



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO
A UN PACIENTE EN EL PERIOPERATORIO A UNA
FUNDUPLICATURA DE NISSEN BASADO EN EL
MODELO DE DOROTHEA OREM EN EL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA".

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

P R E S E N T A

ABURTO RUIZ JORGE ALBERTO
NO. DE CUENTA: 411101422

DIRECTOR ACADÉMICO

MTRA. EVA OLIVIA SALAS MARTÍNEZ



MÉXICO.D.F.

2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos.

A **Dios** por darme salud y las fuerzas necesarias para conseguir mis objetivos, por ser un refugio en los momentos difíciles.

A **mis padres** por darme la vida, por orientarme a cada momento con sus consejos, por apoyarme hasta el final de esta etapa de mi vida; gracias por ser mis padres.

A **mis hermanos** por estar allí cuando los necesite; por ustedes me esfuerzo cada día un poco más para poder ser una guía en sus vidas de que todo lo que se quiere se puede lograr.

A **mi novia Elsy** por ser siempre mi compañera en esta larga y divertida travesía, por siempre estar allí cuando la necesite, gracias por estar conmigo en las buenas y en las malas; juntos comenzamos y juntos terminamos.

A **mis familiares** que de una u otra forma fueron pieza fundamental en el logro de este paso más en mi vida.

A **mis profesores** de carrera por regalarme un fragmento de su tiempo y conocimiento.

A **mis asesores** de titulación que fueron pieza fundamental en cumplir este objetivo, gracias por su valioso tiempo y conocimiento; estarán siempre presentes.

A mi alma máter la **Universidad Nacional Autónoma de México** por permitirme ser parte de ella, por brindarme tan valiosos conocimientos. Ser puma es lo máximo.

“Por mi raza hablará el espíritu”.

INDICE.

I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. OBJETIVOS.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
III. METODOLOGÍA.....	7
IV. MARCO TEÓRICO.....	9
V. HISTORIA CLÍNICA.....	23
CUADRO DE DIAGNÓSTICO N° 1 DEL DÍA 27/11/2014.....	32
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA N° 1 DEL DÍA 27/11/2014.....	34
VI. VALORACIÓN FOCALIZADA N° 1 DEL DÍA 28/11/2014.....	57
CUADRO DE DIAGNÓSTICOS N° 2 DEL DÍA 28/11/2014.....	60
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA N° 2 DEL DÍA 28/11/14.....	61
VII. VALORACIÓN FOCALIZADA N°2 DEL DÍA 28/11/2014.....	77
CUADRO DE DIAGNÓSTICO N°3 DEL DÍA 28/11/2014.....	80
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA N°3 DEL DÍA 28/11/2014.....	81
VIII. VALORACIÓN FOCALIZADA N°3 DEL DÍA 30/11/2014.....	102
CUADRO DE DIAGNÓSTICOS N°4 DEL DÍA 30/11/2014.....	105
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA N°4 DEL DÍA 30/11/2014.....	106
IX. PLAN DE ALTA HOSPITALARIA.....	119
X. VISITA DOMICILIARIA DEL DÍA 28/02/2015.....	121
VALORACIÓN FOCALIZADA FINAL N°4 (VISITA DOMICILIARIA) DEL DÍA 28/02/2015.....	122
CUADRO DE DIAGNÓSTICOS N°5 DEL DÍA 28/02/2015.....	125
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA N°5 DE VISITA DOMICILIARIA DEL DÍA 28/02/2015.....	126
XI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	128
XII. REFERENCIAS.....	130
XIII. ANEXOS.....	139

I. Introducción.

El Profesional de Enfermería al concluir su formación debe tener consigo una serie de conocimientos teóricos y prácticos con los cuales en un momento dado puedan ser aplicados en las diversas áreas de atención a la salud; puede ser con el individuo sano y/o enfermo, en un medio intra o extra hospitalario, en una comunidad urbana o rural, o cualquier otra situación que se presente.

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es una de las formas de aplicar los conocimientos del profesional de enfermería; cuenta con bases científicas y nos permite realizar actividades de enfermería encaminadas siempre hacia el cuidado del individuo con un razonamiento lógico y de la más alta calidad.

El PAE permite ser el eje o guía en las actividades de enfermería; es una base sólida que ayuda a brindar el cuidado necesario en el individuo atendido, siguiendo una corriente de pensamiento mediante la utilización de un modelo o teoría de enfermería, lo cual permite delimitar la forma de actuar en el desarrollo de las actividades.

El modelo o teoría utilizado ayuda a identificar la forma en que será abordado el individuo a atender, con lo cual el profesional de enfermería rescata aspectos esenciales del individuo para su atención y con ello brinda los cuidados que requiere el individuo.

A continuación se expone un Proceso Atención de Enfermería aplicado a un paciente en el perioperatorio a una funduplicatura de Nissen basado en el modelo de Dorothea Orem, el cual fue realizado en las instalaciones del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

El presente Proceso Atención de Enfermería se desarrolla con una valoración inicial y 4 valoraciones focalizadas, realizando un plan de atención para cada una de estas; se realiza un plan de alta cuando el paciente es dado de alta del nosocomio, y se realizó una visita domiciliaria para dar conclusión al seguimiento

y atención del paciente e identificar el resultado obtenido de los diversos planes de atención realizados durante toda su atención.

Para poder hacer del presente trabajo algo más exquisito se anexaron apartados como “conclusiones” y “sugerencias”; donde se muestran los puntos de interés que se observaron durante el desarrollo del presente trabajo y que pueden llegar a ser aspectos que ayuden a mejorar en un futuro la realización de Procesos Atención de Enfermería.

Por último se desarrollaron 2 apartados, “anexos” y “bibliografía” en los que se podrán identificar los aspectos que fueron utilizados dentro de la atención brindada al paciente (instrumento de valoración, escalas y otros gráficos); así como las obras utilizadas para dar sustento teórico al presente trabajo y con ello ayudar al lector a profundizar en la búsqueda de información de los temas tratados.

II. Objetivos.

Objetivo general.

- Desarrollar y exponer el presente Proceso Atención de Enfermería con la finalidad de mostrar la atención brindada hacia el cuidado del paciente atendido.

Objetivos específicos.

- Desarrollar el Proceso Atención de Enfermería con las bases científicas y metodológicas que utiliza la profesión de enfermería.
- Exponer el presente Proceso Atención de Enfermería mostrando la relevancia que tiene hacia la atención del paciente atendido.

III. Metodología.

El presente Proceso Atención de Enfermería (PAE) fue aplicado a un paciente en el perioperatorio a una Funduplicatura de Nissen por presentar una hernia hiatal (HH) y enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE), el presente PAE fue realizado basado en el modelo de Dorothea Orem y desarrollado en las instalaciones del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

Para el presente PAE el paciente fue seleccionado en el servicio de Cirugía General 305 cuando sería sometido a una intervención quirúrgica para dar solución a las patologías mencionadas con anterioridad; la relevancia por la cual se abordó a dicho paciente es que dentro del equipo multidisciplinario y por lo rescatado de las fuentes bibliográficas se identificó que las características del paciente no eran las acordes a las de una persona en su etapa de desarrollo, así como una complicación en la evolución natural de la enfermedad.

El paciente fue abordado dentro del periodo perioperatorio a una Funduplicatura de tipo Nissen; el PAE consta de 2 etapas, las cuales fueron planeadas y realizadas de esta forma para poder identificar y dar seguimiento a las características del paciente; la primera etapa (intrahospitalaria) consta del día 27 al 30 de Noviembre del 2014, la segunda etapa (extra hospitalaria) consta de una valoración final realizada el día 28 de Febrero del 2015 (visita domiciliaria), marcada como el término del PAE.

El paciente fue abordado a través de las diversas etapas que conforman el PAE (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación); a través de cada una de estas etapas se observaron las características del paciente y se logró conformar un plan de cuidados para los requisitos que el paciente mostraba en riesgo o alterados. Las etapas del PAE fueron desarrolladas estratégicamente para lograr que los resultados de las intervenciones realizadas fueran en su mayoría positivos.

La valoración se realizó con un instrumento bajo la “teoría de déficit de autocuidado” (anexo 1); la etapa de diagnóstico se realizó con un cuadro que muestra las características del paciente durante su valoración y su jerarquización de acuerdo a la relevancia; la planeación fue realizada de acuerdo a los requisitos alterados que presentaba el paciente; la ejecución se realizó durante la atención del paciente con las diversas técnicas y procedimientos; la evaluación fue realizada con un enfoque crítico sobre el cumplimiento del objetivo planeado y la modificación de las intervenciones en caso de no cumplir con dicho objetivo.

Al finalizar la etapa intrahospitalaria, se desarrolló un plan de alta así como la entrega de un tríptico “Cuidados posteriores a cirugía funduplicatura de Nissen” con el cual se dio término a las actividades que se desarrollaron hacia el paciente dentro del medio intrahospitalario.

En el medio extra hospitalario se le dio seguimiento al paciente y las características que presentaba, realizando una visita domiciliaria con la cual se pretendía evidenciar la evolución del paciente con los cuidados proporcionados; se marcó la visita domiciliaria como el término de la atención brindada dentro del Proceso Atención de Enfermería.

Para el desarrollo de los aspectos anteriores se realizó y brindó un “carta de consentimiento informado de visita domiciliaria integral” para asegurar la integridad del paciente y su familia durante la atención brindada en el medio extra hospitalario.

Los diversos instrumentos, escalas y estudios de laboratorio utilizados para la atención del paciente, así como imágenes que ayudan a esclarecer el tema abordado, pueden ser consultados en el apartado de anexos para su mayor comprensión.

IV. Marco teórico.

Para poder comprender la importancia del presente trabajo es primordial vislumbrar que el Proceso Atención de Enfermería (PAE) es la herramienta esencial del profesional de enfermería para brindar el cuidado, siendo este último, el “cuidado”, el objeto de estudio de la profesión; el PAE se basa en modelos y/o teorías las cuales permiten tener un eje de acción encaminados a brindar una atención con independencia que permite al profesional accionar de una manera libre, pero formando parte de un equipo multidisciplinario.

Con relación a lo mencionado con anterioridad González P, y Chaves AM, refieren que “en el mundo, el PAE se ha considerado una revolución en la historia de la enfermería, pues su implementación es una ventaja que suscita autonomía en el trabajo de los profesionales de enfermería, garantiza el desarrollo de una práctica clínica fundamentada en bases científicas, favorece la calidad en el cuidado brindado y facilita la atención individualizada al paciente, haciéndolo participe de su cuidado”.¹

De acuerdo a lo rescatado del texto “Proceso de Atención de Enfermería” redactado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia de Paraguay, quienes mencionan que “el PAE constituye una herramienta para organizar el trabajo de Enfermería, lo que implica una determinada manera de proceder que nos es propia, está constituido por una serie de pasos o Etapas, íntimamente interrelacionadas”.²

Como ya se ha mencionado el PAE es una herramienta de la profesión de enfermería la cual tienen una metodología y una base científica; es por ello que permite tener etapas, secuencias, aplicación, y cuantificación de resultados, y es a través de esto que se puede realizar el adecuado desenvolvimiento del profesional de enfermería en el ejercicio de su profesión.

Un autor que nos habla de lo mencionado con anterioridad es Reyna NC., en su obra “El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado” en el cual hace referencia que “el proceso de enfermería es una herramienta necesaria que se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia de enfermería, mediante el cual se brindan los cuidados de enfermería en la práctica de la disciplina profesional, siendo idóneo por sus características de dinamismo, secuencialidad, medición, facilidad de aplicación y juicio crítico”.³

De nuevo citando al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia de Paraguay “es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud”.²

Como ya se ha comentado el PAE se basa en modelos y/o teorías que le permiten ser realizado bajo una corriente de pensamiento; Moreno ME, nos menciona “Las teoristas en sus modelos conceptuales, presentan unas proposiciones fundamentadas en grandes teorías y corrientes filosóficas que definen desde su perspectiva particular los conceptos del modelo; plantean cómo se relacionan éstos entre sí y cómo deben establecerse las relaciones entre el profesional de enfermería y la persona que se cuida, además, describen las etapas del proceso de enfermería”.⁴

A partir de lo anterior, se puede afirmar que para dar sustento a la práctica de enfermería, el Proceso Atención de Enfermería debe basarse en un modelo conceptual que permita tener un eje de trabajo, para lo cual en esta ocasión se usara la “teoría de déficit de autocuidado” propuesta por la hoy reconocida teórica Dorotea Elizabeth Orem.

Para adentrar en la teoría utilizada, es importante mencionar lo encontrado en la obra “Teorías en Enfermería” de Marriner y Raile; la teoría de déficit de autocuidado está compuesta por 3 teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, describe el porqué y cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente (paciente); y la teoría de sistemas de enfermería que describe y explica las relaciones que hay que mantener entre el paciente y el enfermero.

Teoría del déficit de autocuidado.

La “teoría de déficit de autocuidado” está sustentada en seis ejes conceptuales (autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería) y en un concepto periférico (factores condicionantes básicos)⁵, conceptos que serán abordados en los siguientes párrafos.

Como ya se mencionó la “teoría de déficit de autocuidado” está conformada a su vez por 3 sub-teorías, dichas teorías se trataran de abordar de una forma breve y clara a continuación:

Teoría de autocuidado: de acuerdo a lo que se encuentra redactado en (Orem, 1991, pag.131) “el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar”.

La “teoría de autocuidado” tiene 3 apartados llamados “requisitos de autocuidado”, los cuales son indispensables que todo individuo satisfaga para su adecuado bienestar; dichos requisitos se exponen a continuación:

Requisitos Universales: Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire; mantenimiento de una ingesta suficiente de agua; mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos; provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal; equilibrio entre actividades y descanso; equilibrio entre soledad y la comunicación social; prevención de peligros para la vida,

funcionamiento y bienestar humano; promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.

Requisitos del desarrollo: Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: embarazo, nacimiento, neonato, lactancia, infancia, adolescencia y edad adulta; proporcionar cuidados en deprivación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio de ambiente, problemas de status, mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal.

Requisitos en desviación de la salud: Asistencia médica segura cuando este expuesto a patología, atención a los resultados del estado patológico, utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología, atención a los efectos molestos de la terapia médica, modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario, aprender a vivir con la patología.

Teoría de déficit del autocuidado: “La teoría de déficit de autocuidado considerada por Orem como el núcleo central del modelo, plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas del cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos. Cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado.”⁶

Cuando se habla de “déficit de autocuidado” es porque el individuo no es capaz de cubrir alguno(s) de los requisitos de autocuidado; cuando lo anterior se presenta, es momento de aplicar el PAE, y como parte a este, se utilizan los sistemas de enfermería (“teoría de los sistemas de enfermería”) para identificar las acciones que realizaran los personajes involucrados (paciente-enfermero).

Teoría de sistemas de enfermería: “La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías, porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. Los sistemas que se proponen son: el sistema totalmente compensatorio (T.C.), el sistema parcialmente compensatorio (P.C.) y el sistema de apoyo educativo (A.E)”⁵.

A continuación se muestran los sistemas de enfermería que es el rol que desempeña el paciente y el personal de enfermería de acuerdo a dicho sistema (anexo 2).

Totalmente compensatorio (T.C.): el paciente no funge ningún rol (es dependiente), las funciones de enfermería son al 100% (cubre las funciones que el paciente no realiza).

Parcialmente compensatorio (P.C.): el paciente realiza algunas medidas de autocuidado, acepta el grado de ayuda de enfermería, el personal de enfermería realiza algunas medidas de autocuidado, compensa cualquier limitación, y la ayuda se brinda según el requisito alterado.

Apoyo educativo (A.E): el paciente satisface los requerimientos de autocuidado, pero continúa aprendiendo y desarrollando capacidades de autocuidado mediante la actividad como docente del personal de enfermería, el personal de enfermería ayuda a tomar decisiones, ayuda a que el paciente aprenda, y ayuda a las actualizaciones de información.

