



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO.**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UNA ADULTA
MAYOR CON ALTERACION SIGNIFICATIVA EN LA NECESIDAD DE
ELIMINACION BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.**

PRESENTA:

MARIA GUADALUPE BARRERA OCHOA

NO. CTA. 301176727

DIRECTOR DE TRABAJO:

LIC. QUERUBIN ENRIQUEZ GONZALEZ.



MEXICO D.F.

FEBRERO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios y a San Charbel por haberme dado la oportunidad de terminar una carrera.

A mis padres por apoyarme en todo momento para seguirme superando.

Al profesor Querubín Enríquez González por haber aceptado ser mi asesor en la realización de éste trabajo.

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|------|
| I. INTRODUCCIÓN. | 3 |
| II. JUSTIFICACIÓN. | 4 |
| III. OBJETIVOS. | 5 |
| IV. METODOLOGÍA. | 6 |
| V. MARCO TEÓRICO. | 7 |
| <ul style="list-style-type: none">• Proceso de Atención de Enfermería• Modelo de Virginia Henderson.• Necesidad de Eliminación. | |
| VI. VALORACIÓN. | 22 |
| <ul style="list-style-type: none">• Descripción del caso• Síntesis valorativa | |
| VII. DIAGNÓSTICO. | 29 |
| VIII. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN y EVALUACIÓN. | 30 |
| IX. PLAN DE ALTA. | 49 |
| X. CONCLUSIONES. | 55 |
| XI. GLOSARIO. | 56 |
| XII. ANEXOS. | 60 |
| XIII. BIBLIOGRAFÍA. | 76 |

I.INTRODUCCIÓN

La enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción o restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos.

La enfermería está dedicada al cuidado del sujeto y así mismo a la conservación de su salud y su rehabilitación, esto siempre será importante señalar, independientemente de no ser reconocida de la forma en que se debe, pues gracias a la ayuda de él o la enfermera es como las ciencias de la salud se han visto poco a poco humanizadas, puesto que no solo es preocuparnos por el individuo de una forma física sino también espiritual e integral.

La enfermera es el profesional que participa responsablemente en promover, conservar y restablecer la salud del individuo, así como de la comunidad y medio ambiente.

El cuidado es el mayor objetivo; este es “un acto de VIDA” que se da a la o las personas que no pueden hacerlo por sí mismas, pues este solo se adquiere cuando el sujeto logra su autonomía, al no poder hacerlo, la o el enfermero se involucra a dicho espacio para brindarle ayuda esperando que éste pronto lo logre.

Así continuará con su vida de forma independiente y productiva, de igual forma podrá darles dichos cuidados a quienes lo necesitan.

La pérdida de la autonomía está muchas veces unida a la edad pues los cuidados aumentarán según el tiempo y la vida plena de la persona disminuye.

En el presente trabajo se realizó una valoración exhaustiva, con lo cual se identificaron las necesidades alteradas y la forma en que se pudieran satisfacer para lograr que la persona en cuestión se reinsera en su ámbito familiar y lograr su autonomía.

II. JUSTIFICACIÓN.

La desnutrición y deshidratación, por falta de información que se tiene para llevar un manejo adecuado, son las complicaciones que requieren de nuevo hospitalización post-ileostomía.

Es por ello que el personal de enfermería que es quien pasa mayor tiempo con el paciente, debe dar orientación de cómo tratar su padecimiento, para evitar mayores complicaciones y la recuperar la salud prontamente.

Por esta razón el siguiente proceso atención de enfermería se realiza con el fin de coadyuvar a la recuperación de la autonomía de la paciente, por medio de intervenciones planeadas así como dar una serie de estrategias que serán benéficas para ella a largo plazo. De esta manera se logrará una comunicación afectiva entre la enfermera y la paciente para adquirir conocimientos y habilidades sobre el cuidado de la ileostomía.

También servirá de consulta para nuevas generaciones, para que conozcan los cuidados que se les deben brindar a una persona con este problema, dando una visión de cómo resolver la necesidad de eliminación.

III. OBJETIVOS

Objetivo General

- Mediante el modelo de Virginia Henderson identificar las necesidades de salud actuales y potenciales de la paciente, así como brindar una atención de enfermería integral y de calidad para resolverlas.

Objetivos específicos

- Identificar las necesidades alteradas en la paciente para emitir juicios clínicos que permitan planear intervenciones específicas.
- Mediante intervenciones planeadas. ayudar a la paciente a recuperar su autonomía lo más pronto posible.
- Fomentar prácticas de cuidado de salud integral para detectar oportunamente cualquier complicación que altere la salud.

IV. METODOLOGIA

Tiempo: El Proceso de Atención de Enfermería se llevó a cabo del 23 de junio al 10 de julio del 2009 en un horario de 7:00 a 14:00 horas.

Lugar: En el Hospital “Dr. Manuel Gea González “de la Secretaria de Salud, dentro del servicio Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.

Universo: Se elige a una Adulta mayor de 69 años de edad, en quién se identificaron 8 necesidades alteradas. Se utilizó el modelo de Virginia Henderson y la metodología del Proceso de Atención de Enfermería.

Valoración: se pide el consentimiento de la paciente y se procede a la recolección de datos mediante el formato de valoración de “las catorce necesidades básicas” planteadas por Virginia Henderson, elaborado por la Academia de Enfermería del Adolescente del Adulto y del Anciano. Dichos datos son validados y organizados en datos de independencia y datos de dependencia.

Diagnóstico: Para la formulación de los diagnósticos se utilizó la taxonomía de la NANDA.

Planificación: Se priorizaron los diagnósticos de enfermería, se plantearon objetivos y se planearon las intervenciones.

Ejecución: se llevó a cabo la ejecución de lo ya planeado.

Evaluación: se evaluaron constantemente las intervenciones realizadas para el cumplimiento de los objetivos.

V.MARCO TEÓRICO

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA (PAE)

El PAE “es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales. En el termino paciente se incluye también a la familia y la comunidad”.¹

Knowles en 1967 sugirió que eran necesarias 5 fases: descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir. En las dos primeras se realiza recolección de datos, en la tercera se determina acciones, en la cuarta se ejecuta y en la quinta se valora la respuesta del cliente.

La Comisión de Educación Superior de los Estados Occidentales (WICHE) describió 5 fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. Describió el proceso como “la interrelación entre una persona y una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta de la persona y de la enfermera y la interacción resultante”.²

La Asociación Americana de Enfermeras (ANA) en 1973, publicó los criterios de la práctica de enfermería siguiendo las fases del proceso, desde ese momento en varios estados se revisaron las historias de enfermería para considerar estos aspectos.

Para desarrollar el PAE deben participar al menos dos personas; el paciente y la enfermera, el paciente puede ser un individuo, familia o comunidad y participar lo más activamente posible en todas las fases del proceso.

¹ García, M. J. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Edit. Progreso; p.21

²Kozier, B. B., Glenora E, Olivieri, R. Enfermería Fundamental. Edit. Interamericana Mc Graw Hill. 4° Ed; (vol. 1) : 181

Las capacidades de relación incluyen comunicación, escucha, expresión de interés, comprensión, conocimientos e información, desarrollo de confianza y obtención de datos, debe ser de una manera que respeta la individualidad de la persona, promocióne la integridad de la familia y contribuya a la autosuficiencia de la comunidad, esto incluye la resolución de problemas, el pensamiento crítico, y el establecimiento de juicios de enfermería.

El PAE se puede considerar como una serie de 5 fases, éstas son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Etapas del proceso

1. Valoración: es la primera etapa del proceso de enfermería. En esta fase se reúne la mayoría de información posible, para tener una imagen lo mas completa y apegada a la realidad, sobre los problemas de la persona. Es el primer contacto de la persona con la enfermera, y puede llevarse a cabo en el hospital o domicilio.

Las actividades que se llevan a cabo son:

- Recolección de datos
- Validación de datos
- Organización de los datos
- Comunicación/ anotación de datos.

Las fuentes en las cuales se pueden obtener los datos son:

- Paciente y su familia

Los medios son: Los registros médicos de los expedientes, registros de enfermería y bibliografía referente al problema.

Todos estos puntos se llevan a cabo por medio de los datos objetivos que son los que se pueden observar o medir, y los datos subjetivos reflejan la situación personal de los hechos o situaciones y se obtienen mediante el interrogatorio.

Se realiza la validación de datos mediante las bases sólidas de conocimientos que tenga la enfermera y se agrupan datos tomando como referencia algún instrumento, los cuales ayudaran a realizar los diagnósticos de enfermería.

2. Diagnóstico: es la segunda etapa del proceso de enfermería se dirige particularmente a examinar las áreas en donde se detectan las funciones de enfermería de carácter independiente estas son la prevención de la salud, cambio de actitudes hacia la salud o cambio de actitudes hacia el tratamiento. El diagnóstico se apoya de los datos objetivos y subjetivos.

Se define como un “problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independiente”.³

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en reales, potenciales y posibles.

- Diagnóstico real: es el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia.
- Diagnóstico potencial: es el que no está presente en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior.
- Diagnóstico posible: se le da categoría cuando los datos recogidos en la valoración, indican la posibilidad de que estén presentes, pero faltan para confirmarlos o descartarlos.

³ García, M.J. Óp. Cit. p.32

Estos a su vez se pueden formular a través del formato *PES* que se engloba el *Problema*, la *Etiología* y los *Signos y Síntomas* los cuales dan un problema de salud actual y potencial del cliente.

Otra categoría de los diagnósticos de enfermería es a través de la *NANDA* que son categorías aprobadas por la profesión de enfermería.

3. Planificación: es la tercera fase del proceso que se define como el proceso de diseñar estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del cliente que se han identificado durante el diagnóstico. Dentro de esta etapa se pueden implicar una o más enfermeras, el paciente, las personas que lo cuidan, incluso algunas veces otros profesionales de la salud.

