

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLAS DE HIDALGO

PROCESO ENFERMERO

APLICADO A UN CASO CLÍNICO DE ILEOSTOMIA BASADO EN LA TEORIA DE
VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA.

PRESENTA

MARINA VERONICA ALVAREZ ESTRADA.

ASESORA

M. C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

MORELIA MICHOACAN, MAYO DE 2006.

DIRECTIVOS

M. C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

L. E. D. MA. DE JESÚS RUÍZ RECENDIZ

SECRETARIA ACADEMICA

L. E. D. ANA CELIA ANGUIANO MORÁN

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

JURADO

PRESIDENTE

VOCAL 1

VOCAL 2

SUPLENTE

DEDICATORIA

A mi madre, que siempre ha confiado en mí
a pesar de todos mis errores, caídas y en
ocasiones que desfallezco, porque en todo
Momento siempre está conmigo dándome
ánimos, haciendo suyos mis problemas y
buscando la mejor manera de solucionarlos,
porque, no siempre está de acuerdo con mis
acciones pero me respeta y apoya.

A Joaquín, mi esposo, eres parte fundamental en mi vida y
deseo no solo compartir problemas y fracaso, también triunfos y
alegrías.

A Fernanda, mi hija, porque eres mi presente
y mi futuro, porque eres el mayor impulso de
mi vida, eres un preciado tesoro.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo

Por tu apoyo al finalizar esta etapa de mi carrera,
Por tu paciencia ante la carencias en el hogar
por falta de tiempo.

A mi madre y hermanos

Ellos son el primer impulso a lograr lo que hoy soy,
por el apoyo durante toda la carrera por desvelarse
conmigo en mis tareas, gracias por sus múltiples
granitos de arena para esta construcción.

A mi abuelita Ninfa

Tanto en mi vida como en mis diferentes
etapas de estudiante siempre he contado
con tu apoyo, por hacer tuyos mis problemas, Gracias.

A todas mis compañeras de trabajo,
Mi jefa de piso Susana, nena, Claudia,
Juanita Guadalupe, compañeras de clases,
Edith, Mónica, Rome, Licha. No solo fueron
Compañeras sino amigas, gracias por todo su apoyo.

CONTENIDO

- I. INTRODUCCION
- II. JUSTIFICACION
- III. OBJETIVOS.
- IV. METODOLOGIA.
- V. MARCO TEORICO
- VI. CASO CLINICO
- VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA
 - 7.1 VALORACION POR NECESIDADES
 - 7.2DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PROBLEMAS
INTERDEPENDIENTES
 - 7.3 PLAN DE INTERVENCION
 - 7.4 EJECUCION
 - 7.5 EVALUACION
- VIII SUGERENCIAS
- IX CONCLUSIONES
- X GLOSARIO DE TERMINOS
- XI BIBLIOGRAFIA
- XII ANEXOS

I. INTRODUCCION

Enfermería es una profesión que nace con el hombre, aunque esto no era del todo definido y explicito, hoy en día la ciencia avanza y exige mejor preparación, es decir enfermería debe satisfacer todas las demandas de salud de los individuos, cubrir todas sus necesidades en las diferentes etapas de la vida y considerar al hombre y a la mujer como un ser holístico y complejo. Por este motivo los cuidados de enfermería deben ser el eje de nuestra atención pero estos deberán ser prestados a través de una metodología científica y sistematizada, es decir, empleando el Proceso de Enfermería.

El ser humano está expuesto a riesgos en la vida, a enfermedades por diferentes causas por accidentes aparatoso y provocando daños en región abdominal, es el caso del Sr. José Luis, siendo la única alternativa de vida una recesión de colon originando Ileostomia temporal, viéndose obligado el paciente a cambiar hábitos alimenticios higiénicos, espirituales, sociales. Debido a la mala absorción de nutrientes es causando desnutrición severa requiriendo de todo un equipo de salud con la finalidad de que el paciente recuperara su salud.

Enfermería es la profesión de mayor contacto con el paciente, esto facilita la atención adecuada. Para ello se requiere una comunicación de confianza entre enfermera paciente, facilitando una buena valoración fundamentándola en las 14 necesidades de Virginia Henderson, de esto se elabora un caso clínico, diagnósticos de enfermería establecidos por la NANDA y las acciones reforzadas en el marco teórico.

El proceso de enfermería que se presenta está estructurado en la primera parte por la introducción, donde se brinda un panorama general del contenido del estudio, la justificación en la cual se da un panorama general del padecimiento que se aborda, los objetivos, estos dirigidos a los propósitos con respecto a la Ileostomia del Sr. José Luis, la metodología basada en las 14 necesidades humanas básicas que utiliza Virginia Henderson en la filosofía de enfermería, así como el marco teórico donde se describe completamente lo que es la Ileostomia desde su conceptualización hasta el diagnóstico y tratamiento, finalmente se

presenta el proceso de enfermería con el desarrollo de las 5 etapas, así como las conclusiones, sugerencias, glosario y anexos.

II. JUSTIFICACION

Los diferente tipos de ostomias ha sido la única alternativa para prolongar o salvar la vida del los pacientes a quienes se les realiza, siendo con mayor incidencia en el sexo femenino, encontrando como causas más comunes neoplásicas como, cáncer de colon, cáncer rectal, pólipos, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa y con menor incidencia por diferentes traumatismo, ocupando el primer lugar los provocados por arma de fuego, seguido de arma blanca y en menor frecuencia por accidente con impacto abdominal.¹

Existen diferentes tipos de ostomia las más comunes la colostomia que ocupa el primer lugar (76.9%), en segundo lugar está la Ileostomia (16.2%) y en tercer lugar la urostomia (3.6%). Basados en datos obtenido de un estudio (5213 pacientes) por la asociación de ostomizados, sin importar causa o tipo, estos pacientes requieren de similares cuidados e intervenciones puesto que para ellos y su familia todo cambia, físicamente, psicológicamente y socialmente, percibiéndolo como tragedia al enfrentar la realidad sobre la alteración de su imagen, el mantenimiento de la bolsa o dispositivo recolector de la ostomia, las irritaciones cutáneas que se presentan, cambios dietéticos e higiénicos, baja autoestima, aunado a esto, el paciente enfrenta la deficiente o nula información sobre cuidados en casa y en su entorno, como se percibe en resultados obtenidos en estudio ya mencionado que el 39% de los pacientes no recibieron información relativa a los cuidados de la ostomia, y un 56% que recibieron información la califican como deficiente o de poca calidad, por lo que un porcentaje mínimo recibe información que cubre sus dudas.²

Por ello enfermería debe crear un ambiente de confianza entre enfermera – paciente- familia, teniendo la capacidad y el conocimiento, para lograr la aceptación de las circunstancias propicias del padecimiento, seguido de la enseñanza, llegando al auto cuidado, y con la intervención de otros especialistas llegar a un estado optimo para realización de anastomosis puesto que no todas son definitivas, teniendo un pronostico favorable para pacientes con dicha ostomia.

¹ . Principios de cirugía. Schwartz, Shires, Spencar. 6ª edición Vol. 1

² . Pagina realizada por <http://www.fundacionostomia.org/SER/perfilpacientes.asp>

III. OBJETIVOS

GENERAL

- Aplicar el proceso de enfermería en un caso clínico de Ileostomia para proporcionar los cuidados en base a las necesidades humanas de Virginia Henderson.

ESPECIFICOS

- Identificar las necesidades que presentan alteración en el paciente con Ileostomia para desarrollar estrategias que propicien su recuperación.
- Diseñar un plan de cuidados aplicando el proceso de enfermería para sistematizar la atención.

IV. METODOLOGIA

Para llevar a cabo el proceso de enfermería se emplearon las 5 etapas de que consta, que son; la valoración, (empleando las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson), el diagnóstico de enfermería, la planeación, la ejecución y la evaluación.

Este proceso se realizó en el mes de Mayo y se dio seguimiento por 5 meses, tiempo en el cual se lograron obtener resultados satisfactorios en el proceso de recuperación de la persona; se tuvieron en cuenta la lista de diagnósticos establecidos por la N. A. N. D. A. (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), sin embargo, debido a que la NANDA no establece todos los diagnósticos de enfermería, fue necesario utilizar el formato PESS (Problema, Etiología, Signos y Síntomas). Una vez determinados los diagnósticos de enfermería se formuló un objetivo por cada uno de ellos y se realizó la planeación acorde a las necesidades encontradas, posteriormente se ejecutaron teniendo en cuenta la prioridad de los diagnósticos, cabe señalar que la evaluación se realizó en todo momento.

V. MARCO TEORICO

V.I DESARROLLO DE LA TEORIA DE ENFERMERIA Y EL PROCESO ENFERMERO

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teoría de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

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 hace esta de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.”

LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE SU TEORÍA SON:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermero,” esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8° a la 9° relacionadas con la seguridad, la 10° relacionada con la propia estima, la 11° relacionada con la pertenencia y desde la 12° a la 14° relacionada con la auto-actualización.

LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS SEGÚN HENDERSON SON:

- 1° Respirar con normalidad.
- 2° Comer y beber adecuadamente.
- 3° Eliminar los desechos del organismo.

- 4° Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5° Descansar y dormir.
- 6° Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7° Mantener la temperatura corporal.
- 8° Mantener la higiene corporal.
- 9° Evitar los peligros del entorno.
- 10° Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11° Ejercer culto a dios, acorde con su religión.
- 12° Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13° Recreación.
- 14° Estudiar, descubrir, o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependientes). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causa de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

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 esta sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

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

- a) Falta aguda de oxígeno.
- b) Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias)
- c) Estado de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- d) Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- e) Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- f) Una enfermedad transmisible.
- g) Estado preoperatorio.
- h) Estado postoperatorio.
- i) Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento, dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería.

Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera- paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería

PERSONA.

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad/ física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológico y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano como el enfermo anhelan el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseo, conocimiento para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

ENTORNO

Conjunto de condiciones y factores externos que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

SALUD

Es la cualidad vital básica para el funcionamiento humano y existe dependencia o independencia, es la calidad de vida, más que la vida en sí misma, lo que permite a la persona trabajar de la forma más eficaz, y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Los individuos conseguirán o conservarán la salud si tiene la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería. Equipara salud con independencia.

ENFERMERÍA:

La función específica de la enfermera es ayudar a los clientes enfermos o sanos, a llevar acabo las actividades que constituyen a la salud, a su recuperación a una muerte en paz actividades que los clientes podrán realizar sin ayuda si tuvieran la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

También han de hacerlo de tal manera que ayuden a los clientes a ser independientes lo más rápidamente.³

³. Pagina realizada por <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

V.2 PROCESO ATENCION ENFERMERIA.

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial del la enfermera que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.³

Antes de desarrollar el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos. El cuidado de enfermería que se prestaba con la dependencia del medico se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia más que por un método científico.

En 1955 Hall creó el término, Johnson en 1959, Orlando en 1961 y Wiendenbach en 1963, fueron las primeras que utilizaron para referirse a una serie de fases que describen el proceso de enfermería. Desde entonces varias enfermeras han descrito el proceso de enfermería y han organizado las fases de distintas maneras. El proceso antes descrito con sus cinco fases es aceptada en la actualidad por la mayoría de los expertos.

El uso del proceso en la practica adquirió más legitimidad en 1973 cundo la ANA (ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERIA) publicó la Sondards Of. Nursing Practice, que describe las cinco fases del proceso de enfermería: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación.⁴

Los objetivos

Objetivos principal del proceso de enfermería:

- 1) Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- 2) Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- 3) Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- 4) Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.³

³ Pagina realizada por <http://www.terra.es/personal/duenas/paehtm>

⁴Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practica, B dossier, G ERB, KBlas J.M. Wilkinson 5ª edición Vol.

CARACTERISTICAS

Sistemático. Por está conformado por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

Humanista. Por considerar al hombre como un ser holístico que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Intencionado. Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar a las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valorar los recursos, el desempeño del usuario y de la propia enfermera.

Dinámico. Por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia de hombre.

Flexible. Porque puede aplicarse en los diversos contextos de la practica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Interactivo. Por reunir de la interacción humano- humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.⁴

Las ventajas

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

⁴Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practica, B dossier, G ERB, KBlas J.M. Wilkinson 5ª edición Vol.

Para el paciente son:

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

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.³

1. VALORACION.

Es la primera fase de del proceso de enfermería, consiste en recoger, organizar, ponderar, y registrar los datos sobre el estado de salud de un cliente.

PROPOSITO. Crear una base de datos sobre las respuestas del cliente relativas a la salud o la enfermedad y las posibilidades de controlar necesidades de salud.

Métodos de valoración

1. *Observación.* Es reunir datos utilizando los cinco sentidos, es una capacidad conciente y deliberada que se desarrolla solo con un esfuerzo y un método organizado. Aunque la enfermera realiza observación con la vista en la observación minuciosa se utiliza la mayoría de los sentidos.
2. *Entrevista* es la comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito de la recogida de datos, hay dos sistemas.
 - ❖ Entrevista dirigida. Es muy estructurada y proporciona información específica, en esta las enfermeras hacen preguntas cerradas (¿le duele?, ¿Qué edad tiene?) que busca un numero específico de datos.

³ Pagina realizada por <http://www.terra.es/personal/duenas/paehtm>

- ❖ Entrevista no dirigida. La enfermera permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de la charla, en esta se utilizan preguntas abiertas (¿que le ha traído al hospital?).

Exploración. Es un método sistemático de recogida de datos que utiliza la capacidad de observación para descubrir los problemas de salud, para ello la enfermera utiliza los métodos de inspección, auscultación, palpación, y percusión. Utilizando el método céfalo caudal.

