



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

UNIDAD DE APRENDIZAJE
ENFERMERÍA DEL ADULTO

MONOGRAFÍA
“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PATOLOGÍAS
DEL APARATO DIGESTIVO”

DOCENTE
DRA. EN C.ED. MICAELA OLIVOS RUBIO

Toluca, México Septiembre 2016



ÍNDICE

Introducción.....	5
Objetivos.....	6
Definición del aparato digestivo.....	7
Patologías del aparato digestivo.....	7
Gastritis.....	8
Etiología.....	8
Síntomas.....	9
Diagnóstico.....	10
Tratamiento.....	11
Cuidados de Enfermería.....	11
Estreñimiento.....	11
Etiología.....	12
Síntomas.....	12
Diagnóstico.....	13
Tratamiento.....	13
Cuidados de Enfermería.....	15
Colitis ulcerosa.....	16
Etiología.....	16
Síntomas.....	17
Diagnóstico.....	17
Tratamiento.....	18
Cuidados de Enfermería.....	20
Esofagitis.....	21
Etiología.....	22
Síntomas.....	22
Diagnóstico.....	23
Tratamiento.....	24
Cuidados de Enfermería.....	24
Úlcera péptica.....	26
Etiología.....	26
Síntomas.....	27
Diagnóstico.....	28
Tratamiento.....	29
Cuidados de Enfermería.....	30
Pancreatitis.....	31
Etiología.....	31
Síntomas.....	31
Diagnóstico.....	32
Tratamiento.....	32
Cuidados de Enfermería.....	33
Obesidad.....	34
Etiología.....	35
Síntomas.....	37
Diagnóstico.....	39
Tratamiento.....	40

Cuidados de Enfermería.....	43
Hemorroides.....	44
Etiología.....	45
Síntomas.....	45
Diagnóstico.....	45
Tratamiento.....	46
Cuidados de Enfermería.....	47
Conclusiones.....	48
Fuentes de información.....	50

INTRODUCCIÓN

Las patologías del aparato digestivo son una de las primeras causas de consulta médica y también una de las primeras causas de muerte en México y en el mundo. Por ello, se las considera un problema de salud pública en el nivel mundial, que afecta a personas de cualquier edad y condición social, aunque los grupos más vulnerables son los niños y los ancianos.

Mundialmente, las patologías del aparato digestivo son una de las causas más importantes de morbimortalidad entre los lactantes y niños. Se ha estimado que en Asia, África y Latinoamérica la probabilidad de que un niño muera antes de los 5 años puede llegar a 50%, aunque esto depende de factores socioeconómicos y nutricionales.² Las patologías del aparato digestivo son causadas por bacterias (principalmente *Escherichia coli*, *Salmonella* y *Shigella*), parásitos (*Giardia lamblia* y amibas), y virus (*Rotavirus* y virus Norwalk) al consumir alimentos y agua contaminados con materia fecal.

Las infecciones agudas del tracto gastrointestinal figuran entre las enfermedades infecciosas más frecuentes.

Los cuadros gastrointestinales pueden presentarse en cualquier época del año, pero el riesgo de sufrir estas enfermedades se incrementa en la temporada de calor.

En México, un estudio gubernamental realizado en 2003, reportó 4 556 decesos causados por infecciones intestinales.

En 2001, la Secretaría de Salud (SSA) informó que las enfermedades gastrointestinales, ocasionadas por bacterias o parásitos, ocupaban la decimocuarta causa de fallecimientos en el nivel nacional, y que los estados con mayor incidencia eran: Chiapas, Oaxaca, Guanajuato, Veracruz, Puebla, y el Distrito Federal.

Tan solo en 2008, el Seguro Social brindó 2 millones 188 consultas por enfermedades gastrointestinales, y los estados con mayor incidencia de estas

infecciones fueron: Chihuahua, Coahuila, Jalisco, Michoacán, Guerrero, y Oaxaca. De acuerdo con estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las infecciones, como gastroenteritis, salmonelosis, tifoidea, cólera y rotavirus representan un severo problema de salud pública para nuestro país.

OBJETIVOS:

General:

- Analizar las intervenciones de enfermería en patologías del aparato digestivo.

Específicos:

- Definir las patologías del aparato digestivo
- Describir las intervenciones de enfermería en patologías del aparato digestivo
- Evaluar los conocimientos adquiridos sobre el tema

DEFINICIÓN DEL APARATO DIGESTIVO

El sistema digestivo está constituido por un tubo hueco abierto por sus extremos (boca y ano), llamado tubo digestivo propiamente dicho, o también tracto digestivo, y por una serie de estructuras.

El tubo digestivo o tracto digestivo incluye la cavidad oral, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso. Mide, aproximadamente, unos 5-6 metros de longitud.

Las estructuras accesorias son los dientes, la lengua, las glándulas salivares, el páncreas, el hígado, el sistema biliar y el peritoneo.

El estómago, el intestino delgado y el intestino grueso así como el páncreas, el hígado y el sistema biliar están situados por debajo del diafragma, en la cavidad abdominal.

El aparato digestivo cuenta con varias secciones que realizan diferentes procesos aunque todos ellos están encaminados a procesar y digerir los alimentos que se consumen. El proceso digestivo comienza justamente en la boca cuando una persona come un alimento. Inmediatamente, al masticar ese alimento, tanto la lengua como las glándulas salivales que se encuentran en la boca empiezan a realizar un trabajo de descomposición de los nutrientes y de pre-digestión.

PATOLOGÍAS DEL APARATO DIGESTIVO

Se denomina así a cualquier problema de salud que ocurre en el aparato digestivo. Las afecciones pueden ir de leves a serias. Las enfermedades gastrointestinales son una de las primeras causas de consulta médica y también una de las primeras causas de muerte en México y en el mundo. Por ello, se las considera un problema de salud pública en el nivel mundial, que afecta a personas de cualquier edad y condición social, aunque los grupos más vulnerables son los niños y los ancianos.

GASTRITIS

Se define como una inflamación de la mucosa o revestimiento interno del estómago. Esta inflamación puede deberse a múltiples causas que dan como resultado una gastritis. Según su duración en el tiempo puede ser una gastritis aguda (se presenta de forma rápida y se soluciona en unos días) o crónica (persiste en el tiempo).

ETIOLOGÍA

Existe un gran número de causas que pueden provocar gastritis. El mecanismo común en todas ellas es un desequilibrio entre los factores desencadenantes o que la favorecen y los mecanismos de defensa que protegen la pared del estómago, que resultan finalmente en una lesión de la mucosa gástrica.

La gastritis aguda suele asociarse con frecuencia a una enfermedad grave (como problemas hepáticos y renales) a cirugía mayor, a un traumatismo y a situaciones de estrés fisiológico importante. También pueden causarla infecciones por bacterias (*Helicobacter pylori*), virus y hongos, consumo de alcohol, fármacos (como antiinflamatorios no esteroideos, corticosteroides), radioterapia y reflujo biliar (paso de la bilis hacia el estómago).

Las gastritis crónica puede deberse a las mismas causas, si bien se prolonga en el tiempo. Pueden aparecer erosiones importantes en la mucosa gástrica y sangrado. También se asocia al consumo de antiinflamatorios no esteroides (AINES), infección por el *Helicobacter pylori* y enfermedades autoinmunes como la anemia perniciosa. Es un tipo de anemia en la cual el estómago no puede absorber de vitamina B12, debido a que los anticuerpos atacan a la mucosa del estómago provocando su adelgazamiento.

SINTOMAS

La gastritis puede ser un hallazgo casual cuando se realiza una endoscopia por otro motivo. Puede existir inflamación sin que existan síntomas.

La gastritis se puede manifestar por una variedad de síntomas digestivos siendo los más comunes:

- dolor en la parte alta del abdomen
- molestias digestivas (término que se conoce como dispepsia).
-

La variedad de síntomas pueden incluir:

- náuseas
- ardor
- vómitos
- sensación de plenitud
- hinchazón
- eructos
- disminución del apetito.
- Si existe sangrado por la inflamación pueden aparecer vómitos con sangre de color negro o deposiciones negras debido a la sangre digerida.
-

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en los síntomas que refieren el paciente y los hallazgos, tras la realización de endoscopia, de una inflamación de la mucosa.

Las diferentes pruebas diagnósticas incluyen:

- Análisis de sangre que puede mostrar anemia.
- Detección de sangre en heces (por si hay sangrado digestivo).

- Test para la detección de *Helicobacter pylori*. Se suele realizar la Prueba del aliento, muy precisa para la detección de la bacteria *Helicobacter*. Consiste básicamente en beber un líquido viscoso y posteriormente soplar en un pequeño tubo.
- La prueba diagnóstica que confirma la gastritis es la realización de una endoscopia, es decir, la introducción de un tubo flexible por la boca que permite visualizar directamente la mucosa gástrica y el grado de inflamación. Además se pueden tomar muestras de la mucosa (biopsia) y ver si existe sangrado.

