



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y EDUCACION A
DISTANCIA**

HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A
PACIENTE CON AFECCIÓN DE LAS NECESIDADES DE
ELIMINACIÓN, MOVIMIENTO Y POSTURA Y EVITAR
PELIGROS DE ACUERDO AL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ENFERMERA

PRESENTA:

DORA PATRICIA NANGUELU JIMÉNEZ

DIRECTOR DEL TRABAJO:

LEO. GLORIA ANTONIA ANAYA GUZMÁN

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS. MAYO, 2016



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.

Dedicatoria

A mi Creador y Salvador

Por su grande amor y apoyo, el único que merece la honra y la gloria gracias por haberme guiado a lo largo de mi carrera, por darme la fortaleza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban. El único que merece la honra y la gloria, gracias gracias.

A mi Madre

Por su apoyo incondicional, por sus consejos, por todo su amor y comprensión, por ser mi admiración y un excelente ejemplo de vida a seguir.

A Samuel

Aunque ya no puedas verme, pero gracias por enseñarme que si se puede. Fue el motivo por el cual realice este trabajo.

Agradecimiento

“Si pudiera enumerar cuanto debo a mis grandes antecesores y contemporáneos, no me quedaría mucho en propiedad”, Goethe.

*A la **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia** por abrirme sus puertas y poder realizar mis sueños.*

*Un especial agradecimiento a la **LEO. Gloria Antonia Anaya Guzmán** como Directora, por su gran apoyo y paciencia en las asesorías y dudas presentadas en la elaboración de este trabajo.*

CONTENIDO

1. Introducción.....	1
2. Objetivos.....	2
3. Metodología.....	3
4. Marco de referencia.....	5
4.1 El modelo de Virginia Henderson.....	12
5. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.....	26
5.1 Valoración de enfermería en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	26
5.2 Diagnóstico de enfermería.....	35
6. Conclusiones.....	48
7. Sugerencias.....	49
8. Bibliografías.....	50
9. Anexos.....	53

1. INTRODUCCIÓN

La enfermería es el cuidado de la salud del ser humano, su estudio se centra en la respuesta del individuo o grupo a un problema de salud real o potencial como complemento a la necesidad de todo ser humano. La práctica de la enfermería se sustenta en un sistema de valores éticos y morales en conocimiento y habilidades que permiten interacción y comunicación de la enfermera con la persona al cuidado.

El puente en esta interacción lo constituye el proceso de atención a enfermería el cual es un método que tiene como base las habilidades reflexivas de la enfermera su conocimiento y su experiencia. A través de él valora, diagnostica y da respuesta a los problemas reales o potenciales de la salud de la persona sana o enferma. En este sentido se tiene que evidenciar los conocimientos y habilidades desarrolladas durante su formación académica en pro de la aplicación práctica del proceso de enfermería, por tanto, el presente estudio de caso tuvo como objetivo el ayudar a la señora Flor de María a recuperar, a mantener salud durante el sangrado. Los diagnósticos de enfermería estuvieron relacionados con las necesidades de eliminación, movimiento y postura, evitar peligros. El estudio de caso se encuentra integrado por el objetivo general, metodología y el marco teórico en el que se describe el cuidado como núcleo central de la enfermera en el que se presenta la valoración, diagnósticos identificados, planes de cuidado, que con amor y satisfacción se le brindo, plan de alta para conseguir mayor calidad de vida a mi paciente y evitar su ingreso hospitalario.

2. OBJETIVOS

1. Proporcionar cuidado de enfermería específico a paciente con sangrado de tubo digestivo mediante el Proceso de Atención de Enfermería
2. Evitar las complicaciones de sangrado de tubo digestivo, shock hipovolémico, anemia y muerte.
3. Lograr un consenso con el personal de enfermería de diferentes turnos en la atención a pacientes con sangrado de tubo digestivo bajo.

3. METODOLOGÍA

El trabajo se realizó con una mujer adulto mayor y las necesidades mayormente alteradas fueron eliminación, movimiento y postura, evitar peligros. Desde el inicio fue necesaria la incorporación de la metodología del proceso de atención a enfermería (PAE) la cual implica: la valoración, la inferencia de los diagnósticos de enfermería, la planificación de las intervenciones de enfermería, su ejecución y evaluación de los cuidados.¹

Para contextualizar el PAE dentro del ámbito del cuidado se recurrió a la propuesta teórica hecha por Virginia Henderson la cual considera la visión de las 14 necesidades humanas.

Siguiendo las etapas que conforman al PAE, se hizo la valoración recurriendo a fuentes primarias como secundarias. La fuente primaria fue la propia paciente y como fuentes secundarias se utilizó el expediente clínico, la exploración física por aparatos y sistemas, así como algunos textos. Posteriormente se procedió a organizar y clasificar la información por necesidades, separando los datos en objetivos y subjetivos, consecuentemente se pasó al análisis de los datos. Posteriormente se pasa a redactar el enunciado diagnóstico teniendo como base la taxonomía, de la NANDA y el formato PES. Los tipos de diagnósticos que se identificaron fueron tanto reales como de riesgo. Teniendo como base el

¹ Heather H. (2010). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. (4ª ed.). Barcelona España: Elsevier.

enunciado diagnóstico se pasó a definir el tipo de ayuda que requirió la persona de acuerdo a Henderson esta ayuda se clasifica en: rol de suplencia, rol de ayuda, rol de acompañamiento.

Así mismo se planificaron las intervenciones de enfermería las cuales se clasificaron independiente, dependiente e interdependiente.

Por último, se llevó a cabo la ejecución de las intervenciones y la evaluación de los resultados en función de ayuda a la persona a resolver la falta de conocimiento.

4. MARCO DE REFERENCIA

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran. Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación

con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.²

Por consiguiente, el Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de Enfermería para un mismo sujeto. Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado.

De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso de Enfermería, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a

² Reina, N. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Rev Redalyc*, 17(1), 18-23.

las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tiene alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de la morfo-fisiopatología, la psicología y las ciencias sociales. Las habilidades, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva.

Etapas del proceso de enfermería

Virginia Henderson aportó un modelo basado en la detección de las necesidades del individuo, familia y comunidad. Un modelo como el de Virginia Henderson es capaz de aportar un sistema de valores desde el cual la enfermera puede enfrentar su rol, evaluar los problemas de salud del individuo y planificar objetivos tanto desde un rol autónomo como de colaboración con cualquier tipo de profesional sanitario, con el fin de lograr la máxima independencia del individuo, familia y comunidad. A partir de diferentes tipos de modelos (el de Virginia Henderson), las enfermeras hemos ido desarrollando a lo largo de los años el proceso de atención de enfermería (PAE), que no es otra

cosa que un método científico aplicado al trabajo, permitiendo que este se realice de forma interdisciplinaria y universal.³

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.