2. DIAGNOSTICO.

Es la segunda fase del proceso enfermería, etapa crucial en el que la enfermera interpreta los datos de la valoración e identifica los factores favorables con los que cuenta el paciente y los problemas que pueden resolverse mediante intervenciones de enfermería.

PROPOSITO. Conocer las capacidades del cliente, los problemas de salud que pueden evitarse o resolverse con intervenciones propias de enfermería o colaboración con otros.

Elaborar un listado de diagnósticos de enfermería y de los problemas de colaboración

DIAGNOSTICO ENFERMERO. Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud/procesos reales o potenciales.

Proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería para conseguir los objetivos de los que es responsable la enfermera (o)

DIAGNOSTICO DE SALUD. Es un juicio clínico sobre una persona, familia o comunidad en transición de un nivel determinado de bienestar a un nivel superior. Describe las respuestas del ser humano a los distintos niveles, es decir, un juicio sobre la respuesta de bienestar de un individuo, una familia o una comunidad que posea el potencial de alcanzar un nivel de vida superior.

TIPOS DE DIAGNOSTICO

Diagnóstico real. Juicios sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería se basa en la presencia de los signos y síntomas asociados.

Diagnóstico personal o de riesgo: Juicio clínico de un paciente es más vulnerable a un determinado problema de salud que otro, en situación igual o parecida.

Diagnóstico posible: es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no esta clara o se desconocen los factores causales. Un diagnostico posible requiere más datos ya sea para corroborarlos o para reestructurarlo (posible aislamiento social relacionado con la etiología desconocida)

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.⁴

Podemos añadir un quinto tipo:

De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.³

³ Pagina realizada por <http://www.terra.es/personal/duenas/paehtm>

⁴ Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practica, B dossier, G ERB, KBlas J.M. Wilkinson 5ª edición Vol.

En la siguiente tabla se muestran las diferencias entre diagnósticos de enfermería y un diagnóstico médico

DIAGNOSTICO DE CUIDADOS ENFERMERÍA	DIAGNOSTICO MEDICO
1. Tiene en cuenta el estado del cliente que vive un problema de dependencia y su reacción frente a su estado. 2. se expresa de forma inespecífica y puede ser válido para varios problemas diferentes de salud. 3. tiene en cuenta diferentes grados en la reacción de clientes. 4. Tienen en cuenta las fuentes de dificultad o factores etiológicos y los factores “contribuyentes” que causan los problemas de salud o permanentes en su prolongación. 5. Orientan a la enfermedad a su intervención autónoma	1. Tienen en cuenta el problema de salud en si mismo es describir su proceso. 2. Describe una afección particular (diabetes) o un grupo de síntomas que están relacionados (síndrome) y constituyen una entidad clínica recomendable. 3. Su formulación no tiene en cuenta estos factores. 4. Su formulación no implica generalmente los factores etiológicos. 5. Orienta al facultativo hacia el tratamiento médico y a la enfermera hacia intervenciones prescritas.

3. PLANIFICACION

Tercera fase del proceso de enfermería en la cual la enfermera y el paciente desarrollan los objetivos, resultados y las estrategias de enfermería para prevenir, reducir o aliviar los problemas de salud del paciente.

PROPOSITO: Para elaborar un plan de cuidados individualizado que especifique los resultados objetivos esperado del cliente y las intervenciones propias de enfermería.

ACTIVIDADES

1. Establecer los periodos: es el proceso por el que se determinan un orden de preferencias para las estrategias de enfermería.
2. Establecer objetivos del cliente y los criterios de resultados.
La enfermera establece los objetivos para cada diagnostico y resolver el problema especificado.
3. Selección de estrategia de enfermería: Las estrategias o intervenciones son actividades de enfermería que están relacionadas con un *Diagnostico enfermero* específico y que una enfermera realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las estrategias que se eligen deben centrarse en eliminar o reducir la etiología (causa) del *Diagnostico enfermero* que es la segunda parte de su enunciado.
4. Desarrollo de los planes de enfermería: es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados de un cliente como un todo. Comprende las acciones que deben emprender las enfermeras para atender a los objetivos marcados.

4. EJECUCIÓN

Es la cuarta fase del proceso de enfermería, en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería, continúa recogiendo datos y registra los cuidados proporcionados.

PROPOSITO: ayudar al cliente a cumplir los objetivos/resultados deseados; promover la salud y el bienestar; prevenir las alteraciones/enfermedades; y ayudarle a afrontar los problemas de salud.

En el proceso de enfermería la ejecución es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería.

La enfermera realiza las órdenes de enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planificación y después concluye la fase de ejecución registrando las actividades de enfermería y las respuestas de los clientes.

El grado de participación depende del estado de salud del cliente. Por ejemplo, un hombre inconsciente no es capaz de participar en sus cuidados y, por consiguiente, requiere que se le proporcionen tales cuidados.

PROCESO DE EJECUCIÓN

Incluye:

- Una nueva valoración del cliente.
- Determinar la necesidad de cuidados de enfermería.
- Ejecutar las estrategias de enfermería.
- Comunicar las acciones de enfermería.

DIRECTRICES PARA LA EJECUCIÓN DE ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA

- Las actuaciones de enfermería deben basarse en conocimientos científicos, en la investigación de enfermería y en las directrices profesionales de cuidados.
- Las enfermeras deben comprender claramente las órdenes que se van a ejecutar u cuestionar cualquiera que no se entienda
- Las actuaciones de enfermería deben adaptarse a cada cliente.
- Las actuaciones de enfermería deben siempre ser seguras.
- Las actuaciones de enfermería deben ser holísticas
- Las actuaciones de enfermería deben respetar la dignidad
- Se debe animar a los clientes para que participen activamente en la ejecución de las actuaciones de enfermería.

5. EVALUACIÓN.

Es la fase final del proceso de enfermería, en el que la enfermera determina el progreso del cliente hacia el logro de sus objetivos o resultados, como la eficacia del plan de cuidados de enfermería. Es plan puede continuarse, modificarse o suspenderse.

PROPOSITO: determinar la importancia de los objetivos/resultados obtenidos y valorar si se continúa, si se modifica, o si se finaliza el plan de cuidados.

En este contexto la evaluación es una actividad planeada. Continúa y con objetivos, en la que el cliente determina

1. el progreso del cliente referido a la consecución de objetivos
2. la eficacia del plan de cuidados de enfermería, ya que las conclusiones obtenidas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben suspenderse o no.

La evaluación es continua: se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de enfermería, y permite a la enfermera realizar modificaciones puntuales en una intervención.

La evaluación intermitente: realizada a intervalos determinados muestra el grado de progreso hacia la consecución del objetivo y permite a la enfermera corregir cualquier deficiencia, así como modificar el plan de cuidados en función de las necesidades, esta se mantiene continua o intermitente hasta alcanzar los objetivos de salud o ser dado de alta.

La evaluación final indica el estado del cliente en el momento de ser dado de alta. Incluye la consecución de objetivos y evaluación de la capacidad del cliente para cuidarse con respecto a la atención de seguimiento. La mayoría de los centros dispone de un impreso especial de alta para la evolución terminal.

Mediante la evaluación las enfermeras aceptan la responsabilidad de sus acciones, muestran intereses en los resultados de las acciones de enfermería y demuestran el deseo de no perpetuar acciones ineficaces, sino de adoptar otras más efectivas ⁴

⁴Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practica, B dossier, G ERB, KBlas J.M. Wilkinson 5ª edición Vol.

V.3 ESTRUCTURA DEL APARATO GASTROINTESTINAL

ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO

El aparato digestivo tiene 3 principales funciones.

1. **DIGESTIÓN.** Es el proceso de fragmentar las moléculas de sustancias nutritivas simples que pueden ser utilizadas por las células.
2. **ABSORCIÓN.** Es el proceso por el cual las sustancias nutritivas simples son transferidas del aparato digestivo a la corriente sanguínea para ser llevadas a las células.
3. **ELIMINACIÓN.** Es el proceso de expulsar del cuerpo los desechos sólidos de los alimentos digeridos.

ESTRUCTURA DEL TUBO DIGESTIVO

Consta de un largo tubo muscular que empieza en los labios y boca y termina en el ano, formado por:

Intestino delgado, Intestino grueso, así mismo anexos del aparato digestivo como son: glándulas salivales, hígado, vesícula, y páncreas, por último el ano.

Las glándulas salivales, el páncreas y el sistema biliar en conjunto con el tubo digestivo producen sustancias esenciales para una digestión sana. Gracias a los movimientos peristálticos, que son contracciones rítmicas de las fibras musculares lisas del aparato gastrointestinal. Las contracciones son iniciadas por el **sistema nervioso parasimpático**. Esta actividad muscular puede ser inhibida por el **sistema nervioso simpático**. Se trata básicamente de una tubería procesadora de unos nueve metros de longitud.

DIGESTION BUCAL.

La boca conforma la apertura anterior del aparato digestivo y es la cavidad por la que penetra el alimento. El órgano presenta funciones relacionadas con la fisiología de la digestión y la respiración e interviene también en la articulación de palabras.

El orificio anterior que la constituye se encuentra delimitado por los labios, cuyo movimiento es a su vez regulado por las mejillas y el músculo esfínter oral. Los huesos

maxilares sostienen, por su parte, las arcadas dentarias, a las que compete la masticación del alimento.

El límite externo de las arcadas lo constituyen las encías, en las que se fijan los dientes. La cavidad bucal queda delimitada por el paladar en la parte superior y la lengua, móvil y dotada de papilas gustativas, en la inferior.

En el fondo, la comunicación con la faringe se produce a través de la cavidad que forman las amígdalas, la base lingual, el límite posterior del paladar, el velo palatino y la úvula, campanilla carnosa que pende de este último. La saliva, líquido alcalino viscoso que se mezcla con el alimento, es aportada por las glándulas salivales, diferenciadas entre sublinguales, submaxilares y parótidas.

La boca aparece rodeada por unos pliegues de la piel, llamados labios. Dentro de la boca se encuentran los dientes cuya función es cortar, trocear y triturar los alimentos (digestión mecánica) En la boca encontramos también la lengua, que tiene una gran cantidad de papilas gustativas, cuya función es la de mezclar los alimentos y facilitar su tránsito hacia el esófago. En la cavidad bucal desembocan las glándulas salivales, que segregan saliva, cuyas funciones son:

- actuar de lubricante
- destruir parte de las bacterias ingeridas con los alimentos
- comenzar la digestión química de los glúcidos mediante una enzima, la amilasa o ptialina, que rompe el almidón en maltosa.

La saliva

Está formada, en un 95% por agua y el 5% restante por solutos tales como iones sodio, potasio, cloruro, bicarbonato y fosfatos. Hay además una sustancia serosa llamada mucus y dos enzimas: La amilasa salival y la lisozima

Dientes

Estructuras duras, calcificadas, sujetas al maxilar superior e inferior, cuya actividad principal es la masticación.

FARINGE

La faringe un conducto muscular membranoso que comunica la boca con el esófago. También pone en contacto la nariz con la laringe, por lo que se considera que la faringe es el punto en el que convergen los sistemas digestivo y respiratorio.

El tejido de la zona superior de la faringe es similar al que constituye el resto de los órganos de la respiración, mientras que en su porción inferior tiene más semejanza con el del sistema digestivo.

La entrada de alimento a las vías respiratorias es impedida por la epiglotis, que es un cartílago situado al principio de la laringe que la cierra cuando se traga el alimento, para que éste pase al esófago. En el hombre mide unos 13 cm. y queda delante de la columna vertebral. Alberga las amígdalas y, en los niños, los ganglios adenoides. Como arranca de la parte posterior de la cavidad nasal, su extremo más alto se llama nasofaringe. La inferior u orofaringe ocupa la zona posterior de la boca. Termina en la epiglotis, un pliegue cartilaginoso que impide la entrada de alimentos en la tráquea, pero no obstaculiza su paso al esófago. Las llamadas trompas de Eustaquio comunican la faringe con el oído medio y equilibran la presión del aire a ambos lados del tímpano.

ESÓFAGO

Es el conducto que une la faringe con el estómago. Mide aproximadamente unos 25 cm. de largo por 4 cm. de diámetro y es un órgano musculoso encargado de conseguir que el alimento pase desde la faringe hasta el estómago mediante contracción muscular. En el ser humano tiene una longitud que oscila entre los 23 y los 25 cm.

Su función principal es el transporte del alimento hacia el estómago. Está formado por varias capas que desde el exterior hacia el interior son: adventicia, muscular (con fibras longitudinales y circulares), submucosa (con tejido conectivo, vasos sanguíneos y glándulas mucosas) y mucosa, que también contiene este tipo de glándulas. El alimento progresa por el esófago hacia el estómago mediante movimientos musculares involuntarios denominados movimientos peristálticos; se originan debido a la capa muscular y están controlados por el

bulbo raquídeo. El peristaltismo supone una serie de contracciones y relajaciones del esófago que en forma de ondas se desplazan hacia abajo y propulsan el bolo alimenticio hacia el estómago, proceso que se ve facilitado por el moco secretado por las glándulas mucosa.

ESTÓMAGO

La superficie externa del estómago es lisa, mientras que la interna presenta numerosos pliegues que favorecen la mezcla de los alimentos con los jugos digestivos y transporta este material a través del estómago hacia el intestino. Parece que en el estómago sólo se absorben agua, alcohol y ciertos fármacos. La mayor parte de la absorción de alimentos tiene lugar en el intestino delgado.