TRATAMIENTO

El tratamiento dependerá de la causa de la gastritis. Algunas gastritis pueden curar espontáneamente.

Se deben eliminar todos aquellos posibles factores de riesgo. En el caso que sea necesario se debe interrumpir el uso de fármacos antiinflamatorios no esteroideos así como otros factores agravantes como alcohol, tabaco, café y bebidas con cafeína.

Se indica de forma general tratamiento con fármacos para neutralizar el ácido del estómago o disminuir su producción y así eliminar los síntomas y favorecer su curación. Los fármacos habitualmente empleados son los antiácidos y protectores gástricos, los antagonistas de los receptores H₂ o los inhibidores de la bomba de protones. Éstos últimos bloquean la secreción de ácido por el estómago (son los más potentes).

No existe un tratamiento específico excepto para aquellas gastritis secundarias a infección por *H.pylori* y la gastritis crónica atrófica provocada por la anemia perniciosa que se trata con vitamina B12.

Si existe infección por *H. pylori*, el objetivo es la erradicación de la bacteria causante del problema. El tratamiento se basa en la utilización de un inhibidor de la bomba de protones, para inhibir el ácido del estómago, combinado con antibióticos. Se administra durante unos días, tras los cuales se suele repetir la prueba del aliento para comprobar que la infección por *H. pylori* haya

desaparecido. Si no se ha conseguido se puede repetir una nueva pauta de tratamiento.

Es recomendable seguir una dieta adecuada en la cual se debe evitar la ingesta de comidas y bebidas que agravan los síntomas.

CUADRO I

CUIDADOS DE ENFERMERÍA GASTRITIS		
Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
<p>Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades Definición: ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas. R/C: Factores económicos Factores psicológicos M/P: Cólico abdominal Dolor abdominal Ruidos abdominales hiperactivos Diarrea Alta de alimentos</p>	<p>✓ Consistencia intestinal</p>	<p>Relajación del enfermo. Ambiente adecuado y tranquilo Tratar la ansiedad si existiera Promover un estado nutricional adecuado, controlando la dieta siendo esta de fácil masticación y abundantes líquidos Posición de fowler durante la ingesta y una hora después para favorecer el tránsito Controlar las náuseas y vómitos Promover la deposición normal. Controlar la diarrea o comprobar impactación fecal si existiera Valorar si hay distensión abdominal o dolor Evitar olores fuertes Prevenir hemorragias gastrointestinales Promover conocimientos para el autocuidado.</p>

ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento es un problema muy común en la población. Se define como un cambio en el hábito intestinal (agudo o crónico) en el que existe una disminución

en el número de deposiciones (menos de 3 veces por semana) con heces generalmente secas y duras y dificultad a la expulsión o sensación de evacuación incompleta.

Se considera la frecuencia normal de deposiciones entre 3 veces al día y 3 veces por semana.

ETIOLOGÍA

El estreñimiento se considera un síntoma que se produce como resultado de diversos factores y causas.

Entre ellos se encuentra una dieta inadecuada (baja en fibra), el sedentarismo, la ausencia de hábitos regulares para ir al lavabo, el abuso de laxantes, defectos anatómicos, cambios de horario, hábitos y viajes, enfermedades del sistema digestivo, enfermedades sistémicas, fármacos, tumores y cánceres del sistema digestivo.

Generalmente es un trastorno funcional, es decir, no hay una causa orgánica que lo provoca pero sí una suma de factores que dan lugar a esta alteración en el ritmo intestinal normal.

SÍNTOMAS

Las molestias más frecuentes en las personas que padecen estreñimiento incluyen:

- dolor o malestar abdominal
- hinchazón
- sensación de plenitud
- meteorismo (gases)
- sensación de evacuación incompleta.

La dificultad a la expulsión de las heces y el esfuerzo defecatorio pueden provocar o agravar problemas de hemorroides o fisuras anales. También puede aparecer lengua sucia (saburral) y mal aliento.

Los síntomas de alarma que hay que tener en cuenta ante un problema de estreñimiento, ya que pueden traducir una enfermedad grave y por los que es recomendable consultar al médico incluyen:

- pérdida de peso
- sangre en las heces
- dolor cada vez que se defeca
- aparición del estreñimiento como un síntoma nuevo (antes no existía).

DIAGNÓSTICO

Se basará en el interrogatorio al paciente donde es importante incidir sobre los hábitos de vida, dieta, actividad física, historia familiar, consumo de fármacos, síntomas al defecar (por ejemplo, rectorragia o emisión de sangre roja), pérdida de peso y demás factores relacionados con el estreñimiento.

La exploración física se realiza para buscar los signos de alguna enfermedad orgánica.

Se debe completar el diagnóstico con:

- Analítica en sangre, hormonas tiroideas (el estreñimiento es frecuente en el hipotiroidismo).
- Detección de sangre en heces.
- Pruebas de imagen abdominal para descartar enfermedades subyacentes que justifiquen el síntoma:
- Radiografía abdomen.
- Enema opaco.
- Sigmoidoscopia: permite el examen de parte final del colon y el recto.
- Colonoscopia: para descartar una enfermedad orgánica (como un tumor).

En algunos casos seleccionados pueden requerirse estudios más complejos que estudian el funcionamiento del esfínter anal como la manometría ano rectal.

TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en seguir una serie de recomendaciones higiénico dietéticas, tratar la enfermedad de base o la causa si es posible (por ejemplo, retirar el fármaco que lo provoca) y medidas farmacológicas.

- Las bases fundamentales del tratamiento son las medidas higiénico dietéticas, se recomienda:

Seguir una alimentación adecuada rica en fibra. Comer fruta con piel si es posible y verduras poco cocinadas o crudas, pan y cereales integrales. Se recomiendan de dos a 4 porciones de fruta y de 3 a 5 porciones de verdura diarias. La fibra de trigo es la que produce mayor incremento del peso fecal.

Ingerir abundantes líquidos (alrededor de un litro y medio a dos) al día para facilitar la formación y eliminación de heces.

Realizar ejercicio físico de forma regular, simplemente caminar es un buen ejercicio. El sedentarismo favorece el estreñimiento.

Establecer un horario regular diario para ir al baño y así "educar" al cuerpo.

Ser ordenado y regular en los horarios de las comidas, comer despacio y masticando bien.

Evite el abuso de laxantes, especialmente los laxantes irritantes.

Evitar el consumo de fármacos que provoquen estreñimiento.

➤ Tratamiento farmacológico:

El uso habitual y continuado de laxantes no es aconsejable. Se debe reservar este tratamiento para situaciones especiales y a corto plazo, cuando las medidas anteriores conservadoras no son eficaces. Existen diferentes tipos de laxantes (lubrificantes, osmóticos, irritantes o estimulantes y formadores de volumen o masa). Los irritantes o estimulantes tienen gran rapidez de efecto pero son muy desaconsejables como uso habitual. Los formadores de volumen o masa (fibras no digeribles de la dieta, como el salvado de trigo), pueden tomarse de forma más prolongada que el resto, añaden agua y volumen a las heces facilitando su eliminación. Se suelen tomar a dosis graduales hasta alcanzar el efecto deseado. Se incluye el salvado de avena y el plantago ovata entre otros. Al inicio del consumo de laxantes pueden aparecer molestias como hinchazón, dolor abdominal o gases que suelen desaparecer con el tiempo.

CUADRO II

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ESTREÑIMIENTO		
Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
00011 Estreñimiento R/C: Actividad física insuficiente Aporte insuficiente de fibras Cambio en el patrón de alimentación M/P: Cambios en el patrón intestinal Defecación dificultosa Dolor abdominal Nauseas	✓ Eliminación intestinal ✓ Control de movimientos intestinales ✓ Cantidad de heces en relación con la dieta ✓ Hidratación ✓ Control de síntomas	Controlar los movimientos intestinales incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color si procede Evaluar la inconsistencia fecal Administrar laxantes o enemas Enseñar al paciente a mantener un diario de comida Ajustar la dieta al estilo del paciente Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas

		<p>Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa si es el caso</p> <p>Administrar fibra según prescripción, al paciente alimentado por sonda para reducir la pérdida de líquidos y electrolitos causados por la diarrea</p> <p>Instruir medidas de descanso intestinal</p>
--	--	--

COLITIS ULCEROSA

La colitis ulcerosa junto con la enfermedad de Crohn pertenece a un grupo conocido como enfermedades inflamatorias crónicas intestinales en las cuales se produce la inflamación de determinados segmentos del tubo digestivo.