Los componentes de la planificación:

- Establecer prioridades: se ordenan los diagnósticos de enfermería jerárquicamente y es posible que se trate más de un problema a la vez.
- Fijar los objetivos del cliente y los criterios de resultado: éstos reflejan los cambios deseables en el estado de salud de la persona; para cada diagnóstico se debe realizar objetivos a corto y largo plazo.
- Planificación de las estrategias: son las acciones de enfermería para tratar un diagnóstico de enfermería específico con el fin de lograr los objetivos de la persona, la enfermera se ayuda de la identificación correcta de la etiología durante la valoración para estructurar y elegir las actuaciones de enfermería.
- Redacción de las órdenes de enfermería: son las acciones específicas que la enfermera debe realizar para ayudar a la persona a alcanzar los objetivos establecidos del cuidado de su salud. La redacción de los planes de cuidados debe ser individualizado, asegurando la continuidad de los mismos.

- Registrar el plan de cuidados: el registro se lleva a cabo con fecha y firma, así como enumerar las prescripciones de enfermería, incluyendo planes para el alta hospitalaria y las necesidades de cuidados en el domicilio.
 - Consulta: se realiza con otras enfermeras durante el proceso de enfermería para verificar hallazgos, ejecutar cambios y obtener conocimientos adicionales. También se puede compartir el plan de cuidados con las demás personas que brindan cuidados a la persona para que se lleve a cabo.
4. Ejecución: también llamada actuación, consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados⁴, implica poner en práctica las órdenes de enfermería y las órdenes médicas. Continúa la recogida de datos con el fin de tomar mejores decisiones sobre lo acertado del plan de cuidados que se ha elaborado. Es el momento para actualizar algunos datos sobre la evolución de la persona.
5. Evaluación: es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados, se valora la efectividad de las actuaciones de enfermería.

La evaluación del logro o no logro de los objetivos es clave para determinar la efectividad del plan de cuidados, esta evaluación se debe hacer junto con el cliente.

Otro punto importante es el plan de alta de la persona que debe de iniciarse de inmediato para que la persona se prepare emocionalmente y para determinar las acciones necesarias para la salida, con el menor riesgo de retroceder el estado de salud.

⁴ Kozier, B.B. Óp. cit. (vol.2): 244.

Las cinco fases del proceso no son departamentos cerrados, sino que se solapan unos con otros formando subprocesos continuos, cada fase se debe actualizar continuamente según los cambios de la situación. Puesto que la salud no es estática, sino que puede cambiar de un momento a otro, visto así el PAE dado que constituye la respuesta a la salud de la persona, es un proceso dinámico.

Ventajas para la persona

- ❖ Calidad en el cuidado: el cuidado de enfermería se planifica para encontrar las necesidades particulares del individuo, familia o comunidad.
- ❖ Continuidad del cuidado: el hecho de contar con un plan por escrito, facilita que todas las personas implicadas en el cuidado puedan acceder a él, con lo que se evita que el cliente tenga que repetir la información.⁵
- ❖ Participación de la persona en el cuidado de su salud: el proceso facilita que la persona desarrolle las capacidades relacionadas con su propio cuidado de forma que se compromete para alcanzar las metas.

Ventajas para la enfermera.

- ❖ Satisfacción en el trabajo: asegura que sus actividades se basan en una identificación correcta de los problemas de la persona, cuando cuenta con planes de cuidados bien realizados, además de favorecer la coordinación y evitar el trabajo de ensayo-error.
- ❖ Crecimiento profesional: a través de la evaluación, la enfermera aprende qué cuidados son efectivos y cuáles tienen que adaptarse para cubrir las

⁵ Kozier, B.B. Óp. cit. (vol1): 186

necesidades de la persona, aumentando de esta forma su capacidad y experiencia.

- ❖ Evitar problemas legales: la enfermera cumple con sus obligaciones legales cuando aplica cuidados de enfermería previamente pactados mediante la ejecución de todas las fases del proceso.

- ❖ Alcanzar los modelos de enfermería profesional: el aprendizaje y la realización del proceso de enfermería sobre los cuidados de la persona, es un requisito básico para la aptitud de la enfermería profesional.

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.



Virginia Henderson nació en 1897, siendo, la quinta de ocho hermanos. Originaria de la Ciudad de Kansas, Missouri, paso su infancia en Virginia ya que su padre ejercía la abogacía en Washington.

Durante la primera guerra mundial despertó en ella el interés por la enfermería, así en 1918 ingresó a la escuela de enfermería del ejército en Washington, en 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera visitante al servicio de Nueva York.

En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Hospital Protestante del Norte de Virginia. Cinco años después ingresó a la Facultad de Profesores de la Universidad de Columbia, donde consiguió dos títulos en la rama de enfermería. En 1929 ocupó el cargo de supervisión de pedagogía en la clínica conmemorativa del Hospital de Rochester.

Henderson define a los supuestos como:

Enfermera: “el rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría él solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados, y cumplir con sus

funciones, de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo más rápidamente posible.”⁶

Persona: “ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus 14 necesidades fundamentales”.⁷

1. Respirar.
2. Beber y comer.
3. Eliminar.
4. Moverse y mantener una buena postura.
5. Dormir y descansar.
6. Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
9. Evitar peligros.
10. Comunicarse con sus semejantes.
11. Actuar según sus creencias y sus valores.
12. Ocuparse para realizarse.
13. Recrearse.
14. Aprender.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

⁶ Riopelle, L, Grondin L, Phaneuf, M. Cuidados de Enfermería. Edit. Manual Moderno. 3° Ed.; p. 2.

⁷ Rosales, B.S., Reyes, G.E. Fundamentos de Enfermería. Edit. Manual Moderno. 3° Ed.; p. 228

Entorno: es el medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad, ya sea hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato.

Salud: la considera como un estado de independencia o satisfacción de las necesidades. La enfermedad por lo tanto es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción de las necesidades.

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

Cuidado: asistencia a la persona sana o enferma en las actividades que no puede hacer por sí misma por falta de fuerza, voluntad, o de conocimientos para conservar o restablecer su independencia en la satisfacción sus necesidades fundamentales.

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería, la aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación de la persona.

Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas son universalmente lo mismo porque todos los seres humanos tienen las mismas necesidades comunes, aunque varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera esas necesidades.

La enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se adaptan a modalidades e idiosincrasia de cada persona, aunque la enfermera por mas competente que sea nunca podrá comprender totalmente a una persona ni a proporcionarle todo lo que necesita para su bienestar. En lo único en lo que puede ayudarle en actividades que contribuyen a el estado de salud de la persona, su convalecencia o al muerte sin sufrimiento.

Solo en estados en el que la persona se encuentra en absoluta dependencia, como el coma o la postración extrema, justifica que la enfermera decida por la persona.

Para Virginia Henderson el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales, y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

NECESIDAD DE ELIMINACION

Al realizar la valoración de enfermería, se ve reflejada cuál es la necesidad más alterada, en este proceso es la de eliminación por lo que es necesario conocer cuáles son los factores que intervienen en la eliminación, así como los problemas más frecuentes que se presentan en ésta.

“Es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina, las heces y también por la transpiración y la espiración pulmonar, igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada”.⁸

La eliminación regular de los productos de desecho del intestino, es esencial para un funcionamiento corporal normal. Las alteraciones en la eliminación son a menudo signos o síntomas precoces de trastornos gastrointestinales o de otros sistemas. Debido a que el funcionamiento del intestino depende del equilibrio de distintos factores, los patrones y hábitos de eliminación varían entre los individuos.

Factores que intervienen en la necesidad de eliminación

El conocimiento, permite a la enfermera, anticipar las medidas necesarias para mantener un ritmo normal de eliminación. En el proceso de la eliminación intestinal intervienen muchos factores.

Edad: durante la vida aparecen cambios en el desarrollo que afectan a la eliminación, el niño presenta un peristaltismo rápido es incapaz de controlar la defecación por la falta de desarrollo neuromuscular. “En la adolescencia hay un rápido crecimiento de intestino grueso, la secreción de ácido clorhídrico se incrementa, y es típico que coman mayor cantidad. En los ancianos experimentan

⁸ Riopelle, L. Óp. cit. p. 19

a menudo cambios en el sistema gastrointestinal que altera la digestión y la eliminación”.⁹

Dieta: el tipo de dieta influye en la eliminación. Una alimentación diaria equilibrada ayuda a mantener un ritmo regular del peristaltismo del colón. La ingesta de una dieta con elevado contenido en fibra, facilita un ritmo de eliminación normal.

Ingesta de líquido: una inadecuada ingesta de líquidos o la aparición de alteraciones que dan lugar a una pérdida de ellos (vómito), afectan las características de las heces, el líquido disuelve el contenido intestinal, facilitando a su paso a través del colón, una disminución de ingesta de líquido retarda el paso de los alimentos a través del intestino y puede dar lugar a un endurecimiento fecal.

Actividad física: la actividad física estimula el peristaltismo, mientras que la inmovilización lo deprime, por ello que es recomendable que cuando empieza a resolverse una enfermedad se camine lo antes posible y lo mismo respecto después de una cirugía.

Anestesia y cirugía: los anestésicos generales hacen que los movimientos colónicos normales cesen o sean más lentos ya que bloquean la estimulación parasimpática de los músculos del colón.

Las cirugías donde se manipulan los intestinos pueden provocar un cese temporal de los movimientos intestinales, lo cual suele llamarse íleon paralítico y dura de 24 a 48 horas.

Trastornos sensoriales y motores: la lesión de la columna y de cabeza pueden provocar una reducción en la estimulación sensorial de la defecación. Los problemas de movilidad impiden que la persona pueda atender con rapidez el reflejo de defecación si no es capaz de ir por sí solo al baño y no cuenta con la ayuda de alguien, en consecuencia puede acabar en estreñimiento.

Por otro lado si los esfínteres anales no se controlan bien se produce incontinencia fecal.