El estómago está situado en la zona superior de la cavidad abdominal, ubicado en su mayor parte a la izquierda de la línea media. La gran cúpula del estómago, el fundus, descansa bajo la bóveda izquierda del diafragma; el esófago penetra por la zona superior, o curvatura menor, a poca distancia bajo el fundus. La región inmediata por debajo del fundus se denomina cuerpo. La parte superior del estómago, que recibe el nombre de porción cardiaca, incluye el fundus y el cuerpo. La porción inferior, o pilórica, se incurva hacia abajo, hacia adelante y hacia la derecha, y está formada por el antro y el conducto pilórico. Este último se continúa con la parte superior del intestino delgado, el duodeno. Tejido Los tejidos del estómago incluyen una cubierta externa fibrosa que deriva del peritoneo y, debajo de ésta, una capa de fibras musculares lisas dispuestas en estratos diagonales, longitudinales y circulares.

En la unión del esófago y el estómago, la capa muscular circular está mucho más desarrollada y forma un esfínter, el cardias. La contracción de este músculo impide el paso de contenido esofágico hacia el estómago y la regurgitación del contenido gástrico hacia el esófago. En la unión del píloro y el duodeno existe una estructura similar, el esfínter pilórico.

La submucosa es otra capa del estómago formada por tejido conjuntivo laxo en el cual se encuentran numerosos vasos sanguíneos y linfáticos, y terminaciones nerviosas del sistema nervioso vegetativo. La capa más interna, la mucosa, contiene células secretoras; algunas segregan ácido clorhídrico, que no sólo neutraliza la reacción alcalina de la saliva, sino que proporciona un carácter ácido al contenido gástrico y activa los jugos digestivos del estómago.

Estos jugos están secretados por un tipo diferente de células. Las enzimas que se encuentran en el jugo gástrico son:

Pepsina.- que en presencia de ácido fragmentan las proteínas en peptinas

La renina, que coagula la leche, y tal vez lipasa, que rompe las grasas en ácidos grasos y glicerol.

Un tercer tipo de células producen mucosidades para proteger al estómago de sus propias secreciones. Los tejidos del estómago, e incluso la mucosidad, son digeribles por los jugos gástricos. Sin embargo, en condiciones normales, el revestimiento mucoso se renueva con más rapidez que se elimina. Cuando un trastorno psicossomático o patológico impide la secreción adecuada de mucosidad, la mucosa gástrica se erosiona y se forma una úlcera. Si la úlcera evoluciona se puede perforar la pared del estómago y permitir que el contenido gástrico pase hacia la cavidad abdominal produciendo una peritonitis.

Digestión.

La penetración en el estómago de fragmentos de carne, cereales cocinados y productos proteicos digeridos en parte estimula la secreción de jugo gástrico. Estos agentes originan la formación en el extremo pilórico del estómago de una hormona, *la gastrina*. Cuando la gastrina se absorbe, estimula las glándulas secretoras. La secreción gástrica se puede estimular también por la simple visión u olor de la comida. Esto se denomina estimulación refleja o cefálica. Las paredes del estómago vacío están en contacto una con otra. Cuando el alimento entra en el órgano, las paredes se expanden y la cavidad aumenta sin que se produzcan cambios en la presión intragástrica. La porción cardiaca del estómago almacena la comida ingerida. Las ondas de contracción del músculo circular que van precedidas por ondas de relajación (peristaltismo) se inician cerca de la zona central del cuerpo del estómago, se propagan hacia abajo y finalizan justo antes de alcanzar el conducto pilórico. Tales ondas de contracción, que pueden suceder a una frecuencia de tres por minuto, maceran y mezclan por completo el alimento con el jugo gástrico. El alimento pasa periódicamente desde el estómago hacia el duodeno; esto se debe a la contracción de los músculos de la pared del estómago. Estos músculos están inervados por el nervio vago que estimula la contracción de la musculatura gástrica y permite la apertura del esfínter situado entre el estómago y el duodeno, el píloro. Debido a que la sección de estos nervios conduce a una parálisis en sólo unos días, el

estómago, al igual que el corazón, se debe considerar como un órgano automático. Se desconoce si el automatismo está determinado en la musculatura o en un mecanismo nervioso intrínseco. Las fibras nerviosas simpáticas en los nervios esplénicos tienen efectos opuestos a los del nervio vago e impiden el vaciamiento gástrico.

Hambre. Se sabe que en el ser humano, las contracciones del estómago vacío están asociadas con espasmos de hambre. Sin embargo, el mecanismo del hambre es más complicado y sólo está relacionado de forma secundaria con el estómago.

Trastornos gástricos. Muchos de los síntomas que se atribuyen a enfermedades del estómago pueden estar originados por trastornos psicosomáticos, enfermedades sistémicas generales o enfermedades de órganos vecinos, como el corazón, hígado o riñones. Además de las úlceras y el cáncer, las alteraciones gástricas incluyen: dispepsia (indigestión gástrica), gastritis y estenosis, además de las originadas por las cicatrices de las úlceras curadas.

El estómago es un depósito que recibe los líquidos y los sólidos ingeridos que provienen del esófago. Se ubica a la izquierda del organismo, en la zona superior del abdomen, y presenta forma de saco redondeado en su parte más alta, aplanada en la porción media y cónica en la terminal. Tiene dos orificios:

1. El cardias, que lo comunica con el esófago.
2. El píloro, que lo une al intestino delgado.

Las paredes del estómago son musculosas y su interior se encuentra revestido de numerosas glándulas gástricas que segregan ácido clorhídrico y enzimas (proteínas cuya presencia hace aumentar la velocidad de las reacciones químicas). La función de tales sustancias consiste en favorecer la digestión de los alimentos y hacer que éstos adquieran consistencia líquida, para pasar a continuación al intestino delgado.

DIGESTION INTESTINAL

INTESTINO. Porción del tracto digestivo situado entre el estómago y el ano.

El intestino se divide en dos secciones principales:

INTESTINO DELGADO, que tiene unos 6 m de longitud, donde se produce la parte más importante de la digestión y se absorben la mayoría de los nutrientes.

El intestino delgado está enrollado en el centro de la cavidad abdominal y está dividido en tres partes: duodeno, yeyuno e íleon, aunque la separación entre cada uno de ellos no presenta límites definidos

La porción superior o duodeno comprende el píloro, la abertura de la parte inferior del estómago por la que vacía su contenido en el intestino. El duodeno tiene la forma de una herradura que rodea tanto a una parte del páncreas y el conducto pancreático, como a los conductos del hígado y de la vesícula biliar que vierten en él.

El yeyuno o parte media del intestino delgado se extiende desde el duodeno hasta su porción terminal o íleon, y este a su vez acaba en un lado de la primera porción del intestino grueso llamada el ciego.

Las paredes del intestino delgado constan de cuatro capas concéntricas denominadas, de exterior al interior, serosa, muscular, submucosa y mucosa. La capa de tejido intestinal presenta pequeñas protuberancias en forma de dedo llamadas vellosidades, de cuya superficie surgen otras más pequeñas, las microvellosidades. Mediante estos salientes se aumenta la superficie intestinal unas 25 veces, lo que acrecienta la eficacia de la absorción.

Cuando las enzimas digestivas han disociado las grandes moléculas de proteínas, polisacáridos, ácidos nucleicos, lípidos en sus subunidades constituyentes, los productos son absorbidos por la pared del intestino, especialmente del intestino delgado. Incontables pequeñas eminencias en forma de dedo llamados vellos, cubren toda la superficie de la mucosa intestinal, cada vello contiene una red de capilares sanguíneos, y un capilar linfático en su centro, al cual son transferidos los nutrientes. Los pliegues, vellos y microvellos juntos proporcionan una enorme superficie por la que puede producirse la absorción.⁵

FUNCIONES.

Las principales funciones que desempeña el intestino delgado son:

1. El avance del alimento procedente del estómago.
2. El desarrollo de la fase terminal de la digestión con jugos que segregan tanto sus propias glándulas como otras accesorias (hígado y páncreas)
3. Y por último, la absorción de los productos alimenticios que se liberan en la digestión para que pasen a la sangre y, a través del torrente circulatorio, sean transportados a los lugares del organismo donde son necesarios.⁶

La absorción es un complejo proceso producido en parte por simple difusión física, en parte por difusión facilitada y transporte activo. Las distintas hexosas son absorbidas por transporte activo, por un proceso que requiere el gasto de energía para mover las moléculas contra un gradiente químico. Las distintas hexosas, glucosa, fructosa y galactosa, son absorbidas a diferente velocidad.

En el tracto intestinal viven miles de millones de bacterias normalmente inofensivas siempre que no se extiendan a otras partes del cuerpo. Se alimentan de la fibra no digerida de la materia fecal y ayudan a reducir así la cantidad de heces que se producen. Al ser excretadas, aproximadamente una tercera parte de heces se componen de estas bacterias

INTESTINO GRUESO.

El intestino grueso, es la última porción del aparato digestivo que tiene un diámetro mayor, una longitud aproximada de 1,5 m y es donde se absorbe el agua y determinados iones; desde él se excretan los materiales sólidos de desecho.

El ciego es la parte que comunica con el intestino delgado a través de la válvula ileocecal, y en la que se encuentra el apéndice vermiforme, cuya inflamación puede originar apendicitis, en cuyo caso es necesario extirparlo. El colon se subdivide en cuatro secciones:

1. Colon ascendente, que va de abajo hacia arriba hasta la zona inferior del hígado.
2. Colon transverso, cuyo recorrido es horizontal de derecha a izquierda y se sitúa a la altura de la décima costilla.
3. El descendente, dirigido de arriba hacia abajo y que se ubica delante del riñón izquierdo.
4. Por último, el Sigmoides, que se incurva dos veces sobre sí mismo, se sitúa en proximidad de la tercera vértebra sacra y continúa con el recto, que termina en el orificio anal, así, el aparato digestivo se comunica con el exterior del organismo.

SUS FUNCIONES.

1. Absorción del agua de los líquidos que no han sido asimilados en el intestino delgado y también los electrolitos (sustancias que, disueltas en agua, se descomponen para formar partículas cargadas eléctricamente).
2. Almacena las sustancias sólidas de desecho hasta que son excretadas.

El quimo en el intestino grueso

El quimo pasa del íleon (la última parte del intestino delgado) a través de la válvula ileocecal. Cada vez que se abre la válvula, una parte del quimo es empujado desde el íleon hacia el ciego para moverse por el colon ascendente.

Formación de desechos y defecación

Aunque las materias que llegan al colon han perdido mucha parte de sus componentes, el conjunto todavía es líquido. Cierta cantidad de agua es absorbida en el intestino delgado, aproximadamente la equivalente a la aportada por la bilis y el jugo pancreático. La principal función del colon es absorber agua y reducir las deyecciones a consistencia semisólida. En el colon se producen también los mismos movimientos que en el intestino delgado, peristálticos y rítmicos, aunque unos y otros son más lentos y perezosos que los correspondientes en el segmento anterior.

De cuando en cuando, movimientos peristálticos más enérgicos impelen las materias hacia el recto; estos movimientos son mas frecuentes después de haber comido, debido a un mecanismo reflejo por el cual la repleción del estómago estimula el vaciamiento del colon.⁵

Páncreas

Es una glándula grande y lobulada que asemeja a las glándulas salivales en su aspecto estructural.

Es una glándula de secreción doble tanto exocrina como endocrina, en páncreas secreta jugo pancreático por medio del conducto pancreático asía el duodeno por el tejido acinar del páncreas

La glándula pancreática está situada detrás del estómago y resulta imprescindible para la vida. Su fisiología se centra en la secreción de sales alcalinas (bicarbonatos) con el objeto de poder neutralizar los ácidos del estómago, así como las enzimas necesarias para la digestión. Por otra parte, desempeña un papel decisivo en la producción de hormonas, por medio de los islotes pancreáticos, contiene dos tipos de células: células beta que producen y secretan insulina, y células alfa que producen y secretan glucagon.

La insulina regula la captación de glucosa de la sangre por la células, y en consecuencia sirve para regular la concentración o cantidad de glucosa que hay en el torrente sanguíneo.⁶

Hígado:

Esta situada en la porción superior de la cavidad abdominal bojo la cápsula diafragmática. Su peso oscila en torno a los 1,5 Kg. No tiene una sola función, sino que desarrolla múltiples procesos (almacenaje de grasas, carbohidratos y proteínas, producción de proteínas para la coagulación sanguínea, etc.)⁵

⁵ Pagina realizada por <http://www.monografias.com/trabajos6/adig/adig2.shtml#intes>

⁶. Anatomía y fisiología, Jacob-franccone, 2da edición, editorial interamericana.

El órgano hepático es la glándula más voluminosa del cuerpo humano. Formado por cuatro lóbulos todos ellos el único que parece directamente implicado en el funcionamiento del aparato digestivo es la síntesis de la bilis, sustancia líquida y viscosa, de color amarillo verdoso, que interviene en la digestión de las grasas y evita la putrefacción intestinal.

Esta formado por cuatro lobulillos principales, cada uno de ellos dividido en múltiples lobulillos, que son las unidades funcionales del hígado.⁶

Como la glucosa se absorbe con facilidad del intestino delgado hacia la sangre, cuando su concentración en sangre empieza a elevarse, las células hepáticas la captan y combinan para formar las grandes moléculas de glucógeno, de esta manera la glucosa se almacena para untarse después. Este proceso se conoce como glucogénesis. Más tarde entre la comidas, las células hepáticas invierten el proceso en una forma reguladora para suministrar en la sangre la glucosa que el cuerpo necesita. Este proceso inverso se conoce como glucogenólisis, así mismo el hígado también se encarga de la gluconeogénesis.

La células hepáticas también almacenan vitaminas como A, D, E, Y K, así como de vitamina B12 y algunas otras vitaminas hidrosolubles.

Vesícula biliar.

Entre comidas la bilis asciende por el conducto cístico hasta la vesícula biliar para su concentración y almacenamiento, después de las comidas cuando hay abundantes grasas en el duodeno, hay drenaje de bilis por la vesícula biliar y el hígado que se unen en el conducto colédoco y entra al duodeno.