En la colitis ulcerosa se produce la afectación de la mucosa del intestino grueso (colon), produciéndose ulceraciones e inflamación de la misma. Generalmente afecta a todo el colon pero la extensión de la lesión puede ser variable, por ejemplo, se habla de proctitis si sólo afecta al recto.

En la enfermedad de Crohn se puede ver afectado cualquier tramo del tubo digestivo, esto incluye desde la boca hasta el ano.

Son enfermedades crónicas y que suelen afectar a personas jóvenes (sobre todo entre los 15-30 años de edad).

ETIOLOGÍA

No se conoce la causa de la enfermedad inflamatoria intestinal. Se han implicado factores genéticos, inmunológicos, ambientales e infecciosos. Por otro lado existen una serie de factores predisponentes para padecerla como ser de raza blanca, vivir en el primer mundo y tener familiares de primer grado que padezcan la enfermedad.

SÍNTOMAS

En el caso de la colitis ulcerosa la parte más frecuentemente afectada del colon es la última porción (llamada recto-sigma). La enfermedad cursa con brotes, es decir, episodios de inflamación que se manifiestan con síntomas y que pueden durar semanas o meses y otros períodos asintomáticos.

Los principales síntomas descritos son:

- diarrea sanguinolenta o mucosanguinolenta
- sangrado rectal (rectorragia)
- fiebre
- dolor abdominal
- pérdida de peso, dependiendo de la gravedad y número de brotes de la enfermedad.

Las complicaciones más importantes de esta enfermedad son:

La presencia de hemorragia masiva, el megacolon tóxico, la perforación abdominal y el cáncer de colon.

Además esta enfermedad puede tener manifestaciones extraintestinales como afectación de la piel, de las articulaciones (inflamación), del hígado y de los ojos.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en la historia clínica, los datos analíticos y los hallazgos de las pruebas específicas digestivas que incluyen la endoscopia y los estudios radiológicos.

- En la analítica en sangre pueden aparecer aumentados los parámetros que indican inflamación y detectarse anemia.
- Se han de realizar cultivos de heces para descartar enfermedades infecciosas que estén provocando los síntomas de diarrea, fiebre y sangrado.

- La sigmoidoscopia o colonoscopia con biopsia de la mucosa son las exploraciones diagnósticas de elección. Mediante la realización de la colonoscopia se comprueba el aspecto inflamado y ulcerado de la mucosa intestinal y además se pueden tomar muestras (biopsias) para su estudio al microscopio.
- El enema opaco tiene menos utilidad. Permite ver la extensión de las lesiones y si hay estrechamientos (estenosis).
- La radiografía simple de abdomen está indicada solo si hay sospecha de perforación.

TRATAMIENTO

El tratamiento tiene como objetivo controlar los síntomas durante el brote o episodio agudo de la enfermedad y controlar las recaídas. El tratamiento puede diferir de unos pacientes a otros en función de la gravedad y de las características de cada caso.

1. Medidas generales

- El paciente debe evitar los posibles factores desencadenantes como son las infecciones (respiratorias o intestinales) y los antiinflamatorios no esteroideos.
- No existen recomendaciones dietéticas específicas, excepto seguir una dieta completa y equilibrada y rica en fibra ya que no se ha identificado ningún alimento nocivo en los pacientes ni que determine la aparición de un brote. La dieta no modifica la evolución de la enfermedad a largo plazo pero puede ser necesarios suplementos nutricionales y asesoramiento por un especialista en nutrición. En casos determinados se ha de optar por la nutrición parenteral (vía intravenosa) o enteral (a través de una sonda nasogástrica con papillas especialmente preparadas).
- Los pacientes no deben automedicarse ya que puede ser contraproducente y provocar desequilibrios en la flora intestinal.
- Se recomienda evitar el estrés y dormir lo suficiente.

- Para alivio del dolor y las diarreas se pueden prescribir antidiarreicos y antiespasmódicos.

2. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se administra tanto en los brotes como en los periodos asintomáticos, denominándose tratamiento de mantenimiento. Generalmente en los brotes es preciso un tratamiento más activo e incluso en los casos graves es preciso el ingreso hospitalario. En las fases asintomáticas el paciente debe continuar recibiendo tratamiento de mantenimiento para disminuir las recaídas.

Existen diversas opciones de tratamiento que incluyen fármacos con efecto antiinflamatorio local, corticoides, inmunosupresores y antibióticos. Algunos de estos fármacos pueden administrarse por vía oral o en forma de enemas, esto último es especialmente adecuado cuando la enfermedad afecta al sigma y recto.

Durante los brotes agudos de la enfermedad, se utilizan especialmente los corticoides, debido a su actividad antiinflamatoria y a su capacidad para frenar la respuesta inmunológica. Los corticoides se pueden administrar por vía oral o en forma de enemas.

En el tratamiento mantenimiento se suelen utilizar los derivados del ácido salicílico (5-ASA), como la mesalazina.

3. Tratamiento quirúrgico

El tratamiento con cirugía se reserva para el tratamiento de las complicaciones: perforación intestinal, hemorragia, fístulas, etc.

También se puede recurrir a la cirugía en colitis ulcerosa grave, en la que mediante la extirpación completa del colon (colectomía), se cura la enfermedad. No se realiza de forma habitual reservándose a casos graves en los que no hay respuesta adecuada al tratamiento médico.

La cirugía tiene también un papel importante en el tratamiento de las complicaciones: perforación intestinal, hemorragia, fístulas, etc.

CUADRO III

CUIDADOS DE ENFERMERIA COLITIS ULCEROSA

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
<p>00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud M/P: Manifestar deseo de manejar la enfermedad</p>	<p>✓ Conducta terapéutica de la enfermedad</p>	<p>Enseñanza proceso enfermedad Describir signos y síntomas comunes de la enfermedad Comentar los estilos de cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones dieta y manejo de estrés Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de alarma para acudir al medico Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados</p>
<p>00163 Disposición para mejorar la nutrición M/P: Expresa deseo de mejorar la nutrición</p>	<p>✓ Estado nutricional</p>	<p>Asesoramiento nutricional Establecer una relación y determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se deseen cambiar Determinar actitudes y creencias acerca de las comida, el comer y el cambio nutricional. Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca de la</p>

		consecución de las metas.
00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C: Pérdidas excesivas a través de vías normales	✓ Función gastrointestinal	Vigilancia Determinar los riesgos de salud del paciente Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos Comprobar la función gastrointestinal Establecer el tratamiento adecuado
00013 Diarrea R//C: Inflamación M/P: Dolor abdominal y eliminación de varias deposiciones líquidas al día	✓ Eliminación intestinal	Manejo de la diarrea Enseñar al paciente a eliminar los alimentos que formen gases o picantes de la dieta Identificar los factores que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de diarrea Solicitar al paciente que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones Ordenar al paciente que notifique a la enfermera cada episodio de diarrea que se produzca Aconsejar evitar el café, las especias, los lácteos y los alimentos que irritan o estimulan el tracto gastrointestinal

ESOFAGITIS

Es la inflamación de la mucosa, es decir, de la capa interna que reviste el esófago y que puede deberse a diferentes causas.

ETIOLOGÍA

La causa más frecuente de esofagitis es el reflujo gastroesofágico. El reflujo es un trastorno en el que esfínter esofágico inferior está anormalmente relajado y permite que el contenido del estómago (ácidos gástricos) refluya y ascienda hacia el esófago.

Existen otras causas de esofagitis menos frecuentes que provocan, por diferentes mecanismos, inflamación e irritación de la mucosa del esófago y que incluyen:

- Consumo de medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y corticosteroides, entre otros.
- Vómitos de repetición.
- Tratamiento con radioterapia en el tórax (como en el caso de un cáncer pulmonar)
- Infecciones por virus como el herpes y el citomegalovirus; algunos hongos como la cándida.
- Cirugía previa de la zona.
- Traumatismos.
- Ingesta de cáusticos (como lejía).
- Enfermedades sistémicas.

SÍNTOMAS

El síntoma más frecuente de la esofagitis (debido a que la causa más frecuente es la enfermedad por reflujo) es el ardor o pirosis. El paciente lo describe como una sensación de quemazón que le sube desde el estómago hasta la garganta. También puede aparecer regurgitación, es decir, una sensación de retorno del contenido gástrico a la boca.

- Otros síntomas de la esofagitis incluyen:

- Dolor o molestias retroesternales o abdominal (sobre todo en la boca del estómago).
- Dificultad al tragar (disfagia). En la esofagitis de larga duración puede formarse tejido cicatricial que provoca estrecheces en el esófago que pueden dificultar la deglución.
- Náuseas, vómitos y eructos repetidos.
- Pérdida de peso y de apetito, especialmente en casos de enfermedad crónica y avanzada.
- Tos.
- El reflujo puede hacer que aparezcan úlceras en el esófago, que pueden sangrar, y ocasionar pérdidas de hierro que lleven a una anemia crónica por pérdidas de sangre.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la esofagitis se basa en los síntomas referidos por el paciente y los hallazgos en una serie de pruebas diagnósticas específicas.