³ Coll, M., Besora, I., Icart Isern, M. T., Vall, F., Manito Lorite, I., Ondiviela Cariteu, A., & Pulpón Segura, A. M. (2007). Cuidados enfermeros según Virginia Henderson. *Revista Rol de enfermería*, 30(3), 53-56.

Etapas del proceso de enfermería⁴

Valoración

La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.

⁴ Phaneuf, M. (1999). *La planificación de los cuidados enfermeros: un sistema integrado y personalizado*. McGraw-Hill Interamericana.

El punto de partida para la etapa de Valoración son los patrones funcionales de Marjorie Gordon creados en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el cliente y el entorno”, y son once: cognoscitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones de rol, autopercepción y autoconcepto, creencias y valores y descanso y sueño, que se valoran uno a uno, recolectando los datos en un formato específico, organizado por los patrones, donde se registra la valoración para realizar la historia de Enfermería desde la cual se identifican los patrones alterados para trabajar sobre ellos.⁵

Diagnóstico

La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería,

⁵ Raile Alligood, M., Marriner Tomey, A., & North American Nursing Diagnosis Association. (2011). *Modelos y teorías*. España: Elsevier Mosby.

que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdala introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente y se utilizó en las escuelas de Enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁶ como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados.

Planeación

La tercera etapa, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las

metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

Ejecución

La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

Evaluación

La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.

4.1 EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El Proceso de Enfermería tiene un sustento teórico fundamentado en las diversas teóricas en Enfermería,

comenzando con la pionera de la Enfermería, Florence Nightingale que hace más de un siglo da los primeros indicios del proceso por medio de los cuidados higiénicos y estructurales de las entidades de salud, donde a través de la observación identifica prioridades en términos de condiciones de salubridad para evitar la propagación de infecciones, en una época enmarcada por la guerra y todas las consecuencias que ésta lleva en la salud de las personas, lo que evidencia la primera etapa del proceso: la valoración, luego la identificación de problemas que correspondería a la fase diagnóstica y la realización de actividades encaminadas a resolver las problemáticas, que sería la planeación.

Posteriormente, Virginia Henderson con su teoría de las catorce necesidades básicas en el paciente, donde podría decirse que se sientan las primeras bases para una nomenclatura propia para definir problemas y prioridades de Enfermería, lo que se relacionaría con la fase diagnóstica, partiendo de una valoración previa y luego en una evaluación sobre la disminución del papel del personal de Enfermería a medida de la independencia del paciente.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".

Virginia Henderson aportó un modelo basado en la detección de las necesidades del individuo, familia y comunidad. Un modelo como el de Virginia Henderson es capaz de aportar un sistema de valores desde el cual la enfermera puede enfrentar su rol, evaluar los problemas de salud del individuo y planificar objetivos tanto desde un rol autónomo como de colaboración con cualquier tipo de profesional sanitario, con el fin de lograr la máxima independencia del individuo, familia y comunidad. A partir de diferentes tipos de modelos (el de Virginia Henderson), las enfermeras hemos ido desarrollando a lo largo de los años el proceso de atención de enfermería (PAE), que no es otra cosa que un método científico aplicado al trabajo, permitiendo que este se realice de forma interdisciplinaria y universal.

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera⁶:

1. Necesidad de respirar.
2. Necesidad de beber y comer.
3. Necesidad de eliminar.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de dormir y descansar.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

⁶ José Carlos Bellido Vallejo; José Francisco Lendínez Cobo (2010).Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Primera edición. España.

8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
9. Necesidad de evitar los peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad según sus creencias y sus valores.
12. Necesidad de ocuparse para realizarse.
13. Necesidad de recrearse.
14. Necesidad de aprender.

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.⁷ Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

1. **Permanentes:** Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
2. **Variables:** Estados patológicos:
 - Falta aguda de oxígeno.

- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado post operatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO

Definición: El Sangrado de tubo digestivo bajo, también conocido como hemorragia digestiva baja se define como todo aquel sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ligamento de Treitz, es decir, entre el intestino delgado y el ano, resultado en síntomas de anemia o inestabilidad hemodinámica de acuerdo a la pérdida sanguínea. Generalmente está ocasionada por malformaciones vasculares, divertículos y neoplasias.

Factores de riesgo: La edad media de presentación es alrededor de los 65 años, con una tasa de mortalidad entre el 2 y el 4%.

Su prevalencia aumenta significativamente desde los 20 y hasta los 80 años, asociado con un aumento paralelo de las causas asociadas como divertículos y angiodisplasias.⁸

Etiología: Las principales causas de sangrado de tubo digestivo bajo son:

- Diverticulosis.
- Angiodisplasia.
- Neoplasias.

⁸ Consejo de Salubridad General. (2010). Atención integral en pacientes con sangrado de tubo digestivo bajo. México: Secretaria de Salud.

- Enfermedades perianales.
- Divertículo de Meckel.
- Colitis:
 - Infecciosa.
 - No infecciosa.
 - Otras.

Manifestaciones clínicas:

1. **Diverticulosis:** Es una de las causas más frecuentes de sangrado de tubo digestivo (desde el 20 al 55%), aunque solo el 3 al 15% de los casos de diverticulosis presentan sangrado.

La forma más común de sangrado en este padecimiento es la hematoquezia.

Es ocasionada por la erosión de los vasos en el cuello del divertículo. El 75% de los divertículos se localizan en colon izquierdo, sin embargo, el sangrado es más común en colon derecho entre el 50 y 90%.

2. **Angiodisplasia:** Es considerada como la principal causa de sangrado gradual e intermitente de sangrado de tubo digestivo bajo.

Ocasiona entre el 3 y 12% de los sangrados de tubo digestivo bajo.

Aproximadamente 45% de los pacientes con este padecimiento presentan un sangrado imperceptible, pero constante. Está relacionado con edad avanzada, 2/3 de los pacientes son mayores de 70 años.

Predominantemente se presenta en colon derecho, aunque afecta el tracto gastrointestinal de manera

difusa, su tamaño varía entre 2 y 10 mm. El sangrado es intermitente y recurrente en el 80% de los casos.

3. **Neoplasias:** Los tumores de colon, ya sean malignos o benignos pueden estar asociados a padecimientos como los divertículos, en raras ocasiones los tumores causan sangrados por sí mismos, cuando llega a ocurrir es intermitente u oculto.
4. **Enfermedades Perianales:** En este grupo se encuentran:
 - Hemorroides.
 - Fístulas perianales.

Cuando las hemorroides sangran por lo general no producen dolor. Se presentan como uno o varios nódulos que duelen ser asintomáticos, aunque pueden causar prurito, que puede ser intenso si se trombosan. En ciertos casos de hemorroides externas trombosadas, el coágulo de sangre puede eliminarse de forma espontánea a través de una ulceración cutánea, pudiendo provocar un sangrado.