La bilis es muy importante en el desdoblamiento y digestión de las grasas y es esencial para la absorción de vitaminas liposolubles.⁵

La bilis se halla contenida en una pequeña vejiga en la que se elimina el exceso de agua. Si la concentración biliar es excesiva, pueden producirse cálculos, que se deben extirpar mediante cirugía.⁶

⁵ Pagina realizada por <http://www.monografias.com/trabajos6/adig/adig2.shtml#intes>

⁶. Anatomía y fisiología, Jacob-franccone, 2da edición, editorial interamericana.

Defecación

La defecación en parte es voluntaria, debido a la contracción de los músculos de la pared abdominal y del diafragma, y a la relajación del esfínter externo del ano, y en parte involuntaria, dependiente de la relajación del esfínter interno del ano y de la contracción del intestino grueso y el recto, que impulsan las heces hacia el ano. La distensión del recto y el estímulo resultante de los nervios de sus paredes es lo que despierta el deseo de defecar. Si este aviso se desatiende, el recto se adapta al nuevo tamaño, el estímulo se reduce y por fin desaparece.

11. Recto y ano

Recto: Forma parte del intestino grueso, y está situado a continuación de este. Tiene forma cilíndrica, excepto en su parte inferior, llamada ampolla. Se llama recto porque es mucho menos flexuoso que el colon. Tiene por término medio, 13 cm. de longitud. En su interior presenta dos especies de válvulas (válvulas de Houston), una de ellas (la de Kohlrausch) bastante visible en el lado derecho. En su parte inferior hay una serie de repliegues curvilíneos, las válvulas semilunares de Morgagni, separadas entre sí por las columnas del mismo nombre.

Ano: Por debajo del recto está el canal anal, de unos cuatro cm. de longitud, revestido de crestas verticales llamadas columnas anales. En las paredes del canal anal hay dos fuertes hojas planas de músculos llamados esfínteres interno y externo, que actúan como válvulas y que se relajan durante la defecación.⁵

⁵ Página realizada por <http://www.monografias.com/trabajos6/adig/adig2.shtml#intes>

⁶. Anatomía y fisiología, Jacob-franccone, 2da edición, editorial interamericana.

V.5 OSTOMIAS

Antecedentes históricos

El tratamiento en ciertas patologías, descomprimiendo el intestino y creando la era de las colostomías, fue ideado por valiosos curanderos 400 años AC con total fracaso hasta el siglo XIX DC, en que practicaron cecostomías drenadas por tubos.

En 1892 se concientiza la importancia colostómica, denominan Colostomia temporal y proponen que el tratamiento se realice con tres actos quirúrgicos, en 1898 que se realice con dos cirugías, con relativo éxito, la mortalidad era del 85%.

Siglo XX: la Técnica Quirúrgica progresa y avaliza la enseñanza en Universidades y práctica en hospitales del mundo, para curar heridas coloproctológicas por traumas, cáncer oclusivo, vólvulos y otras estrangulaciones, pseudodivertículos, cirugías y colostomías complicadas, afecciones de ano y periné, etc.; protocoliza la clasificación según la técnica creada por cirujanos de la época.

Este siglo quirúrgico superó la problemática de salud coloproctológica hasta 1950, el éxito fue satisfactorio, vivíamos la era pre-antibiótica.

A partir del medio siglo, especialmente desde 1960 el convencimiento que las colostomías han salvado muchísimas vidas, se consolida con la antibioticoterapia aunque con riesgos de producir resistencia.

A partir de 1970 se realizaron reparaciones primarias de heridas de colon con menos de 6 horas de evolución. Desde 1985 relacionando la nobleza colostómica con la integridad anatómica y funcional de órganos y sistemas, se reparan primariamente heridas coloproctológicas con más de 6 horas de evolución y en el tratamiento de afecciones emergentes y complicadas, acompañadas de I.T. (Ileostomia Transcecal) que impone reposo al colon para que la maquinaria biológica cumpla su función regeneradora, en 1990 respetando la dinámica reconstructora del ciego que demuestra al cerrar cecostomías espontáneamente surge un aporte más del cirujano, la Jareta Quirúrgica (J.Q.).⁷

⁷ . http://www.medicoscuador.com/carlos_malatay_monar/articulos/ileostomia.html

El uso de las colostomías como tratamiento temporal en urgencias traumáticas y no traumáticas ha reducido significativamente la morbilidad y mortalidad. Todos los procedimientos quirúrgicos poseen alguna probabilidad de presentar complicaciones y los cierres de colostomía no son ajenos a ellas.

El uso de colostomías temporales se introdujo para los pacientes traumatizados a partir de la Segunda Guerra Mundial y posteriormente se generalizó para el manejo de diferentes patologías colónicas. En el momento existen cuestionamientos y alternativas para su uso rutinario, pero continúa siendo la única posibilidad en muchas circunstancias.

En estudios retrospectivos las tasas de complicaciones para los cierres de colostomías varían entre 10 - 50%, con una mortalidad de 0 - 10%. La complicación que se presenta más frecuentemente es la infección del sitio operatorio (ISO), que aunque ha disminuido sigue siendo causa de morbilidad en 10 - 38% de los pacientes. Otras complicaciones que se observan posteriormente al cierre de la colostomía son: dehiscencia de sutura, filtraciones o fistulas entéricas, estenosis u obstrucción intestinal, peritonitis y hernias paraostomales.

Las complicaciones posteriores al cierre de ostomías han sido asociadas con diferentes factores entre los que se cuentan: edad (pacientes mayores de 50 años) ; indicación de la ostomía enfermedad diverticular; localización anatómica de la lesión (el colon izquierdo está asociado a más complicaciones); tipo de colostomía (en asa tiene menor número de complicaciones); el denominado "factor cirujano" (personal en entrenamiento muestra tasas más altas) ; enfermedades asociadas; tiempo entre construcción de la ostomía y su cierre; cierre de piel; preparación mecánica y antibióticos; y técnica de cierre.⁸

Adelantos quirúrgicos menos traumatizantes y de anestesia que brindan permanente saturación de O₂ y viabilidad de tejidos; adecuado manejo del ecosistema digestivo, cauteloso y agresivo uso de antibióticos, oportuno soporte nutricional parenteral para estabilizar en grado óptimo la compensación metabólica y con ella las capacidades inmunológicas, el potencial biológico para desactivar radicales libres y cumplir en forma perfecta el reciclaje biológico y cicatrización de las reparaciones.⁷

⁷ . http://www.medicosecuador.com/carlos_malatay_monar/articulos/ileostomia.html

⁸ . <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/ciru19404-evaluacion.htm>

Los traumatismos abdominales son por diversas causas. Del 100 % se distribuyen en individuos de entre 14 y 31 años de edad. Entre las causas más frecuentes están:

- o Arma Blanca 52.9%
- o Arma de Fuego 25.6%
- o Iatrogénicas 10.8%
- o Contusiones 8.8%
- o Cuerpos extraños 1.9%

Especial consideración hay que tener con las armas de alta velocidad, que ante un órgano hueco y con gas como el colon, producen una expansión al entrar el proyectil, llegando a provocar una verdadera explosión del colon con un daño secundario muy severo.

Las partes afectadas por traumatismos generalmente son los segmentos móviles del colon, o sea, el transverso y el sigmoides, que son partes que no son retroperitoneales, lo que de alguna forma es una suerte de protección ante una herida por arma blanca o una contusión.

- Transverso 30.4%
- Sigmoides 19.6%
- Ciego 12.7%

Lo que se debe hacer es operar, y hacerlo dentro de las primeras 6 horas para evitar complicaciones como la peritonitis estercorácea. En ciertas lesiones se puede realizar una sutura primaria de la zona afectada como en las heridas cortopunzantes, en un paciente en buen estado general, joven, sin patologías asociadas y dentro de las primeras 6 horas. En los casos complicados como los causados por contusiones de importancia o heridos por proyectiles de alta velocidad, se debe recurrir a la ostomía y suturar cuando el cuadro agudo de contaminación de cavidad abdominal o una peritonitis hayan sido superados.⁸

⁸. <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/ciru19404-evaluacion.htm>

CONCEPTOS

Ostomia.

Es el resultado de una operación que hace que las deposiciones tomen un nuevo camino de salida hacia el exterior por la pared abdominal.⁹

Paciente ostomizado

Persona que ha sido objeto de una intervención quirúrgica para obtener una derivación fisiológica que aboca al exterior en un punto diferente al orificio natural, conllevándole alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control de esfínteres), psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción) como consecuencia de las anteriores modificaciones

Ileostomía

Es una abertura producida quirúrgicamente en la pared abdominal, por la cual pasan heces fecales. La terminación del íleon (la porción más inferior del intestino delgado) es traída a través de la pared abdominal para formar un estoma. Se puede realizar una Ileostomía cuando un colon enfermo o dañado no puede ser tratado exitosamente con medicina.¹⁰

⁹ . Pagina realizada por <http://www.cimat.mx:88/~omar/susy.html>

¹⁰ . Pagina realizada por, <http://escuela.med.puc.cl/deptos/Cxdigestiva/Ostomia.html>

CLASIFICACION

POR UBICACIÓN

. Respiratorios

Digestivos

Urinarios

POR TIEMPO

Temporal

Permanentes

ESTOMAS DIGESTIVOS.

De alimentación

Faringostomía

Esofagostomía

Gastrostomía.

De descompresión

Gastrostomía.

Ileostomia.

Colonostomía.

COMPLICACIONES

INMEDIATAS.

-Necrosis

-Infección y separación muco cutánea

-Hundimiento.

-Hemorragia

-Edema

TARDIAS

-Estenosis. - Absceso

- Fístula. - Prolapso.

- Hernia -Ulceras

- Retracción -irritación cutánea

- Obstrucción intestinal. - Ulcera

- Retracción ¹⁰

¹⁰ . Pagina realizada por, <http://escuela.med.puc.cl/deptos/Cxdigestiva/Ostomia.html>

La porción del intestino que sobresale se llama ESTOMA y lleva el nombre de acuerdo a su localización: COLOSTOMIA si es del intestino grueso o ILEOSTOMIA si es del intestino delgado ileon, yeyunostomía en la porción de yeyuno. La estoma no puede controlarse voluntariamente, por esta razón es que se necesita una bolsa especial que permita recolectar las deposiciones.

En el caso de una Colostomia, es el Intestino Grueso (Colon) el que se comunica con el exterior. Si la comunicación entre un órgano y la piel (o bien entre dos órganos huecos) no hubiese sido provocada voluntariamente, por cirugía, sino espontáneamente, por enfermedad o accidente, se trataría de una FISTULA.

Si se exterioriza la primera porción del Intestino Grueso (Colon Ascendente), el estoma quedara localizado en el lado derecho del abdomen, siendo las heces de consistencia liquida o semilíquida y de eliminación frecuente.

Si la derivación se realiza a nivel del tramo intermedio del Intestino Grueso (Colon Transverso), el estoma normalmente queda por encima del ombligo o un poco lateralizado. En este caso las heces son semisólidas y de eliminación semifrecuente.

Ahora bien, si lo que se deriva es la ultima porción del Intestino Grueso (Colon Descendente o Sigmoide), el estoma quedara situado en el lado izquierdo del abdomen y las heces serán sólidas, similares a las que se eliminan por el ano.

Las colostomías pueden ser temporales o definitivas. En el primer caso el intestino puede ser nuevamente empalmado, con lo que se restablecerá el transito intestinal. Serán definitivas cuando debido a la extirpación del ano ya no haya posibilidad de reconstrucción

ILEOSTOMIA

El contenido digestivo que sale por una Ileostomia es muy irritante para la piel ya que es de consistencia liquida o semilíquida, con un PH ácido y con un alto contenido en enzimas, necesarios para la digestión. Por ello, los cirujanos construyen estos estomas haciéndolos sobresalir, a modo de tetón, para que así las heces se viertan en la bolsa y no contacten con la piel de alrededor.

Es necesario asumir que el estoma carece de esfínter, y que por lo tanto, las heces saldrán por el de manera continua. En el intestino delgado no se suelen producir fermentaciones de las heces, por lo que los gases que se produzcan procederán, en su mayor parte, del aire tragado con los alimentos o bien de determinadas bebidas con gas.

Se debe tener en cuenta, lo que se elimina por el estoma son heces muy corrosivas para la piel.

La piel que rodea el estoma se debe mantener siempre íntegra, en un estado saludable, ya que de eso va a depender el bienestar del ostomizado. Por ello, habrá que utilizar una barrera que impida su irritación por el contacto con las heces. Esta barrera es el adhesivo de la bolsa propiamente dicho.

En la actualidad estos adhesivos llevan en su composición unas sustancias denominadas hidrocoloides, que miman y protegen la piel. Por este motivo, se deberá ajustar perfectamente el adhesivo a su estoma (como anillo al dedo) sin dejar nada de piel al aire.

NORMAS GENERALES SOBRE LA DIETA

Se deberá llevar una dieta sana y equilibrada en la que estén presentes los diferentes principios inmediatos, sales minerales y vitaminas necesarias para el equilibrio del organismo. Se debe evitar una ingesta copiosa que pueda provocar aumentos de peso no deseados y complicar la correcta adaptación de los dispositivos colectores. No se debe privar de agua. Debe beber siempre que tenga sed.

El hecho de beber menos de lo que le apetezca no es en absoluto conveniente. Dado que con una Ileostomía falta todo el intestino grueso, es conveniente tomar alimentos que enlentezcan el tránsito intestinal para favorecer la absorción de nutrientes. Entre estos alimentos se encuentran aquellos que son pobres en residuos o carecen de ellos. Los residuos de la dieta son aquellas sustancias que no se pueden absorber por el intestino y que favorecen el tránsito intestinal. Sobre todo están presentes en las frutas y verduras. Así, si la dieta es rica en residuos, se acelera el tránsito y las heces son más líquidas y viceversa. Al disminuir o eliminar los residuos de la dieta, se favorece la absorción de los nutrientes y una mayor consistencia de las heces.