Se pueden realizar:

- **Gastroscopia:** es la prueba diagnóstica de elección. Permite ver el esófago directamente y las lesiones de la mucosa así como descartar otros problemas como hernia de hiato o úlcera gástrica.
- **Ph-metría:** esta prueba mide la acidez en la zona inferior del esófago durante un período de 24 horas. Con ello se cuantifica la frecuencia y duración de los episodios de reflujo responsables de esofagitis.
- **Manometría esofágica:** mide las presiones dentro del esófago. No es una prueba que se realice de forma habitual. En los casos de reflujo la presión de cierre del esfínter esofágico inferior está disminuida.

TRATAMIENTO

El tratamiento estará encaminado a mejorar los síntomas que predominen en cada paciente y en aquellos casos en los que sea posible, se realizará el tratamiento de la enfermedad de base.

Antibióticos, antifúngicos o antivirales en las esofagitis infecciosas.

Analgésicos en aquellas esofagitis que cursan con dolor importante como las secundarias a radiación o tras ingesta de cáusticos.

Otros procedimientos como dilataciones del esófago si existe estrechez importante (estenosis) de algunas zonas.

En aquellos casos en los que exista reflujo gastroesofágico se realizara un tratamiento específico del mismo. Éste se basa en una serie de medidas higiénico-dietéticas, tratamiento farmacológico (con antiseoretos y antiácidos) y tratamiento quirúrgico en aquellos casos que existan complicaciones graves o el tratamiento se haya de realizar de forma crónica.

CUADRO IV

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ESOFAGITIS		
Diagnostico NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
00103 Deterioro de la deglución Definición: Funcionamiento anormal del mecanismo de deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica. R/C: Problemas con la conducta alimentaria. Malnutrición de proteínas-energía.	✓ 001010 Estado de deglución	Educación del paciente y familia en cuanto a la enfermedad, necesidad de cambio de hábitos y cuidados. Explicar al paciente los estudios complementarios. Cabecera semifowler. Controlar la dieta. Administrar en tiempo y forma la medicación indicada (ranitidina, omeprazol, sucralfato, reliveran, etc.) (comer 3 horas antes de dormir) Explicar los cambios dietarios necesarios. (Evitar comidas irritativas)

<p>M/P: Anomalía en la fase esofágica de la deglución, demostrada por estudio de la deglución.</p> <p>Dolor epigástrico</p> <p>Rechazo de los alimentos</p> <p>Ardor de estómago.</p> <p>Hematemesis</p> <p>Hiperextensión de la cabeza.</p> <p>Despertarse por la noche.</p> <p>Observación de evidencias de dificultad en la deglución.</p> <p>Regurgitación del contenido gástrico.</p> <p>Deglución repetitiva</p> <p>Irritabilidad inexplicada en las horas cercanas a la comida.</p> <p>Limitación del volumen.</p> <p>Vómitos.</p> <p>Vómito en la almohada</p>		<p>(café, picantes, grasas, etc.)</p> <p>Explicar los efectos nocivos particulares del tabaco.</p> <p>Controlar la dieta y el cumplimiento en horario de las comidas y colaciones</p>
--	--	---

ULCERA PÉPTICA

Es una erosión o herida en la mucosa del estómago (úlceras gástricas) o en la parte superior del intestino delgado, llamada duodeno (úlceras duodenales). Las úlceras suelen tener un tamaño entre 0.5 y 1.5 cm de diámetro.

Las úlceras son un problema gastrointestinal frecuente, afectando aproximadamente a un 10% de la población. La úlcera gastroduodenal suele aparecer a partir de los 50-60 años de edad y es más frecuente a nivel duodenal que gástrico.

ETIOLOGÍA

Se considera que la aparición de las úlceras es de causa multifactorial. Está implicado un desequilibrio entre el **ácido del estómago**, una enzima llamada pepsina y las barreras de defensa del revestimiento del estómago. Este desequilibrio lleva a que se produzca una inflamación, que puede empeorar con la presencia de determinados factores de riesgo, como pueden ser el tabaco, el consumo de alcohol o el tratamiento con radioterapia.

Existe una clara relación entre la infección por una bacteria llamada **Helicobacter pylori** y la aparición de la úlcera duodenal o gástrica. Una persona infectada por esta bacteria tiene mayor riesgo de desarrollar una enfermedad ulcerosa a lo largo de su vida. No todos los pacientes con úlcera tienen una infección por *Helicobacter pylori*, pero dicha bacteria se detecta en un gran porcentaje de pacientes afectados de esta patología. La forma espiral del *H. pylori* le permite penetrar en la mucosa del estómago o el duodeno para poder adherirse a ella, produciendo una serie de toxinas que la inflaman y la dañan.

Las úlceras también pueden aparecer en relación con el consumo de medicamentos como corticosteroides y antiinflamatorios no esteroideos. Uno de los efectos no deseables de los antiinflamatorios es que aumentan el riesgo de hemorragia digestiva o de enfermedad ulcerosa, pues su uso prolongado puede dañar la mucosa del tracto digestivo hasta causar una úlcera o bien empeorarla si ya existe.

En ciertos casos poco frecuentes pueden darse úlceras no asociadas a estos dos factores principales (*H. pylori* y el uso de antiinflamatorios). Muchas de ellas se relacionan con un síndrome de hipersecreción ácida, en el cual existe un exceso de secreción de ácidos gástricos que dañan la mucosa.

SÍNTOMAS

Los síntomas más habituales de una úlcera suelen ser:

- **Dolor abdominal.** Es el síntoma principal, suele ser un dolor agudo, referido como quemazón o ardor, localizado en epigastrio, de aparición a brotes de 2 a 4 semanas de duración y que suele calmar con la ingesta o con antiácidos. En la úlcera gástrica el dolor es más característico inmediatamente tras las comidas.
- **Náuseas y vómitos.**
- **Pirosis**, es decir, sensación de quemazón en el esófago.
- **Distensión abdominal** y cambios en el hábito intestinal.

En algunos casos las úlceras son **asintomáticas** o dan pocas molestias y se diagnostican tras la aparición de una complicación como:

- **Hemorragia digestiva**, que aparece en forma de hematemesis (vómito de sangre roja) o de melenas (deposiciones negras por la presencia de sangre).
- **Perforación**, cuando la úlcera péptica va penetrando las diferentes capas de la pared gastroduodenal hasta perforarlas. Se manifiesta por la aparición del llamado abdomen agudo, caracterizado por un dolor en epigastrio,

brusco, intenso y con endurecimiento de la pared muscular.

- **Estenosis pilórica**, consistente en el estrechamiento de la zona de unión del estómago con el duodeno. El paciente suele presentar náuseas y sensación de plenitud.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la enfermedad ulcerosa se basa en la historia clínica del paciente, la presencia de los síntomas ulcerosos, la exploración física y, si se considera necesario, una serie de exploraciones complementarias.

Los métodos diagnósticos están dirigidos a visualizar la úlcera (endoscopia) y a la detección del *Helicobacter pylori*. Se dividen básicamente en:

Métodos invasivos:

- Endoscopia, en la cual se introduce un tubo con una pequeña cámara a través de la boca y el esófago hasta llegar al estómago y duodeno para poder visualizar todo el tracto digestivo la posible existencia de alteraciones. Si se visualiza la úlcera se pueden tomar pequeñas muestras de tejido (biopsia).
- **Tránsito esófago gastroduodenal**, que consiste en hacer que el paciente tome una preparación con bario y realizar una serie de radiografías para valorar la motilidad de esta parte del aparato digestivo y las posibles irregularidades de la mucosa.

Métodos no invasivos:

- **Detección de anticuerpos** contra *Helicobacter* en sangre (serología).
- **Detección de *Helicobacter*** en heces.
- Prueba del aliento, una prueba muy precisa tanto para la detección del *Helicobacter* como para comprobar la recurrencia de la infección tras el tratamiento antibiótico. Consiste básicamente en beber un líquido viscoso

con urea marcada con carbono y posteriormente soplar en un pequeño tubo para determinar si en el dióxido de carbono exhalado hay carbono marcado, señal que la bacteria presente lo ha metabolizado.

TRATAMIENTO

Para aliviar los síntomas y atenuar el dolor se indica tratamiento farmacológico. Los fármacos habitualmente empleados son los antiácidos y protectores gástricos, los antagonistas de los receptores H₂ o los inhibidores de la bomba de protones, siendo el más conocido el omeprazol. Éstos últimos bloquean la secreción ácida del estómago (son los más potentes). Puede ser necesario un tratamiento a largo plazo.