Una vez identificados los roles de los diferentes actores involucrados, es importante redactar lo que para Orem era un paciente: “un individuo que requiere la ayuda de enfermería para satisfacer demandas de autocuidado específicas, y esta ayuda puede compensar o superar una limitación de sus capacidades”.⁷

“La agencia de autocuidado”, definida como “la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo”.⁸

A partir de lo anterior se pueden identificar 2 aspectos de igual forma indispensables en el desarrollo de la teoría a trabajar, y que están involucrados íntimamente con “la agencia de autocuidado”; “El agente de cuidado al dependiente” que es la persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona importante para él; y el de agente de autocuidado terapéutico, en el cual la persona que da el cuidado es el profesional de enfermería”.⁶

Por último, se abordaran “los factores condicionantes básicos” los cuales de acuerdo con López A. y Gamboa S. mencionan que es un concepto periférico de la “teoría de déficit de autocuidado”; y hacen referencia que estos factores se pueden describir como los aspectos que modifican tanto las capacidades y el conocimiento para el autocuidado; estos condicionantes básicos son: edad, estado del desarrollo, sexo, sistema familiar, educación formal, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos, patrones de vida, y estado de salud.

Para poder articular el PAE a la “teoría de déficit de autocuidado”, es indispensable correlacionar las etapas de estos 2 aspectos; por lo cual a continuación se muestra la relación encontrada en la obra “Modelo de Orem. Aplicación práctica” de Cavanagh S., en la cual nos muestran lo siguiente:

Etapas del PAE (diagnóstico y valoración), etapa de teoría de Orem (diagnóstico de enfermería); las acciones a realizar son: obtener información, analizar datos e información, emitir juicios sobre el paciente/familia, formular/explicar la naturaleza y causas de la demanda de autocuidado terapéutico del paciente, determinar la presencia de demandas de autocuidado presentes y futuras del paciente.

Etapas del PAE (planificación), etapa teoría de Orem (prescripción de enfermería); las acciones a realizar son: emitir juicios prácticos sobre los cuidados que pueden/deberían proporcionarse para cubrir los requisitos de autocuidado del paciente; regular el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado del paciente.

Etapa del PAE (intervenciones), etapa teoría de Orem (tratamiento/ regulación de enfermería u operaciones reguladoras o de tratamiento); las acciones a realizar son: usar medidas válidas y fidedignas para satisfacer los requisitos de autocuidado del paciente a fin de asegurar un funcionamiento y desarrollo saludable; asegurar que la agencia de autocuidado del paciente se desarrolle al máximo, asegurar que se instituya la retroalimentación y evaluación.

Etapa del PAE (evaluación), etapa teoría de Orem (control de casos); las acciones a realizar son: planificar y controlar el conjunto del proceso de enfermería, dirigir, controlar y evaluar todos los aspectos del proceso de enfermería, asegurar que el proceso de enfermería sea efectivo y dinámico.

Una vez analizado el Proceso Atención de Enfermería y la “teoría de déficit de autocuidado” que servirá como sustento teórico; es momento de identificar las características que el paciente presenta y para ello se analizaran la(s) patología(s) con las que fue diagnosticado y aspectos relevantes para su atención; el paciente presenta una hernia hiatal (HH) y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) como patologías base; como primer punto se abordara la hernia hiatal, en la cual diversos autores nos mencionan lo siguiente:

Para dar una definición específica y clara acerca de lo que es la HH, podemos citar a Mohan H. en su obra “Patología”, en la cual se define como “la protrusión de parte del estómago a través del hiato esofágico del diafragma”.⁹

Para Vázquez JC et al., en su obra la definen como “el paso de cualquier estructura no esofágica hacia el tórax a través del hiato diafragmático”.¹⁰

Y una primicia es lo que mencionan Rosero MA. et al. en su obra “Hernia de Hiato”, quienes mencionan que la hernia de hiato no es una enfermedad propiamente dicha, sino que es un “hallazgo anatómico”, ya que lo que se presenta es el paso de las estructuras anatómicas de la cavidad abdominal hacia la cavidad torácica, y es esto lo que conlleva a desarrollar alteraciones desencadenantes en otras patologías.¹¹(anexo 3).

Para dar una clasificación general de las hernias hiatales, se puede citar a Madriz W. et. al., quienes refieren que “las hernias se pueden clasificar en dos tipos: hernia hiatal por deslizamiento y hernia hiatal paraesofágicas, aproximadamente 99% son hernias por deslizamiento”.¹²

Una clasificación más completa es la encontrada en la “Guía práctica clínica Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia paraesofágica”, redactada por la Secretaria de Salud en la cual dividen a la hernia hiatal de la siguiente manera¹³:

Tipo I o deslizantes: este tipo son las más frecuentes de las hernias hiatales, representando hasta el 95%, se caracterizan por la debilidad y elongación de las estructuras frenoesofágicas que mantienen en localización abdominal la unión gastroesofágica, lo que lleva a una migración hacia la cavidad torácica; este tipo de hernia es la que presenta el paciente abordado en el presente Proceso Atención de Enfermería (anexo 4).

Tipo II o paraesofágicas: este tipo de hernia, presentan un saco herniario que contiene el fundus gástrico, el cual suele localizarse entre las 12 y 4 horas del hiato esofágico en una visión abdominal. Este tipo de hernia ocurre debido a la debilidad de la membrana pleuroperitoneal, lo cual conlleva a que la pared anterior del estómago se hernie hacia el espacio virtual existente entre el esófago y el ligamento frenoesofágico, el cual funge en la preservación de la unión gastroesofágica en territorio abdominal.

Tipo III o mixtas: en este tipo de hernias, se encuentran una combinación de características de la tipo I y II; son las más comunes entre aquellas que se catalogan como paraesofágicas.

Tipo IV o complejas: este tipo de hernia, se definen como la migración intratorácica de cualquier otro órgano intraabdominal. Se considera la expresión máxima de los defectos II y III asociados a un aumento de la presión intraabdominal.

Para mencionar cifras de la prevalencia de la HH, se citara a Rosero MA et. al. que nos mencionan que “su incidencia estimada en población general es del 5%, aunque es difícil averiguar la verdadera incidencia teniendo en cuenta que las HH no dan síntomas. La prevalencia en el mundo occidental es elevada, hasta 50-100 veces mayor que en los continentes asiático o africano, probablemente en relación con una dieta pobre en fibra y rica en grasas; la prevalencia exacta es desconocida, lo que puede deberse a la falta de estándares en la definición de HH. La edad de presentación está entre las décadas 4.^a Y 6.^a, y el riesgo de aparición aumenta claramente con la edad (se pasa del 10% en menores de 40 años hasta el 70% en mayores de 70 años)”.¹¹

Para vislumbrar la relación entre la HH y ERGE se deben asentar adecuadamente las bases de lo que es de forma “normal” las características de la “unión gastroesofágica” y la “barrera antirreflujo”; Caracoche M, Durand L, mencionan que “la barrera antirreflujo, está constituida por un esfínter ubicado en la unión gastroesofágica, el esfínter esofágico inferior, con fijación abdominal; que actúa conjuntamente con la crura, formada habitualmente por el pilar derecho del diafragma y que rodea al esfínter esofágico inferior, actuando como un esfínter externo, en tanto que el primero funcionaría como un esfínter interno”¹⁴(anexo 5).

De igual forma los autores citados con anterioridad nos mencionan que “a este "complejo esfinteriano" se le agrega un tercer componente de la barrera antirreflujo muy importante, que es la angulación que presenta la desembocadura normal del esófago en el estómago en el abdomen, conocida como ángulo de His”¹⁴.

Citando a Cofré P. et. al., los cuales nos dicen que “la unión gastroesofágica es la “frontera” entre dos cavidades del tubo digestivo con características extremadamente diferentes, destacan las variaciones de pH generadas por la secreción gástrica y diferencias de presiones: positivas en el estómago, negativas en el esófago. A este nivel se genera un cambio de epitelios: de pluriestratificado en el esófago a columnar en el estómago. A nivel de la unión gastroesofágica se

localizan los esfínteres encargados de controlar el paso de diferentes elementos (gaseosos, líquidos, sólidos) en ambos sentidos”.¹⁵

Una vez analizada la conformación y funcionamiento de la “barrera antirreflujo” y la “unión gastroesofágica” es momento de tratar el “mecanismos de falla de la barrera antirreflujo”, el cual es el factor etiológico para que se presente la ERGE, el cual se trata a continuación:

“El mecanismo de barrera está desarmado anatómicamente cuando hay una HH, ya que al desplazarse el esfínter esofágico inferior hacia el tórax pierde su fijación intra-abdominal, perdiendo generalmente presión de reposo; además, la crura que constituye el hiato esofágico, habitualmente dilatado, no ejerce su función de esfínter externo de apoyo sobre el interno, ya que este último está desplazado de su lugar; y por último se pierde el ángulo de His, pasando la unión gastroesofágica a tener una disposición como en "embudo invertido hacia arriba", lo cual facilita el desplazamiento del contenido del fundus gástrico hacia el esófago”.¹⁴

La ERGE es definida como “el ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica, causando síntomas y/o daño estructural, afectando el bienestar y la calidad de vida de los individuos que la padecen. La prevalencia a nivel mundial oscila entre el 10-20% y se observa que va en ascenso, tal vez por factores como el aumento global del sobrepeso y la obesidad”.¹⁶

“El término ERGE incluye tanto a pacientes expuestos al riesgo de presentar complicaciones (esofagitis) como consecuencia del reflujo gastroesofágico, como a pacientes que experimentan un menoscabo significativo de su bienestar (calidad de vida) debido a los síntomas producidos por el reflujo. La esofagitis por reflujo, cuya frecuencia en la población general ha sido estimada en un 2%, define a un grupo de pacientes que presenta lesiones histopatológicas secundarias al reflujo”.¹⁷

Una de las complicaciones de la ERGE es la esofagitis, debido a la exposición de del esófago a contenido ácido; “la identificación de esofagitis con endoscopia alta es altamente específica (90-95%), pero tiene una sensibilidad de alrededor de 50%. La enfermedad por RGE es subdividida en RGE con esofagitis o erosivo y RGE con endoscopia negativa (o RGE no erosivo)”¹⁸.

Una forma para clasificar la esofagitis, es la “Clasificación de Los Ángeles” la cual basa “sus criterios en la descripción de la extensión de las lesiones (erosiones) en la mucosa visible, en el supuesto que representa un mayor valor diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. No incluye valorar la profundidad de las lesiones. Se describen cuatro grados de esofagitis erosiva”¹⁸(anexo 6).

Grado A: Una (o más) lesiones de la mucosa, menor o igual a 5 mm de longitud, que no se extienden entre la parte superior de dos pliegues de la mucosa.

Grado B: Una (o más) lesiones de la mucosa, de longitud mayor a 5 mm, que no se extienden entre la parte superior de dos pliegues de la mucosa; lesión que presentaba el paciente atendido en el presente PAE.

Grado C: Una (o más) lesiones de la mucosa, que se extienden más allá de la parte superior de dos pliegues de la mucosa pero, que afectan menos del 75% de la circunferencia del esófago.

Grado D: Una (o más) lesiones de la mucosa, que afectan al menos un 75% de la circunferencia esofágica

La HH así como la ERGE pueden ser diagnosticadas mediante diversos estudios diagnósticos (tomografía computarizada, resonancia magnética, esofagogastroduodenoscopia, pHmetría, manometría, esofagograma, también llamada trago de bario, impedancia eléctrica intraluminal, prueba de la supresión del ácido); cada uno con una especificidad; en el paciente atendido fueron utilizados los paraclínicos subrayados con anterioridad y los cuales serán descritos brevemente a continuación:

“La manometría esofágica se utiliza en la práctica clínica con el fin de cuantificar la actividad contráctil del cuerpo esofágico y de los esfínteres durante la deglución, constituyendo la técnica de elección para establecer el diagnóstico de los trastornos motores esofágicos primarios (TMEP)”.¹⁹ (anexo 7).

La esofagogastroduodenoscopia también llamada endoscopia gastrointestinal alta, panendoscopia oral o simplemente gastroscopia “es un procedimiento diagnóstico sensible y específico, útil para examinar en forma directa la superficie mucosa del esófago, estómago y parte del duodeno”.²⁰ (anexo 8).

Para dar solución al padecimiento abordado se puede hacer referencia a la obra “Procedimientos endoscópicos en gastroenterología” de Córdoba J, de la Torre A, quienes mencionan que dentro de los métodos para tratar la enfermedad de reflujo gastroesofágica están orientadas al uso de medicamentos inhibidores de la bomba de protones (IBP) y la cirugía antirreflujo tipo Nissen la cual ha mostrado su eficacia y seguridad.

La funduplicatura de Nissen encontrada en la obra “Instrumentación quirúrgica” de Fuller J, el cual menciona que “para tratar el reflujo gastroesofágico en general se usa la funduplicatura de Nissen. En este procedimiento la parte superior del estómago rodea el esófago inferior para que actué como esfínter, esto evita el reflujo de los contenidos gástricos hacia el esófago”²¹.

La técnica quirúrgica de la funduplicatura de Nissen, se puede observar en la obra “Funduplicatura de Nissen laparoscópica: resultados y factores pronósticos”, la cual hacen referencia que es una “sutura de pilares mediante dos o tres puntos de seda, funduplicatura de 360° alrededor del esófago abdominal, uniendo la cara anterior del fundus gástrico con la misma cara anterior, con otros dos o tres puntos de seda, generalmente uno de ellos incluyendo la pared anterior del esófago y evitando al nervio vago anterior, sin seccionar los vasos cortos gastroesplénicos”²² (anexo 9).

En la obra de “Procedimientos endoscópicos en gastroenterología” citada con anterioridad nos hacen mención de que el tratamiento endoscópico para controlar la ERGE están orientadas a aumentar la presión del área del esfínter esofágico inferior para con ello disminuir e incluso llegar a erradicar el reflujo gastroesofágico que de no tratarse se encontrarían complicaciones como esofagitis, estenosis esofágica, esófago de Barret y una potencial probabilidad de generar adenocarcinoma.

Como se menciona en “Experiencia personal: 20 años de funduplicatura laparoscópica tipo Nissen”, “la satisfacción del paciente posterior a la cirugía llega al 92%, a pesar de que durante las primeras 6 a 8 semanas a las cuales llamamos «periodo de rehabilitación esofágica», el paciente puede cursar con disfagia transitoria, dolor retroesternal postprandial y dificultad para eructar; sin embargo, el término de la sintomatología de reflujo hace que se tengan estos porcentajes altos de satisfacción”.²³

Por último, pero no por ello menos importante, ya que de esto depende la adecuada evolución del paciente en el periodo postoperatorio, se redactaran parte de las consideraciones postoperatorias relacionadas con la funduplicatura de tipo Nissen.

Fuller J, hace mención de que “los pacientes con un procedimiento laparoscópico a menudo son dados de alta en el mismo día de cirugía, y después de un breve periodo postoperatorio, es en general que los pacientes no presentan síntomas de preocupación mayor”.²¹

Como parte del proceso de recuperación es importante mencionar las modificaciones al estilo de vida y a la atención nutricional para este tipo de pacientes, ya que aunque se corrigió la patología base, se debe pretender dar un cambio en el estilo de vida de estos pacientes para así evitar posibles complicaciones en etapas venideras.

En la obra “Krause- Dietoterapia”, se hace mención de 3 grandes áreas a tratar cuando un paciente presenta problemas del tracto gastrointestinal alto, entre las cuales se hace mención que se debe llevar un tratamiento médico/quirúrgico (para el presente Proceso de enfermería; la funduplicatura de Nissen), modificaciones del estilo de vida, y un tratamiento nutricional.