⁹ Potter A.P., Griffin, P.A. Fundamentos de Enfermería. Edit. Harcourt Brace. 5° Ed; p. 1464

Irritantes: los alimentos especiados toxinas bacterianas, y los venenos pueden irritar el tubo intestinal y ocasionar diarrea y en la mayoría de los casos flatos.

Dolor: influye en la defecación, las personas que presentan dolor al defecar, inhibe el reflejo de defecación para evitar el dolor y terminan padeciendo estreñimiento.

Posición durante la defecación: el que la persona se flexione hacia adelante, contraiga los músculos y ejerza una presión intraabdominal hace la posición normal para la defecación. En pacientes inmovilizados en cama la defecación se hace más difícil, en posición de decúbito supino es imposible contraer los músculos utilizados en la defecación.

Embarazo: a medida que el embarazo progresa y el tamaño del feto aumenta, se ejerce mayor presión sobre el recto, haciendo que haya obstrucción temporal producida por el feto y altera el paso de las heces.

Problemas que afectan la eliminación intestinal

Los problemas más comunes son.

Estreñimiento: el estreñimiento es un síntoma de la disminución de la frecuencia de los movimientos intestinales acompañados por un prolongado o difícil paso de heces duras y secas.

Impactación: es el resultado de un estreñimiento no solucionado. Es una colección de heces endurecidas impactadas en el recto que no pueden ser expulsadas, un signo evidente es la incapacidad de defecar durante varios días a pesar del repetido reflejo de la defecación.

Diarrea: el incremento de las deposiciones de heces líquidas no formadas. Es un síntoma de la alteración que afecta la digestión, la absorción y la secreción en el tracto gastrointestinal.

Incontinencia: es la incapacidad para controlar la emisión de heces o gas por el ano, algunas situaciones físicas, que alteran la función o el control del esfínter anal, pueden causar la incontinencia.

Flatulencias: cuando el gas se acumula en la luz del intestino las paredes intestinales se contraen y se distienden, es habitual el dolor y retortijones.

Hemorroides: son venas dilatadas e ingurgitadas de la mucosa rectal, pueden ser internas o externas. Esto ocasiona un incremento del dolor y puede ser necesario practicar una incisión.

Derivaciones Intestinales: algunas enfermedades ocasionan alteraciones que impiden el paso normal de las heces a través del recto. Las aberturas artificiales temporales o permanentes (estoma) en la pared abdominal son más frecuentemente en el íleon (ileostomía) o colon (colostomía). Dependiendo de la intervención quirúrgica efectuada el cliente tendrá o no control de la materia fecal que sale por el estoma.¹⁰

¹⁰ Potter, A.P., Griffin, P.A. Óp. cit. p. 1469

ESCRIPCIÓN DEL CASO.

La Sra. Sabina M. de 69 años de edad, fue operada de colostomía por apendicitis complicada con peritonitis. Se hospitaliza en diciembre del 2008 por presentar cuadros repetidos de deshidratación y desnutrición. En marzo del 2009 acude al médico por referir náuseas, sialorrea y diarrea de color verdoso a través de colostomía (el llenado de la bolsa es de 3 a 4 veces al día). Se le observa adinámica, con debilidad, disnea de pequeños esfuerzos y eventos de síncope; por lo que es hospitalizada. En junio del 2009 se le realiza anastomosis termino-terminal más colo-coloanastomosis y colocación de malla de polipropileno para restituir tránsito intestinal. Posteriormente a la cirugía, la señora Sabina refiere dolor con intensidad de 5 a 7 en herida quirúrgica, acompañado de náuseas y vómito, con distensión abdominal y peristalsis ausente. En junio del mismo año sufre dehiscencia de herida quirúrgica con salida de contenido intestinal. Se le realiza laparotomía exploradora (LAPE) de urgencia, en la que se encuentra perforación intestinal a 15 cm. de la válvula ileocecal y despulimiento de serosa, así como líquido intestinal. Se lleva a cabo lavado de cavidad, formación de ileostomía y colocación de bolsa blanca.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE OXIGENACION.

Datos de independencia:

La Sra. Sabina se abriga en época de frío. El lugar donde vive es un poco caluroso.

La Sra. Sabina se encuentra alerta y orientada en sus tres esferas. Sus ruidos respiratorios son normales, con tórax normolineo y simétrico, movimientos respiratorios torácicos sin presencia de red venosa y mamas simétricas. A la palpación en hueco axilar no hay crecimiento ganglionar. Los ruidos cardiacos son rítmicos y de buena intensidad, sin fenómenos agregados. T/A de 111/66 mmHg, FC 82 por minuto y FR 20 por minuto.

Cuello cilíndrico y simétrico sin presencia de crecimiento ganglionar, pulsos carotidos simétricos y rítmicos. Se palpa glándula tiroides sin tumoraciones de tamaño y consistencia adecuados, tráquea lineal y movable.

Datos de dependencia:

La Sra. Sabina actualmente tiene prescrito oxígeno suplementario por mascarilla con una fracción inspiratoria de oxígeno al 40%. Se le retiró tubo orotraqueal hace doce horas.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION.

Datos de independencia:

La Sra. Sabina consume todo tipo de alimentos, no hay alguno que le desagrade. Se alimenta de dos a tres veces al día. Toma de un litro a litro y medio de agua al día.

A la inspección sus piezas dentales están completas, lengua rosada, móvil y sin tumoraciones. Reflejo de "arcada" positivo, conductos salivales permeables. Amígdalas sin alteración, paladar duro y blando íntegro sin alteración. Su peso es de 60 Kg., estatura de 1.65 cm e IMC de 22.05 Kg/m².

Datos de dependencia:

La Sra. Sabina padece de palidez de tegumentos y mucosas orales secas. Tiene prescrita nutrición parenteral total de 2000 ml para 24 horas.

NECESIDAD DE ELIMINACION**Datos de independencia:**

Previo a su padecimiento, la Sra. Sabina evacuaba dos veces al día heces formadas con color y olor característico. Las veces que micciona eran de 2 o más, dependiendo de la cantidad de agua que tomaba. Regularmente miccionaba 250 ml de orina de color amarillo claro y olor característico.

Datos de dependencia:

Actualmente la Sra. Sabina tiene una ileostomía en cuadrante inferior derecho, cuyo contenido intestinal es de color amarillo, con consistencia líquida y abundante y olor característico. A la percusión se percibe sonido timpánico, se auscultan ruidos intestinales aumentados en frecuencia e intensidad.

NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA.**Datos de independencia:**

En sus extremidades el llenado capilar es de 3 segundos, con pulsos rítmicos y simétricos, (sin compromiso neurocirculatorio). El tono, movimiento y fuerza de miembros torácicos y pélvicos son normales.

Datos de dependencia:

La Sra. Sabina tiene escasa actividad física, y no realiza algún tipo de ejercicio.

Su movilización en cama es limitada debido a que presenta dolor en herida quirúrgica abdominal. Tiene incapacidad para moverse de decúbito lateral izquierdo y derecho.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos de independencia:

La Sra. Sabina duerme 8 horas diarias y no presenta alteraciones durante el sueño.

Datos de dependencia:

Durante la palpación profunda y el movimiento, refiere dolor de intensidad 7 en herida quirúrgica. Se observan facies de dolor.

,

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Datos de independencia:

Elige su vestuario independientemente de su estado de ánimo. Su opinión en cuanto al pudor y la vergüenza al vestir es que “cada quien es libre de escoger su atuendo”, así como ella lo escoge por sí sola.

Datos de dependencia:

No identificables.

NECESIDAD DE TERMORREGULACION.

Datos de independencia:

El lugar donde reside la Sra. Sabina es de clima caluroso. Ella dice estar ya acostumbrada. Se adapta a cambios de temperatura; las medidas que toma para mantener su temperatura corporal es usar prendas de vestir de acuerdo a la temporada. Su temperatura corporal es de 36.5 °C.

Datos de dependencia:

No identificables.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

Datos de independencia:

En su casa realiza baño y aseo de cavidades todos los días, prefiere bañarse a medio día. El lavado de dientes lo realiza dos veces al día, con técnica correcta. Se lava las manos antes de comer y después de ir al baño, así como también para la preparación de alimentos y cada vez que sea necesario. Su corte de uñas lo hace de forma cuadrada cada ocho días. Para la Sra. Sabina, la higiene significa algo fundamental para tener salud.

Datos de dependencia:

Tiene abdomen pálido con herida quirúrgica sin datos de infección. Estoma de ileostomía color rojo brillante y húmedo, limpio y sin irritación periestomal. Tiene limitación para realizar baño por presentar dolor en herida quirúrgica.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Datos de independencia:

Se realiza exploración de mamas cuando acude a detección de cáncer una vez al año. Su opinión en cuanto a las drogas es que “son malas y destruyen a los que las consumen”. La reacción que tiene ante una situación de urgencia es mantener la calma.

Datos de dependencia:

No cuenta con esquema de vacunación desde hace 3 años

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos de independencia:

La Sra. Sabina vive con su esposo y una hija. Tiene buena relación con familiares y vecinos.

Datos de dependencia:

No identificables.

NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES.

Datos de independencia:

Es católica y acude a la iglesia todos los días por las mañanas. Dice que “su forma de vivir, la vida y la muerte significan un paso más a seguir”.

Datos de dependencia:

Sus creencias en este momento le crean conflicto “le pregunta a dios porque le está pasando esto”.

NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION.

Datos de independencia:

Su rol en el hogar es de ama de casa. Dice estar satisfecha al estar en su casa y atender a su marido e hija. Realiza las tareas domésticas de la casa y en ocasiones le ayuda su esposo e hija.

Datos de dependencia:

No identificables.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Datos de independencia:

A la Sra. Sabina le gusta estar en su casa con su familia.

Datos de dependencia:

No participa en actividades recreativas. Dice que “por estar mucho tiempo hospitalizada”.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE**Datos de independencia.**

No cuenta con escolaridad. Sabe leer y escribir y esta dispuesta a aprender. Para ella, “la escuela es algo importante, pero en ocasiones hay gente que no tuvimos la oportunidad de estudiar”. En su casa hay bibliotecas y centros en donde dan clases de diversos temas.