Si existe infección por *H. pylori*, el objetivo principal es la erradicación de la bacteria causante del problema. El tratamiento se basa en la utilización de un inhibidor de la bomba de protones, para disminuir la secreción ácida del estómago, combinado con antibióticos. Se administra durante unos días, tras los cuales se suele repetir la prueba del aliento para comprobar que la infección por *H. pylori* haya desaparecido. Si no se ha conseguido se puede repetir una nueva pauta de tratamiento.

El tratamiento de las complicaciones como el sangrado se suelen tratar mediante endoscopia, que localizan la úlcera sangrante y puede cauterizar la hemorragia. Si existe perforación gástrica es preciso un tratamiento quirúrgico urgente.

Se puede indicar tratamiento quirúrgico en aquellos pacientes que no responden al tratamiento farmacológico o a la endoscopia. Los procedimientos quirúrgicos para las úlceras gastroduodenales abarcan:

Vagotomía: consiste en seccionar el nervio vago, que es el que controla la producción de ácido gástrico en el estómago.

Gastrectomía parcial, es decir, extirpación de una parte del estómago.

Asimismo, se recomienda seguir una serie de medidas como mantener una dieta equilibrada y sana, evitando las comidas ricas en grasas y realizar comidas

pequeñas durante el día a intervalos regulares. Se aconseja también evitar el tabaco, el té, el café y las bebidas con cafeína, así como el alcohol y el consumo de antiinflamatorios no esteroideos si no es estrictamente necesario.

CUADRO V

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ULCERA PEPTICA		
Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
<p>00202 Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz</p> <p>Definición: Riesgo de disminución de la circulación gastrointestinal</p> <p>R/C: Enfermedad gastrointestinal (Úlcera péptica)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menciona el dolor disminuido ✓ Paciente identifica los agentes estresante en la vida y describe técnicas útiles para afrontar el estrés. 	<p>Ayudar al paciente a identificar las causas de la irritación con alimentos</p> <p>Lavar los alimentos de hortalizas</p> <p>Recomendar al paciente que realice varias comidas repartidas a lo largo del día</p> <p>Administrar antiácidos, anti colinérgicos y antihistamínicos</p> <p>Evitar ingerir alimentos antes de acostarse</p> <p>Recomendar al paciente que reduzca la ingesta de bebidas que contengan alcohol y cafeína</p> <p>Recomendar la realización de actividades que favorezcan el reposo y relajación</p> <p>Facilitar información sobre los recursos que ofrezca la sociedad</p>

PANCREATITIS

Proceso inflamatorio agudo o crónico que afecta al páncreas provocando una alteración de sus funciones habituales.

El páncreas es una glándula localizada detrás del estómago encargada de la síntesis de hormonas como la insulina y el glucagón que intervienen en la regulación de los niveles de azúcar en la sangre y de enzimas favorecedoras de los procesos digestivos como la tripsina y la quimotripsina que ayuda a la digestión las proteínas, la lipasa que facilita la digestión las grasas, la amilasa que favorece la digestión los polisacáridos o la ARNasa y la DNAsa que intervienen en la digestión del RNA y del DNA respectivamente.

ETIOLOGÍA

La inflamación aguda del páncreas se relaciona en la mayoría de los casos con la presencia de un cálculo biliar y en menor medida con el abuso agudo o crónico de alcohol. Otras causas menos frecuentes son después de cirugía o de técnicas diagnósticas, intoxicación por fármacos, infecciones sistémicas que afectan al páncreas o enfermedades vasculares como el lupus.

La inflamación crónica del páncreas se relaciona en la mayoría de los casos con el abuso crónico del alcohol. Otras causas menos frecuentes son formas familiares, la fibrosis quística en los niños y formas de causa desconocida.

SÍNTOMAS

Los síntomas más característicos de la pancreatitis aguda son:

- Dolor abdominal en zona gástrica o periumbilical, de intensidad leve a severa irradiado a espalda, tórax o flancos.
- Náuseas y vómitos.
- Distensión abdominal.

Otros posibles síntomas acompañantes: fiebre, taquicardia, hipotensión, deshidratación e ictericia.

Los síntomas de pancreatitis crónica pueden ser más larvados y puede aparecer:

Dolor abdominal en zona gástrica o periumbilical, de intensidad leve a severa irradiado a espalda, tórax o flancos.

- Náuseas y vómitos.
- Síndrome de malabsorción de nutrientes: diarrea, heces grasa, desnutrición y pérdida de peso.
- Alteraciones en el metabolismo de la glucosa: diabetes.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de pancreatitis es realizado por el médico general, el internista o el especialista en patología digestiva en la consulta del centro médico u hospital.

El diagnóstico de la enfermedad se basa en:

- Una correcta exploración física del paciente
- Una valoración de la sintomatología que presenta

El resultado de los estudios complementarios que se realicen, entre los que destacan una analítica de sangre que debe mostrar signos de inflamación o de alteración de la función del páncreas; o estudios por imagen como la radiografía, la ecografía o la tomografía de abdomen que muestren un aumento del tamaño de la glándula o la presencia de alteraciones como cálculos, abscesos, calcificaciones, quistes o tumores.

TRATAMIENTO

La pancreatitis aguda es una urgencia médica y requiere de ingreso hospitalario.

El tratamiento de la pancreatitis consiste en el tratamiento de la causa que la ha producido si es posible y en el tratamiento de los síntomas de la propia enfermedad.

El tratamiento de los síntomas en la pancreatitis aguda incluye:

- Dieta absoluta y aporte de líquidos
- Control del dolor con analgésicos
- Nutrición enteral en los casos necesarios
- Tratamiento antibiótico profiláctico para evitar colonización bacteriana de la glándula por gérmenes del aparato digestivo.
- El tratamiento de los síntomas en la pancreatitis crónica incluye:
 - Dieta absoluta y aporte de líquidos
 - Control del dolor con analgésicos
 - Administración de suplementos vitamínicos y de enzimas pancreáticos en los síndromes de malabsorción
 - Dieta adecuada y administración de insulina en los casos de diabetes.

CUADRO VI

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PANCREATITIS		
Diagnóstico NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
<p>0002 Desequilibrio nutricional por defecto Definición: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas. R/C: Incapacidad para digerir o absorber nutrientes debido a factores biológicos.</p> <p>M/P: Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ingestión alimentaria oral ✓ Ingestión de líquidos orales 	<p>Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y de líquidos. Instaurar la dieta prescrita progresivamente Comprobar y registrar la tolerancia oral. Determinar en colaboración con el dietista si procede el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades de la alimentación.</p>
<p>00132 Dolor agudo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Frecuencia del 	<p>Realizar una valoración</p>

<p>Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real, de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa, con un final anticipado o previsible y de una duración menor de 6 meses</p> <p>R/C: -Agentes lesivos biológicos.</p> <p>M/P: Posición antiálgica para evitar el dolor. Observación de las evidencias.</p>	<p>dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor referido. ✓ Duración de los episodios del dolor ✓ Posiciones corporales protectoras 	<p>exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. Observar claves no verbales de molestias especialmente en aquellos pacientes que no pueden comunicarse verbalmente. Proporcionar a la persona un alivio del dolor mediante los analgésicos prescritos. Evaluar con el paciente la eficacia de la analgesia administrada.</p>
<p>00146 Ansiedad</p> <p>Definición: Señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.</p> <p>R/C: -amenaza de cambio en el estado de salud.</p> <p>M/P: inquietud preocupación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Busca información para reducir la ansiedad 	<p>Explicar el proceso de la enfermedad. Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p>

OBESIDAD

La obesidad es el exceso de grasa (tejido adiposo) en nuestro organismo. Los valores normales de grasa corporal son del 12 al 20% en los varones y del 20 al 30% en las mujeres. Así, en términos numéricos, definimos como sujetos obesos a aquellos que presentan porcentajes de grasa corporal por encima del 20% en varones y del 30% en mujeres. Los valores comprendidos entre el 21 y el 25% en los varones, y entre el 31 y el 33% en las mujeres, se consideran límite

(sobrepeso).

La determinación de este porcentaje no es sencilla ni rápida de obtener, por ello en el día a día utilizamos un índice que es el llamado índice de masa corporal (IMC; peso en kilogramos dividido por la talla en metros al cuadrado). Para definir la obesidad en los adultos (a partir de los 18 años) se acepta como punto de corte un valor de IMC de 30 kg/m² o superior, aunque también se han establecido valores superiores al percentil 85 de la distribución de la población de referencia. Los valores de IMC de 25 a 29'9 kg/m² indican sobrepeso. En la población infantil y juvenil se utilizan como criterios para definir el sobrepeso y la obesidad los valores específicos por edad y sexo de los percentiles 85 y 97 del IMC, respectivamente, empleando las tablas publicadas por Cole el año 2000.