Con respecto a la sal, a no ser que haya alguna contraindicación, es conveniente tomar los alimentos con la sal normal o ligeramente salados. Esto se debe a que al faltar el colon, no se puede recuperar todo el sodio y es conveniente suplementarlo. Es muy importante comer despacio y masticar bien los alimentos.

NORMALMENTE NO SIENTA BIEN: Legumbres (Guisantes, Lentejas, Judías, Garbanzos), Patatas Fritas, y otros Frutos Secos, Coco, Cebolla, Coles, Coliflor, Pimientos, Ciruelas, Cerezas, Higos, Dulces con mucha grasa.²

COMPLICACIONES DE LOS ESTOMAS:

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

Estenosis: Se produce por estrechamiento en el orificio de la estoma.

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

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

- . Valorar signos de oclusión intestinal.
- . Adecuación de las bolsas colectoras.
- . Aconsejar el uso del cinturón.
- . Usar fajas para controlar la presión abdominal.

¹ Principios de cirugía. Schwartz, Shires, Spencar. 6ª edición Vol. 1

² . Pagina realizada por <http://www.fundacionostomia.org/SER/perfilpacientes.asp>

. Evitar esfuerzos físicos y aumento de peso. ¹

¹ Principios de cirugía. Schwartz, Shires, Spencar. 6° edición Vol. 1

² . Pagina realizada por <http://www.fundacionostomia.org/SER/perfilpacientes.asp>

. Valoración quirúrgica.

Retracción: Hundimiento del estoma hacia la cavidad abdominal.

. Prevenir irritaciones cutáneas utilizando dispositivos adecuados.

. Evitar el aumento de peso.

. Recomendaciones para evitar estreñimiento.

. Reconstrucción quirúrgica del estoma.

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

. Detección y valoración de la permeabilidad del estoma y del color de la mucosa prolapsada.

. Reducción manual por parte del profesional experto.

. Correcta adaptación de la bolsa colectora.

. Necesidad de control por el cirujano cuando aparece bruscamente y es de gran tamaño.

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

. Fulguración con nitrato de plata.

. Evitar traumatismos con el cambio de dispositivo.

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

. Buscar un dispositivo adecuado.

. Utilizar pastas de relleno.

. Usar cinturón si es necesario.¹

VI. CASO CLINICO

El Sr. José Luis garcías Rodríguez, es un hombre de 39 años de edad, Tes. Clara ligera palidez nació en la ciudad de Morelia, Michoacán. El 10 de septiembre de 1965, no fuma no ingiere bebidas alcohólicas, enfermedades heredo familiares negados, alergias negadas ruidos cardiacos y pulmonares normales, no se agita con facilidad, pesa 49 kilos talla 1.45, metros T / A 80/40, frecuencia cardiaco 80/min. Respiración 20/min. Temperatura de 36°C, se dedica a la plomería y algo de electricidad desde la adolescencia, actualmente es residente de esta ciudad; su situación económica es desfavorable puesto que es el sustento de su hogar, la vivienda que habita es de concreto en obra negra cuenta con una cocina, 3 recamaras, baño y con todos los servicios

Ingresa a la clínica hospitalaria por desequilibrio electrolítico, anemia y desnutrición moderada, refiere que hace 6 meses desempeñado su trabajo sufrió una descarga eléctrica causando que cayera de una altura de 10 metros, resultando traumatismo abdominal como consecuencia perforación intestinal, le realizaron colostectomía dejando una doble Ileostomía temporal, una fístula y al otro realiza la función de defecación, las cuales son en 20 minutos después de la ingesta de alimentos, siendo de 10 a 12 evacuaciones por día, esto conlleva a una mala y casi nula absorción de los nutrientes, desde entonces a perdido 20 kilos después de una valoración nutrimental se indica colocación de catéter central 3 vías e inicia la alimentación para enterar y una dieta oral astringente sin lácteos sin fibras un litro de líquidos 24 horas como entre comidas, todo ello con la finalidad de llegar a un estado optimo para realización de anastomosis.

Sus movimientos son lentos y débiles requieres ayuda para levantarse caminar y en la ducha refiere tener mareos y perder fácilmente el equilibrio sus familiares cambian la bolsa recolectora de la Ileostomía en ocasiones se derrama el contenido de la bolsa causando irritabilidad y la creación de la piel. Su baño es cada tercer día en ocasiones diariamente el espillado de dientes por la mañana y después de cenar su cabello es abundante y los cepilla con frecuencia las uñas de manos y pies las mantiene cortas.

A diario se encuentra somnoliento expresa dormir poco debido al dolor de extremidades inferiores que aumenta conforme pasa la noche y disminuye con el calor orina de 3 a 4 veces

en la noche está orientado en espacio y tiempo es alegre lenguaje fluido, claro y abundante es de religión católica acostumbra a asistir a misa cada domingo debido a su constante a su hospitalización no asiste a la iglesia y lo reemplaza leyendo libros religiosos y expresa lo que a entendido de la lectura menciona sentirse intranquilo por no poder bautizar a su hija de 8 meses por falta de dinero y tiempo, no pierde el animo exclamo: muy pronto lo haré es muy observador, constantemente pregunta el porque de los procedimientos a realizar.

4 días posteriores al inicio de la alimentación parenteral, presenta fiebre de 38 a 40°C durante 8 días, principalmente por la tarde. Debido a esto se pospuso intervención quirúrgica para anastomosis. Se retira catéter central después de esto no presento fiebre.

Por orden medica se envía a analizar secreción de catéter central al retirarse, reportado por laboratorio bacteria estafilococo epidermidis.

Los estudios de laboratorio reportan una hemoglobina 10mg/dl por lo que se indica la transfusión de 2 unidades de sangre 1 día antes de la intervención quirúrgica y otras 2 unidades durante el trasnsoperatorio, no se presentaron complicaciones durante la intervención.

Tres días posoperado presentó temperatura de 38°C durante 2 días, debido a una infección de herida quirúrgica a pesar de las medidas de asepsia diariamente.

Se inicia la alimentación vía oral, exclusivamente líquidos, y paulatinamente se agregan papillas, y sucesivamente se inicia alimentación sólida.

Dos semanas después de la intervención quirúrgica y en un estado adecuado, egresa de la clínica hospitalaria. Por lo que se visita en su hogar para continuar el proceso.

El señor José Luis presenta dolor abdominal, cólicos, y distensión, refiere que esto sucede cuando come hasta satisfacerse, requiere comer poco pero no se queda con apetito.

A medida que los alimentos son comidos con mayor consistencia presenta estreñimiento, cólicos y distensión abdominal.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA

7.1 VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

A la exploración y auscultación se escuchan ruidos cardiacos y pulmonares normales, no presenta dificultad para respirar, no se agita con facilidad, no fuma, sus respiraciones son de 20/min. Frecuencia cardiaca de 80 min. T/A de 80/40 mmHg

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Presenta ligera palidez, desequilibrio electrolítico, desnutrición moderada clínicamente diagnosticada, hemoglobina de 8.9mg/dl. Pesa 49kg y mide 1.54mts Ileostomia con evacuaciones rápidas y frecuentes, su dieta es oral astringente, sin fibra ni lácteos, (tres veces al día), consume escasos líquidos menos de 1lt al día, come entre comidas, frutas sin cáscara pan sin fibra, galletas de caja, y gusta de todo.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Sus eliminaciones son por Ileostomia de 10 a 12 veces por día, 20 min. Posteriores a la ingesta de alimentos, a perdido 20kg de peso corporal, en menos de 2 meses, su frecuencia urinaria de 9 veces por día, sin otra alteración, la sudoración nocturna es normal.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Su postura es adecuada en reposo, sus movimientos son lentos y débiles, requiere de ayuda para levantarse, caminar y durante la ducha, refiere tener mareos, y perder el equilibrio fácilmente.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y REPOSAR

Con frecuencia se encuentra somnoliento, refiere dormir poco debido a dolor de extremidades inferiores que aumentan conforme pasa la noche, y existe una ligera disminución con el calor, orina 3-4 veces durante la noche en un contenedor que se le proporcionan

6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESNUDARSE.

Es capaz de vestirse y desnudarse solo, con mucha dificultad, su forma de vestir es adecuada a la situación que presenta, usa short, aún con la bata de clínica y calcetines que le cubren la rodilla.

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACION.

La temperatura corporal a la toma fue de 36°C. Una semana después de inicio de la nutrición parenteral presento temperatura de 38-41°C durante 8 días, esto es más frecuente por la tardes, extremidades inferiores hipotermicas al tacto.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

Su baño es cada tercer día, en ocasiones diariamente el cepillado de dientes es dos veces al día, su cabello es abundante y lo cepilla con frecuencia, las uñas de pies y manos las mantiene cortas. Presenta irritabilidad en la piel alrededor de las estomas, debido a que en ocasiones se derrama el contenido de la bolsa recolectora.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

El esta consiente de que requiere de ayuda para trasladarse, y para el baño, debido a los mareos y falta de equilibrio, se encuentra orientado en espacio y tiempo , es trasfundido debido a la anemia importante que se reporta, se le realiza anastomosis, presenta infección de herida quirúrgica a los tres días posquirúrgico, tiene penros en orificio de estomas.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES.

Su lenguaje es claro y coherente, es alegre, su estado de animo es estable, no se deprime a pesar de sus complicaciones y problemas económicos, su familia está con el diario, la mayor parte del día, sus amigos lo visitan con menos frecuencia pero el se siente bien con ello.

11. NECESIDAD DE ACTUAR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS Y NECESIDADES.

Es de religión católica, asistía a misa los Domingos, debido a su padecimiento ya no va, pero lo sustituye leyendo libros religiosos, y expresa lo que entiende. Refiere sentirse intranquilo pues no ha podido bautizar a su hijo de 8 meses por no tener dinero y sus constantes hospitalizaciones, pero dice: lo hará muy pronto en cuanto se recupere.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Su oficio ha sido la plomería y la electricidad, menciona sentirse incapaz de trabajar por su padecimiento, se fatiga con facilidad, en consecuencia no ha logrado lo que tenía planeado antes de su accidente.

13. NECESIDAD DE RECREARSE.

Anteriormente salía de paseo con su esposa e hijos, pero es algo que por su hospitalización y su situación desfavorable económicamente ahora no hace, sin embargo menciona que cuando se recupere, lo hará nuevamente, en el hospital lee libros que se le proporcionan.

14. NECESIDAD DE APRENDER.

Es muy observador, expresa todas sus dudas respecto a los procedimientos que se le realizan, su nivel de inteligencia es óptimo expresa entender lo que se le explica, refiere sentirse tranquilo, y agradecido por que se le informe.

7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE No 1

Síndrome de mala absorción intestinal secundaria a Ileostomia postraumática, provocando anemia moderada y desnutrición moderada.

OBJETIVO

El Sr. José Lius disminuirá sus evacuaciones logrando una mayor solidez y una mejor absorción de nutrientes, logrando un estado optimo nutricional.

7.3 PLANEACION.

- ❖ Mantener dieta astringente indicada por la nutriologa.
- ❖ Orientar al paciente y familiares a cerca de los alimentos permitidos para una dieta astringente, verduras y frutas sin cáscara, no consumir lácteos, nada de fibra, sin grasas comidas secas, un aporte de líquidos como máximo 1 litro por día, sopa de arroz, pan tostado o blanco, un aporte mínimo de proteínas, debido a la alimentación parenteral, evitar la tortilla.
- ❖ Sugerir modificar el número de comidas al día, de 3 veces al día, a 5 comidas por día una y en cantidades menores a lo normal, colación entre cada una, así como la ingesta de alimentos ricos en hierro, ya que estos aumentan la hemoglobina.
- ❖ Verificar la dieta sea adecuada a lo indicado, es decir contenga los alimentos de una dieta astringente, ya que el personal de la cocina no tiene conocimiento de este tipo de dieta.

ACCION INTERDEPENDIENTE.

- ❖ Se proporciona antidiarreicos diariamente por indicación médica cada 8 horas, administrada en horarios de 8, 16 y 24 horas auxiliada del resto del personal de enfermería
- ❖ Se inicia alimentación parenteral a las 15 horas con una duración de 48 horas administrada por catéter central tres lumen, preparada y proporcionada por la nutrióloga
- ❖ Control estricto sobre el goteo continuo de la alimentación parenteral una vez iniciada, (30 gotas x minuto) relacionado con el tiempo indicado de duración de cada bolsa contenida con la alimentación. (Para 48 horas). Por el motivo de no tener bomba de infusión.
- ❖ Heparinización de lumen medial diariamente, con horario establecido de las 18 horas con la finalidad de mantener catéter permeable.

- ❖ Se utiliza técnica estéril para realizar el cambio de bolsa contenida con alimentación parenteral, por cada bolsa equipo de venoclisis nuevo.

7.4 EJECUCION

La dieta del Sr. José Luis es a base de alimentos sin lácteos, sin grasas, sin fibra, comidas secas como sopa de arroz, huevo con jamón, sopa de verdura seca, sin cáscara, pan blanco, galletas de caja, la ingesta de líquidos limitada a 1 litro por día, tomando en cuenta maicenas en el desayuno y cena, agua fresca o natural en la comida.

Realiza tres comidas al día, proporcionada por la clínica, y dos proporcionadas por la familia preparados en el domicilio considerando las características del tipo de dieta astringente, una entre desayuno y comida y otra entre comida y cena esto para realizar 5 comidas durante el día, todas en menor porción ya que cantidades grande de alimento aumentas la perístasis intestinal.

