, M. Valentí, M. *PACIENTES OSTOMIZADOS*, Ediciones Rol, Primera Edición, 1988. Tp: 112.
- 27) TORTORA J. Gerard, *PRINCIPIOS DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA* Editorial Oxford, Séptima Edición, 2002, Tp: 999.

#### PÁGINAS CONSULTADAS DE INTERNET:

[http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22\\_4\\_06/enf07406.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm).

<http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/Jornadas>.

[http://www.greenhosp.org/pe\\_pdf\\_espanol/genmed](http://www.greenhosp.org/pe_pdf_espanol/genmed).

<http://www.fisterra.com/material/tecnicas/estomas/estomas.asp>.

<http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/rhnm-01/rhnm-01.htm>)

## VIII. ANEXOS

### ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON OSTOMÍA

<b>Alimentos que aumentan los gases y el mal olor:</b>	<b>Alimentos que inhiben el olor:</b>
Legumbres. Cebollas y ajos. Col y coliflor. Frutos secos. Espárragos y alcachofas. Huevos. Cerveza y bebidas con gas. Especias. Carne de cerdo.	Mantequilla. Yogurt. Queso fresco. Cítricos
<b>Alimentos aconsejados:</b>	<b>Alimentos que se deben evitar:</b>
Frutas y verduras. Pescados y aves. Pastas y arroces. Leche y derivados.	Carne de cerdo y charcutería. Grasas. Picantes. Alcohol y bebidas gaseosas.
<b>Alimentos que dan consistencia a las heces:</b>	<b>Alimentos astringentes:</b>
Verduras. Frutas y legumbres. Cereales integrales. Salvado.	Plátano y manzana. Leche y derivados. Arroz cocido

(<http://www.colostomias.com.mx/images/variedad>)

## TRATAMIENTO MÉDICO DEL USUARIO.

<b>CEFTRIAXONA</b>	Las cefalosporinas de tercera generación
Indicaciones	Tratamiento de infecciones de la piel y de las estructuras cutáneas, infecciones óseas y articulares, infecciones urinarias infecciones, del aparato respiratorio, infecciones intraabdominales, septicemia, otitis media.
Mecanismo de acción	Se une a la pared celular bacteriana y produce la muerte de la célula.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad, deficiencia L-arginina.(encima)
Reacciones adversas	Convulsiones, colitis, diarrea, náusea, vómito, cólicos, erupciones, urticaria, dolor en el sitio de inyección.
Implicaciones de Enfermería	Obtener información sobre reacciones a penicilina o cefalosporina, signos vitales, aspecto de la herida esputo, orina, heces, leucocitos. Signos vitales de anafilaxia (erupción, prurito, edema laríngeo, sibilancias suspender de inmediato el medicamento (NOPFER: 2009)

<b>CLINDAMICINA</b>	
indicaciones	Tratamiento de infección de la piel y de las estructuras cutáneas, infecciones del aparato respiratorio, septicemia, infecciones intraabdominales, infecciones ginecológicas,
Mecanismo de acción	Inhibe la síntesis de los ribosomas bacterianos.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad, antecedentes de colitis pseudo membranosa, insuficiencia hepática grave, diarrea.
Reacciones adversas	Mareo, cefalea, vértigo, hipotensión, diarrea.
Implicaciones de enfermería	Valorar la presencia de infección, signos vitales, aspecto de la herida esputo, orina, heces, leucocitos. Signos vitales de anafilaxia (erupción, prurito, edema laríngeo, sibilancias suspender de inmediato el medicamento. Notificar la aparición diarrea, dolor abdominal, cólico, fiebre y sangre en heces. (NOPFER: 2009)

<b>KETOROLACO</b>	Este fármaco antiinflamatorio no esteroide presenta efectos analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos. Inhibe la síntesis de prostaglandinas y es un analgésico con actividad periférica.
Indicaciones	Analgésico antiinflamatorio no esteroideo para el dolor moderado. Adyuvante útil para el dolor severo cuando se usa con opioides por vía parenteral o epidural.
Farmacodinamia	Analgésico, antiinflamatorio y antipirético; broncoconstricción; daño a la mucosa gástrica, ulcera y hemorragia gastrointestinal; inhibición de la autorregulación mediada por prostaglandinas; inhibición reversible de la agregación plaquetaria.
Contraindicaciones	Asma, úlcera péptica o hemorragia, nefropatía, embarazo y lactancia. Interacciones farmacológicas: La retención de sodio y agua puede causar un menor efecto de diuréticos y antihipertensivos. El uso adjunto con otros analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y acetaminofén aumenta el riesgo de nefropatía o efectos colaterales gastrointestinales.
Efectos adversos	Sangrado, disminución del flujo sanguíneo renal. La duración del tratamiento no debe exceder de 5 días.
Precauciones	Debe usarse con cuidado en pacientes con falla renal o hepática. El ketorolaco puede provocar retención hídrica y edema en pacientes con descompensación cardíaca o hipertensión arterial sistémica.
Eliminación	Metabolismo hepático de < 50%, metabolismo renal, eliminación. (NOPFER: 2009)