Dentro de la atención nutricional es de suma importancia plasmar que el tratamiento nutricional va encaminado a 3 objetivos primordiales, los cuales son: reducir la exposición del esófago al contenido gástrico, reducir la acidez de las secreciones gástricas y a prevenir el dolor y la irritación; estos 3 objetivos lográndose evitando comidas copiosas, grasas, alcohol, evitando tomar café y cualquier alimento que el paciente note o haya notado exacerbe los síntomas de pirosis.²⁴

V. Historia clínica.

Interrogatorio.

Ficha de identificación.

L. T. J., masculino, 25 años, fecha de nacimiento: 04/03/1989, vive en unión libre, escolaridad: preparatoria, ocupación: transporte, religión: creyente.

Antecedentes Heredofamiliares.

Diabetes Mellitus tipo II rama paterna, Hipertensión Arterial Sistémica rama materna.

Antecedentes Personales No Patológicos.

Tabaquismo negado, alcoholismo positivo de ingesta excesiva, toxicomanías negadas, no realiza ejercicio, higiene esporádica (4 veces a la semana), desconoce si cuenta con el esquema de inmunización completo, no utiliza prótesis y/o apoyos para la movilidad, habita en casa propia de material perdurable, cuenta con servicios básicos.

Antecedentes Personales Patológicos.

Interrogados y negados.

Padecimiento Actual.

El paciente presenta dolor a nivel del epigastrio con irradiación hacia tórax, presenta náuseas, pirosis y malestar general con evolución de 9 meses, refiere disminución de peso gradual; comienza con valoración dentro del Hospital General

de México en el servicio de Otorrinolaringología por presentar irritación faríngea constante y producción excesiva de flemas hialinas; es canalizado al servicio de gastroenterología por posible ERGE; se realizan paraclínicos y se determina que se trata de Hernia hiatal grande tipo I + ERGE.

En el servicio de gastroenterología se realizan paraclínicos (panendoscopia, arrojando hernia hiatal grande tipo I y esofagitis B de los ángeles; manometría esofágica, arrojando hipotonía del esfínter esofágico inferior y ERGE); se programa y prepara al paciente para realizar reparación transabdominal de hernia hiatal (funduplicatura de Nissen); actualmente el paciente se encuentra en el servicio de Cirugía General 305 en un periodo preoperatorio, próximo a realizar funduplicatura de Nissen.

Interrogatorio por aparatos y sistemas (IPAYS).

El paciente se encuentra orientado en tiempo, lugar y espacio, presenta palidez, piel seca, refiere pérdida de peso y apetito, adinámico, con fatiga y debilidad, malestar general, dolor continuo en escala EVA (5/10) en zona abdominal, presente pirosis de leve a moderado.

Exploración física.

Paciente L. T. J de 25 años de edad, con edad aparente a la cronológica, conciente, orientado en tiempo, lugar y espacio, con actitud cooperadora, constantes vitales T/A: 129/70mmHg, Temp. 36.3°C, FC: 82lx', FR:17rx', con conformación endomorfo, talla 1.64cm, estado nutricional escaso con peso de 63Kg, con un IMC 22.43Kg/m², movimientos escasos, con debilidad generalizada, presenta palidez, con cráneo normocefalo, cuero cabelludo integro, con cabello adecuadamente implantado, cabello seco, orejas adecuadamente implantadas, simétricas, pabellones auriculares adecuadamente formados, íntegros, presencia de cerumen, hélix y antihélix formado, ojos íntegros, simétricos, cejas y pestañas disminuidas en cantidad, con pupilas normoreflexivas, isocóricas, nariz

adecuadamente formada, sin presencia de lesiones y/o desviaciones, narinas permeables con mucosas deshidratadas, cavidad bucal íntegra, piezas dentarias completas, presenta irritación de faringe, cuello cilíndrico sin presencia de alteraciones, tórax cilíndrico con adecuada formación, movimientos rítmicos de ampliación y amplexación, con respiración superficial, presentando dificultad para ventilar por dolor a nivel de epigastrio con irradiación hacia tórax, mamas simétricas con adecuada formación, adecuada alineación de vertebras, no presenta hepatomegalia, no presenta esplenomegalia, cicatriz umbilical íntegra, miembros superiores íntegros y simétricos, acceso endovenosos en miembro torácico izquierdo, llenado capilar de 3 segundos, miembros pélvicos simétricos con disminución del tono muscular, área genital sin alteraciones con conformación de acuerdo a edad y sexo, escala de UPP 20 riesgo bajo, escala de riesgo de caídas Downton valor de 2 riesgo bajo.

Valoración inicial de requisitos universales.

i. Datos generales.

L. T. J., masculino, 25 años, fecha de nacimiento: 04/03/1989, unión libre, escolaridad: preparatoria, ocupación: transporte, religión: creyente, residente del Estado de México.

ii. Características de la familia.

Familia de tipo extensa, vive con esposa, padres, hermanos e hija, la comunicación con los integrantes es adecuada, la convivencia y comunicación con otros familiares es regular y esporádica, las reuniones son de tipo social, anterior a la hospitalización el paciente era el sustento económico, posterior a la hospitalización y durante este estadio el padre es el que aporta los gastos, los ingresos económicos son entre 3000 y 3500 mensuales.

iii. Características del ambiente.

Vive en casa propia, de material perdurable, cuenta con servicios básicos, ventilación con ventanas, iluminación con focos (una por habitación), con cuatro cuartos pequeños, el combustible a utilizar es gas, cuentan con luz, agua, drenaje, recolección de basura, centros educativos con kínder, primaria y secundaria, el centro de salud está a 10 minutos, lo mismo que un hospital regional.

Requisitos de autocuidado universales.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Fosas nasales limpias, sin alteraciones, no convive con fumadores, no fuma, no requiere de algún apoyo respiratorio, FC: 82lx´ FR: 17rx´ T/A: 129/70mmHg Temp.: 36.3°C, llenado capilar de 3s. Nariz sin alteraciones, mucosas deshidratadas, tórax y pulmones sin alteraciones, presenta dificultad para la ventilación por dolor en epigastrio con irradiación hacia tórax, debido a hernia hiatal.

Observaciones: el paciente refiere tener dolor en área abdominal, por lo cual le cuesta un poco de trabajo la adecuada entrada y salida de aire; poco tiempo antes de la hospitalización presentaba dificultad para ventilar debido a una opresión que presentaba con relación a la HH y al reflujo gastroesofágico, la dificultad se agrava es posición decúbito dorsal.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Acostumbra tomar agua, de garrafón, actualmente con dieta normal, con ayuno a partir de las 22:00 horas, no refiere tener líquidos que le gusten y desagraden, suele tomar mucho refresco.

Piel pálida, seca, mucosas deshidratadas.

Líquidos parenterales: Solución Salina 0.9% 500ml p/24 hrs (167ml en 8 horas).

Medicamentos:

Omeprazol 40mg IV c/24 horas.

Ondansetrón 8mg IV PRN.

Cefuroxima 1.5g IV D.U periodo preoperatorio.

Clonixinato de lisina 100mg IV c/8 horas.

Líquidos enterales: 400ml en dieta normal; ayuno a partir de las 22:00 horas.

Total: 287ml líquidos parenterales + 400 ml dieta = 687ml en 8 horas.

Observaciones: paciente con dieta normal en consistencia, sin irritantes gástricos, presenta piel y mucosas deshidratadas, extremidad superior con acceso endovascular en miembro torácico izquierdo #18.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Comidas que realizas al día: desayuno, comida, merienda.

Cuantas veces a la semana consumes:

Frutas (4/7), verduras (5/7), cereales (3/7), leguminosas (4/7), pollo, res, cerdo y pescado es variado (4/7).

No refiere alimentos que le gustan y que le desagradan, no presenta variantes dietéticas, no ingiere suplementos alimenticios, presenta problemas para ingerir alimentos debido a padecimiento base y agravándose con náusea, pirosis, disfagia.

Qué sentido te da la comida: supervivencia.

No presenta alteración de la cavidad bucal, no presenta gingivorrea, halitosis, dificultad para masticar, no utiliza prótesis, no presenta caries, no dientes flojos.

Aparato digestivo: presenta pirosis, dolor abdominal.

Observaciones: Paciente presenta disminución del apetito, paciente con dieta normal en consistencia sin irritantes, el paciente no presenta alteraciones de la cavidad bucal, aunque refiere no acudir al odontólogo con regularidad.

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.

Eliminación intestinal sui generis, en disminución, 1 evacuación en 24hrs, evacuo 50cc, refiere no tener problemas para la eliminación, no ingiere medicamentos, eliminación vesical con micción espontanea 600ml en 8 horas.

Perdidas insensibles: 315ml.

Total: 50ml eliminación intestinal + 600ml eliminación vesical + 315ml perdidas insensibles = 965ml.

Balance parcial (8horas) = ingreso (687ml) – egreso (965ml) = (-) 278ml.

5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Trabaja como transportista, carga y descarga, no realiza ejercicio, en tiempo libre convive con familiares y amigos, en el medio extra hospitalario duerme de 7-8 horas con sensación de descanso parcial, dificultad para conciliar el sueño, realiza siestas esporádicas de 30 minutos, en los últimos días y relacionado con la cercanía de la cirugía refiere dificultad para conciliar el sueño y para descansar.

Tono muscular y grado de fuerza disminuido (4/5),

Gama de movimientos: disminuidos, refiere malestar general, dolor en abdomen, paciente refiere fatiga por padecimiento actual.

Observaciones: Paciente orientado en tiempo, lugar y espacio, paciente cooperador durante la anamnesis, responde con coherencia.

6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Comunicación verbal: directa.

Realiza contacto visual, realiza lenguaje corporal, tono de voz normal.

Mecanismos de defensa: no presenta.

No pertenece a algún grupo social

Oído: orejas integra, sin alteraciones, presencia de cerumen, no refiere problemas de audición,

Ojos: ojos íntegros, simétricos, con pestañas y cejas disminuidas, sin problemas para la visión.

Observaciones: Paciente discreto, con verbalización al hacer cuestiones, comunicación directa; el paciente realiza cuestiones acerca de su procedimiento, su estado de salud.

7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.

Paciente conoce ciertas medidas de seguridad, no realiza revisiones médicas periódicas, no acostumbra rezar, escucha música, no lee, no ha consumido drogas, consume alimentos chatarra, si toma medicamentos auto medicados, bebe alcohol en exceso, ingiere alimentos en exceso lo cual el paciente menciona fue uno de los factores que desencadenaron su padecimiento actual así como la actividad laboral que el realiza.

Observaciones: En el medio hospitalario es valorado con escala de Braden Bergstrom con valor de 20, escala de riesgo de caídas Downton valor de 2.

8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.

Paciente se baña y realiza cambio de ropa cada 3 días, realiza aseo bucal, realiza limpieza de manos después de ir al baño, paciente refiere que la higiene es parte fundamental de la prevención de enfermedades, el paciente utiliza jabón, champo, pasta dental, para la higiene personal.

Piel: pálida, seca, pelo seco, uñas limpias, genitales íntegros y de acuerdo a edad.

Observaciones: paciente con ansiedad y estrés por patología base, paciente manifiesta verbalmente su preocupación por su estado de salud

Requisitos de autocuidado según la etapa de desarrollo.

Paciente en etapa de desarrollo adulta, presenta características de acuerdo a sexo y cronología, paciente con convivencia de pareja en unión libre, no se realizó estudios prenupciales, paciente no conoce su esquema de inmunización, paciente refiere alcoholismo positivo de tipo social con ingesta excesiva.

Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud.

Desviación actual: HH + ERGE.

1. Percepción de la desviación actual.

Inicio de consulta: 27/11/2014

Motivo de consulta: Intervención quirúrgica Funduplicatura tipo Nissen.

Comprende el estado actual: algunas cosas.

Sentimiento de ansiedad y preocupación por estado actual.

2. Mecanismo de adaptación.

El paciente manifiesta que trata de aceptar su estado actual de salud, manifiesta que le es difícil pensar que no se volverá a presentar su afectación; trata de idear que su vida volverá a ser normal de nuevo y quiere volver a vivir de una manera normal para él.

3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida.

Psicológicos: ansiedad, preocupación, temor.

Fisiológicos: movilidad disminuida por dolor en abdomen, disminución de la eliminación intestinal, disminución del patrón ventilatorio por dolor en abdomen.

Económicos: alteración del ingreso económico debido a que el paciente es el proveedor del hogar y ha dejado de trabajar.

Estudios de laboratorio y gabinete.

- Manometría esofágica (anexo 7)
- Esofagogastroduodenoscopia (anexo 8).
- Biometría hemática (anexo 10).
- Tiempos de coagulación (anexo 11).

Cuadro de Diagnóstico N° 1 del día 27/11/2014.

Requisitos.	Diagnóstico.	Prioridad.
Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.	Patrón respiratorio ineficaz r/c alteración anatómica esofágica, agentes lesivos m/p disnea, irritación del tracto respiratorio, verbalización del esfuerzo para llevar a cabo la ventilación por dolor a nivel del epigastrio de 5/10 en EVA.	1
Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	Deterioro de la deglución r/c alteración anatómica esofágica, agentes lesivos m/p incapacidad para ingerir alimentos a libre demanda, temor de ingerir alimentos por agravar la pirosis, disfagia.	2
Equilibrio entre actividades y descanso.	Deterioro de la movilidad física r/c alteración esofágica m/p dolor abdominal a nivel de epigastrio con EVA de 5/10, dificultad para la movilidad y disminución de las actividades.	3
	Trastorno del patrón del sueño r/c cambio del estado de salud m/p dificultad para conciliar el sueño.	4
Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	Riesgo de caídas r/c debilidad generalizada por cambio en el estado de salud, escala Downton con valor de 2.	7
	Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos catéter periférico, microorganismo del medio hospitalario.	6
	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (UPP) r/c escala Braden Bergstrom con valor de 20.	8

Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.	Afrontamiento ineficaz r/c estado de salud alterado m/p verbalización del estado de ánimo, angustia, ansiedad.	5
--	--	---

Plan de Atención de Enfermería N° 1 del día 27/11/2014.

Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz r/c alteración anatómica esofágica, agentes lesivos m/p disnea, irritación del tracto respiratorio, verbalización del esfuerzo para llevar a cabo la ventilación por dolor a nivel del epigastrio de 5/10 en EVA.