Datos de dependencia:

Le interesa conocer información de cómo cuidar la ileostomía ya que no ha tenido ningún asesoramiento del cuidado de sus estomas.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- Déficit de volumen de líquidos R/C pérdida anormal de líquido por estoma M/P diarrea, mucosas orales secas y palidez de tegumentos.
- Dolor agudo R/C herida quirúrgica en región abdominal M/P expresión verbal con intensidad de 7 y facies de dolor.
- Deterioro de la movilidad en la cama R/C dolor M/P incapacidad para pasar de decúbito lateral izquierdo y derecho.
- Sufrimiento espiritual R/C separación de vínculos religiosos M/P verbalización de preguntar a dios porque le pasa esto.
- Conocimientos deficientes sobre ileostomía R/C falta de información M/P verbalización del problema.
- Déficit de actividades recreativas R/C hospitalización prolongada M/P ausencia de recreación.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C flujo de contenido intestinal por la ileostomía.
- Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos.

PLANIFICACIÓN

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Dx: Déficit de volumen de líquidos R/C pérdida anormal de líquido por estoma M/P mucosas orales secas y palidez de tegumentos

Fundamentación: las personas que tienen una ileostomía tienden a perder excesivas cantidades de sodio y líquidos a través de orificio ileal.¹¹

Objetivo: la señora Sabina disminuirá la pérdida de líquido por la ileostomía.

La señora Sabina mantendrá un aceptable balance de líquidos corporales.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|--|--|
| 1. Administración de antidiarreicos prescritos como la loperamida 2 mg vía oral cada 8 horas. 2. Llevar un control de líquidos. | 1. La loperamida reduce la motilidad intestinal por efecto directo en las terminaciones nerviosas, puede ejercer su acción antidiarreica no sólo mediante el retraso del tránsito intestinal y el aumento de tiempo de contacto, sino también por inhibición directa de la secreción de líquidos y electrolitos o la estimulación de absorción de sal y agua. 2. El control de balances es un indicador directo del equilibrio hídrico. La mayor pérdida de líquido se produce en caso de ileostomía, pero generalmente no supera los 500 a 800 ml/día. |

¹¹ Koziar, B.B. Óp. cit. (vol. 5): 1261

| | |
|--|--|
| <p>3. Administrar infusiones Intravenosas (IV) con electrolitos (Hartman), según cantidad eliminada por el estoma.</p> <p>4. Identificar oportunamente taquicardia e hipotensión.</p> <p>5. Mantener la temperatura ambiental entre los 20 y 25 °C. por medio de la ventilación, abrir ventanas.</p> | <p>3. La solución Hartman es un cristaloides que contiene múltiples electrolitos como sodio, cloro, potasio y calcio que se utilizan para prevenir la deshidratación o restaurar los desequilibrios hidroelectrolíticos, diabetes y diarrea.</p> <p>4. La taquicardia y la hipotensión son signos clínicos de deshidratación.</p> <p>5. Las temperaturas ambientales menores de 26° C, evitan pérdidas importantes de sodio por medio de la sudoración excesiva.</p> |
|--|--|

EJECUCIÓN

Se llevó a cabo el balance de líquidos diariamente durante el turno y de acuerdo a ello se dio reposición de líquidos con solución Hartman 800 ml. una vez por turno y administración de loperamida 2 mg cada 8 horas por vía oral mientras persistió la pérdida de líquido por la ileostomía.

Se mantiene una temperatura ambiental adecuada abriendo, cerrando ventanas y con aire acondicionado en la habitación de la señora Sabina.

EVALUACIÓN

La señora ha disminuido la pérdida de líquido por la ileostomía se han mantenido en 600 ml al día, y ha mantenido una buena hidratación.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Dx: Dolor agudo R/C herida quirúrgica en región abdominal M/P expresión verbal con intensidad de 7 y facies de dolor.

Fundamentación: el traumatismo de los tejidos corporales como la intervención quirúrgica hace que haya estimulación directa de los receptores del dolor.

Objetivo: la señora Sabina M. experimentará el mínimo de dolor.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Valorar la descripción e intensidad del dolor a través de la escala Eva (ver anexos no. 3.1)2. Animar a la Sra. Sabina a que exprese sus inquietudes y escucharla con atención. Permanecer con ella el tiempo necesario.3. Animar a la Sra. Sabina a utilizar técnicas de respiración: inhalando lentamente por nariz contando del 1 al 4 y exhalando lentamente a través de la boca mientras cuenta hasta 4 otra vez.4. Administrar analgésicos prescritos como el tramadol 50 mg, IV cada 8 horas.5. Valorar la respuesta a la medicación. | <ol style="list-style-type: none">1. El dolor es una experiencia personal y la enfermera debe confiar en la descripción que hace la persona para poder tratarlo eficazmente.2. La reducción de la ansiedad y el temor pueden facilitar la relajación y el confort3. La respiración lenta consigue reducir la percepción del dolor mediano o moderado.4. El tramadol es un analgésico que activa el sistema descendente inhibitorio del dolor.5. La dosis del medicamento puede no ser adecuada para elevar el umbral del dolor del cliente o presentar reacciones adversas. |

EJECUCIÓN

Se llevan a cabo las medidas para disminución del dolor a través de analgésicos prescritos y técnicas de respiración y relajación.

EVALUACIÓN

La Sra. Sabina lee revistas a lo largo del día, cuando presenta dolor severo solicita analgésicos. También realiza respiraciones lentas cada 3 horas durante el turno.

NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

Dx: Deterioro de la movilidad en la cama R/C dolor agudo M/P incapacidad para pasar de decúbito lateral izquierdo y derecho.

Fundamentación: las intervenciones quirúrgicas recientes pueden causar dolor experimentado por el movimiento.

Objetivo: la señora Sabina disminuirá la sensación de dolor a la movilización.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|--|---|
| 1. Asistir en la movilización para los cambios de posición. | 1. La asistencia en la movilización ayuda a disminuir la sensación del dolor y seguridad en la persona. |
| 2. Usar principios de la mecánica corporal para la movilización de la señora Sabina. | 2. El uso de la mecánica corporal da coordinación y seguridad del cuerpo para producir movimiento y mantener equilibrio durante la actividad. |
| 3. Mantener a la señora Sabina en una posición corporal confortable | 3. El mal alineamiento corporal puede llevar a complicaciones de inmovilidad. |
| 4. Evitar la sobreprotección y animar a la señora Sabina a llevar a cabo de forma autónoma todas las actividades que tolere. | 4. La independencia mejora la autoestima y aumenta la actividad muscular y la fuerza. |

EJECUCIÓN

Se lleva a cabo la movilización de la señora Sabina y se le anima para que por sí sola cambie de posición sin miedo de sentir dolor.

EVALUACIÓN

La señora Sabina a tenido mejor movilización en la cama y ha disminuido el dolor que sentía a la movilización.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE TEGUMENTOS

Dx: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C flujo de heces por la ileostomía.

Fundamentación: la piel se puede ver afectada por las heces de una ileostomía ya que contienen enzimas digestivas que son muy irritantes para la piel.

Objetivo: la señora Sabina M. mantendrá la integridad cutánea.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|---|--|
| 1. Realizar limpieza de área periestomal con agua y secar sin frotar, utilizar jabón solo si la zona está cubierta con heces. | 1. Mantener una piel limpia y seca permite evitar que haya desgarros y aumenta la adherencia del equipo de ostomía. |
| 2. Colocar una bolsa de ostomía con circunferencia correcta. | 2. El estoma presenta edema posoperatorio durante las primeras 6 semanas y hay que ir modificando el tamaño del equipo para que se adapte adecuadamente de manera que se pueda recorrer el líquido sin que contacte con la piel. |
| 3. Utilizar una bolsa transparente con filtro. | 3. Los equipos transparentes ayudan a la visualización del estoma sin necesidad de retirar la bolsa. |

| | |
|--|--|
| <p>4. Aplicar protector cutáneo de tipo hidrocoloide como la goma de Karaya o una similar en región periestomal.</p> | <p>4. La goma de Karaya protege la piel de la bolsa adhesiva, aumenta la adherencia y facilita su retirada de la bolsa si es necesario.</p> |
| <p>5. Vaciar y limpiar la bolsa cada vez que sea necesario evitando el cambio de bolsa frecuente.</p> | <p>5. El vaciar y limpiar el equipo elimina las bacterias y mal olor así como la fuga de la misma, el cambio de bolsa frecuente es irritante para la piel.</p> |
| <p>6. Valorar oportunamente datos de irritación periestomal como: flictenas sensación de picor.</p> | <p>6. La aparición de flictenas y sensación de picor son datos indicativos de irritación periestomal.</p> |

EJECUCIÓN

Se lleva acabo las intervenciones al realizar el cambio de bolsa se observa el estoma así como también la medición de éste para evitar irritación del mismo.

EVALUACIÓN

La señora Sabina se ha mantenido con buena integridad cutánea sin datos de irritación periestomal y ha aprendido a cambiar el equipo para hacerlo ella misma posterior al alta hospitalaria.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Dx: Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos.

Fundamentación: la exposición a enfermedades o a procesos invasivos reducen las defensas contra la infección y expone al cliente a riesgo.