ETIOLOGÍA

La obesidad depende de la ingesta (las calorías que cada día entran en nuestro organismo a través de los alimentos) y del consumo o gasto de energía que hacemos (por la actividad física o por el gasto energético que se deriva de las reacciones metabólicas que se producen continuamente en nuestro organismo).

Podemos considerar nuestro peso corporal como si se tratase de una balanza con dos platillos; uno de los platillos es la ganancia de energía (ingesta) y el otro es la pérdida de energía (consumo). Sobre cada uno de estos dos platillos hay factores que le añaden peso y otros que le quitan peso; por ejemplo, la práctica de ejercicio físico es un factor que quita peso al platillo del gasto (adelgazamos), mientras que el sedentarismo es un factor que añade peso al platillo del gasto (engordamos); de igual forma, un elevado consumo de calorías añadirá peso al platillo de las ganancias o entradas, y un estado de hambruna hará que este platillo pese menos. La suma de todos los factores que influyen en esos platillos harán que la balanza esté equilibrada (normopeso) o desequilibrada (sobrepeso u obesidad en un extremo, o delgadez en el otro extremo).

Sin embargo, no son necesarias unas grandes (y evidentes) ingestas de alimento para ganar peso; con sólo ligeros excesos de calorías cada día (ganancias no

evidentes) pero mantenidos durante varios años conduce a ganancias de varios kilos de peso.

Hay factores hormonales y factores nerviosos que regulan uno de esos platillos de la balanza, el platillo de las entradas o ingresos de energía, es decir, el apetito. Por ejemplo, hormonas como la leptina, que inhibe el apetito y aumenta el gasto energético. O factores de la esfera nerviosa psicológica, como las creencias culturales acerca del culto al cuerpo que tiene nuestra sociedad y que castiga la obesidad y equipara delgadez con armonía, belleza, prestigio y éxito, que actúan inhibiendo el apetito y que nos harán comer menos y perder peso. O si tenemos el estómago lleno se producen sustancias en el tubo digestivo, como la colecistocinina (sintetizada en el intestino delgado) o el péptido YY (sintetizado en el intestino delgado), que alcanzan el cerebro y le indican el cese de la ingesta de más alimento; o al contrario, la grelina, sintetizada en el estómago y que estimula el comer. El azúcar que tenemos en sangre, cuando desciende mucho, provoca sensación de hambre. Todas estas señales (hormonas, factores psicológicos, factores culturales, estímulos nerviosos...) llegan a una estructura cerebral conocida como hipotálamo, que constituye el centro regulador del apetito. Nuestros genes pueden regular todo este entramado de señales y pueden ayudar a que una persona sea obesa, pero salvo en muy pocas circunstancias, no son los responsables de la obesidad. Por ejemplo, la falta de leptina en el hipogonadismo hipogonadotrófico, una enfermedad genética rara que cursa con obesidad entre otras alteraciones más.

Existen otras enfermedades más frecuentes y no genéticas donde la obesidad es un elemento más. Es la llamada obesidad secundaria. Ejemplos de esta obesidad son ciertos problemas endocrinológicos como el síndrome de Cushing (por aumento de cortisol), el hipotiroidismo (por déficit de hormonas tiroideas), ciertas formas de enanismo (por lesiones del hipotálamo que causan déficit de hormona del crecimiento), el insulinoresistencia, el síndrome de ovario poliquístico, y las lesiones en el hipotálamo (craneofaringioma, traumatismos o infecciones).

En resumen, la obesidad primaria, la más frecuente, tiene un origen no conocido y se debe al aumento del aporte de energía, a la disminución de su consumo, o a

una combinación de ambos factores. En el desarrollo de esta obesidad intervienen factores genéticos, metabólicos, hormonales, nerviosos y ambientales.

La obesidad secundaria tiene una causa identificable y, en algunos casos, tratable médicamente, y potencialmente curable.

SÍNTOMAS

La obesidad no produce síntomas, salvo el elemento visual y estético. Sin embargo, a largo plazo, produce graves efectos adversos en nuestra salud. Visualmente podemos hablar de varios tipos de obesidad, según donde se localiza la grasa: hablamos de *obesidad central* cuando la grasa se acumula en el abdomen y recubre los diferentes tejidos y órganos (corazón, riñones, hígado, etc.); y de *obesidad periférica* cuando la grasa se acumula en los glúteos, muslos y brazos.

Los problemas de salud asociados a la obesidad son:

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus tipo 2
- Alteraciones de las grasas de la sangre, con aumento de triglicéridos y disminución del colesterol de las HDL
- Enfermedades cardiovasculares como angina de pecho, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ictus cerebral, aneurisma en aorta abdominal, etc.
- Aumento del ácido úrico y gota
- Síndrome del ovario poliquístico
- Acantosis nigricans, que es un trastorno que se manifiesta por oscurecimiento y engrosamiento de los pliegues cutáneos del cuello y codos, y en los espacios que hay entre los dedos
- Lesiones del riñón: glomerulopatía por obesidad
- Artrosis y dolores en articulaciones que soportan peso como rodillas y caderas

- Dolor de la columna lumbar
- Síndrome de túnel carpiano
- Ginecomastia en hombres
- Alteraciones menstruales y pérdida de la menstruación en mujeres
- Infertilidad
- Dificultad y mayor trabajo para respirar
- Cese o disminución de la respiración durante el sueño
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Hígado graso no alcohólico
- Cálculos biliares
- Hernias abdominales e inguinales
- Fragilidad de la piel, sobre todo en los pliegues, con frecuentes infecciones por hongos
- Estrías gravídicas
- Hiperpigmentación en las piernas por estasis venosa crónica
- Piernas hinchadas
- Celulitis
- Varices en las piernas
- Trombosis en las piernas
- Incontinencia urinaria
- Cánceres: en varones el de esófago, colon, recto, páncreas, hígado y próstata; en mujeres el de vesícula biliar, conductos biliares, mamas, endometrio, cuello uterino y ovarios
- Depresión y baja autoestima
- Trastornos del comportamiento alimentario: bulimia nerviosa

Todo ello condiciona a la persona mayor riesgo de enfermar, empeora la calidad de vida y acorta la esperanza de vida en varios años. Sin embargo, el tipo de obesidad asociada al mayor riesgo de enfermar y de morir es la obesidad central.

DIAGNÓSTICO

Hay tres datos antropométricos que son de máxima importancia para evaluar el grado de obesidad: peso, talla y circunferencia o perímetro abdominal.

Índice de masa corporal (IMC): es el número que sale de dividir el peso (en kg) por la talla (en metros) al cuadrado. El riesgo de enfermar comienza a partir de valores de IMC iguales o superiores a 25 kg/m² (corte que define el sobrepeso) y se dispara por encima de 30 kg/m² (obesidad). En individuos con un IMC de hasta 27 kg/m² y que no tengan otros factores de riesgo asociados (hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) puede considerarse que tienen "normopeso". Puesto que la altura permanece constante, las variaciones en el peso condicionarán variaciones en el IMC. Y, aunque el aumento de grasa (que es lo que define a la obesidad) va asociada a un aumento de peso corporal, no siempre el aumento de peso es por obesidad; la ganancia de peso puede ser debido al aumento de la masa muscular o a aumento de retención de líquidos (edemas

Perímetro de la cintura: Es el número (en cm) que surge de medir la circunferencia de la cintura (medida a la altura del ombligo). Con este valor conoceremos la distribución del tejido adiposo y detectaremos la grasa abdominal o central, que es la que se relaciona con la aparición de la diabetes mellitus, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares en el individuo obeso. En población española se consideran actualmente como patológicos valores por encima de 94 cm (en varones) y de 80 cm.

Índice cintura-cadera/muslo: Es el número que se obtiene al dividir la circunferencia de la cintura (en cm) por la circunferencia del muslo (en cm). Con anterioridad se había utilizado este índice para conocer el tipo de obesidad: valores por encima de 1'0 en los varones y de 0'90 en las mujeres indican obesidad central. Este índice se ha sustituido por el perímetro de la cintura, explicado en el anterior punto.

El análisis de impedancia corporal mide la oposición de los tejidos corporales al paso de una corriente eléctrica (impedancia corporal), que depende fundamentalmente del contenido de agua y minerales. La masa magra es un buen conductor eléctrico (tiene baja impedancia), mientras que la grasa actúa como aislante (tiene alta impedancia). La medida de la impedancia corporal proporciona una estimación directa del agua corporal total, la masa magra y la grasa corporal. Los valores normales son del orden del 12 al 20% en varones y del 20 al 30% en las mujeres.