La fisura anal, es una lesión en el canal anal, la causa más frecuente es un traumatismo que generalmente ocurre durante la defecación, con mayor frecuencia se origina en el rafe posterior, debido a que el espacio subendotelial y el esfínter anal están poco vascularizados. Sus Principales manifestaciones son dolor, comezón y rectorragia.

- 5. Divertículos de Meckel:** Es un padecimiento congénito, por lo general es hallazgo en autopsias. Se localiza con mayor frecuencia en el intestino delgado. Es más frecuente que ocasione sangrado en niños que en adultos. Puede ocasionar un cuadro clínico muy variado, incluso en algunas ocasiones puede llegar a confundirse con apendicitis, puede ocasionar también obstrucción, inflamación abdominal y hasta peritonitis.⁹
- 6. Colitis:** La colitis infecciosa es ocasionada principalmente por:
- Ambiasis.
 - Disentería.
 - Tuberculosis.
 - Otras: Campylobacter, E. coli, Clostridium difficile.

Clínicamente se asocia a dolor abdominal de tipo cólico y diarrea de características sanguinolentas.

Diagnóstico: Debe realizarse una historia clínica completa incluyendo hábitos intestinales, alimenticios, inicio y evolución del padecimiento.¹⁰

⁹ Zárata Mondragón, F. E., Ramírez Mayans, J. A., Cervantes Bustamante, R., Urquidi Rivera, M., Mata Rivera, N., Vargas Gómez, M. A., ... & Mora Tiscareño, M. A. (1997). Divertículo de Meckel. Estudio de 61 casos. *Rev. gastroenterol. Méx*, 62(2), 80-3.

¹⁰ Evaluación y diagnóstico del dolor (2007). Hospital Clínico Universitario, Universidad de Salamanca.

Exploración Física: Se deben evaluar los siguientes parámetros:

- Estado general del paciente.
- Color y temperatura de la piel.
- Abdomen: Buscar masas abdominales, descartar la presencia de ascitis, determinar dolor en alguna región específica, tamaño del hígado.
- Exploración ano rectal: Para determinar la presencia de hemorroides, fístula anal o presencia de masas.

Se sugiere solicitar biometría hemática para determinar el estado hemodinámico del paciente, ya que en algunos casos los pacientes presentan sangrado crónico que no muestran sangre en heces debido a que son pequeños.

Se sugiere realizar una colonoscopia a todos los pacientes con sangrado de tubo digestivo bajo. En el estudio de elección, ya que permite una visión directa, tomar biopsias y en algunos casos llevar a cabo el tratamiento. Se recomienda realizar la colonoscopia en pacientes que se encuentren termodinámicamente estables, para evitar otras complicaciones.

Los **glóbulos rojos marcados con TC99** permanecen en la circulación y se extravasan cuando existe un sangrado activo. Permite detectar velocidades de sangrado mayores a 0.1 ml/min. Es un estudio bien tolerado por los pacientes. Su uso es limitado porque no permite identificar la causa del sangrado, aunque en la mayoría de las ocasiones permite detectar el sitio exacto de sangrado.

La **Angiografía**, permite localizar hemorragia activa intestinal cuando la velocidad de sangre es mayor a 0.5 ml/min. Posee una sensibilidad de entre 30 a 50% y especificidad de casi el 100%. Como ventaja no requiere preparación colónica previa. Es un método limitado debido a que aquellos pacientes con sangrado activo que no logra ser identificado por colonoscopia, persisten luego del tratamiento endoscópico. Considerado el gold estándar en el diagnóstico de las angiodisplasias.

Tomografía: Es uno de los estudios radiológicos con menos limitaciones, permite obtener imágenes de todo el abdomen y la pelvis en segundos. Permite la observación de la vasculatura abdominal en múltiples planos, lo que permite identificar la causa y extensión de algunas alteraciones, es considerado un gran estudio debido a que se realiza de forma rápida, no se considera invasivo, sin embargo, dentro de las principales desventajas es que no todos los hospitales tienen un tomógrafo, por lo cual aún es limitado.

Estudio con video-cápsulas: Permite la identificación del sitio de sangrado entre un 55 y 65% de los pacientes que se someten al estudio. Muy útil en los casos de diverticulosis. La principal contraindicación para este estudio es el uso de marcapasos debido a que las señales que emite la micro-cápsula pueden alterar el funcionamiento de este.

Tratamiento: Evaluar el estado hemodinámico del paciente:

- Preguntar si ha tenido mareos.
- Confusión, somnolencias o pérdida de la conciencia.
- Palidez de la piel.

- Temperatura disminuida.
- Evaluar presión arterial y pulso.
- Maniobras de reanimación en caso de ser necesarias.
- Terapias antibióticas.
- Angiografía.

Tratamiento quirúrgico: colectomía total o subtotal.

Presentación de la paciente
Resumen de la valoración

La paciente es originaria del municipio de Suchiapa, Chiapas, reside ahí desde hace más de 40 años, habita en una casa propia, la cual está construida de material duradero, paredes de ladrillo, y piso de cemento, cuenta con todos los servicios básicos (luz, agua, drenaje), en dicha casa habitan 4 personas, su hija, yerno, nieta y ella; refiere tener un perro de mascota, el cual cuenta con cartilla de vacunación y un espacio adecuado para tenerlo.

Nombre: FMJG	
Edad: 75 años.	Sexo: Femenino.
Peso: 62 kg.	Talla: 1.50 cm
Religión: Adventista.	Escolaridad: Analfabeta.
Ocupación: Ama de casa.	Estado civil: Viuda.
Fecha de nacimiento: 7 de mayo de 1940	
Domicilio: 6ª Av. Pte. #140 Suchiapa, Chiapas. Nivel socioeconómico: Clase media.	
Procedencia: Suchiapa, Chiapas.	Fuente de información: Paciente y familiar.

Datos actuales

Refiere la paciente haber presentado dolor abdominal dos días antes a su ingreso al nosocomio, y haber presentado 3 evacuaciones diarreicas y posterior melénicas; por lo que decide acudir al servicio de urgencias adultos, donde es

hospitalizada con el diagnóstico de sangrado de tubo digestivo bajo y dolor abdominal.

Actualmente el tratamiento es a base de soluciones parenterales, medicamentos protectores gástricos, antibióticos, ayuno y reposo absoluto.

5. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

5.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN BASE A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

❖ Valoración según el modelo de Virginia Henderson.

1. Necesidad de Oxigenación.

Subjetivo.

Refiere presentar dificultad respiratoria, dice haber fumado durante varios años cigarrillos y que en ocasiones cuando hay cambios climáticos presenta tos con gripa y menciona tener tratamiento Montelukas.

Objetivo.

T/A 150/100 FC 95 FR 32 Temperatura 37.5

Presenta dificultad respiratoria, estado de conciencia normal, piel morena, los lechos ungueales/peribucal con poca deshidratación, sin presencia de tos.