Come entre comidas fruta sin cáscara pan blanco o galletas de caja.

Diariamente se verifica que la dieta sea la indicada puesto que el personal que elabora las dietas, carece de conocimientos sobre nutrición.

Se proporcionan y verifica la toma de antidiarreicos tres veces al día, con ayuda del personal de los demás turnos 8, 16, 24 horas indicados por el medico.

Una vez instalado el catéter central se inicia la alimentación parenteral, con horario de 15 horas el cual se mantiene con las restantes 5 bolsas.

Cada bolsa contiene un volumen de 2000ml para 48 horas, por 12 días, un total de 6 bolsas, se regula y vigila goteo continuo, ya que no se cuenta con bomba de infusión (30 gotas por minuto) se mantiene permeable catéter central heparinizando con .6 ml de heparina y 3ml de solución salina cada 24 hrs., en un horario de 18 horas por lumen medial, se utiliza técnica estéril en cada cambio de bolsa contenida de alimentación parenteral cambiando el equipo por cada bolsa.

7.5 EVALUACION.

El mantener una dieta astringente una ingesta de líquidos máxima un litro, la disminución en cantidad de alimento y aumenta a 5 comidas por día en conjunto con los antidiarreicos, modifíco la consistencia de la evacuaciones a más sólidas y una disminución de 12 evacuaciones a 8 por día dichos cambios se presentaron a los tres días de iniciado los ajustes en su dieta.

La alimentación parenteral es preparada por la nutriologa, colocación y vigilancia por enfermería, permaneciendo catéter permeable, inicios y término de cada bolsa acorde con el tiempo establecido, logrando un estado optimo para la intervención quirúrgica para anastomosis.

Se logra un estado óptimo en relación con los requerimientos nutricionales, lo cual el paciente expresa sentirse satisfecho, esto a pesar de haber presentado fiebre 4 días posteriores al inicio de la alimentación parenteral por la presencia de estafilococos epidermidis.

DIAGNOSTICO No 1

Hipertermia relacionada con la presencia de foco infeccioso producido por estafilococo epidermidis manifestado por intensos escalofríos, piel de la cara enrojecida, seguido de frío intenso, taquicardia, taquipnea.

OBJETIVO.

El Sr. José Luis regulará y mantendrá la temperatura corporal dentro de los parámetros normales en todo momento.

PLANEACION.

- ❖ Aplicar métodos externos como medios físicos, retirando toda ropa que proporcione calor, aplicar compresas húmedas, con agua templada en cabeza, axilas, abdomen, en su defecto, sugerir una ducha con agua templada.
- ❖ Medir constantemente la temperatura corporal, cada 15 minutos por 60 minutos con la finalidad de vigilar que no exista un aumento superior y si una disminución que se encuentre en los parámetros normales.
- ❖ Vigilar durante dos o tres horas cada 15 min. durante la hipertermia una vez disminuida cada 30 min. cambios en los signos vitales, de pulso, tensión arterial, presencia de signos de deshidratación.
- ❖ Mantener un control estricto de líquidos
- ❖ Vigilar en todo momento estado de conciencia.

- ❖ Administrar antipiréticos indicados solo en temperaturas mayor a 38°C y antibiótico indicado por el medico cada 8 horas 8, 16 y 24 horas otro cada 24 horas a las 16 horas.

EJECUCION.

Presentaba fiebre vespertina, iniciando con frecuencia entre las 14 y 16 horas.

Se mantenía ventana y puerta abierta para una mejor ventilación.

Al presentar la hipertermia se le aplicaron compresas mojadas en cabeza, axilas, y abdomen, cambiando constantemente las compresas, los primeros 2 días de los 8 que presentó fiebre, las compresas, la ventilación e incluso un ventilador, no eran suficientes por lo que se daba duchas en regadera o con esponja en su cama.

Se mantenía toma de signos vitales cada 2 horas, y durante la hipertermia cada 15 min. durante una hora.

Estricto control de líquidos de esta forma se reponen líquidos perdidos vía intravenosa evitando un desequilibrio metabólico.

Durante los primeros dos días de hipertermia fue necesario aplicar antipirético, puesto que la temperatura disminuía pero no se lograba una estabilidad, con un horario de 15y 16 horas, era indicado solo en caso de temperatura mayor a 38C

Al aplicar el antibiótico el cual era doble esquema uno en horarios de 8, 16 24 horas y otro solo a las 16 horas, se comenzó a corregir el principal problema, por lo que los siguientes 6 días que presentó fiebre se corregía con medios externos o físicos.

Al concluir los 12 días con alimentación parenteral fue retirado catéter central por el médico, desapareciendo la hipertermia

EVALUACION.

Se lograba regularizar la temperatura corporal aplicando medios físicos y antipiréticos en un tiempo aproximado de 60 a 90 min. durante los días que no se aplicaba antipiréticos la temperatura se normalizaba en un tiempo de 2 horas, no se presentaba hipertermia durante la noche ni en el transcurso de la mañana, nuevamente durante la tarde comenzaba, así fueron 8 días, dicha sintomatología desapareció al retirar catéter central.

DIAGNOSTICO No 2

Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con presencia de heces fecales corrosivas en la piel, manifestado por la irritabilidad, enrojecimiento, y pequeñas ulceraciones alrededor de las estomas.

OBJETIVO.

El Sr. José Luis Recuperara la integridad cutánea, aprendiendo a tener el cuidado e higiene necesario.

PLANEACION.

- ❖ Orientación sobre los factores desencadenantes de la irritabilidad cutánea, de tal forma que se evitarán y posteriormente corregirlos.
- ❖ Realizar curación y limpieza de lesiones diariamente, dos veces por día en caso de evacuaciones frecuentes, realizar lavados cada que se amerite, utilizando agua tibia, jabón neutro únicamente, secar con palpación toda el área. Mantener limpia bolsa recolectora así como ambas estomas.
- ❖ Durante los lavados, retirar piel o tejido muerto, esto favorece la recuperación de la piel.
- ❖ Evitar cintas adhesivas para fijar la bolsa recolectora.
- ❖ Evitar sustancias irritantes como isodine, éter o algún otro antiséptico en todo momento puesto que esto favorece la irritabilidad cutánea.
- ❖ Utilizar un sistema de barrera como cremas o polvo posterior a cada aseo, las cuales no contengan aromatizantes como lanolina.

- ❖ Sugerir la utilización de ropa holgada, que permita una buena ventilación. La ropa que utilice el enfermo debe ser tallada con detergentes simples, es decir sin tanto componente ya que los residuos de jabón favorecen la irritación.

EJECUCION.

Se informa al Sr. José Luis la causa de su irritación cutánea el cual es el contacto prolongado de las heces fecales que a diferencia de las evacuaciones de otras ostomias la Ileostomia es de mayor irritabilidad por el hecho de excretar bilis.

Se retira totalmente bolsa recolectora para realiza curación y limpieza diariamente dos veces por día utilizando únicamente agua estéril y jabón neutro, la piel se humedece con el lavado por lo que facilita el retiro de tejido muerto.

Se evita isodine agua oxigenada o cualquier sustancia irritable incluyendo cintas adhesivas.

Se seca con palpación utilizando compresas limpias, se aplican polvos de oxido de zinc en área afectada, la bolsa limpia se adhiere utilizando benjuí.

En cuestión a su vestimenta, utiliza la bata de la clínica y bermuda con elástico el cual no presiona al sujetarse.

EVALUACION.

El realizar lavados y curaciones en área afectada, mejora considerablemente las lesiones del Sr. José Luis. Aplicar polvo mantiene las lesiones secas el tiempo que no se presenta la evacuación que a diferencia de las pomadas originarían mayor humedad evitando una buena adherencia de la bolsa recolectora logrando de esta forma la recuperación de la piel lacerada producida por contacto prolongado por evacuaciones corrosivas, cumpliéndose el objetivo establecido.

DIAGNOSTICO No 3

Riesgo potencial de traumatismo relacionado a la condición de debilidad y falta de equilibrio corporal.

OBJETIVO.

El Sr. José Luis no presentara ningún tipo de lesión traumática, durante el tiempo de hospitalización disminuyendo complicaciones en su estado de salud.

PLANEACION.

- ❖ Concientizar al paciente de su estado actual, el cual requiere que se le auxilie en la mayoría de sus actividades.
- ❖ Informar a los familiares el porque de su debilidad, para que consienten y así auxilien en todo lo posible al paciente.
- ❖ Sugerir que los movimientos no sean bruscos o rápidos, para evitar mareos.
- ❖ Retirar todo lo que produzca una obstrucción para el paciente, especialmente en trayectos que recorra el paciente, como objetos, cables, mobiliario, apoyar con el traslado del tripie
- ❖ Aconsejar el cambio de calzado, cómodo y que no derrape.
- ❖ Evitar caminar sobre pasillos resbaladizos, no tratar de subir escaleras
- ❖ Asistirle en todas sus actividades como ducharse, deambulación, ir al sanitario, con la finalidad de no dejarlo solo.

EJECUCION.

Se explica al Sr. José Luis y familiares que la causa de su debilidad y mareos es el resultado de su desnutrición secundaria de la mala absorción de nutrientes y su síndrome anémico.

Al incorporarse se mantenía sentado por un tiempo de 15 min. de tal forma que percibía la existencia de mareos se incorpora en su totalidad y comienza la marcha.

En su cuarto existen extensiones para la luz objetos como ventilador, banco de altura, sillas, mesa de traslado, todo esto se mantenía donde no provocara obstrucción, o de otra forma provocar caídas, tropiezos al paciente.

Utiliza zapatos con suela antiderrapante, y sandalias de igual forma.

No deambula cuando el piso esta mojado.

Se le asiste en toda la actividades que requiere de esfuerzo como ir al sanitario, trasladarse de un lugar a otro y en la ducha en regadera, en esto lo asistía en su totalidad por su esposa, refería sentirse con mayor comodidad.

EVALUACION.

El señor José Luis, no presento lesiones o accidentes debido a su condición, durante su hospitalización por tiempo de 90 días, todo el tiempo se mantuvo cooperador con lo que se indicaba para facilitar su movilización, nunca se expuso a realizar las actividades por su cuenta y sin asistencia, estaba consiente de que por el momento no le era posible. Expresaba tener la confianza tanto en enfermería como con sus familiares para solicitar ayuda, lográndose el objetivo planeado.

DIAGNOSTICO No 4

Alteración del patrón de sueño relacionado con dolor de extremidades inferiores, manifestado por somnolencia y cansancio.

OBJETIVO.

Recuperará su patrón de sueño habitual, disminuyendo o evitando el síntoma de dolor en extremidades inferiores.

PLANEACION.

- ❖ El Sr. José Luis refiere que su dolor comienza con el frío a si mismo se incluye el dato de su hipotensión.
- ❖ Proporcionar calor en extremidades inferiores utilizando medios disponible como una lámpara de chicote, es de fácil desplazo y produce calor, así mismo un cobertor para mejor abrigo de sus extremidades, con el calor se produciendo vaso dilatación, que es un posible factor de origen de dolor.
- ❖ No dormir por la tarde, puesto que es un mal hábito del sueño.
- ❖ Establecer un horario para dormir diariamente y respetarlo.
- ❖ Proporcionar juegos de mesa como de memoria, turista, baraja etc. que pueda recrearse en su habitación, el hecho de permanecer mas de una semana de hospitalizado, produce estrés.
- ❖ Realizar ejercicios de extensión y flexión de extremidades inferiores principalmente dos veces durante el día y antes de dormir.

- ❖ En caso de micciones frecuente por la noche, recomendar la ultima ingesta de líquidos sea 2-3 horas antes de la hora habitual de sueño, y vacié vejiga, esto es orine antes de acostarse.
- ❖ Vigilar que tanto disminuya el dolor con el calor, de no ser así, aplicar analgésico indicado por el médico.
- ❖ Al disminuir el dolor, es posible no concilie el sueño, recomendarle leer algún libro, revista o artículo de su interés, o escuchar música de su agrado.

EJECUCION.

Tomando como principal dato que el Sr. José Luis refiere su síntoma se origina con el frío y de mayor intensidad por las noches, cuando existe una disminución de movimientos y un flujo sanguíneo escaso por la hipotensión que produce vasoconstricción, se brinda calor con medios externos utilizando un cobertor que abrigue sus extremidades con dolor, y una lámpara encendida por periodo indefinido en dirección a miembros inferiores.

Durante el día a pesar de que se mantenía con sobnolencia no dormía, para facilitar esto se proporcionan juegos de mesa como turista o de memoria, los cuales jugaba con dos de sus hijos y un amigo.

Durante el día se le realizaban ejercicios de flexión y extensión de extremidades inferiores dos o tres veces por día y media hora antes de su horario establecido para dormir.

José Luis refería orinar una o dos ocasiones durante las primeras horas de la noche, por lo que no desde las 7 de la noche no ingerir líquidos y orinaba media hora antes de dormir.

Estableció un horario de 10 y 11 de la noche en la que se disponía a dormir.

Con todo lo anterior durante dos semanas el síntoma no desaparecía por lo que se requería administra analgésico por lo genera Ketorolaco.

El dolor desaparecía o era tolerable, pero el Sr. José Luis refería ya no poder dormir por lo que leía libros religiosos a revistas documentales, que le había proporcionada una vez identificado este problema, otra ocasiones escuchaba música con unos audífonos.

EVALUACION.

Al brindar calor y ejercicios de flexión y extensión existía vaso dilatación, por lo que el flujo sanguíneo era favorable y disminuían las molestias de dolor, fueron notables los resultados esperado el final de la segunda semana iniciada la rutina.

Los juegos de mesa dieron doble resultado inmediatamente al primer día puesto que no durmió y si se divirtió olvidando un poco su estado de salud y su ansiedad por la estancia ya un poco larga en el hospital (una semana).