Definición del diagnóstico: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

Objetivo:


- Orientar al paciente de la etiología de la alteración de la ventilación y patrón respiratorio.
- Mejorar la ventilación y el patrón respiratorio.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientación acerca de la etiología de la dificultad para ventilar.</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual para de acuerdo a la teoría de Orem es: "La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar."⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>La hernia hiatal por deslizamiento, en la</p>	<p>✓ El paciente al referir su dificultad para ventilar, se le brindó orientación para que comprendiera el proceso actual de su enfermedad y la etiología de dicha alteración.</p>

		<p>mayoría de los casos, es asintomática; y cuando se manifiesta, presenta síntomas de RGE (ardor-pirosis-dolor torácico/epigástrico, postprandial, siendo además más frecuente cuando el enfermo está tumbado) o simplemente dispepsia. ¹¹</p>	
<p>✚ Colocar al paciente en posición de semifowler.</p>	<p>Parcialmente Compensatorio.</p>	<p>La respiración es un proceso mecánico automático, rítmico y regulado. El intercambio de gases comienza con la inspiración que se inicia con la contracción del diafragma, al contraerse protruye hacia la cavidad abdominal ocasionando una presión negativa dentro del tórax; en la espiración el diafragma y otros músculos respiratorios se relajan y aumenta la presión dentro de las vías respiratorias y el tórax hasta superar la presión atmosférica²⁷; al existir una hernia hiatal este proceso se ve alterado debido a la alteración de la anatomía “normal” de las estructuras anteriormente mencionadas.</p> <p>La disnea se trata de una alteración en la relación entre la demanda ventilatoria...y la respuesta ventilatoria, (que depende del grado de obstrucción de la vía aérea); es una respiración difícil, laboriosa o dolorosa.²⁸</p> <p>La respiración suele ser más fácil en posición de Fowler o semifowler (sedestación o semisedestación); las personas con dificultad</p>	<p>✓ Con el cambio de posición, se logró disminuir el esfuerzo ventilatorio y mejorar la respiración.</p>

		para respirar prefieren sentarse con el cuerpo inclinado sobre una mesilla ²⁹ ; esto debido a que se ayuda a mejorar la contracción y relajación del diafragma y otros músculos respiratorios durante la respiración, así como se quita presión sobre la cavidad torácica al no estar en decúbito.	
<p>✚ Valoración de dolor en epigastrio mediante EVA. (anexo 12).</p>	Totalmente Compensatorio.	<p>La asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como una “experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada al daño real o potencial de un tejido y descrita en términos de ese daño.”²⁶</p> <p>La medición del dolor agudo, sobre todo en el ámbito clínico se conduce mediante la escala visual análoga (EVA), que evalúa de manera subjetiva la intensidad o severidad del dolor percibido...posibilitando obtener un valor numérico del mismo...considerando a 0 como ausencia y a 10 como el peor dolor posible.²⁶</p>	<p>✓ Se valoró el dolor que presentaba el paciente en epigastrio, obteniendo en la valoración un valor de 5/10 EVA.</p>
<p>✚ Ministración de Clonixinato de lisina 100mg IV.</p>	Totalmente Compensatorio.	<p>La analgesia debe ser escalonada, ya que el dolor tiende a cambiar conforme se da la evaluación; así los peldaños de la escalera analgésica pueden ascender o descender, teniendo como finalidad lo siguiente: Dolor leve: Tx con AINES; Dolor moderado: Tx con opiáceos ligeros; Dolor severo: Tx con opiáceos potentes.²⁶</p>	<p>✓ Se ministro el analgésico, con lo cual disminuyo el dolor de 5/10 a 0/10 en escala EVA, con lo cual se ayudó a mejorar la ventilación y con ello el patrón respiratorio.</p>

		<p>La administración de medicamentos es una función básica de enfermería que implica una técnica diestra y tener en consideración el desarrollo, estado de salud y seguridad del paciente. El enfermero que administra medicamentos requiere conocimientos de los fármacos, incluidos sus nombres, preparaciones, clasificaciones, efectos adversos y factores fisiológicos que modifican la acción farmacológica.³¹</p> <p>El clonixinato de lisina es un fármaco analgésico y antiinflamatorio derivado del ácido anilínicotínico, al igual que otros AINES inhibe la síntesis de prostaglandinas, la agregación plaquetaria y la formación de tromboxanos; se distribuye por todo el organismo tiene vida media de 16 minutos vía IV, está indicado en dolor de moderado a intenso.³⁰</p>	
<p>✚ Ministración de Omeprazol 40mg IV.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>Inhibidores de la bomba de protones (IBP). El omeprazol y el lanzoprazol son los fármacos más usados de su grupo. La bomba Na/K ATPasa se encuentra en la luz del canalículo secretor de la célula parietal y puede disminuir la secreción del ácido en más de 90%, incluso con la administración de una sola dosis, una o dos horas después de haber ingerido la tableta. Los IBP actúan en la vía final de los mediadores de control de la secreción del ácido clorhídrico.³⁰</p>	<p>✓ Se ministró el fármaco IBP con lo cual se buscó disminuir la cantidad de secreción de ácido gástrico, con lo cual disminuyó la irritación y el dolor.</p>

		Los estudios clínicos han mostrado que los IBP disminuyen el riesgo de hemorragias por úlceras debidas al ácido acetilsalicílico u otros AINES. Para que el efecto sea máximo, los IBP deben administrarse 30 minutos antes del desayuno o de la comida principal del día. ⁵⁷	
 Valoración de la ventilación.	Totalmente Compensatorio.	<p>La respiración en reposo debe valorarse cuando el paciente se encuentra relajado por que el ejercicio aumenta su frecuencia y profundidad. Han de valorarse la frecuencia, la profundidad, el ritmo, la calidad y eficacia de las respiraciones. La frecuencia respiratoria suele expresarse en respiraciones por minuto (eupnea, bradipnea, taquipnea, apnea); la profundidad puede establecerse mirando el movimiento del tórax (normal, profunda o superficial); el ritmo alude a la regularidad de las espiraciones e inspiraciones (regular o irregular); calidad respiratoria (se refiere a aquellos aspectos de la respiración distintos de la respiración normal que se hacen sin esfuerzos); efectividad de la respiración se mide en parte por la captación de oxígeno del aire hacia la sangre y por la liberación de anhídrido carbónico desde la sangre al aire inspirado.³³</p>	<p>✓ Se valoró la ventilación del paciente, el cual presentaba disnea; posterior a las intervenciones mejoró la ventilación y con ello el patrón respiratorio.</p>

Diagnóstico: Deterioro de la deglución r/c alteración anatómica esofágica, agentes m/p incapacidad para ingerir alimentos a libre demanda, temor de ingerir alimentos por agravar la pirosis, disfagia.

Definición del diagnóstico: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

- Objetivo:**
- Orientar sobre la etiología de la alteración de la deglución.
 - Limitar el deterioro de la deglución.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientar acerca del proceso actual de salud, y la etiología del deterioro de la deglución.</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual de acuerdo a la teoría de Orem es: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>El esófago transporta alimentos y líquidos desde la cavidad oral y la faringe hasta el estómago.²⁴</p> <p>La hernia hiatal por deslizamiento, en la</p>	<p>✓ Se brindó orientación al paciente para que comprendiera el proceso actual de salud; se le mencionó que la patología que presentaba ocasionaba la dificultad para la deglución, por lo cual el paciente mencionó que trataría de ingerir los alimentos.</p>

		<p>mayoría de los casos, es asintomática; y cuando se manifiesta, presenta síntomas de RGE (ardor-pirosis-dolor torácico/epigástrico, postprandial, siendo además más frecuente cuando el enfermo está tumbado) o simplemente dispepsia.¹¹</p> <p>La ERGE es definida como “el ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica, causando síntomas y/o daño estructural, afectando el bienestar y la calidad de vida de los individuos que la padecen.¹⁶</p> <p>La nutrición son los procesos implicados en la ingestión, digestión y utilización de los alimentos y los líquidos por parte del cuerpo. Es necesaria una buena nutrición para el crecimiento, la curación y las funciones corporales.²⁹</p>	
<p>✚ Ministración de Omeprazol 40mg IV</p>	<p>Totalmente compensatorio.</p>	<p>La administración de medicamentos es una función básica de enfermería que implica una técnica diestra y tener en consideración el desarrollo, estado de salud y seguridad del paciente. El enfermero que administra medicamentos requiere conocimientos de los fármacos, incluidos sus nombres, preparaciones, clasificaciones, efectos adversos y factores fisiológicos que modifican la acción farmacológica.³¹</p>	<p>✓ Se ministró el fármaco (IBP) con lo cual se disminuyó la cantidad de secreción de ácido gástrico, disminuyendo la pirosis, permitiendo que el paciente ingiriera los alimentos.</p>

		<p>Inhibidores de la bomba de protones (IBP). El omeprazol y el lanzoprazol son los fármacos más usados de su grupo. La bomba Na/K ATPasa se encuentra en la luz del canalículo secretor de la célula parietal y puede disminuir la secreción del ácido en más de 90%, incluso con la administración de una sola dosis, una o dos horas después de haber ingerido la tableta. Los IBP actúan en la vía final de los mediadores de control de la secreción del ácido clorhídrico.³⁰</p>	
<p>✚ Vigilar el tipo de dieta.</p>	<p>Parcialmente Compensatorio.</p>	<p>El tratamiento nutricional de individuos con alteraciones del tracto gastrointestinal, va encaminado a 3 objetivos primordiales, los cuales son: reducir la exposición del esófago al contenido gástrico, reducir la acidez de las secreciones gástricas y prevenir el dolor y la irritación; estos, lográndose evitando comidas copiosas, grasas, alcohol, evitando tomar café y cualquier alimento que el paciente note o haya notado exacerbe los síntomas de pirosis.²⁴</p>	<p>✓ El paciente realizó la ingesta de su dieta de tipo normal en consistencia sin irritantes gástricos y en fracciones.</p>

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física r/c alteración esofágica m/p dolor abdominal a nivel de epigastrio con EVA de 5/10, dificultad para la movilidad y disminución de las actividades.

Definición del diagnóstico: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

- Objetivo:**
- Orientar sobre proceso que dificulta la movilidad, y la importancia de la movilidad.
 - Mejorar la movilidad física.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientar acerca de la etiología del dolor y la relación con la dificultad para realizar actividades.</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual de acuerdo a la teoría de Orem es: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p>	<p>✓ Se brindó orientación al paciente para que comprendiera la etiología del dolor y evitara cambios de posición como agacharse bruscamente, ponerse en cunclillas, acostarse en decúbito dorsal, que agravaran la sintomatología.</p>
<p>✚ Ayudar al paciente en los cambios de posición.</p>	<p>Parcialmente Compensatorio.</p>	<p>La hernia hiatal por deslizamiento, en la mayoría de los casos, es asintomática; y cuando se manifiesta, presenta síntomas de RGE (ardor-pirosis-dolor torácico/epigástrico,</p>	<p>✓ Se ayudó al paciente para que realizara algunos cambios de posición que le exigían mayor esfuerzo (subir o bajar de la cama,</p>

		<p>postprandial, siendo además más frecuente cuando el enfermo está tumbado) o simplemente dispepsia.¹¹</p> <p>Más que en cualquier otra especie, las características fisiológicas (u homeostásica) de nuestro cuerpo exigen que permanezcamos activos para seguir sanos...El acondicionamiento físico y el ejercicio, sin importar la edad, ayudan a moderar la degeneración del envejecimiento y compensar muchas de las enfermedades más graves asociadas a la vida demasiado sedentaria.³²</p>	agacharse).
<p>✚ Evaluación del dolor con EVA.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>La asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como una “experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada al daño real o potencial de un tejido y descrita en términos de ese daño.²⁶</p> <p>La medición del dolor agudo, sobre todo en el ámbito clínico se conduce mediante la escala visual análoga (EVA), que evalúa de manera subjetiva la intensidad o severidad del dolor percibido...posibilitando obtener un valor numérico del mismo...considerando a 0 como ausencia y a 10 como el peor dolor posible.²⁶</p>	<p>✓ Se evaluó el dolor mediante EVA, arrojando un valor de 5/10 en área abdominal; posterior a intervenciones ceso el dolor con lo cual mejoro la movilidad.</p>
<p>✚ Ministración de Clonixinato</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>La administración de medicamentos es una función básica de enfermería que implica una técnica diestra y tener en consideración el</p>	<p>✓ Se ministro analgésico disminuyendo el dolor de 5/10 a 0/10 en EVA, con</p>

<p>de lisina 100mg IV.</p>		<p>desarrollo, estado de salud y seguridad del paciente. El enfermero que administra medicamentos requiere conocimientos de los fármacos, incluidos sus nombres, preparaciones, clasificaciones, efectos adversos y factores fisiológicos que modifican la acción farmacológica.³¹</p> <p>La analgesia debe ser escalonada, ya que el dolor tiende a cambiar conforme se da la evaluación; así los peldaños de la escalera analgésica pueden ascender o descender, teniendo como finalidad lo siguiente: Dolor leve: Tx con AINES; Dolor moderado: Tx con opiáceos ligeros; Dolor severo: Tx con opiáceos potentes.²⁶</p> <p>El clonixinato de lisina es un fármaco analgésico y antiinflamatorio derivado del ácido anilínicotínico, al igual que otros AINES inhibe la síntesis de prostaglandinas, la agregación plaquetaria y la formación de tromboxanos; se distribuye por todo el organismo tiene vida media de 16 minutos vía IV, está indicado en dolor de moderado a intenso.³⁰</p>	<p>lo cual se mejoró la movilidad, y el paciente pudo realizar movimientos a libre demanda.</p>
--------------------------------	--	--	---

Diagnóstico: Trastorno del patrón del sueño r/c cambio del estado de salud m/p dificultad para conciliar el sueño.

Definición del diagnóstico: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

- Objetivo:**
- Orientar sobre la importancia del descanso.
 - Mejorar el reposo y descanso del paciente.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientar acerca del proceso actual de salud y orientar sobre los beneficios del descanso.</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual de acuerdo a la teoría de Orem es: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>El sueño es una necesidad humana básica. Se trata de un proceso biológico común a todas las personas. El ser humano para una tercera parte de su vida durmiendo, necesitamos el sueño por</p>	<p>✓ Se orientó y recomendó al paciente el descansar, se explicó la importancia para su estado de salud, generando una actitud cooperadora para su atención.</p>


		<p>muchas razones; para afrontar el estrés cotidiano, para prevenir el cansancio, para conservar la energía, para restaurar mente y cuerpo y para disfrutar de la vida con plenitud.</p> <p>El sueño mejora la funcionalidad diurna, es vital no solo para mantener una funcionalidad psicológica óptima, sino también una funcionalidad fisiológica, ya que la velocidad de cicatrización del tejido dañado es mayor durante el sueño.³³</p>	
<p>✚ Brindar medidas de promoción del sueño.</p>	<p>Parcialmente Compensatorio.</p>	<p>Promoción del sueño: El sueño es una necesidad básica, ya que permite que descanse tanto la mente como el cuerpo. El cuerpo ahorra energía y funciona con más lentitud. Las constantes vitales (temperatura, pulso, respiración y presión arterial) son menores que en el estado de vigilia. Durante esta fase se produce la cicatrización y la reparación tisular. El sueño rebaja el estrés, la tensión y la ansiedad. Refresca y renueva a la persona, que piensa y actúa mejor después de dormir.²⁹</p> <p>Dentro de las medidas para promover el sueño, se encuentran: planificar los cuidados para evitar interrumpir el descanso, evitar alimentos que alteren el ciclo de sueño, proporcionar un ambiente confortable, buscar alternativas de relajación).²⁹</p>	<p>✓ Se trató de brindar un entorno confortable; debido a la infraestructura hospitalaria, la preocupación del paciente y el número de actividades dentro de la habitación, no se consiguió lograr el completo descanso.</p>

Diagnóstico: Afrontamiento ineficaz r/c estado de salud alterado m/p verbalización del estado de ánimo, angustia, ansiedad.

Definición del diagnóstico: Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

- Objetivo:**
- Orientar sobre su estado actual de salud y las acciones a seguir.
 - Disminuir los niveles de angustia y ansiedad.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientar al paciente acerca de su estado actual de salud.</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual de acuerdo a la teoría de Orem es: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>La ansiedad es una sensación vaga de inquietud, preocupación e intranquilidad provocada por el estrés. La persona se siente en peligro y ha sufrido algún daño (real o</p>	<p>✓ Se orientó al paciente con respecto su estado de salud, su estancia hospitalaria, las acciones realizar, y con ello se logró disminuir la tensión del paciente.</p>


		imaginario), y hace todo lo posible para aliviar esta sensación desagradable. ²⁹	
 Aplicar estrategias de afrontamiento.	Parcialmente Compensatorio.	<p>El afrontamiento se describe como el manejo del cambio, con éxito o sin éxito. Una estrategia de afrontamiento (mecanismo de afrontamiento) es una forma natural o aprendida de responder a un entorno cambiante o a un problema o situación específica.³³</p> <p>Existen estrategias de afrontamiento y mecanismo de defensa que ayudan a disminuir los niveles de ansiedad, algunos ejemplos son: intentar solucionar los problemas hablando, realizar actividad física, escuchar música, tocar algún instrumento musical, darse un baño y en un momento dado el estar solo.²⁹</p>	<p>✓ El paciente logro disminuir el estado de ansiedad, el paciente logro entablar una conversación fluida y exponer aspectos de su vida y preocupaciones.</p>

Diagnóstico: Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos catéter periférico, microorganismo del medio hospitalario.

Definición del diagnóstico: Riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

- Objetivo:**
- Orientar sobre el catéter periférico y la importancia de su cuidado.
 - Prevenir posibles infecciones asociadas a cuidados sanitarios (IACS).