2. Necesidad de comer y beber (nutrición e hidratación).

Subjetivo.

La paciente refiere haber perdido el apetito desde hace unas semanas antes a su ingreso al nosocomio, menciona comer regularmente en su casa, no suele llevar ningún tipo de dieta y es intolerante a la lactosa, menciona que su dieta se basa en carnes rojas 3/7, huevos 2/7, frijoles 3/7, carnes blancas 2/7, aguas naturales 7/7 y menciona tomar 1 litro de agua al día,

suele tomar café con pan todas las noches y las mañanas de todos los días de la semana, menciona no tener ningún problema o dificultad para masticar, refiere no tomar alcohol actualmente pero que hace varios años si lo consumió en moderadas cantidades.

Objetivo.

Membranas de mucosas deshidratadas, labios resecos, encías normales y dientes con presencia de caries.

3. Necesidad de eliminación.

Subjetivo.

La paciente menciona orinar normalmente un aproximado de tres a cuatro veces al día, comenta que evacua cada tercer día un aproximado de 100 ml por cada evacuación siendo estas normalmente de consistencia dura, heces bien formadas, de olor fétido y color marrón; refiere que presenta dolor al defecar ya que sufre de estreñimiento y que para ello consume un vaso de leche ya que eso hace que pueda evacuar con mayor facilidad y con menos dolor. Comenta haber tenido tres evacuaciones melénicas abundantes en casa, y que continúa evacuando dentro del hospital.

Objetivo.

A la exploración física se palpa abdomen con distensión abdominal con dolor tipo cólico a la palpación.

Se observa evacuaciones melénicas abundantes, espumosas y fétidas, con sonda Foley a derivación de color ámbar drenando 300 ml.

4. Necesidad de termorregulación.

Subjetivo.

La paciente refiere no haber presentado fiebre durante los días previos a su hospitalización y por lo contrario dice ser una persona muy friolenta, ya que comenta que en el lugar donde vive corre mucho viento y que utiliza suéter y colchas para cubrirse del frío; actualmente dice no sentirse con fiebre y tampoco tener frío.

Objetivo.

A la exploración física se observa palidez tegumentaria, con presencia de lunares de nacimiento y con cicatriz en mano derecha.

T° 37.5 °C.

5. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas.

Subjetivo.

La paciente refiere no mantener un buen equilibrio y que presenta dificultad para caminar, moverse o levantarse; por lo que se le aplicó la escala de valoración geriátrica de Tinetti sobre marcha y equilibrio, y el resultado fue riesgo alto de caídas.

Actualmente refiere que ha sentido que el dolor ha disminuido gracias a los medicamentos (analgésicos) que se le han ministrado y comenta que estando sentada el dolor es menor y siente mayor comodidad.

Objetivo.

A la exploración física se observan ambas rodillas arqueadas, sin flexibilidad de las mismas, con necesidad de ayuda para la deambulación con dolor al movimiento e inflamación en ambas rodillas, se le ha indicado reposo absoluto y solamente moverse cuando sea muy necesario, el analgésico que se le ha ministrado es Tramadol vía endovenosa.

6. Necesidad de descanso y sueño.**Subjetivo.**

La paciente refiere que acostumbra a dormir 8 horas al día, y suele tomar una siesta de 1 hora por las tardes, cuando toma la siesta, menciona que escucha música para poder conciliar el sueño con mayor facilidad, refiere que nunca ha presentado insomnio y que siempre descansa lo suficiente, aunque comenta que actualmente no puede conciliar el sueño y sufrir periodos de insomnio debido al dolor que tiene y a la incomodidad de estar hospitalizada y que descansa por lo regular de 2 a 3 horas al día y que cuando se despierta se siente cansada.

Objetivo.

A la exploración física se observan ojeras e inflamación de párpados inferiores, con presencia de cansancio y fases de dolor.

7. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.**Subjetivo.**

La paciente refiere tener siempre un aspecto físico limpio, pero comenta que actualmente tiene dificultad para vestirse debido al dolor; dice utilizar ropa cómoda, suele utilizar calzado de piel ya que son cómodos y se siente bien con esos.

Menciona que su autoestima no es determinante en su manera de vestirse, ya que siempre le gusta estar presentable y que su religión le impide utilizar joyas, pinturas y ropas muy cortas, menciona nunca haber necesitado ayuda para seleccionar y escoger su ropa.

Objetivo.

La paciente utiliza ropa acorde al momento en que se encuentra (bata de hospitalización), presenta dificultad para vestirse por lo que se le proporciona la ayuda necesaria.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel.

Subjetivo.

La señora explica que se lava los dientes 3 veces al día y que se lava las manos antes y después de ingerir un alimento y después de ir al baño, comenta que se baña 1 sola vez al día con agua caliente y que de preferencia lo realiza al medio día por que hace menos frío y que se cambia toda la ropa que usa; dice que su concepto de higiene se basa en mantener el cuerpo limpio, bañarse y cambiarse de ropa, lavarse las manos antes y después de ir al baño, cepillarse los dientes, para así tener un buen aspecto físico y de limpieza en la piel.

Objetivo.

Se observa la piel limpia, con leve resequeadad, sin presencia de mal olor corporal, se observa dentadura de color ligeramente amarillenta, con presencia de caries. Se detecta cuero cabelludo integro, distribución regular del cabello, grueso, sedoso, y de color negro con canas, ausencia de alguna infestación, presenta lesión dérmica en brazo izquierdo debido a procedimientos invasivos (venoclisis) durante su hospitalización y con riesgo de contraer Ulcera por presión.

9. Necesidad de evitar peligros.

Subjetivo.

La señora refiere que su familia está compuesta por su hija, su nieta, su yerno y ella, que cuando se presenta una situación de urgencia ella suele reaccionar con calma y tranquila sin presentar alteración alguna, refiere que conoce las medidas de prevención de accidentes en el hogar; menciona que visita al médico periódicamente 1 vez al mes y que suele ir con sus familiares; refiere encomendarse a Dios cuando existe mucha tensión en su vida. Refiere sentirse mareada y presentar intranquilidad, aflicción ya que se encuentra hospitalizada y aunado a eso presenta dolor agudo generalizado; refiere estar orientada en tiempo y espacio y reconoce a sus familiares; comenta desconocer que peligros conlleva el que padezca el sangrado de tubo digestivo bajo y así también como que tipo de cuidados debe tener.

Objetivo.

A la exploración física se observa paciente orientada en tiempo y espacio; presenta deformidad en ambas piernas ya que tienen curvaturas debido a la osteoartritis que padece; la camilla se encuentra con los barandales arriba para evitar alguna caída, de acuerdo a la escala de valoración de caídas se encuentra en alto riesgo debido a que en ocasiones se encuentra mareada y a que no puede deambular y no se sostiene por sí sola.

10. Necesidad de comunicarse.

Subjetivo.