Objetivo: la señora Sabina M. se mantendrá libre de infección en todo momento.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|---|--|
| 1. Mantener la herida limpia y seca evitando contaminación con otros líquidos o sustancias corporales. | 1. La limpieza y mantener seca la zona evita crecimiento y propagación de bacterias que puedan causar infección. |
| 2. Administrar antibióticos prescritos vancomicina 1 gr. Intravenoso cada 12 horas por 15 días y ceftriaxona 1 gr. Intravenoso cada 12 horas por 10 días. | 2. Los antibióticos son sustancias que actúan inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana y la biosíntesis de la pared celular. |
| 3. Emplear técnica estéril en cada curación. | 3. La técnica estéril reduce el riesgo de infección de las heridas. |
| 4. Identificar oportunamente datos de infección como: enrojecimiento, dolor, salida de secreción, fiebre, calor local. | 4. La explicación de signos y síntomas de infección promueve una interacción entre enfermera y cliente así como la detección temprana de esta. |

| | |
|---|--|
| <p>5. Realizar lavado de manos antes y después de realizar algún procedimiento.</p> | <p>5. El lavado de manos es un procedimiento en el cual se arrastra y destruye la flora transitoria y la residente.¹²</p> |
| <p>6. Monitorizar métodos invasivos como: cambio de equipos de soluciones cada 72 horas y de la sonda vesical cada 15 días.</p> | <p>6. La monitorización de métodos invasivos previene futuras infecciones en la paciente.</p> |

¹² Rosales, B.S. Óp. cit. p. 69

EJECUCIÓN

Se pusieron en prácticas las actividades para eliminar el riesgo de infección en la herida quirúrgica y drenajes que tenía la señora Sabina, los procedimientos se realizaron de forma aséptica y siempre cuidando el lavado de manos, también se administraron antibióticos prescritos.

EVALUACIÓN

La señora Sabina durante el tiempo de las intervenciones se ha mantenido libre de infección y ya conoce como debe realizar la curación así como también los signos y síntomas de infección ya que al cuestionarle sobre ellas las responde de inmediato.

NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

Dx: Sufrimiento espiritual R/C separación de vínculos religiosos M/P verbalización de preguntar a Dios por qué le pasa esto.

Fundamentación: las creencias espirituales tienen más importancia en la enfermedad que en cualquier otro momento de la vida y algunas personas piensan que la enfermedad es un castigo.

Objetivo: la señora Sabina expresará comodidad en la relación con su Dios.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Permitir que la Sra. Sabina exprese sus sentimientos que hacen que presente sufrimiento espiritual.2. Reconocer y responder a las indicaciones verbales y no verbales de la señora Sabina sobre las necesidades espirituales.3. Animar a que la señora Sabina realice rituales espirituales preferidos.4. Animar a que comparta sus preocupaciones espirituales con su familia y estar dispuestos a escucharla cuando lo precise. | <ol style="list-style-type: none">1. Permite a la enfermera hacer frente a los problemas con más eficacia cuando conoce las necesidades de la persona.2. Demuestra que la enfermera presenta interés sobre los asuntos religiosos de la persona.3. Todas las personas tienen diferentes prácticas espirituales que ayudan a satisfacer sus necesidades.4. El incorporar a la familia a que interactúe es importante ya que deja que la persona demuestre sus sentimientos. |

EJECUCIÓN

Se le da tiempo para que pueda expresar sus sentimientos así como tiempo para estar sola, también interactúa su familia para poder informar la incomodidad que tiene con Dios.

EVALUACIÓN

La señora Sabina ha expresado su incomodidad hacia Dios y ha leído escrituras que le han dado consuelo sobre su enfermedad también a partir del 5° día expresó que Dios no la ha castigado, sino que son pruebas que pone en la vida y la ayudará a superarlas.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Dx: Conocimientos deficientes sobre ileostomía R/C falta de información M/P verbalización del problema.

Fundamentación: la falta de información acerca de la enfermedad repercute en el cuidado y mantenimiento de la salud.

Objetivo: la señora Sabina adquirirá conocimientos y habilidades necesarias para manejar su situación de salud.

La señora Sabina expresará verbalmente comprensión de las necesidades terapéuticas.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|--|--|
| 1. Iniciar la enseñanza lo más pronto posible, organizando el contenido en secuencias progresivas y respetar el ritmo de aprendizaje y las necesidades de la persona y la familia. | 1. La organización de los contenidos que se le van a impartir, se deben poner en secuencia para valorar el nivel de aprendizaje. |
| 2. Proporcionar material permanente de los principales puntos que deben recordarse a fin de poder consultarlo en caso de olvido. | 2. Proporcionar material para consulta sirve para complementar la información después del alta, para apoyar al paciente para conseguir independencia en el auto cuidado. |
| 3. Dar oportunidad para practicar lo aprendido si es adecuado. | 3. La práctica de lo aprendido ayuda a que tenga habilidad para continuar el auto cuidado en su domicilio. |
| 4. Responder a las necesidades de nuevos conocimientos a medida que se manifiesten. | 4. Las dudas surgidas son importantes aclararlas para el aprendizaje y mejor manejo de la salud de la paciente. |

EJECUCIÓN

Se ponen en práctica las actividades ya descritas así mismo se llevan a cabo 3 sesiones de aprendizaje a la semana y se le proporciona folleto para resolver dudas.

EVALUACIÓN

La señora Sabina ha adquirido conocimientos sobre la ileostomía y su cuidado, ya que hay retroalimentación y participa en el cuidado de la misma, también ha expresado las dudas surgidas y se siente con información suficiente para cuidar de su salud.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Dx: Déficit de actividades recreativas R/C hospitalización prolongada M/P expresión verbal.

Fundamentación: la hospitalización prolongada hace que la persona tenga deficiente actividad recreativa.

Objetivo: la señora Sabina tendrá actividades recreativas durante su estancia hospitalaria.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTACIÓN |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Identificar con la señora Sabina los gustos y áreas de interés y hacer un listado de las actividades que pueda realizar en el momento actual.2. Proporcionarle a la señora Sabina materiales de distracción como: libros, revistas.3. Animar a la señora Sabina a disfrutar de las actividades elegidas y a comentar la experiencia.4. Proporcionar un ambiente adecuado para la distracción como la iluminación, temperatura. | <ol style="list-style-type: none">1. El conocer los gustos que tienen las personas ayuda planificar actividades de distracción y que sean de interés para ella.2. El material de distracción en la estancia hospitalaria ayuda a mantener un mejor ambiente y mantienen ocupada a la persona.3. El dar un estímulo a que realicen actividades y escuchar sus experiencias hace que la persona se sienta mejor en el ambiente hospitalario.4. El tener un ambiente adecuado con buena iluminación y temperatura estimula a la persona para llevar a cabo sus actividades recreativas. |

EJECUCIÓN

La señora Sabina ha identificado las actividades que le son de su agrado como leer libros y revistas y el lugar donde se encuentra mantiene una buena iluminación y temperatura.

EVALUACIÓN

La señora Sabina ha mantenido actividades recreativas y se ha sentido con mejor estado de ánimo ya que ya no ha tenido tiempos prolongados de ocio.

X.PLAN DE ALTA



RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

Las personas con estomas no deben llevar una dieta especial, solo deben restringir algunos alimentos¹³.

- Tomar una dieta variada con presencia de todos los alimentos.
- Hacer comidas con horarios regulares.
- Incorporar nuevos alimentos de forma lenta.
- Comer de forma relajada y tranquila.
- Comer despacio y masticar bien los alimentos.
- Comer pequeñas cantidades fraccionando la dieta.
- Realizar mínimo 6 ingestas diarias de alimento.
- Reposar después de las comidas, sin acostarse.
- Preparar los alimentos con cocciones sencillas (asados, hervidos o a la plancha.)
- Tomar de dos a dos litros y medio de líquido al día, y en pequeñas cantidades. Puede ser agua, caldos, infusiones, etc.
- No tomar los alimentos ni muy fríos ni muy calientes.
- Utilizar aceite de oliva.
- Evitar los aumentos de peso que dificultarían la adaptación del dispositivo.
- Disminuir la utilización de la cafeína. Puede incrementar el contenido ácido del estómago y aumentar el tiempo de tránsito intestinal.

¹³ Hollister, laboratorio. Manual de la persona ostomizada [Folleto]; p. 20-22

Alimentos aconsejados

- Frutas y verduras.
- Pescados y aves
- Pastas y arroces.
- Leche y derivados.

Alimentos que se deben evitar:

- Carne de cerdo y derivados.
- Grasas.
- Picantes.
- Alcohol y bebidas gaseosas.

Alimentos astringentes:

- Plátano y manzana.
- Arroz cocido.

Alimentos que aumentan los olores:

- Espárragos
- Huevo
- Brócoli
- Pescado
- Col
- Ajo
- Cebolla
- Coliflor

Alimentos que inhiben el olor:

- Mantequilla.
- Yogurt.
- Queso fresco.
- Cítricos.
- Perejil.
- Menta.

Alimentos y bebidas que aumentan el gas:

- Habas
- Coliflor
- Cerveza
- Maíz
- Brócoli
- espinacas.
- Pepinos
- Setas
- coles de brúcelas
- guisantes
- bebidas gaseosas

Suprimir alimentos ricos en fibra durante las primeras 8 semanas ya que causan obstrucción del íleon y dificulta la salida de heces.

- Apio
- frutas secas
- higo
- durazno
- chabacano
- coco
- alimentos con cascara: manzana, papas, uvas
- setas
- embutidos.
- maíz.

En caso de diarrea:

- Aumentar la ingesta de plátano, crema de cacahuete, galletas, pan, yogurth, tostadas, leche y derivados, papas, alimentos salados. Estos alimentos dan mayor consistencia a las heces.
- Tomar abundantes líquidos.
- Si no desaparece acudir al médico.

En caso de estreñimiento:

- Frutas frescas, uvas, ciruelas, alimentos condimentados, espinacas y caminar al menos una hora diaria.

RECOMENDACIONES AL TOMAR EL MEDICAMENTO

Loperamida.

Se le indica en caso de presentar diarrea, ya que disminuye el número, aumenta la consistencia y volumen de las heces. Se administra vía oral cada 8 horas 1 tableta, puede presentar malestar como; enrojecimiento de la piel, náuseas, vómito y dolor abdominal.

Tramadol.

Se le indica en caso de presentar dolor, se administra 1 capsula cada 8 horas, puede presentar molestias tales como; mareo, náuseas, vómito, sueño y sudoración.