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientar al paciente sobre el cateterismo periférico.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual de acuerdo a la teoría de Orem es: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>La perfusión intravenosa es una de las formas terapéuticas más frecuentes empleadas en la práctica clínica hospitalaria.....La cateterización venosa periférica es la forma de aplicar</p>	<p>✓ Se orientó al paciente acerca del procedimiento de cateterización periférica, sus ventajas, cuidados y riesgos; lo cual generó en el paciente una actitud cooperadora para su atención.</p>

		tratamiento endovenoso cuando este no tiene agresividad excesiva ni duración en el tiempo. Consiste en la canalización de una vena con una cánula. ³⁴	
 Vigilancia del catéter periférico.	Parcialmente Compensatorio.	<p>El profesional de la salud tiene la responsabilidad de observar continuamente el lugar de perfusión y el estado general del paciente para detectar cualquier complicación que pueda surgir, y tratar estas complicaciones de manera oportuna para evitar daños mayores. Complicaciones locales como: extravasación, hematomas y equimosis, infección. Complicaciones sistémicas: sepsis, sobrecarga hídrica, sobrecarga circulatoria.³⁵</p> <p>Las infecciones asociadas a cuidados sanitarios (IACS) son aquellas que se adquieren o desarrollan como consecuencia de la atención sanitaria. Desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) americanos la han definido como: todo cuadro clínico, localizado o sistémico, que es el resultado de una reacción adversa debida a la presencia de uno o varios agentes infecciosos o sus toxinas, sin evidencia de que estuviese presente o en fase de incubación en el momento del ingreso hospitalario.³⁶</p>	<p>✓ Se valoró el sitio de inserción del catéter periférico, sin encontraron signos o síntomas de alerta como pueden ser dolor, edema, eritema o hipertermia.</p>


Diagnóstico: Riesgo de caídas r/c debilidad generalizada por cambio en el estado de salud, escala Downton con valor de 2.

Definición del diagnóstico: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar un daño físico.

- Objetivo:**
- Orientar sobre las medidas de seguridad para prevenir caídas.
 - Prevenir caídas.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientar acerca del riesgo de caídas y su importancia en la prevención.</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual de acuerdo a la teoría de Orem es: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>“La Organización Mundial de la Salud define el termino CAIDA, como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad”.³⁷</p>	<p>✓ Se orientó al paciente acerca de la importancia de la prevención de caídas y la importancia para su bienestar dentro del área hospitalaria; se orientó sobre el uso de barandales, mantener un ambiente seguro; generando una actitud cooperadora para su atención.</p>

		<p>El paciente que ingresa a una institución hospitalaria se encuentra sensiblemente vulnerable en su entorno, tanto en lo físico como en lo anímico...Durante la estancia hospitalaria pueden suceder incidentes que originan lesiones y en algunas ocasiones dejan secuelas, lo cual incrementa el tiempo de hospitalización, la morbilidad o la mortalidad. Uno de los riesgos frecuentes son las caídas.³⁸</p>	
<p>✚ Valoración con escala J. H. Downton (anexo 13).</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>La evaluación del riesgo de caídas se realiza como parte del tamizaje en el Servicio de Urgencias y/o la evaluación inicial del paciente hospitalizado; asimismo, se reevalúa a todos los pacientes a intervalos que ayuden a identificar oportunamente cualquier cambio en el estado del paciente; al menos se evalúa a cada paciente: cada cambio de turno, cambio de área o servicio y/o cambio en el estado de salud.³⁹</p> <p>La escala de riesgo J. H. Downton, que incluye como factores de riesgo caídas previas, uso de medicamentos, déficit sensorial, y estado mental y de la marcha;³⁸ evalúa caídas previas, medicamentos (ninguno, diuréticos, antiparkinsonianos, hipotensores no diuréticos, antidepresivos), déficits sensitivo-motores (ninguno, alteraciones auditivas, alteraciones visuales, en miembros como ictus o</p>	<p>✓ Se valoró al paciente con la escala de Downton, obteniendo un valor de 2.</p>

		neuropatías), estado mental (orientado, confuso), marcha (segura con ayuda, insegura con/sin ayuda, imposible), edad (< 65 años o > 65). ³⁸	
 Aplicar medidas de seguridad para prevención de caídas.	Totalmente Compensatorio.	Las intervenciones que se pondrán en marcha, deberán ser: contar con un protocolo para evaluar el riesgo de caída; valorar y registrar los factores de riesgo potenciales de caídas; establecer el plan de cuidados y las intervenciones de enfermería correspondientes con la valoración del riesgo; informar sistemáticamente al paciente y/o familiar, sobre el riesgo y las acciones para disminuirlo; utilizar los aditamentos de seguridad dispuestos para la prevención de caídas. ³⁷	✓ Se aplicaron las medidas de seguridad para prevención de caídas, como son, valoración e identificación del riesgo, utilización de barandales, mantener un área libre de obstáculos; logrando así la seguridad del paciente en el medio intrahospitalario, evitando caídas.

Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (UPP) r/c escala Braden Bergstrom con valor de 20.

Definición del diagnóstico: Riesgo de alteración en la epidermis y/o la dermis.

Objetivo:

- Orientación sobre las UPP.
- Limitar el riesgo del desarrollo de UPP.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientación al paciente sobre las úlceras por presión (UPP).</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual de acuerdo a la teoría de Orem es: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>Las UPP se producen cuando, a manera de “emparedado” la piel queda aprisionada entre la superficie en la cual reposa el paciente y un tejido duro y prominente, como un hueso, un cartílago o un tendón. La presión excesiva y prolongada ocasiona el cierre de capilares y</p>	<p>✓ Se orientó al paciente acerca de las UPP y las acciones para prevenirlas, explicando los factores de riesgo, como son falta de movilidad, humedad constante y mencionando que evitando estos aspectos pueden evitarse; generando una actitud cooperadora para su atención</p>

		vasos en el tejido, lo cual provoca isquemia, cuando esta isquemia se prolonga lo suficiente el tejido se necrosa y entonces se forma una escara que al degradarse o desprenderse formara una ulcera. ²⁶	
✚ Valoración con escala Braden Bergstrom (anexo 14).	Totalmente Compensatorio.	<p>La responsabilidad de enfermería relacionada con la integridad cutánea implica la valoración de un paciente y de la herida.³¹</p> <p>Una buena valoración del riesgo es esencial a la hora de establecer las medidas preventivas adecuadas a cada persona. Debe fomentarse el uso de escalas de valoración de riesgo de UPP (EVRUPP) que analizan los factores que contribuyen a su formación y que permiten identificar a las personas de riesgo, sobre las que establecer medidas preventivas.⁴¹</p> <p>Barbara Braden y Nancy Bergstrom publicaron esta escala, que hasta ahora es la que se utiliza con mayor amplitud y la que más se ha validado...La escala valora seis aspectos: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción y fuerzas desgarradoras (también llamadas cizallamiento)...La escala de Braden otorga diferentes puntajes entre un mínimo de 6 y un máximo de 23, cualquier puntuación menor a 16 (o 15 en algunas publicaciones) implica riesgo</p>	✓ Se valoró al paciente con la escala de Braden Bergstrom obteniendo un valor de 20.

		bajo, la de 13 a 14 uno moderado, y la de 12 o menor muy alto. ²⁶	
<p>✚ Aplicar las medidas de seguridad para prevención de UPP.</p>	<p>Parcialmente Compensatorio.</p>	<p>Dentro de las medidas para prevención de UPP, se encuentran el cambio de posición, evitar presión y/o cizallamiento, higiene y humectación de la piel, etc.²⁹</p>	<p>✓ Se aplicaron las medidas de seguridad para la prevención de UPP; mediante la valoración e identificación del riesgo, evitando presión y humedad prolongadas en un mismo sitio; y con ello evitando la aparición de UPP.</p>

VI. Valoración focalizada N° 1 del día 28/11/2014.

Paciente que es preparado para ingresar a quirófano para realizar funduplicatura de Nissen, es llevado al servicio de quirófanos centrales donde es revisada su papelería en el área preoperatoria a las 8:00 horas, cumple con los requisitos para ser ingresado a quirófano, se encuentra con diagnóstico de ingreso de hernia hiatal, y una cirugía programada de funduplicatura de tipo Nissen, paciente recibe profilaxis antibiótica, y medidas de profilaxis antitromboticas (medias de compresión); cuenta con valoración pre-anestésica, se le informa de las medidas de prevención y cumple con ellas, paciente ingresa a Cirugía a las 10:00horas.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Fosas nasales limpias, sin secreciones, presenta cierta dificultad para ventilar, nariz sin alteraciones, mucosas deshidratadas, tórax y pulmones sin alteraciones, llenado capilar 3s, FC: 70lx´, FR: 18rx´, T/A: 120/70 mmHg, temperatura: 36.3°C.

Observaciones: el paciente refiere tener dolor en área abdominal (epigastrio), con irradiación hacia tórax con EVA 3/10

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Paciente en ayuno a partir de las 22:00 del día anterior, piel pálida, seca, mucosas deshidratadas.

Líquidos parenterales: Solución Salina 0.9% 500ml p/24 hrs.

Medicamentos:

Cefuroxima 1.5g IV D.U. periodo preoperatorio.

Omeprazol 40mg IV c/24 horas.

Total: 150ml líquidos parenterales

Observaciones: paciente en ayuno, con mucosas deshidratadas, acceso endovascular #18 en MTI en 2º día de permanencia administrando fluidoterapia

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Paciente actualmente en ayuno por cirugía próxima, no presenta pirosis, leves nauseas, no presenta alteración de la cavidad bucal, no presenta gingivorrea, halitosis, dificultad para masticar, no utiliza prótesis, no presenta caries, no dientes flojos, presenta dolor abdominal, Peso: 63Kg Talla: 164cm IMC: 22.43kg/m²

Observaciones: se valora la glicemia capilar por ayuno preoperatorio a cirugía, encontrándose una cifra de 85mg/dl.

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.

Eliminación intestinal sui generis, en disminución de la cantidad, no refiere ingerir medicamentos para dicha alteración, hasta el momento de la cirugía no evacuó.

Eliminación vesical, con micción espontánea, disminuido, sui generis, no ha presentado problemas para la micción, cantidad de 100ml anterior a cirugía.

Perdidas insensibles: 79ml.

Total: 100ml eliminación vesical + 79ml eliminación insensible = 179ml.

Balance parcial: 150ml (ingresos) – 179ml (egresos) = (-) 29ml.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Paciente la mayoría del tiempo es posición decúbito dorsal y posición sedente, paciente refiere no realizar actividad debida a dolor en área abdominal, tono muscular y grado de fuerza disminuido (4/5), gama de movimientos disminuidos,

refiere malestar general, dolor en abdomen, paciente refiere fatiga por padecimiento actual, paciente orientado en tiempo, lugar y espacio.

Observaciones: Se le colocan medias de compresión para evitar complicaciones por trombosis durante el periodo intra-operatorio.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Comunicación verbal directa, sin barreras, tono de voz adecuado, orejas integra, sin alteraciones, no refiere problemas de audición, ojos íntegros, simétricos, sin problemas para la visión, pupilas isocóricas y normoreflécticas.

Observaciones: se pudo notar que el paciente interactúa con otros pacientes, el paciente manifiesta tener nervios, ansiedad, y temor debido al proceso quirúrgico al que va ser sometido.

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.

El paciente al estar en un ámbito hospitalario y por sus características presenta un valor de 9 en escala de riesgo de caídas de Humpty Dumpty.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.

Paciente refiere estrés, angustia, ansiedad y temor debido al procedimiento propiamente dicho, y al desconocimiento que tiene con relación a la cirugía que se le realizara; el paciente verbaliza que trato de entender el procedimiento que se le realizara pero no logro su comprensión por completo.

Cuadro de Diagnósticos N° 2 del día 28/11/2014.

Requisitos.	Diagnóstico.	Prioridad.
Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.	Patrón respiratorio ineficaz r/c alteración anatómica esofágica, agentes lesivos m/p disnea, irritación del tracto respiratorio, verbalización del esfuerzo para llevar a cabo la ventilación.	1
Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.	Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c ayuno prolongado	4
Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c ayuno prolongado	3
Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	Riesgo de caídas r/c cambio en el estado de salud, escala Humpty Dumpty con valor de 9. Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos catéter periférico, cirugía próxima, microorganismo del medio hospitalario.	6 5
Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.	Afrontamiento ineficaz r/c cirugía próxima m/p verbalización del problema, angustia, ansiedad, temor.	2

Plan de Atención de Enfermería N° 2 del día 28/11/14.

Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz r/c alteración anatómica esofágica, agentes lesivos m/p disnea, irritación del tracto respiratorio, verbalización del esfuerzo para llevar a cabo la ventilación.

Definición del diagnóstico: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

- Objetivo:**
- Orientar sobre la alteración en la ventilación.
 - Mejorar el patrón ventilatorio.
 - Evitar complicaciones relacionadas con la alteración en la ventilación.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientación acerca de la etiología de la dificultad para ventilar.</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual para de acuerdo a la teoría de Orem es: "La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar."⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>La hernia hiatal por deslizamiento, en la</p>	<p>✓ Se brindó orientación al paciente para que comprendiera su estado actual de salud; explicando que la patología que presenta origina la dificultad para ventilar; generando con ello una actitud cooperadora para su atención.</p>

		<p>mayoría de los casos, es asintomática; y cuando se manifiesta, presenta síntomas de RGE (ardor-pirosis-dolor torácico/epigástrico, postprandial, siendo además más frecuente cuando el enfermo está tumbado) o simplemente dispepsia.¹¹</p>	
<p>✚ Colocar al paciente en posición de semifowler.</p>	<p>Parcialmente Compensatorio.</p>	<p>La respiración es un proceso mecánico automático, rítmico y regulado. El intercambio de gases comienza con la inspiración que se inicia con la contracción del diafragma, al contraerse protruye hacia la cavidad abdominal ocasionando una presión negativa dentro del tórax; en la espiración el diafragma y otros músculos respiratorios se relajan y aumenta la presión dentro de las vías respiratorias y el tórax hasta superar la presión atmosférica²⁷; al existir una hernia hiatal este proceso se ve alterado debido a la alteración de la anatomía “normal” de las estructuras anteriormente mencionadas.</p> <p>La disnea se trata de una alteración en la relación entre la demanda ventilatoria...y la respuesta ventilatoria, (que depende del grado de obstrucción de la vía aérea); es una respiración difícil, laboriosa o dolorosa. ²⁸</p> <p>La respiración suele ser más fácil en posición de Fowler o semifowler (sedestación o</p>	<p>✓ Con el cambio de posición se logró disminuir la dificultad para ventilar y mejorar el patrón respiratorio.</p>

		semisedestación); las personas con dificultad para respirar prefieren sentarse con el cuerpo inclinado sobre una mesilla ²⁹ ; esto debido a que se ayuda a mejorar la contracción y relajación del diafragma y otros músculos respiratorios durante la respiración, así como se quita presión sobre la cavidad torácica al no estar en decúbito.	
<p>✚ Ministración de Omeprazol 40mg IV.</p>	Totalmente Compensatorio.	<p>Inhibidores de la bomba de protones (IBP). El omeprazol y el lanzoprazol son los fármacos más usados de su grupo. La bomba Na/K ATPasa se encuentra en la luz del canalículo secretor de la célula parietal y puede disminuir la secreción del ácido en más de 90%, incluso con la administración de una sola dosis, una o dos horas después de haber ingerido la tableta. Los IBP actúan en la vía final de los mediadores de control de la secreción del ácido clorhídrico.³⁰</p> <p>Los estudios clínicos han mostrado que los IBP disminuyen el riesgo de hemorragias por úlceras debidas al ácido acetilsalicílico u otros AINES. Para que el efecto sea máximo, los IBP deben administrarse 30 minutos antes del desayuno o de la comida principal del día.⁵⁷</p>	<p>✓ Se ministró el fármaco IBP con lo cual se disminuyó la cantidad de secreción de ácido gástrico, evitando continuar con irritación de tracto respiratorio.</p>
<p>✚ Oxigenoterapia: Apoyo con puntas</p>	Parcialmente Compensatorio.	La oxigenoterapia es la administración de oxígeno (O ₂) a concentraciones mayores de la del aire ambiente (21%), con la intención de	<p>✓ Se proporcionó apoyo de oxígeno mediante puntas nasales a 2 l/min,</p>

<p>nasales (cánulas nasales) a 2 l/min.</p>		<p>tratar o prevenir la hipoxemia, aunque el objetivo final de un tratamiento efectivo es prevenir o solucionar la hipoxia tisular.⁴²</p> <p>La tasa de flujo es la cantidad de oxígeno administrada. Se mide en litros por minuto (l/min). Se suele indicar de 2 a 15l/min.²⁸</p>	<p>ministrando concentraciones de oxígeno superiores a las del ambiente, y evitando con esto posibles complicaciones relacionadas con la alteración en la ventilación.</p>
<p>Valoración de la ventilación.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>La respiración en reposo debe valorarse cuando el paciente se encuentra relajado por que el ejercicio aumenta su frecuencia y profundidad. Han de valorarse la frecuencia, la profundidad, el ritmo, la calidad y eficacia de las respiraciones. La frecuencia respiratoria suele expresarse en respiraciones por minuto (eupnea, bradipnea, taquipnea, apnea); la profundidad puede establecerse mirando el movimiento del tórax (normal, profunda o superficial); el ritmo alude a la regularidad de las espiraciones e inspiraciones (regular o irregular); calidad respiratoria (se refiere a aquellos aspectos de la respiración distintos de la respiración normal que se hacen sin esfuerzos); efectividad de la respiración se mide en parte por la captación de oxígeno del aire hacia la sangre y por la liberación de anhídrido carbónico desde la sangre al aire inspirado.³³</p>	<p>✓ Se valoró la ventilación del paciente, el cual presentaba disnea; posterior a las intervenciones mejoro la ventilación y el patrón respiratorio.</p>

Diagnóstico: Afrontamiento ineficaz r/c cirugía próxima m/p verbalización del problema, angustia, ansiedad, temor.