<b>PANTOZOL</b>	Son inhibidores de la bomba de protones de ácido gástrico
Indicaciones	Esofagitis erosiva, pirosis durante el día y la noche, hipersecreción.
Mecanismo de acción	Se une a la enzima de PH gástrico ácido e impide el transporte final de iones de hidrogeno en la luz gástrica.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad.
Reacciones adversas	Cefalea, dolor abdominal, diarrea, eructos, flatulencia, hiperglucemia.
Implicaciones de enfermería	Evaluar la presencia de dolor epigástrico o abdominal, sangre fresca oculta en heces, vómito o aspirado gástrico. ( <i>NOPFER: 2009</i> )

<b>CLEXANE</b>	
Acción	Prevenir y tratar los trastornos tromboembolicos a corto plazo; Es un preparado de heparina de bajo peso molecular con propiedades anticoagulantes
Indicaciones	Profilaxis de la tromboembolia pulmonar y de la trombosis venosa profunda.
Contraindicaciones	En hipersensibilidad, hemorragia activa, hemofilia, púrpura de cualquier tipo, trombocitopenia, endocarditis bacteriana, hipertensión arterial, aneurisma, amenaza de aborto etc.
Reacciones adversas	Poco frecuentes signos y síntomas de hemorragia interna o externa, principalmente en individuos de edad avanzada y en casos de insuficiencia renal, hemorragias leves se controlan con la suspensión de medicamento y las graves requieren la administración de sulfato de protombina. ( <i>NOPFER: 2009.</i> )
Aspecto de enfermería	Debe de aplicarse una técnica de inyección para evitar la formación de hematoma local.  Retirar la aguja y ejercer presión firme con la palma de la mano sobre una torunda de alcohol. Rotar los sitios de inyección

<b>METOCLOPRAMIDA</b>	
Indicaciones	Inhíbe la relajación del músculo liso gástrico. Acelera el tránsito intestinal y el vaciado gástrico, lo que impide la relajación del cuerpo gástrico y aumenta la actividad del antro. Tratamiento y prevención de náusea y vómito postoperatorio
Mecanismo de acción	Bloquea los receptores de dopamina en la zona quimiorreceptora desencadenante del sistema nervioso central. Estimula la motilidad del aparato gastrointestinal superior y acelera el vaciamiento gástrico.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad, posible obstrucción hemorragia, gastrointestinal, antecedentes de trastornos hipertensivo, enfermedad de Parkinson. <i>Reacciones adversas</i> somnolencia, reacciones extra piramidales inquietud, ansiedad, depresión, irritabilidad.
Implicaciones de enfermería	Vigilancia de náusea, vómito, ruidos intestinales y dolor abdominal antes y después de la administración. Vigilar el estado de hidratación. (NOPFER: 2009)

<b>TRAMADOL</b>	
Es un analgésico de acción central de tipo opioide que alivia el dolor actuando sobre células nerviosas específicas de la médula espinal y del cerebro.	
Indicaciones	Dolor moderadamente intenso
Mecanismo de acción	Se une a los receptores opioides inhibe la receptación de la serotonina y da la norepinefrina en el SNC.
Efectos terapéuticos.	Disminución del dolor.
Contraindicaciones	En hipersensibilidad, paciente con intoxicación etílica aguda hipnóticos, analgésicos opioides.
Reacciones adversas	Del SNC: cefalea, mareo, somnolencia, ansiedad, debilidad. Estreñimiento, náusea, anorexia, dolor abdominal.
Implicaciones de enfer-	Evaluar el tipo, localización e intensidad del dolor antes

mería	<p>y 2 a 3 h máximo después de la administración.</p> <p>Antes de iniciar la administración de forma periódica durante esta, medir la presión arterial y la frecuencia respiratoria. Evaluar la función intestinal de forma sistémica. Deben instaurarse medidas preventivas del estreñimiento aumento de la ingestión de líquidos y fibra y uso de laxantes. (NOPFER: 2009).</p>
-------	---

### NEBULIZACIÓN

Es la mascarilla facial de plástico con dos puertas grandes para exhalación, las cuales conectan al paciente con un humidificador o un nebulizador.