- En caso de presentar malestar suspender el tratamiento.
- Mantener el medicamento fuera del alcance de la luz y en un lugar fresco.
- Al acudir al médico informar que tiene ileostomía para que recete medicamento apropiado.

OTRAS MEDIDAS PARA PREVENIR COMPLICACIONES

Las siguientes recomendaciones son para evitar complicaciones en la piel periestomal.

- La higiene de la ileostomía es parte del aseo diario durante el baño no se debe retirar la bolsa, ya que el agua diluirá la barrera cutánea y dejara de protegerlo.
- Cada que toque cambio de bolsa dejar que el agua y el jabón caiga sobre el estoma y enjuagar perfectamente.
- La piel periestomal debe de estar sana y sin lesión, debe tener el mismo aspecto que los otros lugares del abdomen.
- Colocar la bolsa con una barrera cutánea adecuada y ajustar al diámetro del estoma y al contorno del abdomen.
- En cada cambio de bolsa observar la piel periestomal, si se observa enrojecimiento o ronchas, acudir al médico.
- Verificar el sellado correcto de la bolsa para evitar fugas y salida de olores.
- Vaciar la bolsa cada que se encuentra a un tercio de su capacidad.
- Cambiar la bolsa cada que sea necesario en caso de fuga o se encuentre muy sucia una vez a la semana.
- También se recomienda actualizar su esquema de vacunación en cuanto le sea posible acudir a su centro de salud más cercano, ya que así puede prevenir diversas enfermedades.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

En caso de presentar algunos de estos Signos o Síntomas de alarma acudir a asistencia médica.

- Color oscuro o negro en el estoma.
- Dolor abdominal.
- Fiebre.
- Hinchazón.
- Sangrado severo del estoma.
- Infección periestomal.
- Debilidad
- Temblores
- Confusión
- Diarrea con duración superior a un día.

XI.CONCLUSIONES.

Puedo decir que el proceso atención de enfermería es una herramienta útil para la rama de enfermería, porque nos ayuda a brindar un mejor cuidado a las personas que nos necesitan. Da una amplia visión sobre la persona. No solo la vemos como una enfermedad sino como un ser holístico que necesita de nuestra atención para mejorar su salud y resolver las necesidades que se ven alteradas a través de la enfermedad.

El proceso nos ayuda a tener un mayor acercamiento con la persona y su familia, hace que haya más confianza e interacción de las dos partes para la realización de procedimientos así como también facilita brindar un estado de bienestar. Como también da a la persona una forma de cómo cuidar su salud y evitar complicaciones.

XII. GLOSARIO

Absorción: propiedad de los tejidos orgánicos por la que sustancias exteriores penetran en ellos, experimentando unos y otros modificaciones más o menos esenciales.

Adinamia: falta o pérdida de fuerza vital o normal.

Anastomosis termino-terminal: anastomosis entre dos extremos seccionados de asas intestinales.

Anastomosis: comunicación entre dos vasos o nervios, formación quirúrgica o patológica de una comunicación entre dos espacios u órganos separados normalmente.

Colo-coloanastomosis: anastomosis entre dos extremos seccionados de colon.

Colostomía: formación de una abertura permanente en el colon; ano artificial.

Deglución: acción y efecto de deglutir o tragar; paso de sustancias, sólidas, líquidas o gaseosas, de la boca al estómago.

Deshidratación: separación del agua de una sustancia o compuesto. Disminución o pérdida del agua de constitución de los tejidos. Restricción de la ingestión de líquidos.

Desnutrición: trastorno de la nutrición por defecto de asimilación o exceso de desasimilación.

Diarrea: evacuación intestinal frecuente, líquida y abundante.

Digestión: conjunto de procesos por los que los alimentos ingeridos se convierten en sustancias asimilables.

Disnea: dificultada en la respiración.

Dolor: impresión penosa experimentada por un órgano no parte y trasmitida al cerebro por los nervios sensitivos.

Elastasa: enzima que cataliza la digestión del tejido elástico.

Enfermería: identificación o tratamiento de las respuestas del ser humano a los problemas de salud actuales o potenciales e incluye la práctica y supervisión de funciones y servicios.¹⁴

Epitelio: capa celular que cubre todas las superficies externas e internas del cuerpo y se caracteriza principalmente por estar formada por células de forma y disposición variables, sin sustancias intercelulares ni vasos. Capa superficial de la mucosa.

Estoma: poro, orificio o abertura diminuta en una superficie libre; histológicamente, orificio microscópicos entre las células endoteliales de las serosas y los vasos. Boca anastomotica.

Excreción: eliminación de los productos de secreción de la glándula que los ha producido o del reservorio donde se había acumulado.

Flatulencia: distensión del estomago o intestinos por aire o gases.

Hipocalemia: termino incorrecto por Hipocaliemia.

Hipocaliemia: contenido anormalmente bajo de potasio en la sangre.

Hiponatremia: deficiencia de sales de sodio en la sangre, depleción salina.

Ileostomía: creación de una abertura en el íleon.

¹⁴ Kozier, B.B. Óp. cit. (vol. 1): 5

Incontinencia: emisión involuntaria de material cuya excreción se halla sometida normalmente a la voluntad. Pérdida de la facultad de refrenar los apetitos.

Infección: implantación y desarrollo en el organismo de los seres vivos patógenos y de acción morbosa de los mismos y reacción orgánica consecutiva.

Lipasa: enzima que hidroliza los triésteres del glicerol. La más importante está contenida en el jugo pancreático.

Maltasa: enzima que cataliza la hidrólisis de la maltosa en dextrosa.

Masticación: aplastamiento, trituración y fragmentación de los alimentos sólidos en la boca por medio de maxilares y dientes, con la cooperación de la lengua, labios y carrillos, como preparación de la digestión gástrica.

Náuseas: sensación penosa que indica la proximidad del vómito y esfuerzos que acompañan a la necesidad del vomitar.

Pepsina: enzima del jugo gástrico que convierte las proteínas en peptonas.

Peristalsis: movimiento vermicular característico de ciertos órganos tubulares provistos de fibras musculares y longitudinales, especialmente intestino, en virtud del cual su contenido progresa.

Sacarasa: enzima de los jugos gástricos e intestinales que convierten la sacarosa en glucosa y levulosa.

Salud: estado normal de las funciones orgánicas e intelectuales.

Serosa: albumosa del suero sanguíneo. Membrana serosa.

Sialorrea: flujo exagerado de saliva; salivación, tialismo.

Sincope: desfallecimiento, desmayo, lipotimia, generalmente consecutivo a una anemia cerebral aguda.

Submucosa: capa de tejido celular situada debajo de la mucosa.

Tripsina: principal fermento digestivo de la secreción pancreática que resulta de la acción de la enterocinasa del jugo intestinal sobre el tripsinógeno secretado del páncreas y actúa sobre las proteínas convirtiéndolas en peptonas y polipéptidos.

ANEXOS

APARATO DIGESTIVO

Anexo No. 1

El aparato digestivo es el sistema encargado de incorporar los alimentos desde el exterior hasta el torrente circulatorio, que es el que distribuye por todo el organismo.¹⁵

Se compone de un conducto llamado tubo digestivo, formado por las siguientes partes: boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado y grueso. El tubo digestivo tiene anexas glándulas llamadas hígado y páncreas.

HISTOLOGÍA DEL TUBO DIGESTIVO

Se le reconocen cuatro capas diferentes: Epitelio, submucosa, muscular, serosa.

FUNCIONES.

General. Su principal función es permitir que los alimentos ricos en energía y materiales necesarios para la vida puedan ser incorporados desde el exterior hasta el torrente sanguíneo para ser distribuidos por todo el organismo.

Específicas. Son la masticación, deglución, digestión, absorción y excreción.

BOCA

Es una cavidad enclavada en la cara, por debajo de las fosas nasales, se encuentran los elementos sensitivos del gusto y en ella se efectúan la masticación e insalivación de los alimentos. Hay tres pares de glándulas salivales: parótidas, submandibular y sublingual. En ella también se encuentran lengua y dientes que participan en la digestión mecánica.

¹⁵ Escudero, R.B, Sánchez S.J.M., Borrás P.X. Estructura y Función del Cuerpo Humano. Edit. Interamericana Mc Graw Hill. p 267

FARINGE.

Es una estructura de paredes musculares en forma de cono de 13 o 14 cm de longitud, en un plano posterior se conecta con los conductos de las fosas nasales, la boca, la laringe y el esófago. Participa en la deglución los alimentos que viene de la boca se dirigen exclusivamente hacia el esófago para continuar su camino por el tubo digestivo.

ESÓFAGO.

Es un tubo muscular de unos 20-25 cm que comunica a la laringe con el estómago. La función del esófago es conducir el alimentos desde la faringe hacia el estomago e impedir el reflujo desde el estómago hacia las vías digestivas superiores. Consta de tres fases: Fase bucal, fase faríngea, fase esofágica.

ESTOMAGO.

Órgano impar de aspecto sacular formado a partir de un ensanchamiento del tubo digestivo, colocado en el epigastrio. Sus partes son cardias, fondo, cuerpo y píloro.

HISTOLOGÍA DEL ESTÓMAGO: capas como la mucosa, submucosa, muscular y serosa.

FUNCIONES.

Motora: Es la que se lleva a cabo por medio de contracciones tanto tónicas, peristálticas, de hambre y el control del vaciamiento del estomago

Digestiva: Es la primera digestión, está trascurre por medio del ácido clorhídrico (HCL), la pepsina que realiza el rompimiento de enlaces de amino de proteínas y hacerlos en cadenas de aminoácidos para poder ser absorbidos.

Control de la secreción y movilidad gástrica: Se lleva a cabo por medio de fases. Fase cefálica, fase gástrica, fase intestinal.