Definición del diagnóstico: Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

Objetivo:

- Orientar sobre su estado actual, procedimientos e intervenciones.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientar al paciente acerca de su estado actual de salud y el plan quirúrgico.</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual para de acuerdo a la teoría de Orem es: "La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar."⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>Los centros sanitarios y las residencias son lugares extraños, con rutinas a las que no estamos acostumbrados, repletos de instrumentos y aparatos que inquietan. En estos centros los extraños cuidan de nosotros, y es habitual sentir miedo ante el dolor o las</p>	<p>✓ Se orientó al paciente acerca del procedimiento próximo al que sería intervenido, fueron explicados términos que le permitían comprender las acciones a seguir; fue explicada en qué consistía la cirugía, y el periodo de recuperación, con lo cual se logró que el paciente tuviera en su imaginario estos aspectos.</p>

	<p>molestias que los procedimientos médicos y de enfermería nos pueden provocar. Las personas se sienten más seguras si saben y comprenden lo que va a ocurrir. Por esta razón, en todos los procedimientos médicos y de enfermería, el paciente debe saber: Por qué es necesario, quien va a realizarlo, como se va hacer, que va a sentir.²⁹</p> <p>El afrontamiento se describe como el manejo del cambio, con éxito o sin éxito. Una estrategia de afrontamiento (mecanismo de afrontamiento) es una forma natural o aprendida de responder a un entorno cambiante o a un problema o situación específica.³³</p> <p>Existen estrategias de afrontamiento y mecanismo de defensa que ayudan a disminuir los niveles de ansiedad, algunos ejemplos son: intentar solucionar los problemas hablando, realizar actividad física, escuchar música, tocar algún instrumento musical, darse un baño y en un momento dado el estar solo.²⁹</p>	
--	---	--

Diagnóstico: Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c ayuno prolongado

Definición del diagnóstico: Riesgo de variación de los niveles normales de glucosa en sangre, que pueden comprometer la salud.

- Objetivo:**
- Orientar sobre la importancia del ayuno en el periodo preoperatorio y en el transoperatorio.
 - Valorar los niveles de glucosa sanguínea, evitando complicaciones.


PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientar al paciente acerca del ayuno, importancia, ventajas.</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p>	<p>✓ Se orientó al paciente de la importancia del ayuno en el periodo preoperatorio, su importancia para prevenir complicaciones durante la cirugía,</p>
<p>✚ Explicar los posibles síntomas de niveles de glicemia bajos (hipoglucemia).</p>	<p>Apoyo educativo.</p>	<p>Uno de los mayores riesgos de los y las pacientes que van a ser sometidos a anestesia general es la broncoaspiración, ya que predispone a la aspiración del contenido gástrico por su efecto depresor sobre los reflejos protectores de la vía aérea, aunado con el uso de fármacos anestésicos que tienen influencia en la alteración de la fisiología gástrica, como son los relajantes neuromusculares, opioides e inductores.⁴³</p>	<p>✓ Se explicaron algunos síntomas que se pudieran presentar en caso de presentar hipoglucemia (diaforesis, debilidad, desorientación).</p>
<p>✚ Valoración de glicemia capilar.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>La privación de líquidos previo a una cirugía facilita la presencia de hipotensión durante la</p>	<p>✓ Se vigilaron los niveles de glicemia capilar registrando nivel de glicemia de 85mg/dl.</p>

	<p>inducción, deshidratación, <u>hipoglucemia</u> y una intensa sensación de sed y hambre que inducen a la irritabilidad, especialmente en adultos mayores y niños.⁴³</p> <p>La glucosa constituye el principal sustrato energético corporal. A medida que pasan las horas y no se consumen alimentos, los niveles de glucosa en la sangre disminuyen estimulando procesos para obtener energía del cuerpo mismo. Uno de dichos procesos es la glucogenolisis, que consiste en la obtención del azúcar acumulada en el hígado. Otro proceso involucra varias hormonas (por ejemplo, la insulina), que actúan a nivel de nuestra grasa y nuestros músculos, permitiendo obtener azúcar a partir de otros compuestos como proteínas o grasas (gluconeogénesis). Sin embargo, el hecho de no comer, asociado a la liberación de estas hormonas conlleva a un fenómeno que se ha denominado "estrés metabólico" que sumado al estrés quirúrgico, da origen a un gran consumo de proteínas y de calorías, que si no es frenado y corregido adecuadamente podría tener serias implicaciones en el resultado de la cirugía.⁴⁴</p>	
--	--	--

Diagnóstico: Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c ayuno prolongado

Definición del diagnóstico: Riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular, o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.

- Objetivo:**
- Orientar al paciente sobre la importancia de la fluidoterapia durante el ayuno.
 - Limitar el riesgo de déficit de líquidos.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
 Orientar al paciente sobre la importancia de la administración de líquidos IV durante el ayuno.	Apoyo Educativo.	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual para de acuerdo a la teoría de Orem es: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>La terapia de mantenimiento consiste en proporcionar los nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades diarias de agua, electrolitos y nutrientes en los pacientes que presentan un aporte reducido o nulo por vía oral de líquidos y elementos nutricionales.³⁵</p>	✓ Se orientó al paciente de la importancia del ayuno en el periodo preoperatorio, así como la importancia que tienen los líquidos para el adecuado funcionamiento del organismo y la importancia de su administración vía intravenosa.


<p>✚ Vigilar la funcionalidad del acceso venoso periférico (AVP).</p>	<p>Parcialmente Compensatorio.</p>	<p>Las responsabilidades del profesional de la salud no acaban con el inicio de la terapia I.V. En su lugar, ha de evaluar al paciente con frecuencia para detectar complicaciones y permitir la instauración precoz de medidas correctoras. El profesional de la salud debe evaluar al paciente en el tratamiento mediante la observación y el registro de los resultados antes, durante y después de la perfusión.³⁴</p>	<p>✓ Se vigiló el adecuado funcionamiento del AVP, encontrándose funcional, lo cual permitió la adecuada administración de líquidos intravenosos.</p>
<p>✓ Vigilar el tipo de solución administrada para una terapia de mantenimiento; vigilar balance de líquidos.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>Las indicaciones o justificaciones para utilizar la terapia I.V. se dividen en 3 categorías: terapia de mantenimiento, terapia de reposición y terapia de restitución; la terapia de mantenimiento consiste en proporcionar los nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades diarias de agua, electrolitos y nutrientes en los pacientes que presentan un aporte reducido o nulo por vía oral de líquidos y elementos nutricionales.³⁵</p>	<p>✓ Se vigiló que el tipo de solución parenteral fuera la adecuada para los requerimientos del paciente, y la terapia de mantenimiento; siendo esta una solución salina 0.9% 500cc p/24horas, y encontrándose un balance parcial anterior a la cirugía de (-) 29ml.</p>

Diagnóstico: Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos catéter periférico, cirugía próxima, microorganismo del medio hospitalario.

Definición del diagnóstico: Riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

- Objetivo:**
- Orientar sobre AVP y profilaxis antibiótica.
 - Prevenir una posible infección asociada a cuidados sanitarios (IACS).

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientar sobre cateterismo periférico y la profilaxis antibiótica.</p>	<p>Apoyo educativo.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual para de acuerdo a la teoría de Orem es: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>La perfusión intravenosa es una de las formas terapéuticas más frecuentes empleadas en la práctica clínica hospitalaria.....La cateterización venosa periférica es la forma de aplicar</p>	<p>✓ Se orientó al paciente acerca de los cuidados de la cateterización periférica y la importancia de la profilaxis antibiótica para reducir al mínimo el riesgo de una posible IACS; generando una actitud cooperadora para su atención.</p>

		tratamiento endovenoso cuando este no tiene agresividad excesiva ni duración en el tiempo. Consiste en la canalización de una vena con una cánula. ³⁴	
 Vigilancia del catéter periférico.	Totalmente Compensatorio.	<p>El profesional de la salud tiene la responsabilidad de observar continuamente el lugar de perfusión y el estado general del paciente para detectar cualquier complicación que pueda surgir, y tratar estas complicaciones de manera oportuna para evitar daños mayores.</p> <p>Complicaciones locales como: extravasación, hematomas y equimosis, infección.</p> <p>Complicaciones sistémicas: sepsis, sobrecarga hídrica, sobrecarga circulatoria.³⁵</p> <p>Las infecciones asociadas a cuidados sanitarios (IACS) son aquellas que se adquieren o desarrollan como consecuencia de la atención sanitaria. Desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) americanos la han definido como: todo cuadro clínico, localizado o sistémico, que es el resultado de una reacción adversa debida a la presencia de uno o varios agentes infecciosos o sus toxinas, sin evidencia de que estuviese presente o en fase de incubación en el momento del ingreso hospitalario.³⁶</p>	<p>✓ Se valoró sitio de inserción del catéter periférico, sin encontrar signos o síntomas de alarma, como puede ser edema, dolor, eritema e hipertermia.</p>

<p>✚ Profilaxis antibiótica (Cefuroxima a dosis de 1.5g IV previos a intervención quirúrgica).</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>La profilaxis antibiótica en cirugía consiste en la administración de un antimicrobiano para reducir el número de patógenos hasta que las defensas del organismo sean suficientes y eficaces para evitar la infección. Comienza en el preoperatorio inmediato, se puede continuar o no hasta las primeras horas del posoperatorio, depende del antibiótico utilizado, las condiciones del enfermo y el tipo de operación realizada.⁴⁵</p>	<p>✓ Se ministro la profilaxis antibiótica, tratando con ello el reducir al mínimo el riesgo de una IACS; la profilaxis fue realizada con Cefuroxima 1.5g IV en dosis única anterior al acto quirúrgico.</p>
--	----------------------------------	---	--

Diagnóstico: Riesgo de caídas r/c cambio en el estado de salud, escala Humpty Dumpty con valor de 9.

Definición del diagnóstico: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar un daño físico.

- Objetivo:**
- Orientar sobre las medidas de seguridad para prevenir caídas.
 - Prevenir caídas.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientar acerca del riesgo de caídas y la importancia en la prevención.</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual para de acuerdo a la teoría de Orem es: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>La Organización Mundial de la Salud define el termino CAIDA, como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad.³⁷</p> <p>El paciente que ingresa a una institución</p>	<p>✓ Se brindó orientación al paciente sobre el riesgo de presentar una caída en el área hospitalaria debido a su estado actual de salud y el cambio de ambiente; se explicó la importancia de la prevención de las caídas y con ello generando una actitud cooperadora para su atención.</p>

		<p>hospitalaria se encuentra sensiblemente vulnerable en su entorno, tanto en lo físico como en lo anímico...Durante la estancia hospitalaria pueden suceder incidentes que originan lesiones y en algunas ocasiones dejan secuelas, lo cual incrementa el tiempo de hospitalización, la morbilidad o la mortalidad. Uno de los riesgos frecuentes son las caídas.³⁸</p>	
<p>✚ Valoración con escala Humpty Dumpty (anexo 15).</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>La evaluación del riesgo de caídas se realiza como parte del tamizaje en el Servicio de Urgencias y/o la evaluación inicial del paciente hospitalizado; asimismo, se reevalúa a todos los pacientes a intervalos que ayuden a identificar oportunamente cualquier cambio en el estado del paciente; al menos se evalúa a cada paciente: cada cambio de turno, cambio de área o servicio y/o cambio en el estado de salud.³⁹</p> <p>Escala Humpty Dumpty, valora rangos de edad (a menor edad mayor puntaje), género, diagnóstico, deterioro cognitivo, factores ambientales, cirugía o sedación y medicación. Los puntajes en cada variable pueden ir de 1 a 4 o de 1 a 3. Considera sin riesgo con puntaje menor a 7, bajo riesgo de 7 a 11 y, alto riesgo de 12 o más puntos.⁴⁰</p>	<p>✓ Se valoró al paciente con la escala de Humpty Dumpty, obteniendo un valor de 9.</p>
<p>✚ Aplicar las medidas de</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>Las intervenciones que se pondrán en marcha, deberán ser: contar con un protocolo para</p>	<p>✓ Se aplicaron las medidas de seguridad para la</p>

<p>seguridad para prevención de caídas.</p>		<p>evaluar el riesgo de caída; valorar y registrar los factores de riesgo potenciales de caídas; establecer el plan de cuidados y las intervenciones de enfermería correspondientes con la valoración del riesgo; informar sistemáticamente al paciente y/o familiar, sobre el riesgo y las acciones para disminuirlo; utilizar los aditamentos de seguridad dispuestos para la prevención de caídas.³⁷</p>	<p>prevención de caídas, como valorar e identificar el riesgo, utilizar barandales en alto; logrando así la seguridad del paciente en el medio intrahospitalario, evitando caídas.</p>
---	--	--	--

VII. Valoración focalizada N°2 del día 28/11/2014.

Paciente que egresa de procedimiento quirúrgico a las 13:00 horas, se encuentra en un periodo postoperatorio inmediato, bajo efectos residuales de anestesia (Anestesia General Balanceada a base de Midazolam, Propofol y Sevoflurano), el paciente se encuentra en el área de recuperación del quirófanos centrales, egresa de sala con heridas quirúrgicas por procedimiento laparoscópico, no se reportan eventos adversos; paciente valorado con el test de recuperación postquirúrgica de Aldrete (anexo 16).

Valoración de constantes vitales y test de Aldrete:

Hora.	13:00	13:15	13:30	13:45	14:00
Temp.	36°C	36.1°C	36.2°C	36.2°C	36.4°C
T/A	100/60mmHg	103/64mmHg	105/68mmHg	105/65mmHg	110/65mmHg
FC.	70lx´	72lx´	70lx´	75lx´	75lx´
FR	17rx´	17rx´	18rx´	18rx´	18rx´
SatO2	93%	92%	94%	94%	96%
Glucemia.	82mg/dl				80mg/dl
Test de Aldrete.	8	8	8	9	9

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Fosas nasales limpias, sin secreciones, presenta cierta dificultad para ventilar, nariz: sin alteraciones, mucosas deshidratadas, tórax y pulmones sin alteraciones, sistema cardiovascular sin alteraciones, llenado capilar 3s.