La paciente es viuda desde hace 3 años y que actualmente vive con su hija, su nieta, su yerno, menciona que no suele preocuparse mucho y que cuando necesita ayuda sus hermanos suelen brindarle el apoyo moral y emocional; dice que en su familia suele desempeñar el papel de mamá y abuela y que siempre tiene buena comunicación con sus familiares cuando hay algún problema o alguien se encuentra enfermo, menciona que no se encuentra sola y que frecuenta regularmente a sus familiares.

Objetivo.

Se observa que la paciente no tiene problema cognitivo porque habla claro y entendible, no presenta ninguna dificultad para mirar ni para escuchar, no utiliza ningún tipo de dispositivo extra para poder ver o escuchar, tiene buena comunicación verbal con su familia.

11. Necesidad de vivir de acuerdo con sus creencias y valores.

Subjetivo.

La señora expresa que es adventista y menciona vivir acorde a su religión y que tiene mucha fe en Dios, dice que su religión no crea conflictos en su familia ya que a través de ella aprenden a respetarse y a quererse como son, menciona que es muy responsable y sincera y que es congruente en su forma de pensar con la de vivir.

Objetivo.

Permite el contacto físico al realizar la exploración física, es accesible a los procedimientos, se observa que en ocasiones por ratos le oraba a Dios.

12. Necesidad de trabajar y realizarse.

Subjetivo.

Expone que se dedicaba a las labores domésticas y que en sus ratos libres le gustaba costurar prendas, pero que actualmente se siente poco útil ya que siempre ha estado activa y ahorita por sus problemas de salud ha dejado de estarlo, comenta que siempre opina en la toma de decisiones sobre su salud junto con sus familiares; y refiere que actualmente no realiza sus labores cotidianas y tampoco a costurado prendas debido a su enfermedad y a que se encuentra en estos momentos hospitalizada con el diagnóstico médico de sangrado de tubo digestivo bajo.

Objetivo.

Se observa paciente inquieta, ansiosa, en ocasiones temerosa por su salud.

13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo.

La paciente menciona que en su tiempo libre le gusta ver televisión, orar a Dios, escuchar la radio, comenta conocer los recursos con los que cuenta en su colonia y que muchos de ellos los utiliza para sus actividades recreativas (parque, iglesia), aunque refiere que actualmente ha dejado de realizarlas debido a su hospitalización por el sangrado de tubo digestivo bajo.

Menciona que cuando se enferma se enoja y que prefiere estar sola y así orarle a Dios.

Objetivo.

Se observa deformidad en ambas piernas debido a la osteoartritis que padece actualmente. Durante toda la entrevista y la exploración se observó con buena actitud, participativa, cooperadora y amable. No puede caminar ni realizar actividades.

14. Necesidad de aprender.

Subjetivo.

La paciente refiere ser analfabeta y por ello tiene problemas para el aprendizaje por lo que prefiere ver y escuchar noticias y novelas.

Refiere que reconoce las fuentes de apoyo que hay en su colonia, menciona que tiene el interés en aprender cuales son los riesgos y complicaciones que podría tener debido al sangrado de tubo digestivo bajo que padece actualmente, así como conocer cuáles son los cuidados que deberá tomar y realizar cuando salga del hospital.

Objetivo.

Después de la valoración se le explica algunas cosas sobre su problema y los cuidados que deberá llevar a cabo, se observa a la paciente realizar funciones intelectuales como pensar, recordar, comunicar y entender.

5.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO 1

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Estreñimiento relacionado con hábitos de defecados irregulares manifestado por heces duras secas y formadas.		DOMINIO: 3 (eliminación e intercambio)	
		CLASE: 2: función gastrointestinal	
DEFINICIÓN: Disminución de la frecuencia normal de la defecación acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces, excesivamente duras y secas.			
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajustar la dieta al 	Una dieta equilibrada,	Al empezar a	

<p>estilo de vida del paciente de acuerdo a sus necesidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar información adecuada acerca de las necesidades nutricionales. ▪ Establecer expectativas sobre conductas de alimentación adecuada, ingesta de comida, líquidos y cantidad de actividad física. ▪ Determinar actitudes y creencias de los seres queridos acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente. 	<p>ingestión suficiente de líquidos, ejercicio y control emocional, son factores que determinan la cantidad y el tipo de eliminación intestinal¹¹.</p>	<p>trabajar con la señora Flor de María, posterior al ayuno se logra mejorar la ingesta de alimentos y líquidos claros. Se establecieron horas para ingerir los tipo de alimento.</p>
--	---	---

¹¹Iselcher KJ, Epstein A. Enfermedad diverticular, alteraciones vasculares y otros trastornos del intestino y peritoneo. En: Harrison's, editor. Principios de medicina interna (14ª ed.). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1998; 1874-75.

DIAGNÓSTICO 2

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de Shock hipovolémico relacionado con pérdida de sangre.		DOMINIO: 4: Actividad y reposo
DEFINICIÓN: Riesgo de aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que constituye una amenaza para la vida.		CLASE: 4: Respuesta cardiovascular pulmonar
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener vía permeable. ▪ Vigilar perdida de líquidos, hemorragia. ▪ Vigilar signos vitales. ▪ Iniciar administración de líquidos. ▪ Observar hipotensión. ▪ Administrar productos sanguíneos. ▪ Observar niveles de hemoglobina. 	<p>El conocimiento de los signos vitales en un individuo permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayuda a establecer un diagnóstico.</p> <p>La vía intravenosa es la indicada cuando se necesita con urgencias y se desea administrar volúmenes en grandes líquidos.¹²</p>	<p>La paciente ya no presento sangrado, se logró estabilizar con los cuidados y administración de líquidos.</p>

¹² Molina, P. A. J. L., Molina, R. M. L., & López, M. C. J. (2011). CAPÍTULO 5 Deshidratación en el anciano. *Salud y cuidados en el envejecimiento*, 29.