Suministro al paciente aire ambiental u oxígeno caliente y humidificado que evita el secado de las secreciones traqueales y fluidificar las secreciones espesas.

Consideraciones de enfermería:	<p>Compruebe la existencia de niebla o vapor visible y constante, lo cual indica que se suministra una humidificación adecuada.</p> <p>Mantenga el suministro del nebulizador o humidificador con niveles adecuados de solución estéril.</p> <p>Valore el aumento de producción de secreciones y estimule al paciente para que tosa, aspírelo según necesidades.</p> <p>Para asegurar un suministro adecuado de aerosol, la mascarilla debe adaptarse adecuadamente.( BRUNNER:1994)</p>
--------------------------------	---

### PAQUETE GLOBULAR

Una transfusión consiste en la administración intravenosa de sangre total o hemoderivados con fines terapéuticos. Puede utilizarse para sustituir el volumen intravascular con sangre total o con albúmina, para restaurar la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre mediante la reposición de hematíes, para reponer factores de coagulación y/o plaquetas, o para reponer leucocitos en clientes neutrópenicos. La enfermera debe valorar al cliente antes durante y después de la transfusión.

Implicaciones de en  
fermería

Compruebe el nombre y los apellidos del cliente, solicitando que identifique su nombre, las indicaciones medicas

Registre el proceso de comprobación, según se indique en los protocolos del centro.

Compruebe que el producto recibido del banco de sangre es el hemoderivado prescrito por el médico.

Compruebe que tipo sanguíneo y el Rh del cliente son compatibles con el tipo sanguíneo y el Rh del donante.

Compruebe que el número de unidad de sangre y en el formulario de banco de sangre coinciden. Compruebe la fecha de caducidad de la unidad de sangre.

Compruebe el aspecto del hemoderivado (las burbujas de aire, los coágulos o las alteraciones del color pueden indicar contaminación bacteriana o anticoagulación inadecuada del hemoderivado almacenado y podrían contraindicar la transfusión de este hemoderivado.

( BRUNNER:1994)

Resultados inesperados se puede producir

El cliente presente signos y síntomas de reacción transfusional (cuando la sangre del donante es incompatible con la del receptor, o cuando el receptor esta sensibilizado contra las proteínas plasmáticas de la sangre transfundida. Del donante.

	<p>El cliente presenta flebitis en la zona de venopunción: Requiere la extracción de la vía intravenosa y la colocación de un nuevo yelco.</p> <p>La velocidad de infusión disminuye en ausencia de infiltración: El hemoderivado puede ser demasiado viscoso. Puede ser necesario irrigar con solución salina o utilizar una bolsa de presión para aumentar la velocidad de infusión.</p> <p>Registre el tipo de hemoderivado y la cantidad administrada así como la respuesta del cliente a la transfusión. (PERRY, 1999)</p>
--	---

### **SOLUCIONES INTRAVENOSAS**

Los líquidos pueden administrarse directamente a la circulación sanguínea, para complementar o sustituir los líquidos enterales. Existen tres tipos de soluciones IV comerciales: Una solución isotónica, posee un contenido total de electrólitos de Aproximadamente 310mEq/l. Una solución hipotónica posee un contenido total de electrólitos inferiores a 250 mEq/l. Una solución hipertónica tiene un contenido de electrolitos de 375 mEq/l.

Por lo que se debe tener mayor cuidado, ya que estas originan la entrada de líquido en el espacio vascular mediante ósmosis, lo que producen un incremento en el volumen vascular que puede provocar un edema de pulmón.

<b>ISOTÓNICAS</b>	<b>HIPOTÓNICAS</b>	<b>HIPERTÓNICAS</b>
Cloruro de sódico al 0,9%	Cloruro de sodio al 0,4%	Cloruro sódico al 3-5%
Lactato Ringer	Cloruro de sodio al 3%	Dextrosa al 5% en lactato de Ringer
Dextrosa al 5%	Dextrosa al 2,5% en cloruro de sódico al 0,45%	Dextrosa al 10%.

(PERRY, 1999)