Observaciones: el paciente refiere tener dolor en área abdominal (6/10 EVA), continua dificultad respiratoria, se le brinda oxigenoterapia a 3l/min, mediante puntas nasales.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Paciente en ayuno a partir de las 22:00 del día anterior, piel pálida, seca, mucosas deshidratadas.

Líquidos parenterales: Solución Salina 0.9% 500ml PMVP.

Clonixinato de lisina 100mg IV c/8 horas.

Tramadol 50mg IV PRN.

Ondansetrón 8mg IV c/8 horas.

Omeprazol 40mg IV c/24 horas.

Total: 150ml líquidos parenterales

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Paciente actualmente en ayuno por cirugía reciente, presenta náuseas y dolor abdominal, paciente refiere sentir abdomen distendido, manifiesta tener dolor y ardor en abdomen. Glicemia capilar: 82mg/dl.

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.

Perdidas insensibles: 40ml.

Balance parcial en el servicio de recuperación (1hora): 150ml (ingresos) – 40ml (egresos) = (+) 110ml.

Observaciones: Heridas quirúrgicas limpias realizadas por cirugía laparoscópica, sin sangrado evidente.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Paciente la mayoría del tiempo es posición decúbito dorsal, paciente refiere dolor en área abdominal y dolor en área articular del hombro en escala de (6/10 EVA),

tono muscular y grado de fuerza disminuido (4/5), gama de movimientos disminuidos, refiere malestar general, dolor en abdomen, paciente refiere fatiga, paciente orientado en tiempo, lugar y espacio.

Observaciones: paciente con heridas quirúrgicas realizadas por procedimiento quirúrgico laparoscópico, lo cual es incapacitante para la movilidad, refiere dolor en abdomen 6/10 EVA.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Comunicación verbal directa, sin barreras, presenta ciertos tartamudeos, no realiza contacto visual, no realiza lenguaje corporal, tono de voz disminuido.

Observaciones: paciente con dolor evidente, y malestares generales post anestésicos, por lo cual la interacción es reservada.

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.

El paciente presenta temor relacionado con el resultado de su cirugía; al estar en un ámbito hospitalario, los efectos post anestésicos y por sus características propias presenta en escala Humpty Dumpty un valor de caída de 13.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.

Paciente presenta ansiedad por desconocer los detalles de su cirugía; mediante test de Aldrete con puntuación de 8 al ingreso a recuperación, posterior con valor de 9.

Cuadro de diagnóstico N°3 del día 28/11/2014.

Requisitos.	Diagnóstico.	Prioridad.
Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.	Patrón respiratorio ineficaz r/c periodo post operatorio inmediato m/p dolor en zona abdominal EVA 6/10, disnea.	1
Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	Deterioro de la deglución r/c efectos residuales de anestesia m/p sensación nauseosa, verbalización de la alteración.	2
	Riesgo de glucemia inestable r/c ayuno prolongado.	4
Equilibrio entre actividades y descanso.	Deterioro de la movilidad física r/c periodo postoperatorio inmediato m/p dolor abdominal y articular del hombro con EVA de 6/10, paciente en cama, disminución de actividades.	3
Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c efectos residuales de medicamentos anestésicos.	5
	Riesgo de caídas r/c procedimiento quirúrgico reciente, escala Humpty Dumpty con valor de 13.	8
	Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos, heridas quirúrgicas, catéter periférico, microorganismos del medio hospitalario.	7
	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c heridas quirúrgicas recientes m/p alteración de las capas de la piel.	6

Plan de Atención de Enfermería N°3 del día 28/11/2014.

Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz r/c periodo post operatorio inmediato m/p dolor en zona abdominal EVA 6/10, disnea.

Definición del diagnóstico: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

- Objetivo:**
- Mejorar la ventilación y con ello el patrón respiratorio.
 - Evitar complicaciones por una ventilación ineficaz.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Colocar al paciente en posición de semifowler.</p>	<p>Parcialmente Compensatorio.</p>	<p>La respiración es un proceso mecánico automático, rítmico y regulado. El intercambio de gases comienza con la inspiración que se inicia con la contracción del diafragma, al contraerse protruye hacia la cavidad abdominal ocasionando una presión negativa dentro del tórax; en la espiración el diafragma y otros músculos respiratorios se relajan y aumenta la presión dentro de las vías respiratorias y el tórax hasta superar la presión atmosférica²⁷; al existir una hernia hiatal este proceso se ve alterado debido a la alteración de la anatomía "normal" de las estructuras anteriormente mencionadas.</p> <p>La disnea se trata de una alteración en la</p>	<p>✓ Se colocó al paciente en posición semifowler logrando con ello mejorar la ventilación y el patrón respiratorio.</p>

		<p>relación entre la demanda ventilatoria...y la respuesta ventilatoria, (que depende del grado de obstrucción de la vía aérea); es una respiración difícil, laboriosa o dolorosa. ²⁸</p> <p>La respiración suele ser más fácil en posición de Fowler o semifowler (sedestación o semisedestación); las personas con dificultad para respirar prefieren sentarse con el cuerpo inclinado sobre una mesilla²⁹; esto debido a que se ayuda a mejorar la contracción y relajación del diafragma y otros músculos respiratorios durante la respiración, así como se quita presión sobre la cavidad torácica al no estar en decúbito.</p>	
<p>✚ Ministración de Clonixinato de lisina 100mg IV.</p>	<p>Parcialmente Compensatorio.</p>	<p>La administración de medicamentos es una función básica de enfermería que implica una técnica diestra y tener en consideración el desarrollo, estado de salud y seguridad del paciente. El enfermero que administra medicamentos requiere conocimientos de los fármacos, incluidos sus nombres, preparaciones, clasificaciones, efectos adversos y factores fisiológicos que modifican la acción farmacológica.³¹</p> <p>La analgesia debe ser escalonada, ya que el dolor tiende a cambiar conforme se da la evaluación; así los peldaños de la escalera analgésica pueden ascender o descender, teniendo como finalidad lo siguiente: Dolor leve:</p>	<p>✓ Se ministro analgesia logrando la disminución del dolor de 6/10 en EVA a 1/10; mejorando con ello la ventilación.</p>

		<p>Tx con AINES; Dolor moderado: Tx con opiáceos ligeros; Dolor severo: Tx con opiáceos potentes.²⁶</p> <p>El clonixinato de lisina es un fármaco analgésico y antiinflamatorio derivado del ácido anilínicotínico, al igual que otros AINES inhibe la síntesis de prostaglandinas, la agregación plaquetaria y la formación de tromboxanos; se distribuye por todo el organismo tiene vida media de 16 minutos vía IV, está indicado en dolor de moderado a intenso.³⁰</p>	
<p>✚ Oxigenoterapia: Apoyo con puntas nasales (cánulas nasales) a 3 l/min.</p>	<p>Parcialmente Compensatorio.</p>	<p>La oxigenoterapia es la administración de oxígeno (O₂) a concentraciones mayores de la del aire ambiente (21%), con la intención de tratar o prevenir la hipoxemia, aunque el objetivo final de un tratamiento efectivo es prevenir o solucionar la hipoxia tisular.⁴²</p> <p>La tasa de flujo es la cantidad de oxígeno administrada. Se mide en litros por minuto (l/min). Se suele indicar de 2 a 15l/min.²⁸</p>	<p>✓ Se proporcionó apoyo de oxígeno mediante puntas nasales a 3l/min, ministrando con ello concentraciones de oxígeno superiores a las del ambiente, y evitando con esto posibles complicaciones por la dificultad para ventilar.</p>
<p>✚ Valoración de la ventilación.</p>	<p>Totalmente compensatorio.</p>	<p>La respiración en reposo debe valorarse cuando el paciente se encuentra relajado por que el ejercicio aumenta su frecuencia y profundidad. Han de valorarse la frecuencia, la profundidad, el ritmo, la calidad y eficacia de las respiraciones. La frecuencia respiratoria suele expresarse en respiraciones por minuto</p>	<p>✓ Se valoró la ventilación del paciente, el cual presentaba disnea; posterior a intervenciones mejoro la ventilación y con ello el patrón respiratorio.</p>

		(eupnea, bradipnea, taquipnea, apnea); la profundidad puede establecerse mirando el movimiento del tórax (normal, profunda o superficial); el ritmo alude a la regularidad de las espiraciones e inspiraciones (regular o irregular); calidad respiratoria (se refiere a aquellos aspectos de la respiración distintos de la respiración normal que se hacen sin esfuerzos); efectividad de la respiración se mide en parte por la captación de oxígeno del aire hacia la sangre y por la liberación de anhídrido carbónico desde la sangre al aire inspirado. ³³	
--	--	--	--

Diagnóstico: Deterioro de la deglución r/c efectos residuales de anestesia m/p sensación nauseosa, verbalización de la alteración

Definición del diagnóstico: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

- Objetivo:**
- Vigilar y prevenir complicaciones relacionadas con las náuseas.
 - Orientar sobre la etiología de las náuseas.
 - Disminuir las náuseas.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>🚦 Vigilar el reflejo nauseoso.</p>	<p>Totalmente compensatorio.</p>	<p>El problema de la náusea y el vómito postoperatorios (NVPO) preocupa de forma significativa a pacientes y a los anestesiólogos responsables de su atención... Esta complicación es una causa importante de aumento del tiempo de estancia en la unidad de cuidados post-anestésicos (UCPA) y de disminución en la satisfacción de los pacientes.⁴⁷</p> <p>Los síntomas más comunes y desagradables en el postoperatorio son las náuseas y vómitos (NVPO), junto con el dolor. Las NVPO se presentan en aproximadamente el 30% de los pacientes adultos, alcanzando a más del 70% de los considerados de alto riesgo, durante las primeras 24h. El vómito incrementa el riesgo de</p>	<p>✓ Se vigiló si el paciente presentaba náuseas relacionadas con la medicación anestésica, evaluando el riesgo de posibles complicaciones y realizando acciones para evitarlas.</p>

		<p>aspiración y se puede asociar a evisceración, dehiscencia de sutura anastomótica y otros riesgos. Las NVPO contribuyen a retrasar el alta del paciente.⁴⁸</p> <p>La manipulación del peritoneo parietal y de las vísceras abdominales luego del neumoperitoneo puede producir una estimulación vagal que desencadenará los reflejos de náuseas, diaforesis y bradicardia. Es por este motivo que debemos tener en cuenta la medicación con ondansetrón, droperidol y bloqueantes H2 previo a la cirugía.⁴⁶</p>	
<p>✚ Orientación al paciente acerca de las náuseas.</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p>	<p>✓ Se orientó al paciente acerca de que los medicamentos anestésicos, así como la manipulación de los órganos abdominales durante su intervención, llegan a ser las causas de la sensación nauseosa; con ello generando que el paciente comprendiera la etiología de las náuseas.</p>
<p>✚ Ministrar Ondansetrón 8mg IV.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>La administración de medicamentos es una función básica de enfermería que implica una técnica diestra y tener en consideración el desarrollo, estado de salud y seguridad del</p>	<p>✓ Se ministró la medicación antiemética logrando que cesaran las náuseas en el periodo postoperatorio</p>

		<p>paciente. El enfermero que administra medicamentos requiere conocimientos de los fármacos, incluidos sus nombres, preparaciones, clasificaciones, efectos adversos y factores fisiológicos que modifican la acción farmacológica.³¹</p> <p>El ondansetrón, un antagonista de los receptores 5-HT₃, tiene un excelente récord de seguridad usado como antiemético en pacientes oncológicos y quirúrgicos, se cree que es un fármaco seguro que está asociado con muy pocos efectos adversos serios.⁴⁹</p>	<p>inmediato en el cual se encontraba el paciente.</p>
--	--	--	--

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física r/c periodo postoperatorio inmediato m/p dolor abdominal y articular del hombro con EVA de 6/10, paciente en cama, disminución de actividades.

Definición del diagnóstico: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

- Objetivo:**
- Orientar al paciente sobre la etiología de la dificultad para la movilidad.
 - Limitar el deterioro de la movilidad.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientación al paciente acerca del proceso actual y la limitación de la movilidad que presenta.</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual para de acuerdo a la teoría de Orem es: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>Posterior a la cirugía el CO₂ tiende a acumularse en los espacios subdiafragmáticos irritando el nervio frénico; este, por metámeras, provocará un dolor a nivel de los hombros y la</p>	<p>✓ Se orientó al paciente acerca de la dificultad para la movilidad; la cual se debía a la posición adquirida durante la cirugía, el dolor por los efectos residuales del gas utilizado para el neumoperitoneo, así como la manipulación de los órganos abdominales.</p>

		<p>espalda, del cual se quejan los pacientes. Este dolor suele calmar espontáneamente luego de varias horas, mientras se absorbe el CO₂. Sin embargo, para aliviar la queja del paciente se ha empleado analgésicos no esteroideos, como el ketoprofeno, el ketorolaco, entre otros. Una técnica preconizada por algunos anestesiólogos es la de dar oxígeno 100% media hora después de haberse retirado el neumoperitoneo, para así estar seguros que no quede gas carbónico en la cavidad peritoneal.⁴⁶</p>	
<p>✚ Evaluación del dolor que presentaba el paciente en área abdominal y articular del hombro con EVA.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>La asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como una “experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada al daño real o potencial de un tejido y descrita en términos de ese daño.”²⁶</p> <p>La medición del dolor agudo, sobre todo en el ámbito clínico se conduce mediante la escala visual análoga (EVA), que evalúa de manera subjetiva la intensidad o severidad del dolor percibido...posibilitando obtener un valor numérico del mismo...considerando a 0 como ausencia y a 10 como el peor dolor posible.²⁶</p>	<p>✓ Se evaluó el dolor que presentaba el paciente obteniendo un valor de 6/10 en EVA; posterior a las intervenciones disminuyó a 1/10 en área articular y 0/10 en abdomen, con lo cual se consiguió que el paciente pudiera moverse con mayor libertad.</p>
<p>✚ Ministración de Clonixinato de lisina 100mg IV.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>La administración de medicamentos es una función básica de enfermería que implica una técnica diestra y tener en consideración el desarrollo, estado de salud y seguridad del paciente. El enfermero que administra</p>	<p>✓ Se ministró el analgésico consiguiendo con ello disminuir el dolor de 6/10 a 1/10 y 0/10 en EVA, y con ello mejorar la movilidad.</p>

	<p>medicamentos requiere conocimientos de los fármacos, incluidos sus nombres, preparaciones, clasificaciones, efectos adversos y factores fisiológicos que modifican la acción farmacológica.³¹</p> <p>La analgesia debe ser escalonada, ya que el dolor tiende a cambiar conforme se da la evaluación; así los peldaños de la escalera analgésica pueden ascender o descender, teniendo como finalidad lo siguiente: Dolor leve: Tx con AINES; Dolor moderado: Tx con opiáceos ligeros; Dolor severo: Tx con opiáceos potentes.²⁶</p> <p>El clonixinato de lisina es un fármaco analgésico y antiinflamatorio derivado del ácido anilonicotínico, al igual que otros AINES inhibe la síntesis de prostaglandinas, la agregación plaquetaria y la formación de tromboxanos; se distribuye por todo el organismo tiene vida media de 16 minutos vía IV, está indicado en dolor de moderado a intenso.³⁰</p>	
--	--	--

Diagnóstico: Riesgo de glucemia inestable r/c ayuno prolongado

Definición del diagnóstico: Riesgo de variación de los niveles normales de glucosa/azúcar en sangre, que puede comprometer la salud.