Otras técnicas son la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética abdominal, que permiten diagnosticar el exceso de grasa abdominal que se acumula alrededor de los tejidos y órganos (y que es la grasa patológica): se utiliza el índice área grasa visceral/área grasa subcutánea; un índice superior a 0'4 define la obesidad visceral.

TRATAMIENTO

En el desarrollo de la obesidad intervienen factores genéticos, metabólicos, hormonales y ambientales, siendo estos últimos los que podemos modular modificando nuestros hábitos de vida. No hemos de olvidar que la modificación de los hábitos de vida también modifica las alteraciones asociadas a la obesidad, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y otras antes citadas. El *objetivo principal* del tratamiento debe ser la reducción de peso en un período prolongado y después el mantenimiento de la pérdida conseguida. Un objetivo a corto plazo es la pérdida de peso inicial de 10% a un ritmo de 225-1000 gramos a la semana, aunque esto siempre debe individualizarse según cada paciente: en pacientes más obesos quizás se deba perder más que en pacientes con menor obesidad.

Cambios en el estilo de vida

El cambio en la alimentación incluye una reducción del consumo total de calorías. Las medidas pasan por evitar el sedentarismo, realizar ejercicio físico de forma

regular, corregir errores alimentarios y realizar una alimentación equilibrada. Su médico y su nutricionista le indicarán qué medidas seguir y cómo desarrollarlas.

Respecto a la alimentación hay algunas consideraciones que es importante remarcar. Así, es importante saber que el alcohol es una fuente no despreciable de calorías y que los alimentos light también contienen calorías. Se deberán evitar dietas muy restrictivas, ya que si bien pueden condicionar importantes pérdidas de peso, estas pérdidas lo son también de masa magra, conllevan la restricción o falta de ciertos nutrientes y no son bien aceptadas a medio y largo plazo. Y de lo que se trata es de cambiar nuestro patrón de alimentación y mantener este cambio durante toda la vida. El uso de fibra dietética antes de las comidas puede ser útil para disminuir el apetito al producir un efecto saciante; podemos tomar algunos frutos secos antes de comenzar a comer.

El ejercicio físico debe ser de moderada intensidad y diario, con una duración de una media hora al día. Se recomiendan actividades como subir las escaleras a pie en lugar de usar el ascensor, caminar hasta la parada siguiente del metro o autobús y bajar una parada antes, pasear con un grupo de amigos, ir en bicicleta o nadar.

Estos cambios deben sustentarse en un cambio en la conducta del paciente. Esto significa que es fácil comenzar a cambiar la alimentación y empezar a hacer alguna actividad física, pero rápidamente se pierde el interés y se vuelve al patrón previo de sedentarismo y alimentación desequilibrada. Para ello se debe recomendar emplear técnicas de auto vigilancia (como, por ejemplo, llevar un diario, pesarse y medir el alimento y la actividad física que se realiza), control de estímulos (como no comer viendo la TV o viajando, utilizar platos de dimensiones más pequeñas); mejorar la falta de autoestima y la percepción del propio cuerpo. Hay que tener en cuenta que la consecución de resultados, es decir, el perder peso y mantener la pérdida, es un proceso lento, que no debe desesperar a la persona y que a menudo debe incluir la participación del médico, de la enfermera y de un nutricionista.

Los cambios en el modo de vida originan una disminución modesta (3 a 5 kg) en el peso. Por eso, en algunos casos será necesaria la utilización de fármacos o incluso la cirugía bariátrica.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Conviene pensar en tratamientos con fármacos como terapia complementaria a los cambios del estilo de vida en individuos con un IMC mayor de 30 kg/m² de entrada y también en aquellos individuos en los que han sido ineficaces los cambios del estilo de vida para bajar peso. Sin embargo, los fármacos deben sumarse a las modificaciones del estilo de vida y no las deben sustituir. Existen dos tipos de fármacos para tratar la obesidad, que su médico podrá utilizar: la sibutramina, que actúa a nivel del sistema nervioso central, y que disminuye el apetito; y el orlistat, fármaco que impide la absorción de grasas en el tubo digestivo.

Cirugía bariátrica y técnicas no quirúrgicas

Habrá que pensar en una cirugía de reducción del peso en individuos con obesidad grave (aquellas con un IMC superior a 40 kg/m²) o en individuos con obesidad moderada (IMC entre 35 y 40 kg/m²) pero que tienen algún otro problema médico grave.

La pérdida de peso que se consigue con estas técnicas se debe a la disminución de la ingesta calórica (limita la cantidad de alimento que puede retener el estómago, con lo que se envían señales de saciedad hacia el hipotálamo con ingestas pequeñas). Con algunas cirugías también se impide la absorción de macronutrientes (es decir, se provoca una malabsorción controlada). Con estos métodos se suele obtener una pérdida total promedio de 30 a 35% del peso corporal, que se mantiene en más de la mitad de los pacientes a los cinco años. El balón intragástrico no es propiamente una cirugía. Consiste en la colocación endoscópica de un balón relleno de suero salino o aire en el estómago, con lo que

el estómago se llena con menos cantidad de alimento y la sensación de saciedad aparece antes. Se pueden alcanzar pérdidas promedio de 15 a 20 kg durante un período de 6 meses, aunque no se dispone de resultados a largo plazo sobre si estas pérdidas de peso se mantienen.

CUADRO VII

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN OBESIDAD		
Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
<p>00001 Desequilibrio nutricional por exceso Definición: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.</p> <p>R/C: Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.</p> <p>M/Pliegue cutáneo tríceps superior a 25mm en mujeres o a 15 mm en varones Peso corporal superior a un 20% al ideal según la talla y constitución corporal Sedentarismo Comer en respuesta a claves externas Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (ansiedad) Información u observación de patrones alimentarios disfuncionales Concentrar la toma de alimentos al final del día</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estado nutricional ✓ Control de peso ✓ Conocimiento de la dieta 	<p>Fomento del ejercicio Manejo de la nutrición Ayuda para disminuir el peso Modificación de la conducta Acuerdo con el paciente Asesoramiento nutricional Enseñanza: dieta prescrita.</p>
<p>00092 Intolerancia a la actividad Definición: Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resistencia ✓ Conservación de la energía ✓ Tolerancia a la actividades 	<p>Manejo de la energía Fomento del ejercicio Terapia de actividad Establecimiento de objetivos comunes Enseñanza:</p>

<p>diarias requeridas o deseadas. R/C: estilo de vida sedentario. M/P: informes verbales de fatiga o debilidad.</p>		<p>actividad/ejercicio prescrito.</p>
<p>00094 Riesgo de intolerancia a la actividad Definición: Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas. R/C: Mala forma física Inexperiencia en la actividades Presencia de problemas respiratorios o circulatorios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conservación de la energía ✓ Conocimiento de la actividad prescrita 	<p>Manejo de la energía Establecimiento de objetivos comunes Asesoramiento Apoyo emocional</p>
<p>00099 Mantenimiento inefectivo de la salud. Definición: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud. R/C: Afrontamiento individual ineficaz M/P: Falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas Expresión de interés por mejorar las conductas de cuidado de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adaptación psicosocial: cambio de vida ✓ Conducta de fomento de la salud ✓ Conducta de búsqueda de la salud ✓ Conocimiento: conductas sanitarias 	<p>Ayuda a la modificación de si misma Facilitar la autorresponsabilidad Apoyo en toma de decisiones Educación sanitaria</p>

HEMORROIDES

Dilatación de las venas localizadas en los márgenes internos o externos del ano.

ETIOLOGÍA

La causa más frecuentemente implicada en la aparición de hemorroides es el estreñimiento debido a malos hábitos alimentarios.

Otras causas frecuentes de hemorroides son:

Formas familiares (determinados miembros de una misma familia pueden presentar una mayor prevalencia)

El embarazo debido al éxtasis venoso y el esfuerzo para dar a luz, puede producir hemorroides que normalmente desaparecen tras el parto.

El estar mucho tiempo de pie, o cargar mucho peso, puede favorecer o empeorar los síntomas de las hemorroides.

El consumo de sustancias excitantes o picantes puede favorecer o empeorar los síntomas de las hemorroides.

SÍNTOMAS

Los síntomas más frecuentes son:

Picor y quemazón a nivel anal, sobre todo tras defecar o limpiarse al ano.

Emisión de pequeñas cantidades de sangre roja por el ano, normalmente al finalizar la defecación o al realizar la limpieza con el papel higiénico.