DIAGNÓSTICO 3

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos respiratorios manifestado por taquipnea. DEFINICIÓN: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.	DOMINIO: 4: Actividad y reposo.	
	CLASE: 4: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar al paciente de forma que facilite la coordinación ventilación/perfusión. ▪ Ayudar en los frecuentes cambios de posición. ▪ Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios. ▪ Fomentar una respiración lenta y profunda, cambios posturales y tos. ▪ Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios. ▪ Observar si continúa la fatiga muscular respiratoria. ▪ Iniciar y mantener oxígeno suplementario. 	<p>La permeabilidad de las vías respiratorias asegura un buen tratamiento con oxígeno.</p> <p>La posición semi Fowler favorece la expansión de los pulmones y la oxigenación de los tejidos.¹³</p>	<p>Se le informa al familiar la importancia de oxígeno con puntas nasales para evitar fatiga.</p> <p>La Sra. Flor de María tendrá que mantener O₂ a 2 lt/min, así como la importancia de la misma.</p>
--	---	---

¹³ Villanueva, P. (2008). Efectividad en la Detección de la Permeabilidad Nasal Funcional: Presentación de un Método Clínico. *Rev Chil Ortod Vol XXV (2); 2008, 25, 98.*

DIAGNÓSTICO 4

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor agudo relacionado con dolor abdominal manifestado por informe verbal del dolor.		DOMINIO: 12: Confort
DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.		CLASE: 1: Confort físico.
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor. ▪ Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. ▪ Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo. ▪ Verificar el nivel de 	<p>Una relación que brinda apoyo, atención y ayuda, estimula conductas para disminuir, controlar, aliviar el dolor.¹⁴</p> <p>La elección de la vía de administración de un medicamento depende del efecto que se busca, velocidad de</p>	<p>Al preguntar a la Sra. Flor de María el grado de dolor que presentaba respondió ha mejorado con los analgésicos. El dolor que presenta la paciente de acuerdo a la "Escala de</p>

¹⁴Smith-Temple, J., & Johnson, J. Y. (1995). *Guía de procedimientos para enfermeras*. Ed. Médica Panamericana.

molestia con el paciente, anotar los cambios en el registro médico e informar a otros cuidadores que trabajen con el paciente.	absorción, naturaleza del medicamento y estado del paciente.	valoración de dolor (EVA) y (BIERI)" se encuentra en el rango de 1-3 (poco dolor).
--	--	--

DIAGNÓSTICO 5

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la movilidad relacionado con dolor manifestado por limitación de la amplitud de movimientos.		DOMINIO: 4: Actividad/reposo.
DEFINICIÓN: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.		CLASE: 2: Actividad/ejercicio.
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. ▪ Enseñar al paciente adoptar una buena postura. ▪ Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los 	<p>La movilización frecuente y de una posición correcta previenen lesiones neuromusculoesqueléticas y formación de úlceras por presión.</p> <p>El reposo prolongado en cama ocasiona rigidez articular, atrofia muscular problemas</p>	Después de varios días la Sra. Flor de María expresa no sentir molestia en ambas rodillas debido a los cuidados que se llevaron a

miembros.	cardiocirculatorios, estreñimientos, alteraciones relativas al descanso y el sueño, complicaciones tromboticas, infecciones hipostáticas en pulmones o vías orinarias y úlceras por presión. ¹⁵	cabo.
-----------	--	-------

DIAGNÓSTICO 6

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Trastorno del patrón de sueño relacionado con interrupciones manifestado por quejas verbales de no sentirse bien descansado, cambio en el patrón normal del sueño e insatisfacción con el sueño.</p> <p>DEFINICIÓN: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.</p>		<p>DOMINIO: 4: Actividad/reposo.</p>
		<p>CLASE: 1: Sueño/reposo.</p>
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN

¹⁵ Rodríguez Díaz, O. (2009). Rehabilitación funcional del anciano. *Medisan*, 13(5), 0-0.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajustar el ambiente de luz, ruido para favorecer el sueño. ▪ Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. ▪ Crear un ambiente tranquilo. 	<p>La duración del sueño para reponer la energía perdida durante el día y mantener un funcionamiento físico mental en condiciones óptimas depende de la edad, características, fisiopatología y ambiente.</p> <p>Es medida de seguridad para el paciente una supervisión constante y cautelosa antes y durante el sueño.¹⁶</p>	<p>Se mejora la comodidad del sueño pagando las luces, cerrando las cortinas del cubículo donde se encontraba la señora Flor.</p>
---	---	---

DIAGNÓSTICO 7

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con cambio en la alimentación.</p>	<p>DOMINIO: 3: Eliminación e intercambio</p>
---	---

¹⁶ Manrique, J. J. (2011). Higiene del sueño. *Higiene*, 39(3).

DEFINICIÓN: Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.		CLASE: 2: función gastrointestinal disfuncional
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enseñar al paciente, familia, los principios de educación intestinal. ▪ Proporcionar alimentos ricos en fibra y que sean identificados por el paciente como medio de ayuda. ▪ Instruir al paciente, familia, sobre el uso correcto de laxantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las alteraciones en la eliminación intestinal son originadas por enfermedades orgánicas o alteraciones funcionales relacionadas con situaciones psíquicas (estreñimiento y diarrea). • Las observaciones concernientes a cantidad y tipo de eliminación intestinal están en relación con hábitos, tipo y cantidad de dieta, al estado hídrico y al tipo 	Al modificar la dieta ingerida la señora Flor de María nota cambios intestinales y cree poder llevar a cabo la dieta dentro y fuera del hospital.

	de padecimiento. ¹⁷	
--	--------------------------------	--

DIAGNÓSTICO 8

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con hipertensión.		DOMINIO: 4: Actividad/Reposo
DEFINICIÓN: Riesgo de disminución de la circulación tisular cerebral que puede comprometer la salud.		CLASE: 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar estado neurológico. ▪ Controlar la presión arterial media. ▪ Calcular y monitorizar la perfusión cerebral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los factores que producen variaciones de la presión arterial son edad, sexo, constitución corporal, dolor, emociones, estados 	Se estabiliza la hipertensión con la vigilancia, cuidado y colaboración de paciente y familiar.

¹⁷ GIL-FERNANDEZ, L. E. M. (1997). Diagnósticos de enfermería más frecuentes en geriatría. *UN Sa. Salta*.

	patológicos.	
--	--------------	--

DIAGNÓSTICO 9

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física.		DOMINIO: 11: Seguridad/protección
DEFINICIÓN: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño.		CLASE: 2: Lesión física.
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la cama. ▪ Educar a los miembros de la familia los factores de riesgos que contribuyen a la 	El conocimiento de los familiares o amistades que ofrecen apoyo al paciente permite el personal de salud considerarlos para su atención en el hospital como en domicilio. ¹⁸	La señora Flor de María realiza la actividad de autocuidado con su familiar siguiendo instrucciones para no sufrir riesgo de caída. También para

¹⁸ del Nogal, M. L., González-Ramírez, A., & Palomo-Iloro, A. (2005). Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40, 54-63.

<p>caída y como disminuir riesgos.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caída.		<p>ser acompañada siempre con su familiar a cualquier actividad, debido a su debilidad y su problema de rodillas.</p>
---	--	---

6. CONCLUSIONES

Desde el día que conocí el servicio de urgencias me esmeré en dedicarme a la atención al adulto mayor con quien realizaría el proceso de atención a enfermería de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson, al realizarse la exploración y la valoración clínica integral se encontró consiente orientada con dificultad respiratoria, hipertensa, palidez de tegumentos debido que había evacuado tres veces en casa y continuaba sangrando abundantemente color oscuro, dolor en abdomen, con rodillas muy arqueadas debido a la osteoartritis, se encontraba preocupada debido a su internamiento, muy cooperadora, posteriormente dio inicio mis intervenciones explicándole a ella y al familiar en qué consistía cada intervención y que beneficio recibiría.