INTESTINO DELGADO

Es un tubo de unos 6 metros de longitud y de diámetro progresivamente decreciente que va desde el píloro hasta la válvula ileocecal, la cual separa del intestino grueso. Se divide en tres porciones: el duodeno mide 25 cm de longitud, el yeyuno mide entre 2 y 2.5 metros de longitud y el íleon mide de 3 a 3.5 metros.

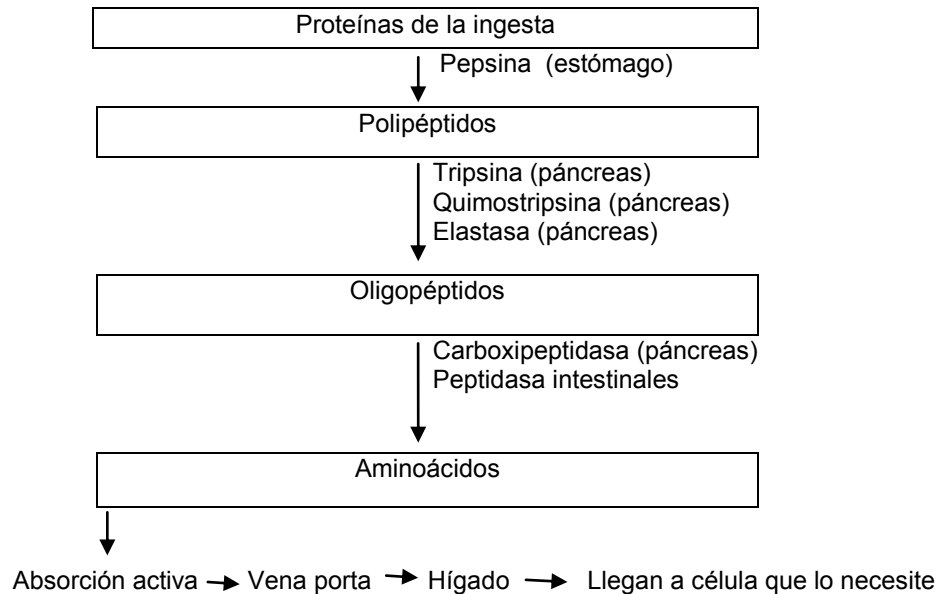
HISTOLOGIA DEL INTESTINO DELGADO

- **La capa muscular.** Se compone de fibras musculares, una externa en sentido longitudinal y una interna de forma circular o transversal.
- **La submucosa.** Es muy vascularizada por arterias y venas mesentéricas, además contiene terminaciones linfáticas intestinales, se encargan de recoger y transportar las sustancias absorbidas.
- **La mucosa.** Es la más importante ya que en ella se lleva la digestión de los alimentos.

FUNCIÓN.

- **Conducción de alimentos.** Se da desde el estomago al intestino grueso.
- **Peristaltismo.** Consiste en contracciones progresivas, qué hacen que exista un gradiente de presión que impulsa el alimento.
- **Digestión de los alimentos.** Sirve para obtener partículas de un tamaño suficiente pequeño para poder atravesar la pared de las células epiteliales de la mucosa intestinal.
- **Absorción de los alimentos.** Debe atravesar la mucosa intestinal y pasar al torrente sanguíneo, es el objetivo final de la digestión.

➤ Absorción y digestión de proteínas.



INTESTINO GRUESO

Es la última porción del tubo digestivo y comprende desde la válvula ileocecal hasta el ano.

FUNCIÓN.

La principal es la absorción de agua y sales. Aquí se da la consistencia semisólida característica de las heces.

En el interior del colón está habitado por numerosas bacterias que desempeñan una función simbiótica, sintetiza vitamina K y vitamina B12.

EXCRECIÓN.

Los restos alimentarios que no han podido ser digeridos y absorbidos son expulsados del organismo mediante el mecanismo de la defecación. Se produce la relajación del esfínter externo tiene lugar la defecación.

PANCREAS.

Glándula alargada que mide aproximadamente 15 cm de longitud, situada un poco detrás del estómago, es de color blanco grisáceo y de naturaleza arracimada semejante a las glándulas salivales. Su extremo derecho es abultado, se llama cabeza y se encuentra enmarcado por el duodeno, su extremo izquierdo es afilado y se llama cola¹⁶.

FUNCIÓN.

- Vierten al tubo digestivo sustancias, producción y secreción de enzimas (quimotripsina, tripsina, elastasas, lipasa y amilasa) al tubo digestivo para completar la digestión.
- Islotes de Langerhans se secretan hormonas como insulina o glucagón.

HÍGADO.

Glándula voluminosa que pesa 1400 kg. Aproximadamente, situada en la parte superior derecha del abdomen por encima del colón transversal su color es rojo vinoso y posee una cara superior convexa que se adapta al diafragma y una cara inferior más o menos plana que representa varias concavidades en la que se encajan algunos órganos¹⁷.

FUNCIONES.

- Metabolización y degradación de productos del organismo
- Almacén de carbohidratos (glucógeno).
- Órgano de aduana recibe productos absorbidos por el tubo digestivo.
- Órgano secretor de la bilis
- Defensa destoxicación de sustancias potencialmente tóxicas.
- Almacenamiento de productos energéticos

¹⁶ GUTIERREZ, C. G. Principios de Anatomía, Fisiología e Higiene. Edit. Multicolor. 19º Ed.; p. 172.

¹⁷ Gutiérrez, C.G. Óp. cit. p 174.

ILEOSTOMÍA

Anexo No.2

La ileostomía es una abertura formada quirúrgicamente en el íleon para drenar materia fecal. Un asa del íleon es llevada al cuadrante derecho inferior del abdomen, ligeramente debajo de la cicatriz umbilical, cerca del borde exterior del músculo recto y se forma un estoma.



Las indicaciones de una ileostomía son: colitis regional y ulcerosa, cáncer, pólipos y traumatismo de colon.

Hay diferentes tipos de ileostomía

- Ileostomía terminal: Se aboca al exterior la parte final del asa distal del íleon.
- Ileostomía en asa: Abocación al exterior del asa con un estoma protuyente y un estoma plano, que es la fístula mucosa.
- Ileostomía continente: Se confecciona un reservorio que permite el almacenamiento de las heces, siendo necesario el vaciado del reservorio mediante la introducción de una sonda varias veces al día.

Un estoma es madurado en el momento de la operación dando vuelta hacia afuera el intestino y suturando el extremo del íleon a la piel. El estoma es prominente, debiendo salir entre 2.5 y 4 cm. del plano de la pared abdominal.

Clasificación de las ostomías:

Según su función

- Estomas de ventilación: en general a nivel de la tráquea para mantener la permeabilidad de la vía respiratoria.
- Estomas de nutrición: sonda en el aparato digestivo para mantener una vía abierta para la alimentación.
- Estomas de drenaje: vía abierta mediante una sonda manteniendo una acción de drenaje.
- Estomas de eliminación: se crea una salida para el contenido fecal o urinario.

Según tiempo de permanencia

- Temporales: una vez solucionada la causa que las originó, se puede restablecer el tránsito intestinal o urinario.
- Definitivas: por una amputación completa del órgano o por cierre del mismo, no hay solución de continuidad.

El volumen diario de heces está en relación con los alimentos ingeridos (500-800 ml). El drenaje fecal de la ileostomía comienza a partir de las 72 horas. Este drenaje es líquido y puede ser constante, después de 10 a 15 días la evacuación será de heces suaves o ligeramente formadas.

El íleon terminal se adapta y comienza a reabsorber agua es por ello que la consistencia de las heces son parecidas a la pasta de dientes después de los 3 a 6 meses de la adaptación del íleon. El drenaje tiene lugar por lo general de 2 a 4 horas después de comer, aunque pueden aparecer evacuaciones pequeñas e intermitentes a lo largo del día.

Se encuentran excepciones en los patrones de eliminación por la ileostomía, estos se observan en pacientes que han tenido resecciones previas del intestino o del íleon debido a la enfermedad de Crohn. "Mientras más intestino delgado haya perdido el paciente tendrá más probabilidad de evacuar volúmenes altos muy líquidos que dan resultado una deshidratación."¹⁸

¹⁸ Long, C.B., Phipps, W. Enfermería Médico-Quirúrgica. Edit. Harcourt Brace. 3° Ed; p.984

Por medio de la ileostomía la cantidad de sodio y potasio son mayores que las cantidades que se pierden por medio de las heces, hay mayor riesgo de hiponatremia e hipocalcemia durante los periodos de menor consumo de líquidos o de aumento de la eliminación de líquidos.

ESCALA SIMPLE DE INTENSIDAD DEL DOLOR

Anexo No. 3

Los datos que se deberían obtener en una historia del dolor incluye la localización del dolor, su intensidad, calidad, patrones, factores precipitantes, factores de alivio, síntomas asociados, efectos sobre las actividades de la vida diaria, pasadas experiencias dolorosas, importancia del dolor para la persona, recursos de lucha y respuestas afectivas.¹⁹

La intensidad: se ven descritas en una escala del dolor en las cuales se le pide al cliente que señale el punto de la escala que mejor representa su grado de dolor. Por lo que es muy importante tomar nota y avisar de cualquier cambio en la intensidad expuesta por el paciente.

Localización: el dolor superficial puede ser localizado generalmente con bastante exactitud por el propio paciente, sin embargo el dolor visceral se percibe de forma general.

Calidad: algunos pacientes muestran dificultad para describir el dolor sobre todo aquellos que nunca hay percibido dolor. Se pueden utilizar los siguientes términos para describir la calidad del dolor como: agudo, quemante, constante, calambres insoportable, pesado, en cuchillada, espinoso, punzante, desgarrante, etc. Los cuales debe de anotar la enfermera con las palabras exactas que el paciente diga para describir el dolor.