Las hemorroides externas pueden doler durante la defecación o durante la sedestación prolongada. Las hemorroides internas no suelen doler.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de hemorroides se basa en la descripción de los síntomas del paciente y la visualización de las hemorroides mediante la inspección anal, el tacto rectal o la anoscopia.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las hemorroides debe ser inicialmente conservador e incluir:

Durante las crisis:

Baños de agua tibia-fresca (3-4 al día), durante 10-15 minutos.

Aplicación de frío local

Uso de cremas antihemorroidales, durante un *tiempo limitado* (no más de 5-7 días, porque pueden provocar más sangrado).

Analgésicos (paracetamol, antiinflamatorios...)

Durante la defecación:

Evitar reprimir el deseo de ir al baño.

Procurar realizar una deposición al día, evitando las diarreas y el estreñimiento

Evitar los esfuerzos al defecar

Si las hemorroides salen del ano se debe intentar devolverlas a su posición habitual haciendo una leve presión con el dedo.

Para la limpieza es mejor toallitas húmedas o hacer baños de agua tibia tras la deposición que el uso del papel higiénico

Las hemorroides de gran tamaño, muy sangrantes, que se prolapsan con facilidad o que se trombosan pueden requerir de tratamiento quirúrgico, las técnicas más utilizadas son:

Extirpación quirúrgica de la hemorroide.

La ligadura en banda consiste en poner un anillo de goma alrededor de las hemorroides y éstas poco a poco van disminuyendo

Coagulación con láser

Esclerosis de la hemorroide.

CUADRO VIII

CUIDADO DE ENFERMERÍA DE HEMORROIDES		
Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
<p>00011 Estreñimiento</p> <p>R/C: hemorroides M/P esfuerzo al defecar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Eliminación intestinal ✓ Control de movimientos intestinales ✓ Cantidad de heces en relación con la dieta ✓ Hidratación ✓ Control de síntomas 	<p>Explicar que debe de tomar dos litros de agua al día para prevenir el estreñimiento.</p> <p>Vigilar la ingesta de alcohol, ya que perjudica la circulación sanguínea dificultando la digestión.</p> <p>Evitar que consuma sal, dado que favorece la retención de líquidos.</p> <p>Establecer una dieta rica en fibra, frutas, verduras y productos integrales.</p> <p>Explicar que evitar el esfuerzo defecatorio.</p> <p>Animar al paciente que practique algún deporte de forma regular para activar la circulación sanguínea y ayudar a mejorar el tránsito intestinal.</p> <p>Evitar hacer grandes esfuerzos en los que tenga especial importancia la zona abdominal.</p>

CONCLUSIONES

Las medidas de prevención que deben tomarse para no adquirir o padecer alguna enfermedad del aparato digestivo: evitar comer en la calle, lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, hervir el agua, desinfectar las frutas y las verduras, preparar correctamente los alimentos, ingerir sueros para rehidratar (distribuidos gratuitamente por las unidades de salud).

Otra medida de gran importancia es contar con una buena alimentación, aspecto que no está garantizado en nuestro país, donde 43.29% de la población vive en condiciones de pobreza y 13.94% no cuenta con los recursos económicos para alimentarse adecuadamente. Tomando en cuenta que somos 103 263 388 mexicanos, según el II Censo de Población y Vivienda 2005 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), dichas cifras revelan la magnitud del problema.⁴² Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), los estados con mayor índice de pobreza alimentaria son: Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Puebla, y Tabasco.

Las cifras nos permiten reconocer las causas de por qué en ciertas partes de la república mexicana las enfermedades digestivas siguen un comportamiento endémico, y por qué no se ha podido abatir esta problemática. Para controlar la elevada morbilidad y mortalidad causada por estas enfermedades, es necesario mejorar la calidad de vida de la población mediante el suministro de agua potable, drenaje, y los servicios básicos que hacen falta sobre todo en comunidades rurales. No deja de ser fundamental, también, implementar otras medidas que pueden ayudar a valorar la situación de las enfermedades del tracto gastrointestinal y a prevenirlas.

Saber: evaluar al paciente, para obtener datos clínicos y epidemiológicos precisos; tomar en cuenta las consideraciones terapéuticas, debido al alto índice de cepas resistentes a los antimicrobianos; reportar los casos, para contar con un dato epidemiológico más exacto; buscar los microorganismos involucrados en casos de gastroenteritis, sin limitarse a los chequeos rutinarios; subtipificar las cepas

aisladas; proveer a la educación de la gente, informándoles acerca de las medidas higiénicas que deben tomar y cómo tratar a las personas enfermas.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Actis, A. y D. Outomuro (2010). "Aparato digestivo, obesidad y cáncer" Revista de Gastroenterología de Perú. Vol. 30 (1). (En línea). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292010000100009&script=sci_arttext. [Accesado el 28 de Septiembre de 2016].

Alfaro, R. Aplicación del proceso enfermero. 5°. Edición, Edit. Mosby /Doyma. Madrid 2003.

Alarcón, C., (2008). "Pancreatitis Aguda". Rev. Chilena. Vol. 79 (5). (En línea) <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79n5/art10.pdf> [Accesado el 28 de Septiembre de 2016].

Álvarez, R. (2000). "Epidemiología de la ulcera péptica en siete consultorios del médico familiar" Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 11 (3). (En línea) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000300004. [Accesado el 30 de Septiembre de 2016].

Benjumea, M., Sicilia, L., López, G. y I. Ordaz (2015). "Diagnostico, evolución y aceptación de la colitis ulcerosa: a un propósito de un caso" Enfermería endoscópica y Diagnostico. Vol. 2 (1). (En línea) [http://aeeed.com/documentos/publicos/revista/abril2015/Enferm%20Endosc%20Di g.%202015;2\(1\)26-31.pdf](http://aeeed.com/documentos/publicos/revista/abril2015/Enferm%20Endosc%20Di g.%202015;2(1)26-31.pdf). [Accesado el 25 de septiembre del 2016].

Bermello, R. (2011). "Enfermedades Infecciosas". Boletín Especial. Vol. 2 (4). (En línea). http://www.cpicmha.sld.cu/BoletinEsp/bes05_11.pdf [Accesado el 24 de septiembre de 2016].

Collado C., Gualda I., Sánchez, M.D. y M., López. "Plan de Cuidados en la Pancreatitis Aguda Leve de Origen Biliar" Pancreatitis (En línea) http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/Pancreatitis_Aguda.pdf. [Accesado el 24 de Septiembre de 2016].

Corbacho, A., (2010). "Obesidad" Guía de Actuación Clínica (En línea) http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/guia_obesidad.pdf. [Accesado el 27 de septiembre de 2016].

Hernández, C., Aguilera, M.G. y G. Castro (2011). "Situación de las enfermedades gastrointestinales en México" Microbiología Vol.31 (4). (En línea). <http://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2011/ei114f.pdf>. [Accesado el 24 de septiembre de 2016].

Katzung, Farmacología Básica y Clínica. Edit. Manual Moderno, México.2010.

Kozier, Etal. Técnicas de Enfermería Clínica 4ª Edición Edit. McGraw Hill México. 2000

Lilley, L. Farmacología en Enfermería. 2ª Edición Edit. Mosby Doyma, libros S.A. 2001

Lobato, L., (2010). "Patología Hemorroidal" Hospital Clínico Universitario (En línea)

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/hemorro.pdf>. [Accesado el 24 de septiembre de 2016].

Luckman, J. Cuidados de enfermería. Edit. Mc. Graw Hill. Interamericana. México. 1999.

Mendoza J.L. y R. Lana (2005) "Manifestaciones extra intestinales en la enfermedad inflamatoria intestinal: diferencias entre la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa". Vol. 125 (8). (En línea)

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775305720248>. [Accesado el 28 de Septiembre de 2016].

NANDA. Diagnósticos enfermeros. Edit. Harcourt, España. 2009-2011.

Reiriz, J., (2009) "Sistema Digestivo: Anatomía" Enfermera Virtual. (En línea) Disponible

en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/98/Sistema%20digestivo.pdf?1358605461> [Accesado el 24 de septiembre de 2016].

Riverón, R., (2000) "Fisiología de la diarrea Aguda" Rev.Cubana. Vol. 71 (2). (En línea) <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v71n2/ped05299.pdf> [Accesado el 24 de septiembre de 2016].

Rosales, S., (2000) Fundamentos de enfermería 2ª Edición Manual Moderno.

Sampietro, M.C. (2012). "Papel de la Enfermería ante la Obesidad" Universidad Zaragoza (En línea). <https://zaguan.unizar.es/record/7399/files/TAZ-TFG-2012-223.pdf>. [Accesado el 25 de septiembre de 2016].

<http://enfermeriaactual.com/nanda-taxonomia-etiquetas/>

<http://www.nationalgeographic.es/ciencia/salud-y-cuerpo-humano/digestive-system-article>.