Las intervenciones se llevaron a cabo exitosamente los seis días de estancia en el hospital en el área de urgencias y concluyo en observación adulto cama 5, la paciente mejoro el sangrado, la anemia, se va de alta de la institución no sin antes enseñarle el manejo de sus medicamentos, alimentación, se le recuerda la fecha de su cita y darle seguimiento el estado de salud. Finalmente la lleve en silla de rueda fuera del hospital hasta tomar el taxi ella y su familiar.

7. SUGERENCIAS

- ✓ Se invita a los médicos para mejorar las indicaciones recomendadas a sus pacientes.
- ✓ A informar al familiar del paciente el padecimiento y riesgos que pudiera llevarse a cabo.
- ✓ Se forman grupos de enfermería de diferentes turnos para entregar plan de alta a cada paciente.
- ✓ Se sugiere capacitación a familiares acerca de la enfermedad.
- ✓ La necesidad de amor y protección que necesita el paciente ya que al saber de su enfermedad como toda persona necesita el apoyo y ayuda de la familia.

8. BIBLIOGRAFÍA

Bellido, V. C.; Lendínez C. F. (2010). Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Primera edición. España.

Bulecheck, G.M., Butcher, H.K., McCloskey, Dochterman J. (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). (5a ed.) Barcelona España: Elsevier.

Consejo de Salubridad General. (2010). Atención integral en pacientes con sangrado de tubo digestivo bajo. México: Secretaria de Salud.

Guía de Evaluación y diagnóstico del dolor (2007). Hospital Clínico Universitario, Universidad de Salamanca.

Ferreiro, M. J. R., Fuentes, L. M. R., Pérez, R. O., & Gómez, M. J. S. (2004). Estreñimiento se opone a bienestar. *Revista ROL de enfermería*, 27(5), 33-38.

Heather H. (2010). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. (4ª ed.). Barcelona España: Elsevier.

Henderson Virginia. Fecha de consulta: 12 de julio de 2015.
Disponible en: <http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php>.

Jiménez-Castro, A. B., Salinas-Durán, M. T., & Sánchez-Estrada, T. (2004). Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. *Rev Enferm IMSS*, 12(2), 61-63.

Montero Fernández MJ. Estreñimiento. En: Manual Terapéutico del Anciano. SESCAM. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. 1ª Ed. 2002: 181-85

Organización mundial de la salud. Evaluación funcional del adulto mayor.

Reina G., Nadia Carolina (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Colombia.

Ros Rahola E. Trastornos de la motilidad intestinal. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna., Vol I. Barcelona: Doyma, 1992. p.128-130.

Rosales B. S., Reyes G. E. (2004). Fundamentos de enfermería, 3ª Edición. México.

Tomey M. A. Modelos y Teorías en Enfermería. Elsevier España, 2011.

Vera Sánchez, M., & Campillo Motilva, R. (2003). Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas del anciano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(5), 0-0.

9. ANEXOS

Laboratorio de análisis clínico a su primer día de ingreso

Nombre: FMJG

Diagnóstico: Sangrado de tubo digestivo bajo

Edad: 75 años Sexo: Femenino Servicio: Observación adulto

BIOMETRÍA HEMÁTICA

Variable	Unidad	Valor de referencia
Eritrocitos	3.55	Hombres: $5,5 \pm 1$ Mujeres: $4,8 \pm 1$
Hemoglobina	10.0	Hombres: 16 ± 2 Mujeres: 14 ± 2
Hematocrito	32.0	42 – 47

Laboratorio de análisis clínico a su segundo día de ingreso

Nombre: FMJG

Diagnóstico: Sangrado de tubo digestivo bajo

Edad: 75 años Sexo: Femenino Servicio: Observación adulto

BIOMETRÍA HEMÁTICA

Variable	Unidad	Valor de referencia
Eritrocitos	1.74	Hombres: $5,5 \pm 1$ Mujeres: $4,8 \pm 1$
Hemoglobina	5.2	Hombres: 16 ± 2 Mujeres: 14 ± 2

Hematócrito	15.2	42 – 47
-------------	------	---------

Laboratorio de análisis clínico a su segundo día de ingreso

Nombre: FMJG

Diagnóstico: Sangrado de tubo digestivo bajo

Edad: 75 años Sexo: Femenino Servicio: Observación adulto

BIOMETRÍA HEMÁTICA

Variable	Unidad	Valor de referencia
Eritrocitos	2.22	Hombres: 5,5 ± 1 Mujeres: 4,8 ± 1
Hemoglobina	6.6	Hombres: 16 ± 2 Mujeres: 14 ± 2
Hematócrito	19.4	42 – 47

Laboratorio de análisis clínico a su tercer día de ingreso

Nombre: FMJG

Diagnóstico: Sangrado de tubo digestivo bajo

Edad: 75 años Sexo: Femenino Servicio: Observación adulto

BIOMETRÍA HEMÁTICA

Variable	Unidad	Valor de referencia
Eritrocitos	2.22	Hombres: 5,5 ± 1

		Mujeres: 4,8 ± 1
Hemoglobina	6.8	Hombres: 16 ± 2 Mujeres: 14 ± 2
Hematócrito	19.9	42 – 47

Laboratorio de análisis clínico a su cuarto día de ingreso

Nombre: FMJG

Diagnóstico: Sangrado de tubo digestivo bajo

Edad: 75 años Sexo: Femenino Servicio: Observación adulto

BIOMETRÍA HEMÁTICA

Variable	Unidad	Valor de referencia
Eritrocitos	2.95	Hombres: 5,5 ± 1 Mujeres: 4,8 ± 1
Hemoglobina	9.0	Hombres: 16 ± 2 Mujeres: 14 ± 2
Hematócrito	26.5	42 – 47

Laboratorio de análisis clínico a su quinto día de ingreso

Nombre: FMJG

Diagnóstico: Sangrado de tubo digestivo bajo

Edad: 75 años Sexo: Femenino Servicio: Observación adulto

BIOMETRÍA HEMÁTICA

Variable	Unidad	Valor de referencia
Eritrocitos	3.55	Hombres: $5,5 \pm 1$ Mujeres: $4,8 \pm 1$
Hemoglobina	10.9	Hombres: 16 ± 2 Mujeres: 14 ± 2
Hematócrito	32	42 – 47

TRATAMIENTO DE ALTA

- ✓ Omeprazol 20 mg, vía oral c/12 horas por dos meses
- ✓ Complejo B 1 tableta c/24 horas por un mes
- ✓ Fumarato ferroso 1 tableta c/24 horas por un mes
- ✓ Laxoya 1 tableta c/24 horas sin suspender
- ✓ Valsartan 80 mg vía oral una diaria

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Se informa al paciente y al familiar que no deberá presentar estreñimiento.
- Se le enseña al familiar el cuidado de la alimentación que deberá tener diariamente.
- Los familiares deberán vigilar que la paciente no presente sangrado nuevamente.
- Se le hace hincapié que por ningún motivo deberá suspender los medicamentos indicados y evitar complicaciones.
- Se recomienda no dejar sola a la paciente en casa para evitar caídas.
- Se informa al paciente y/o familiar que deberá asistir a sus citas a la consulta externa cada vez que tenga cita con gastroenterología.







CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenino de 75 años de edad, originaria de Suchiapa, Chiapas. Actualmente realiza poca actividad del hogar es viuda vive con una hija y su familia en casa de tipo urbano que cuenta con todos los servicios. Es una usuaria con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo bajo que ingresa al área de urgencias del Hospital Dr. Rafael Pascasio Gamboa, refiere que desde hace años padece osteoartritis y es manejada con diclofenaco de 100 mg vía oral. Inicia con dolor abdominal desde hace dos días acompañadas de diarrea y el día de hoy inicia con 3 evacuaciones melénicas abundantes.

En la actualidad cursa con hipertensión arterial controlada, durante su ingreso a la unidad se observa deshidratada con palidez de tegumentos con temor a su padecimiento. Muestra mucha colaboración a los procedimientos, posterior a su ingreso continua sangrando, le instalan sonda Foley. Le inician solución fisiológica para cargas, continua con fisiológica de 1000 + 1 frasco de MVI p/8 horas, solución fisiológica de 100 ml + 80 mg de omeprazol p//24 horas, etamsilato 500 mg IV c/8 horas, Tramadol 50 mg IV c/8 horas, Vitamina K 50 mg IV c/8 horas, metoclopramida 10 mg en solución fisiológica 100 ml para 30 minutos, por la noche continúa sangrando. El 2º día continúa sangrando con hemoglobina de 5.2. Por lo que le indican dos paquetes globulares para 3 horas. Le indican colonoscopia por el turno vespertino, la siguiente hemoglobina es de 6.8, regresa a su cama de observación adulto, el 3er día le indican dos paquetes globulares más, según el estudio de

endoscopia presenta divertículos en todo el intestino, el 4º día ya no presenta sangrado y presenta 8.5 de hemoglobina. El 5º día a la valoración presenta leve palidez de tegumentos sin presencia de sangrado, tolerando dieta líquida y le indican un paquete globular. El 6º día de estancia hospitalaria continua sin presencia de sangrado con 10.9 de hemoglobina tolerando dieta blanda, posteriormente el gastroenterólogo la egresa por mejoría con cita a la consulta externa.

ESCALA DE VALORACIÓN DE DOLOR (EVA) Y (BIERI)

0	1-3	4-5	6-7	8-9	10
SIN DOLOR	POCO DOLOR	DOLOR MODERADO	DOLOR FUERTE	DOLOR MUY FUERTE	DOLOR INSOPORTABLE
					
1	2	3	4	5	6

ESCALA DE TINETTI

Interpretación: A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la marcha es 12, para el equilibrio es 16. La suma de ambas puntuaciones proporciona el riesgo de caídas.

A mayor puntuación=menor riesgo

Menos de 19 = riesgo alto de caídas

De 19 a 24 = riesgo de caídas

ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

1. Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	0
	Estable y seguro	1
2. Se levanta	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero usa los brazos	1
	Capaz sin usar los brazos	2
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero requiere mas de un intento	1
	Capaz de un solo intento	2
4. Equilibrio inmediato de pie (15 seg)	Inestable (vacila, se balancea)	0
	Estable con bastón o se agarra	1
	Estable sin apoyo	2
5. Equilibrio de pie	Inestable	0
	Estable con baston o abre los pies	1

	Estable sin apoyo y talones cerrados	2
6. Ticado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	0
	Vacila se agarra	1
	Estable	2
7. Ojos cerrados (de pie)	Inestable	0
	Estable	1
8. Giro de 360°	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1
	Inestable	0
	Estable	1
9. Sentandose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0
	Usa las manos	1
	Seguro	2

PUNTUACION TOTAL DEL EQUILIBRIO: 3 PUNTOS

La paciente usaba andadera debido a que presenta problemas de osteoartritis en ambas rodillas.

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA

Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador)

1. Inicio de la marcha	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	0
	Sin vacilación	2
2. Longitud y altura del paso	A) Balance del pie derecho	
	No sobrepasa el pie	0

	izquierdo	
	Sobrepasa el pie izquierdo	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
	B) Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	0
	Sobrepasa el pie derecho	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
3. Simetría del paso	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo	0
	Pasos derechos e izquierdos iguales	1
4. Continuidad de los pasos	Discontinuidad de los pasos	0
	Continuidad de los pasos	1
5. Pasos	Desviación marcada	0
	Desviación moderada o usa ayuda	1
	En línea recta sin ayuda	2
6. Tronco	Marcado balanceo o usa ayuda	0
	Sin balanceo pero flexiona rodillas o la	1

	espalda o abre los brazos	
	Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda	2
7. Posición al caminar	Talones separados	0
	Talones casi se tocan al caminar	1

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA MARCHA: 3 PUNTOS

PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL: 6 PUNTOS

RIESGO ALTO DE CAIDAS

Tríptico

PLAN DE ALTA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA

ALIMENTACIÓN QUE NO DEBE CONSUMIR

- ⇒ Grasas saturadas
- ⇒ Refrescos embotellados
- ⇒ Alimentos condimentados
- ⇒ Alcohol
- ⇒ Lácteos
- ⇒ Alimentos cítricos



Consumir:

- * Abundante agua
- * Verduras
- * Frutas
- * Muchas fibras

**Asistir a sus citas con
su medico**

**Si hay presencia de
sangrado acudir al área
de urgencias.**

Alimentación Saludable



CUIDAR A LOS ABUELOS ES
RESPONSABILIDAD DE LOS
HIJOS

La hemorragia digestiva baja se define como todo aquel originado por lesiones en el tubo digestivo en forma distal ligamento de Treitz, entre el intestino delgado.

Objetivo:

Disminuir el riesgo y cuidar a los pacientes que acuden al área de urgencias, sensibilizando el cuidado de su salud.

Complicaciones:

- * Anemia severa
- * S h o q u e hipovolémico
- * Muerte

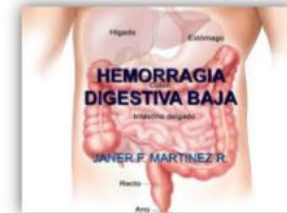
FACTORES DE RIESGO

La edad media de presentación es alrededor de 65 años con una tasa de mortalidad entre el 2 y 4%.

Su prevalencia aumenta significativamente asociada aumento paralelo de las causas asociadas como diverticulosis y angio displasia.



Hospital Regional Dr. Rafael Pascasio Gamboa



Plan de cuidado en pacientes con sangrado de tubo Digestivo Bajo