Al no tomar líquidos por la tarde y orinar antes de dormir José Luis no tenía micciones durante la noche.

Los ejercicios en extremidades, las actividades de relajación no fueron suficientes durante las primeras dos semanas, por lo que se aplicaba analgésico con resultados poco favorable, después de estas semanas, el medicamento complementaba y desaparecía el dolor en algunas ocasiones no se requería del medicamento.

La lectura y escuchar música resultaba positivo, de 3 horas que duraba para reconciliar el sueño disminuyó a media o por mucho una hora, logrando dormir de 6 a 7 horas en la noche, como resultado por la mañana despertaba descansado, y refería sentirse mejor.

Diagnósticos pos anastomosis.

DIAGNOSTICO No 5.

Intolerancia a la alimentación secundaria al cambio digestivo producido por anastomosis, manifestada por cólico estomacal, distensión abdominal, temor a la ingesta de alimentos.

OBJETIVO.

El Sr. José Luis tolerara su alimentación iniciada con papillas y modificando lo necesario para incorporarlo a una dieta normal

PLANEACION.

- ❖ Comenzará la vía oral únicamente líquidos claros a tolerancia, al no presentar malestar se iniciara con papillas de frutas y verduras (sin mezclarse entre si) modificando la consistencia de los alimentos a medida que sea tolerable (de papillas- trozos pequeños).
- ❖ Una vez egresado a su domicilio se continúa con las intervenciones en su domicilio.
- ❖ Identificará los alimentos que le producen malestar.
- ❖ Establecer un horario para cada alimento siendo este el mismo diariamente, así como una colación entre los alimentos.
- ❖ Sugerir el aumento de líquidos, para lograr una mejor digestión e hidratación, como agua y jugos de frutas naturales, té como manzanilla, canela, hierbabuena, anís, estos ayudan en el control de trastornos digestivos.
- ❖ Evitar consumo de tortilla, pan blanco, grasas, irritantes cereales como arroz, leguminosas frutas secas.
- ❖ .
- ❖ Utilizar analgésicos indicados por el médico, si se amerita.

EJECUCION.

Se inicia dieta liquida al tercer día pos-operado, por tres días consecutivos tolerando adecuadamente esta desde el primer día, se continua con papillas de manzana, pera, zanahoria, calabacita, de pollo, por una semanas.

Una vez egresado (1 semanas después de la intervención quirúrgica) se continua el proceso en su domicilio, visitándole 2 o 3 veces por semana, en la cuales se confirmaba que el señor seguía las recomendaciones sugeridas.

El Sr. José Luis es de buen apetito por lo que come un poco más de la dieta establecida, refiere le produce malestar estomacal y dolor, así mismo alimentos como el arroz, la papa, las leguminosas.

Se establece un horario para cada alimento (desayuno 8 de la mañana, comida 2 de la tarde, consumía tortillas tostadas en comal casero sin grasa, una colación como fruta, verdura cocida, pan tostado, galletas de caja o marías, cena entre 7 y 8 de la noche.)

Aumenta la ingesta de líquidos, dos litros por día, en el desayuno toma jugo de naranja, zanahoria, lima. En la comida agua de frutas como guayaba, melón y en la cena té de manzanilla, hierbabuena, canela o anís, estas disminuyen las molestias de dolor de forma natural.

Evita consumo de tortillas sin tostar, pan blanco, grasas, arroz y leguminosas, los cuales no son de fácil digestión complicando su adaptación alimenticia pos anastomosis

En ocasiones al modificar la consistencia de los alimentos producía dolor estomacal por lo que se requería ingesta de analgésico indicado por el medico tratante.

EVALUACION.

La dieta líquida permite iniciar la reincorporación a la alimentación después de 4 días de ayuno.

Continuando con papilla la cual tolera desde el primer día siendo de una sola fruta o verdura a la vez tres veces por día durante la semana restante de estancia hospitalaria.

Los cambios y ajustes de consistencia fueron durante dos días, de esta forma comenzó a ingerir tortilla tostada a los 30 días pos operado existen algunas molestias al cambio de consistencia de alimentos pero mantiene un orden alimenticio y dicho malestar desaparece, necesitando de analgésico durante 8 días pos egresado.

El come entre comidas le produce satisfacción de saciedad evitando malestar o dolor abdominal

No presenta datos de deshidratación ingiere líquidos durante el día y pausadamente.

José Luis y su familia son muy cooperadores por lo que no existe dificultad en los cuidados y sugerencias.

Una vez que su dieta es de mayor solidez, presenta estreñimiento, dolor y distensión abdominal.

DIAGNOSTICO No 6

Alteración de la protección relacionada con el deterioro de la cicatrización de la herida quirúrgica, manifestado por dolor intenso, enrojecimiento, ardor y drenaje purulento.

OBJETIVO.

El Sr. José Luis logrará una adecuada cicatrización, sin presentar nuevamente deterioro cicatrizante.

PLANEACION.

- ❖ Realizar curaciones y lavados exhaustivos de herida quirúrgica, retirando tejido muerto cuando sea necesario, con la finalidad de una mejor cicatrización.
- ❖ Mantener seca y cubierta con gasas estériles.
- ❖ Prevenir irritación cutánea, (contacto con cinta adhesiva jabones agresivos)

- ❖ Llevar un registro de signos vitales especialmente de temperatura.
- ❖ Vigilar características cicatrizantes.
- ❖ Recomendar ropa holgada y sin resorte para mejor comodidad del paciente.
- ❖ Mantener y vigilar hidratación del paciente, sugerir el aumento de líquidos durante la semana restante de su hospitalización, una vez egresado se registra temperatura por sus familiares con un termómetro digital, por el hecho de tener conocimiento sobre el de mercurio y dificultarse el mismo.
- ❖ Orientar sobre las actividades que puede realizar: deambulacion asistida y con precaución, actividades que no requieran esfuerzo exhaustivo.
- ❖ Su alimentación sin grasa y sin irritantes, no enlatada ni envasada, dieta rica en proteínas y vitaminas especialmente vitamina C
- ❖ Orientar a esposa y familiares sobre la realización de curaciones en el hogar.

EJECUCION.

Las curaciones se realizan con isodine mezclado con agua oxigenada ejerciendo presión para un mejor drenaje de pus (leucocitos muertos) se retira el isodine con agua estéril para evitar irritación de la piel una vez seca la herida se aplica crema cicatrizante y se cubre con gasa sujetándole con un vendaje abdominal evitando cinta adhesiva, esto se realiza 2 veces por día durante el resto de su estancia hospitalaria que fueron 5 días.

El Sr. José Luis no comía alimentos irritantes ni con grasa, aumenta la ingesta de líquidos y fue muy cuidadoso con sus movimientos y acciones integrándose poco a poco a sus actividades.

Una vez egresado de la clínica hospitalaria su esposa continúa realizando las curaciones en su domicilio, lo cual no se le complico puesto que se le mostró la manera de realizarlo por el personal de enfermería, y asistía a la unidad medica una vez por semana a revisión.

Durante las visitas a su domicilio, se supervisaba herida realizando curación y retirando tejido muerto el cual retrasaba la cicatrización de la herida dos veces por semana durante tres semanas.

Su dieta incluye frutas en abundancia como guayaba, naranja y otros cítricos, puesto que la vitamina C favorece a la cicatrización, pollo, pescado.

EVALUACION

Las curaciones realizadas durante la hospitalización fueron de alta importancia puesto que a su egreso la herida no se encontraba infectada y sí en sus mejores condiciones.

El retirar el tejido muerto permite la secuencia de la cicatrización y evita nuevas infecciones.

El Sr. José Luis no presentó nuevo deterioro de la herida quirúrgica, logrando su total cicatrización en 60 días.

DIAGNOSTICO No 7

Estreñimiento relacionado con los cambios fisiológicos por anastomosis, manifestado por dolor y distensión abdominal.

OBJETIVO.

Recuperará sus hábitos intestinales normales por medio de su dieta diaria.

PLANEACION.

- ❖ Agregar a su dieta fibras como salvado, avena, linaza molida en seco, frutas como papaya, mandarina, con cáscara como manzana, mango, uva, pera, hortalizas, ciruela, pasa en té o en fruta.

- ❖ Ingesta de abundantes líquidos, aporte diario de 2 litros por día.
- ❖ Sugerir la ingesta de 1 o 2 vasos de agua en ayunas, esto ayuda al peristaltismo.
- ❖ Establecer un horario para cada alimento.
- ❖ Realizar ejercicio a tolerancia como caminar o trotar, por la mañana, esto favorece el movimiento y evacuaciones intestinales.
- ❖ No permanecer sentado o acostado por tiempo prolongado.
- ❖ Establecer una misma hora, dedicando de 15 a 20 minutos a la defecación, sin distracciones y preferentemente sin personal alrededor, puede ser que a un inicio no se produzca la defecación.
- ❖ Sugerir evitar alimentos astringentes, como el arroz, papa, comidas secas, grasas, irritantes.
- ❖ Evitar el uso de laxantes, en caso de que esto no sea posible utilizarlos solo en circunstancias muy extremas.
- ❖ Concienciar al paciente que los resultados requieren de tiempo y constancia.

EJECUCION

Por la mañana come fruta con salvado, jugo de naranja con linaza molida en seco, caldos en la comida, pan o galletas integrales, avena en leche o agua. Té de ciruela así como la ciruela. Jugo de naranja con papaya.

Continua con el horario fijo para cada comida.

Sale a caminar y trotar por la mañana después del desayuno de 10 a 11 de la mañana aproximadamente durante una hora, en compañía de su hijo.

Toma dos vasos de agua antes del desayuno con horario establecido de 7 de la mañana.

Durante el día ingiere dos litros de líquidos, como té o jugos de frutas o zanahoria en el desayuno agua natural entre comida, agua de frutas en la comida y en la cena té específicos para mejorar molestias intestinales

Dedica 15 a 20 minutos a la defecación después del desayuno y la comida, menciona utilizar la posición en semicúnculas y permanecer la mejor cómodo posible, utiliza revistas o periódico para leer en el sanitario.

Durante la primera semana utiliza laxantes orales, para lograr la defecación.

EVALUACION.

Su dieta es rica en fibra durante el día, pero los resultados tardan en presentarse por lo que toma laxantes indicados por el médico, refiere sentirse molesto y expresa no sentir cambios con dicha dieta, sin embargo no suspende su dieta e indicaciones que se le han informado.

A la segunda semana de iniciada la dieta comienza a defecar sin utilizar laxantes con un poco de dificultad, desapareciendo a media semana.

Una vez que las evacuaciones son espontánea y sin problemas la dieta se modifica disminuyendo la ingesta de fibra tomando solo por la mañana, ya sea cereal, o linaza en jugo.

No se suspende el caminar después del desayuno ni el horario para las evacuaciones así como el tiempo dedicado a este de esta forma no presento desórdenes de evacuación

VIII. SUGERENCIAS.

- El proceso atención enfermería, es un conjunto de fases sucesivas, que en muchas ocasiones se dificulta la comprensión y con mayormente su aplicación , se debería implementar como materia en los últimos semestres de la carrera, llevar casos clínicos reales, tomándose como practicas.
- Que el personal designando a esta materia se encuentre capacitado tanto en el proceso como en las diferentes teorías impartidas.
- Promover cursos para conocer las distintas teóricas y sus modelos de enfermería, aplicando en casos clínicos y esto sea instrumento base para mejorar y brindar una atención de mejor calidad al paciente, utilizando la mejor teoría y modelo que a consideración de la enfermera sea el adecuado.
- Promover la existencia de un mayor número de asesoras de esta forma no se saturara de revisiones existiendo un mayor tiempo dedicado a las revisiones.
- Mejorar coordinación en el inicio y término del curso donde se imparte el desarrollo del proceso atención enfermero, así como un mismo expositor durante el curso.

IX. CONCLUSIONES

- ❖ Realizar este proceso de atención enfermería fue satisfactorio, es una manera de aplicar los conocimientos adquiridos durante la carrera, en el área laboral, se brinda una atención de calidez y calidad individual sin depender de las indicaciones médicas.
- ❖ Con el Sr. José Luis, se lograron los objetivos establecidos, como resultado de una confianza entre enfermera- paciente y a su vez con la familia del paciente, existía disponibilidad, y confianza facilitando el logro de los objetivos, aprendió a realizar su auto cuidado.
- ❖ Al recabar información sobre las diferentes ostomias, causa, complicaciones y sobre todo los cuidados necesarios para mejorar las condiciones de salud, facilita la detección de necesidades estableciendo un buen diagnostico y acciones de enfermería, para el paciente.
- ❖ Analizando el objetivo del proceso atención enfermero, los buenos resultados que se obtengan de las intervenciones depende en mayor parte de la enfermera, si no se detecta adecuadamente una necesidad, como realizar una adecuada intervención por resultado no se satisface la necesidad real del paciente.
- ❖ El proceso permite una atención no solo hospitalaria, sino en domicilio del paciente o comunidad, permite continuar la atención iniciada en el hospital, proporcionando acciones totalmente independientes de las médicas donde la interacción con el paciente se desarrollan en un mejor ambiente. Fue aún de mayor satisfacción lograr objetivos en su domicilio donde dependía totalmente su recuperación de enfermería y el auto cuidado del paciente dándole satisfacción al mismo paciente.

- ❖ Por ultimo el proceso atención enfermería permite brindar al paciente atención integral; físico, psicológica, social, cultural, espiritual obteniendo la satisfacción como profesional puesto que acciones por indicación medica son mecánicas, el canalizar, aplicar medicamentos, los pacientes lo refieren como doloroso y agresivo, y las múltiples dudas de los procedimientos puesto que el médico solo ordena pero no explica al paciente el diagnóstico y menos el tratamiento, quedando enfermería como la persona más cercana y con mayor comunicación, para resolver ciertas dudas o cubrir necesidades independientemente del médico no se requiere de indicación médica sino de conocimientos y disponibilidad de enfermería.

X. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ALIMENTACION PARENTERAL. Aportación nutritiva por vía intravenosa.

AMILASA. Enzima que hidroliza los enlaces a glucósidos presentes en los polisacáridos como el almidón o el glucógeno.

ANASTOMOSIS. Comunicación entre dos órganos tubulares, conexión patológica o quirúrgica entre dos estructuras.

CAUDAL. Relativo a la cabeza y cola o al eje mayor del cuerpo.

CICATRIZ. Tejido de reparación organizado (fibroso) y estable de una pérdida de sutura. (Queloides). Hipertrofia, tumoración dura, rígida formada por la hipertrofia del tejido cicatrizante.

COLOSTOMIA. Formación de una abertura artificial en el colon (ano artificial).

CUPULA. Formación a manera de bóveda.

DIAFRAGMA. Tabique muscular que separa el tórax del abdomen.

DISPEPSIA. Digestión difícil y laboriosa de carácter crónico.

ESFINTER. Músculo en forma de anillo que cierra un orificio natural.

ESTAFILOCOCCOS EPIDERMÓIDES. Bacteria que se predispone en racimo, afección cutánea por esta bacteria.

ESTENOSIS. Estrechez patológica congénita o accidental de un orificio o conducto.

ESTERCORÁCEA. Compuesto de heces o que las contiene.

ESTOMA. Orificio o abertura diminuta en una superficie libre que hace que las deposiciones tomen un nuevo camino de salida hacia el exterior por la pared abdominal.

FISTULA. Trayecto patológico, consecutivo generalmente a un proceso de ulceración que comunica al foco patológico con un órgano o estructura interno o externo y por el que sale pus o un líquido normal desviado de su trayecto original.

GASTRINA. Hormona de la mucosa gástrica producida a nivel del antro que estimula la secreción de jugo gástrico.

GASTRITIS. Inflamación aguda o crónica del estomago.

GLANDULA. Órgano cuya función es elaborar productos especiales a expensas de los materiales de la sangre.

GLANDULA SALIVAL. Cualquiera de las secretoras de saliva.

HIDRÓLISIS. Descomposición química de un compuesto por acción del agua en productos más simples.

ILEOSTOMIA. Creación de una abertura en el Ileon, dirigida a la superficie corporal de manera que funciones como ano artificial.

INSULINA. Hormona pancreática, extracto incoloro de los islotes de langerhans, empleada en el tratamiento de diabetes reduce el azúcar sanguíneo y urinario, pose acción hipoglucemiante y favorece la utilización por el organismo de los hidratos de carbono.

QUIMO DIGESTIVO. Forma prefija con la significación de mezcla gástrica.

LISOZIMA. Termino de fleming para una enzima de las lágrimas, moco nasal y la mayoría de tejidos y secreciones inhibidos por lisis del desarrollo de numerosas bacterias.

MALTASA. Enzima que convierte la maltosa en glucosa.

MALTOSA. Azúcar de malta producto obtenido del almidón, y malta que se transforma en glucosa por acción de ácidos diluidos o enzimas presentes en el intestino.

PERITONEO. Membrana serosa que tapiza las paredes abdominales y superficie inferior del diafragma y se refleja en una o varios puntos sobre las viseras para formar una cubierta completa para algunos, estomago, intestino etc. E incompleta como vejiga, recto (peritoneo visceral).

PERITONITIS. Inflamación aguda o crónica del peritoneo en la primera forma es generalmente consecutivo o propagación de una inflamación o lesión próxima.

PERISTALTISMO.

Movimientos vermiformes característicos de los órganos tubulares provistos de fibras musculares circulares y longitudinales, especialmente intestinos en virtud del cual se contenido progresa.

TIALINA. Enzima amilolítica de la saliva diastasa salival que convierte el almidón en dextrosa y maltosa

XI. BIBLIOGRAFIA.

1. Principios de cirugía. Schwartz, Shires, Spencar. 6° edición Vol. 1
2. Pagina realizada por <http://www.fundacionostomia.org/SER/perfilpacientes.asp>
3. Pagina realizada por <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>
4. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practica, B dossier, G ERB, K.Blas, J.M. Wilkinson 5° edición Vol. 1
5. Pagina realizada por <http://www.monografias.com/trabajos6/adig/adig2.shtml#intes>
6. Anatomía y fisiología, Jacob-francone, 2da edición, editorial interamericana.
7. http://www.medicosecuador.com/carlos_malatay_monar/articulos/ileostomia.html
8. <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/ciru19404-evaluacion.htm>
9. Pagina realizada por <http://www.cimat.mx:88/~omar/susy.html>
10. Pagina realizada por, <http://escuela.med.puc.cl/deptos/Cxdigestiva/Ostomia.html>
- 11 Diccionario médico, 3ra edición, editorial salvat

XII. ANEXOS.

VALORACION DE ENFERMERIA.

Valoración de enfermería de acuerdo al modelo de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades humanas.

1. VALORACIÓN GENERAL

Nombre y apellido _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____

Familiar / persona para contactar _____ Teléfono _____

Piel:

Color: normal: _____ pálida _____ sintónica _____ otras _____

Edemas: si _____ no _____ descripción/ _____ localización _____

Lesiones: si _____ no _____ descripción/ _____ localización _____

Purito si _____ no _____ descripción/ _____ localización _____

Sentidos corporales: vista _____ oído _____ olfato _____

Gusto _____ tacto _____

Enfermedades graves/ operacionales: si _____ no _____ cuales _____

Secuelas: si _____ no _____

Especificar _____

Tabaquismo _____ Abuso del alcohol _____ Cafetismo _____ Uso de sustancias tóxicas _____

Diabetes _____ HTA _____ Alergias _____ Especificar _____

II.- VALORACIÓN POR OXIGENACIÓN

1.-NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Respiración

Frecuencia _____ /min.

Calidad: normal _____ superficial _____ rápida _____ otros _____

Ruidos ala auscultación: si _____ no _____ dolor al respirar: si _____ no _____

Tabaco: si _____ no _____ lo dejo especificar fecha _____

2.-NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso _____ Talla _____

Ingesta habitual:

Desayuno

Comida

Merienda

Cena

Dieta especial: si _____ no _____ tipo de dieta

Ingesta de líquidos: < de litro / día _____ 1-2 litros / día _____ > de 2 litros / día

Intolerancia a alimentos: si _____ no _____ ¿Cuáles? _____

Apetito: normal _____ disminuido _____ aumentado _____ nauseas _____

Vomito _____

Fluctuación de peso (últimos 6 meses) si _____ no _____ Kg ganados / perdidos

Problemas de:

Masticación: si _____ no _____ Usa prótesis dental _____

Deglución: si _____ no _____ Sólidos _____ Líquidos _____ Ambos _____

Digestión: si _____ no _____ Tipos De gases _____ ardor _____ pesadez _____ dolores _____

Otros _____

Uso de laxantes o rutinas: si _____ no _____ ayudas empleadas _____

3.-NECESIDAD DE ELIMINACION

Urinaria

Frecuencia: _____

Disuria _____ nicturia _____ retención _____ incontinencia _____

pañal _____

Color: amarillo claro _____ amarillo oscuro _____ naranja _____ rojo _____

¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? si _____ no _____ ¿Cuál? _____

Sonda vesica _____ Fecha ultimo sondaje _____

Cutánea:

Sudoración Cutánea: si _____ no _____ sudoración profusa: si _____ no _____

Menstruación: regular _____ irregular _____ abundante _____ dolorosa _____

Secreciones vaginales: aspecto _____ ¿son abundantes? si _____

no _____

¿Tiene molestias (fuera de la menstruación)? Si _____ no _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial: adecuado _____ alerta _____ inexpresivo _____ hostil _____ inadecuado _____

Comportamiento motor inhibido : inhibición _____ agitación _____ temblores

Rigidez _____ incoordinación _____ inquietud _____ tics _____

Postura: erecto _____ decaído _____

Modo de andar: normal _____ acelerado _____ tambaleante _____ lento _____

Limitaciones físicas temporales _____ permanentes _____ ¿Cuáles?

Aparatos de ayuda: ninguno _____ bastón _____ muletas _____ andador _____ otros

Vértigo: si _____ no _____ ¿siente dolor o rigidez articular? Si _____ no _____

¿Cuál? _____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO SUEÑO

Horas de sueño nocturno _____ otros descansos _____

Problemas de sueño:

Al inicio _____ interrumpido _____ (No. De veces _____) despertar temprano

Sueño excesivo _____ pesadillas (tipo _____)

Sensación después de dormir: descansado _____ cansado _____ confuso _____

Otros _____

Factores que afectan el sueño _____

Ayudas para favorecer el sueño: lectura _____ baño _____ fármacos _____ otros

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si mismo? Si _____ no _____ con limitaciones

Alergias a determinados tejidos si _____ no _____ ¿Cuáles?

¿Qué importancia da a su aspecto? Poca _____ bastante _____ mucha _____

¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias? Si _____ no _____

¿Si fuese necesario seria usted seria capaz de mirarse a usted mismo la TA? Si _____ no _____

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: baño _____ ducha _____ frecuencia _____

Cepillado de dientes: si _____ no _____ frecuencia _____

Autónomo: si _____ no _____ necesidad ayuda. Si _____ no _____ especificar

Descuido en: cabello _____ dientes _____ uñas _____ su piel es: seca _____

Grasa _____

¿Ha notado alguna lesión? (Úlcera, eccema) descríbalos

Sus cabellos son: secos _____ grasos _____ se rompen con facilidad

¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? Si _____ no _____

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno

Somnoliento _____ confuso _____ apático _____ hipervigilante _____ distraído _____

fluctuante _____

No responde a estímulos _____ solo sigue instrucciones _____

Orientación Espacio-Tiempo-Persona

Tiempo: (estación, día, mes, año)

Especificar _____

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) Especificar _____

Alteraciones	preceptivas:	Auditivas _____	Tipo _____
		Visuales _____	Tipo _____
		Táctiles _____	Tipo _____
		Olfativas _____	Tipo _____

Localización de la percepción: interna _____ externa _____

Auto descripción de si mismo:

Alegre _____ Triste _____ Confiada _____ Desconfiada _____ Tímida _____ inquieta _____

Sobre valoración de logros _____ Exageración de errores _____

Infravaloración _____

Auto descripción de si mismo:

Alegre _____ Triste _____ Confiada _____ Desconfiada _____ Tímida _____ inquieta _____

Sobre valoración de logros _____ Exageración de errores _____

Infravaloración _____

Auto evaluación general y competencia personal: positiva _____ negativa _____

Sentimiento respecto a ello: inferioridad _____ Superioridad _____ Tristeza _____

Culpabilidad _____ Inutilidad _____ Impotencia _____ Ansiedad _____ Miedo _____ Rabia _____

Depresión _____ Otros _____

Alergias a alguna sustancia o medicamento: si _____ no _____ cuales _____

El estado de la persona puede construir un peligro para ella _____ o

Para _____

Otros _____ Especificar _____

Precauciones: mas vigilancia _____ poner barandillas _____ contención mecánica _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento – lenguaje:

Contenido: coherente y organizado _____ distorsionado _____

Descripción de la alteración _____

Curso del pensamiento:

Inhibido _____ Acelerado _____ perseverancia _____ incoherencia _____
desorganizado _____

Formas de expresión:

Claro _____ organizado _____ coherente _____ confuso _____ desorganizado _____
Incoherente _____

Tartamudeos _____ autista _____

Humor:

Deprimido _____ eufórico _____ ansioso _____ triste _____ fluctuante _____ apático _____
otros _____

Lenguaje: Velocidad: rápido _____ lento _____ paroxístico _____

Cantidad: abundante _____ escaso _____ lacónico _____ verborreico _____

Tono y modulación. alterado _____ tranquilo _____ hostil _____

Vive: solo _____ acompañado _____ lugar que ocupaba en la familia.

Rol _____

Personas más significativas _____

Principal confidente _____

Personas con las que se relaciona a diario _____

Su relación es: satisfactoria _____ insatisfactoria _____ Indiferente _____

Tiempo que pasa solo y porque _____

Tiempo que pasa con sus amigos y compañeros _____

Sexualidad: última regla _____ Anticoncepción. si _____ no _____ motivos _____

Cambios perceptivos en las relaciones sexuales: si _____ no _____ motivos _____

No. De embarazos _____ realiza auto examen: si _____ no _____

11.-NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

¿Qué es lo más importante para usted en la vida?

Religión. Católica romana _____ protestante _____ judía _____ otra _____

Deseo realizar prácticas religiosas. si _____ no _____ ¿visita del capellán? si _____ no _____

En caso de no poder tomar decisiones, ¿Que persona le gustaría que lo hiciera por usted?

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Su estado de salud le impide hacer lo que gustaría. si _____ no _____

Si la respuesta es si,

Explíquese _____

Problemas laborales: si _____ no _____ cuales _____

Tiempo dedicado al trabajo _____ Tiempo dedicado al ocio _____

Capacidad de decisión: si _____ no _____ Resolución de problemas. Si _____ no _____

Grado de incapacitación personal atribuida.

13.-NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco _____ mucho _____ suficiente _____

¿Cuál es su diversión preferida? _____

Perdida de interés por las actividades recreativas: si _____ no _____

Cambio en las habilidades o funciones físicas corporales

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración en la memoria. Reciente _____ remota _____

Inteligencia general. Adaptando al momento _____

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje.

Pregunta _____ escucha _____ interés _____ desinterés _____ propone alternativas

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización? Si _____ no _____ cual es _____

¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra? _____