Escala simple de intensidad del dolor

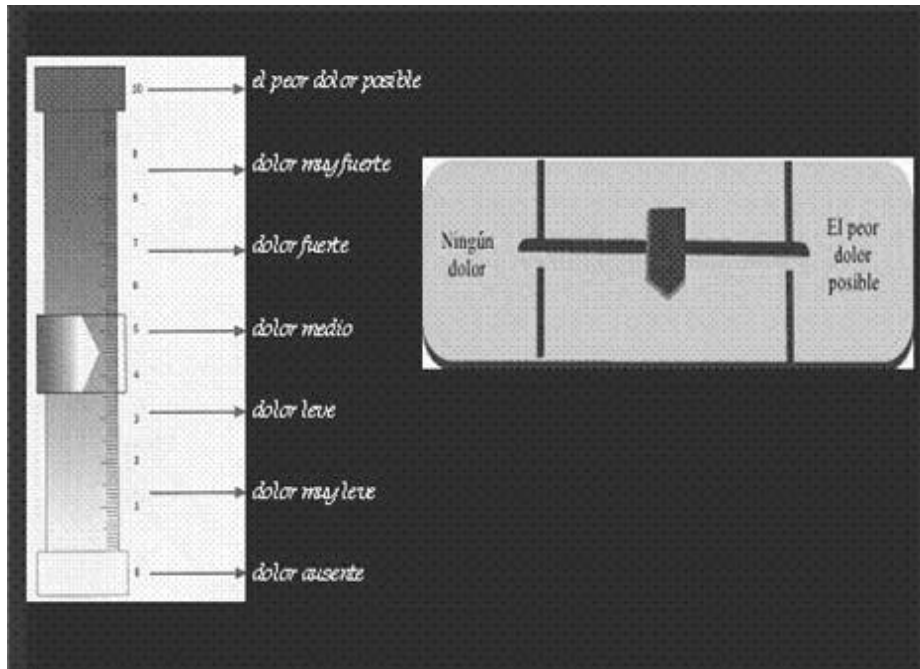
| | | | | | | | | | |
|----------------------|---|---------------|-------------------|---|----------------|----------------|-----------------------|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Ausencia De dolor | | | Dolor moderado | | | Dolor agudo | | | |
| Ausencia de dolor | | Dolor leve | Dolor moderado | | Dolor agudo | | Dolor insoportable | | |

¹⁹ Kozier, B.B. Óp. cit. (vol.5): 1034

ESCALA DEL DOLOR EVA

Anexo No. 3.1

La Escala Analógica Visual (EVA) es un abordaje válido para medir el dolor y conceptualmente es muy similar a la escala numérica. La EVA más conocida consiste en una línea de 10 cm. con un extremo marcado con “no dolor” y otro extremo que indica “el peor dolor imaginable”. El paciente marca en la línea el punto que mejor describe la intensidad de su dolor. La longitud de la línea del paciente es la medida y se registra en milímetros. La ventaja de la EVA es que no se limita a describir 10 unidades de intensidad, permitiendo un mayor detalle en la calificación del dolor.



GUIA PARA

CUIDADOS DE

ILEOSTOMIA

1

¿Qué es Ileostomía?

Es un segmento de intestino delgado que se saca través de la pared abdominal para eliminar las heces al exterior.

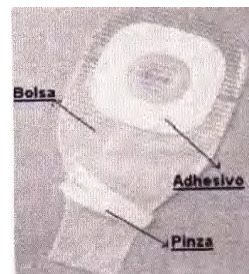


Las heces que se extraen de la ileostomía son líquidas o semilíquidas, nunca deben de ser secas y duras.

DISPOSITIVOS RECOLECTORES.

Los dispositivos recolectores están formados por una bolsa y lámina adhesiva a la piel, además de un filtro que evita el mal olor de los gases.

El adhesivo que tienen además de pegar sirve para proteger la piel de que se irrite.



2

SON UTILES CUANDO:

- No se despegar
- No necesita cambiarlo más de una vez al día.
- No causa irritación de la piel.

¿COMO CUIDAR EL ESTOMA?

La higiene de su ileostomía forma parte de su aseo diario.

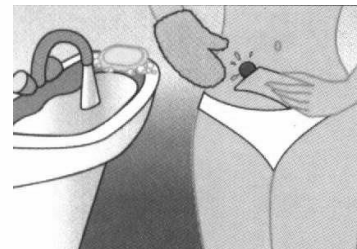
Material necesario:

- Dispositivo o bolsa de recambio.
- Bolsa de plástico para material sucio.
- Papel higiénico o pañuelos.
- Toalla suave.
- Jabón neutro.
- Agua de la regadera
- Esponja suave.
- Tijeras curvas
- Espejo si fuera necesario.

PROCEDIMIENTO.

1. Despegue el adhesivo de arriba hacia abajo con suavidad. EVITE TIRONES.
2. Introduzca el dispositivo sucio en la bolsa de plástico.
3. Retire los restos de heces con papel higiénico.
4. Lave el estoma con agua y jabón. SIN FROTAR. No se alarme si el estoma sangra un poco. Lávelo suavemente con agua y si persiste el sangrado presione con esponja humedecida.³

5. Seque la piel con una toalla. NO FROTAR.
6. Compruebe la integridad y buena coloración de la piel y el estoma.
7. Si existe vello alrededor del estoma recórtelo.
8. Mida el tamaño del estoma durante los primeros meses para un mejor ajuste del dispositivo (debe quedar a 1 ó 2 mm de separación del estoma). Evite lesiones de la piel por irritación.
9. Adhiera la lámina adhesiva de abajo hacia arriba. Presione suavemente con el dedo alrededor para evitar pliegues y arrugas.



DIETA QUE SE DEBE SEGUIR



El ser portador de una ileostomía no implica variar su dieta habitual, aunque unos consejos de higiene alimentaria pueden serle de utilidad.

- ✚ Tome una dieta variada donde estén todos los alimentos.
- ✚ Beba al menos 2 o 2 litros y medio de líquidos al día.
- ✚ Intente mantener un horario de comidas, con el fin de regularizar el vaciado intestinal.
- ✚ Mastique los alimentos lentamente con la boca cerrada para no tragar aire.
- ✚ Evite los aumentos de peso que dificultarían la adaptación del dispositivo.

Alimentos que aumentan el olor:

- ✓ Espárragos, huevo, brócoli, pescado, ajo, cebolla, coliflor y especias.

Aumentan el gas:

- ✓ Habas, coliflor, cerveza, maíz, brócoli, pepinos, setas, col, guisantes, bebidas gaseosas, y espinacas.

5

Suprimir alimentos ricos en fibra por las primeras 8 semanas algunos de ellos son:

- ✓ Apio, frutas secas, higo, durazno, coco, salchichas, chorizo, maíz, setas.

MEDICAMENTOS

- ✓ Al acudir al médico debe informar que tiene una ileostomía para que recete medicamento apropiado como suspensiones.
- ✓ No debe de tomar laxantes.
- ✓ Antiácidos pueden causar diarrea o estreñimiento.
- ✓ Antibióticos diluyen las heces más de lo normal.



6

EN CASO DE:

- ✚ DIARREA: Aumente la ingesta de agua sin gas e infusiones sin azúcar. Como yogur natural, arroz hervido, manzana rallada.
- ✚ ESTREÑIMIENTO: Aumente la ingesta de líquidos, frutas, verduras. Haga ejercicio (camine al menos 1 hora diaria).

7



DEBE OBSERVAR:

- Si el estoma toma una coloración grisácea
- Dolor abdominal, fiebre o hinchazón
- Sangrado severo del estoma
- Diarrea con duración superior a un día



ANTE CUALQUIER DE ESTOS SINTOMAS DEBE ACUDIR AL MEDICO INMEDIATAMENTE.

8

XIV.BIBLIOGRAFIA

Diccionario terminológico de ciencias médicas, grupo Salvat Mexicana de Ediciones. 11° ed. Pp. 1073

Escudero R B. Sánchez SJM, Borrás PX, Serrat, SJ. Estructura y función del cuerpo humano. España: Interamericana Mc Graw-Hill; 1995. Pp.546

García, M.J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México: Progreso; 1997. Pp. 370

Guía práctica de prescripción. Laboratorio Merck. México: Grupo multicolor; 2005. Pp. 370

Gutiérrez C.G. Principios de anatomía, fisiología e higiene.19° ed. México: 1999. Pp. 309

Laboratorio Hollister. Manual de la persona ostomizada. [Folleto]. México; 2009. Pp. 56

Kozier B.B, Erb G., Olivieri R. Enfermería Fundamental. 4° Ed. México: Interamericana McGraw-Hill; 1994. Pp. 1597

Long C.B. Phipps, W. Tratado de enfermería médico-quirúrgica. 3°Ed. España: Harcourt Brace; 1998. Pp.1714

Nanda. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificaciones2005-2006. España: Elsevier; 2006. Pp. 294

Oliva, A.C. Recomendaciones nutricionales a pacientes ostomizados. 2009: [p. 20]. Disponible en: URL <http://slideshare.net/recomendaciones-dieteticas-y-guia-de-alimentacion-en-pacientes-con-colostomias-colectomizados-e-ileo.pdf>. Consultado 22 de octubre de 2009.

Potter A.P., Griffin P. A. Fundamentos de Enfermería. 5° Ed. España: Harcourt Brace; 2001. Pp. 1267

Riopelle L., Grondin L., Phaneuf, M. Cuidados de Enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona, 2° Ed. España: McGraw-Hill Interamericana; 1997. Pp. 352

Rosales BS, Reyes GE, Fundamentos de Enfermería.3° Ed. México: Manual Moderno; 2004. Pp. 635

Thalcave. Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, ¿qué es una ileostomía?, ¿en qué consiste un reservorio?, ¿qué es un estoma?, ¿qué tipo de cirugías? 2009: [p.8]. Disponible en URL:<http://acomalaga.es/..ileostomia-en-que-consiste.html>. Consultado 27 de octubre de 2009.

Vademécum P.R. Informed S.A. de C.V. 6° Ed. México; 2005. Pp. 1418

Virginia Henderson. 2009. [p.1]. Disponible en: URL: <http://terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>. Consultado 02 de septiembre 2009.