- Objetivo:**
- Orientar sobre complicaciones de hipoglucemia.
 - Valorar los niveles de glicemia, evitando posibles complicaciones.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Valoración de glicemia capilar.</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual para de acuerdo a la teoría de Orem es: "La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar."⁸</p>	<p>✓ Se vigilaron los niveles de glicemia registrándose niveles de glicemia de 82mg/dl y 80mg/dl, los cuales son valores que se encuentran dentro de los parámetros óptimos.</p>
<p>✚ Orientar al paciente sobre alteración en las variaciones de la glucosa sanguínea.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>El azúcar (glucosa) constituye el principal sustrato energético corporal. A medida que pasan las horas y no se consumen alimentos, los niveles de glucosa en la sangre disminuyen estimulando procesos para obtener energía del cuerpo mismo. Uno de dichos procesos es la</p>	<p>✓ Se orientó al paciente de la importancia del ayuno, la importancia de los nutrientes para el funcionamiento del organismo, se explicaron algunos síntomas en caso de presentar hipoglucemia (diaforesis, debilidad, desorientación).</p>


	<p>glucogenolisis, que consiste en la obtención del azúcar acumulada en el hígado. Otro proceso involucra varias hormonas (por ejemplo, la insulina), que actúan a nivel de nuestra grasa y nuestros músculos, permitiendo obtener azúcar a partir de otros compuestos como proteínas o grasas (gluconeogénesis). Sin embargo, el hecho de no comer, asociado a la liberación de estas hormonas conlleva a un fenómeno que se ha denominado "estrés metabólico" que sumado al estrés quirúrgico, da origen a un gran consumo de proteínas y de calorías, que si no es frenado y corregido adecuadamente podría tener serias implicaciones en el resultado de la cirugía.⁴⁴</p>	
--	---	--

Diagnóstico: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c efectos residuales de medicamentos anestésicos.

Definición del diagnóstico: Riesgo de fallo del mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Objetivo:

- Vigilar la temperatura corporal, manteniendo la eutermia, y evitando complicaciones.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
 Monitorizar la temperatura corporal.	Totalmente Compensatorio.	<p>La temperatura corporal refleja el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor del organismo, y se mide en unidades de calor llamadas grados.³³</p> <p>El descenso de la temperatura corporal se debe a la anestesia general y a la insuflación del gas (CO2). El CO2 se vuelve más frío cuando es liberado en la cavidad abdominal. La expansión súbita del CO2 baja la temperatura corporal, por esta razón el monitoreo de la temperatura es recomendado en los procedimientos laparoscópicos de larga duración.⁴⁶</p>	<p>✓ Se monitorizo la temperatura corporal del registrando temperatura de entre 36.0° a 36.4°C, siendo cifras dentro de valores óptimos.</p>

Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c heridas quirúrgicas recientes m/p alteración de las capas de la piel.

Definición del diagnóstico: Riesgo de sufrir alteración de la epidermis y/o dermis.

Objetivo: • Vigilar la evolución de cicatrización de las heridas quirúrgicas.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Vigilancia de las heridas quirúrgicas y su adecuada evolución.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>Desde el punto de vista fisiológico, la piel es un órgano vital. Una de las funciones más importantes que tiene este órgano es la de construir una barrera innata inmunológica que evita que bacterias, hongos y virus penetren en el interior del organismo y lo dañen.²⁶</p> <p>La alteración en la integridad cutánea y de la función de la piel y tejidos subyacentes se denomina herida. Dicha alteración crea una situación potencialmente peligrosa que podría poner en peligro la vida. El paciente se encuentra en riesgo de complicaciones de la herida como infecciones, hemorragia, dehiscencia, y evisceración.³¹</p> <p>La cicatrización en los mamíferos es un proceso en cascada que implica una serie de fases, simultaneas en su mayoría, pero con predominio cronológico de algunos de sus</p>	<p>✓ Se vigilaron las características de la herida quirúrgica, evidenciando un adecuado proceso de cicatrización por primera intención, identificando bordes afrontados.</p>

		<p>componentes. Las fases de la cicatrización es la siguiente: Hemostasia (agregación plaquetaria, vasoconstricción y coagulación, estabilización del coagulo); inflamación; proliferación (fibroplasia y síntesis de matriz extracelular, contracción, angiogénesis, regeneración axonal, epitelización; y remodelación.²⁶</p> <p>La viabilidad hística, que incluye la prevención de las úlceras por presión o de decúbito, y el cuidado de las heridas son áreas de gran importancia dentro de la actividad de enfermería que se ubican sin duda dentro del dominio de la enfermera con calificación profesional.³²</p> <p>La cicatrización por primera intención ocurre en las heridas donde hay poca pérdida de tejido, o ninguna, y los bordes de la piel pueden unirse, por lo general mediante suturas, grapas o pegamento, para asegurar que no haya espacio muerto en la herida. Las cuatro fases de la cicatrización ocurren, pero se produce poco tejido de granulación y mínima contracción de la herida, las células epiteliales migran a lo largo de la línea de sutura.³²</p> <p>Cerca del 50% de las infecciones de herida quirúrgica se presentan durante la primera semana del posoperatorio.⁵⁰</p>	
--	--	--	--

Diagnóstico: Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos, heridas quirúrgicas, catéter periférico, microorganismo del medio hospitalario.

Definición del diagnóstico: Riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

- Objetivo:**
- Orientar sobre los cuidados de las heridas quirúrgicas.
 - Limitar el riesgo de infección.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientar al paciente sobre el cateterismo periférico y heridas quirúrgicas y sus cuidados.</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual para de acuerdo a la teoría de Orem es: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>Desde el punto de vista fisiológico, la piel es un órgano vital. Una de las funciones más importantes que tiene este órgano es la de construir una barrera innata inmunológica que</p>	<p>✓ Se orientó al paciente acerca de los cuidados del catéter periférico y las heridas quirúrgicas, se explicó cuáles eran las condiciones normales de las heridas y los posibles síntomas de alarma, como edema, dolor, eritema e hipertermia no soportables, cambio en la coloración y que causaran mayores molestias.</p>

		<p>evita que bacterias, hongos y virus penetren en el interior del organismo y lo dañen.²⁶</p> <p>La alteración en la integridad cutánea y de la función de la piel y tejidos subyacentes se denomina herida. Dicha alteración crea una situación potencialmente peligrosa que podría poner en peligro la vida. El paciente se encuentra en riesgo de complicaciones de la herida como infecciones, hemorragia, dehiscencia, y evisceración.³¹</p> <p>Las infecciones asociadas a cuidados sanitarios (IACS) son aquellas que se adquieren o desarrollan como consecuencia de la atención sanitaria. Desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) americanos la han definido como: todo cuadro clínico, localizado o sistémico, que es el resultado de una reacción adversa debida a la presencia de uno o varios agentes infecciosos o sus toxinas, sin evidencia de que estuviese presente o en fase de incubación en el momento del ingreso hospitalario.³⁶</p>	
<p>✚ Vigilancia del catéter periférico</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>El profesional de la salud tiene la responsabilidad de observar continuamente el lugar de perfusión y el estado general del paciente para detectar cualquier complicación</p>	<p>✓ Se valoró sitio de inserción del catéter periférico, sin encontrar signos o síntomas de</p>


		<p>que pueda surgir, y tratar estas complicaciones de manera oportuna para evitar daños mayores. Complicaciones locales como: extravasación, hematomas y equimosis, infección. Complicaciones sistémicas: sepsis, sobrecarga hídrica, sobrecarga circulatoria.³⁵</p>	<p>alerta, como edema, dolor, eritema e hipertermia.</p>
<p>✚ Vigilancia de las heridas quirúrgicas.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>La viabilidad hística, que incluye la prevención de las úlceras por presión o de decúbito, y el cuidado de las heridas son áreas de gran importancia den la actividad de enfermería que se ubican sin duda dentro del dominio de la enfermera con calificación profesional.³²</p> <p>La cicatrización por primera intención ocurre en las heridas donde hay poca pérdida de tejido, o ninguna, y los bordes de la piel pueden unirse, por lo general mediante suturas, grapas o pegamento, para asegurar que no haya espacio muerto en la herida. Las cuatro fases de la cicatrización ocurren, pero se produce poco tejido de granulación y mínima contracción de la herida, las células epiteliales migran a lo largo de la línea de sutura.³²</p> <p>Cerca del 50% de las infecciones de herida quirúrgica se presentan durante la primera semana del posoperatorio y casi el 90% se diagnostica dentro de las dos semanas siguientes a la cirugía.⁵⁰</p>	<p>✓ Se vigilaron las heridas quirúrgicas evidenciando un adecuado proceso de cicatrización por primera intención, con bordes afrontados.</p>

		<p>Los factores que pueden influir en la aparición de una Infección de sitio quirúrgico (ISQ) pueden ser atribuibles tanto al propio paciente por la presencia de diabetes, uso de esteroides, desnutrición, estancia hospitalaria preoperatoria prolongada, colonización con <i>Staphylococcus aureus</i> o transfusiones preoperatorias; así como a la preparación general de la intervención quirúrgica, que incluye el baño preoperatorio, rasurado de la zona a intervenir, preparación del campo quirúrgico, lavado de manos del personal que participa y la profilaxis con antibióticos; también intervienen las características de toda el área del quirófano, como son la ventilación y limpieza, esterilización del material quirúrgico, vestimenta del personal quirúrgico, técnica quirúrgica y, finalmente, los cuidados postoperatorios que incluyen el cuidado de la herida durante la hospitalización y posterior a su egreso.⁵¹</p>	
--	--	---	--

Diagnóstico: Riesgo de caídas r/c procedimiento quirúrgico reciente, escala Humpty Dumpty con valor de 13.

Definición del diagnóstico: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

- Objetivo:**
- Valorar el riesgo de caídas.
 - Aplicar medidas de prevención de caídas.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
 Valoración con escala Humpty Dumpty.	Totalmente Compensatorio.	<p>La Organización Mundial de la Salud define el termino CAIDA, como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad.³⁷</p> <p>El paciente que ingresa a una institución hospitalaria se encuentra sensiblemente vulnerable en su entorno, tanto en lo físico como en lo anímico...Durante la estancia hospitalaria pueden suceder incidentes que originan lesiones y en algunas ocasiones dejan secuelas, lo cual incrementa el tiempo de hospitalización, la morbilidad o la mortalidad. Uno de los riesgos frecuentes son las caídas.³⁸</p> <p>Escala Humpty Dumpty, valora rangos de edad (a menor edad mayor puntaje), género, diagnóstico, deterioro cognitivo, factores ambientales, cirugía o sedación y medicación. Los puntajes en cada variable pueden ir de 1 a 4 o de 1 a 3. Considera sin riesgo con puntaje</p>	✓ Se valoró al paciente con la escala de Humpty Dumpty encontrándose un valor de 13.

		menor a 7, bajo riesgo de 7 a 11 y, alto riesgo de 12 o más puntos. ⁴⁰	
<p>✚ Aplicar las medidas de seguridad para prevención de caídas.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>Las intervenciones que se pondrán en marcha, deberán ser: contar con un protocolo para evaluar el riesgo de caída; valorar y registrar los factores de riesgo potenciales de caídas; establecer el plan de cuidados y las intervenciones de enfermería correspondientes con la valoración del riesgo; informar sistemáticamente al paciente y/o familiar, sobre el riesgo y las acciones para disminuirlo; utilizar los aditamentos de seguridad dispuestos para la prevención de caídas.³⁷</p>	<p>✓ Se aplicaron las medidas de seguridad para la prevención de caídas, como son valoración e identificación del riesgo, utilización de barandales, logrando así la seguridad del paciente en el medio intrahospitalario, sin que presentara caídas.</p>

VIII. Valoración focalizada N°3 del día 30/11/2014.

Paciente que se encuentra en su tercer día de postoperado de funduplicatura de Nissen, continua en período de recuperación, el paciente será dado de alta por la tarde de acuerdo a indicación médica, se entrega plan de alta de acuerdo a las características del paciente, así como tríptico “Cuidados posteriores a cirugía funduplicatura de Nissen”.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Fosas nasales limpias, sin secreciones, nariz sin alteraciones, mucosas hidratadas, tórax y pulmones: sin alteraciones, adecuada entrada y salida de aire, sistema cardiovascular sin alteraciones, llenado capilar 3s, temperatura: 36.6° C. FC: 82lx', FR: 19rx', T/A: 120/75mmHg

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Paciente con dieta blanda de acuerdo a prescripción dietética, al ingerir dieta manifiesta cierta molestia, presenta disfagia, piel pálida, mucosas hidratadas.

Líquidos enterales: 300ml de dieta en 8hrs.

Líquidos parenterales: Solución Salina 0.9% 500ml p/24 hrs.p/24 hrs. (167ml en 8 horas).

Medicamentos:

Clonixinato de lisina 100mg IV c/8 horas.

Tramadol 50mg IV PRN.

Ondansetrón 8mg IV c/8 horas.

Omeprazol 40mg IV c/24 horas.

Total: 300ml dieta + 237ml líquidos parenterales = 537ml líquidos.

Observaciones: paciente con dieta líquida, presenta mucosas hidratadas, acceso endovascular #18 en miembro torácico izquierdo en 4º día de permanencia administrando fluidoterapia.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Realiza desayuno, comida, merienda con dieta blanda prescrita por dietética, no presenta pirosis, presenta náuseas esporádicas, el sentido que le da a la comida es de supervivencia, no presenta alteración de la cavidad bucal, no presenta gingivorrea, halitosis, no utiliza prótesis, no presenta caries, no dientes flojos.

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.

Eliminación intestinal sui generis, en disminución de la cantidad, 100ml en 8hrs; eliminación vesical, con micción espontánea, disminuido, sui generis, no ha presentado problemas para la micción, cantidad de 400ml en 8hrs.

Perdidas insensibles: 315ml.

Total: 100ml eliminación intestinal + 400ml eliminación vesical + 315 pérdida insensibles = 815ml eliminación.

Balance parcial (8horas): 537ml (ingresos) – 815 (egresos) = (-) 278ml

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Paciente la mayoría del tiempo es posición decúbito dorsal y posición sedente, paciente refiere no realizar actividad debida a dolor en área abdominal y dolor en área articular del hombro en escala de EVA (2/10 y 6/10 respectivamente), tono muscular y grado de fuerza disminuido (4/5), gama de movimientos disminuidos,

paciente con dolor a la movilización de miembros torácicos, se evidencia gesticulaciones de rictus de dolor.

Debido al dolor que presenta el paciente se administran 50mg tramadol IV (PRN) con lo que consigue disminuir el dolor y con ello mejora la actividad.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Comunicación verbal directa, sin barreras, orejas integra, sin alteraciones, presencia de cerumen, no refiere problemas de audición, ojos íntegros, simétricos, con pestañas y cejas disminuidas, sin problemas para la visión, pupilas isocóricas y normoreflécticas.

Observaciones: se pudo notar que el paciente interactúa con otros pacientes.

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.

El paciente al estar en un ámbito hospitalario y por sus características propias presenta un riesgo de caída con valor de 2 en escala Downton; un riesgo de UPP con valor de 19 en escala de Braden.

Observaciones: paciente con ansiedad y estrés por patología base.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.

Paciente que realiza actividades cotidianas con cierta dificultad, debido al dolor que presenta; manifiesta comunicarse con familiares y amigos, refiere ya querer estar en su hogar.

Cuadro de Diagnósticos N°4 del día 30/11/2014.

Requisitos.	Diagnóstico.	Prioridad.
Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua y alimentos.	Deterioro de la deglución r/c cirugía abdominal reciente m/p disfagia, náuseas.	1
Equilibrio entre actividades y descanso.	Deterioro de la movilidad física r/c cirugía reciente m/p dolor en área abdominal y dolor en área articular del hombro en escala EVA (2/10 y 6/10 respectivamente), paciente en cama, disminución de actividades libres, gesticulación de rictus de dolor.	2
Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos catéter periférico, heridas quirúrgicas, microorganismo del medio hospitalario.	3
	Riesgo de caídas r/c cambio en el estado de salud, escala Downton con valor de 2.	4
	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (UPP) r/c escala de Braden Bergstrom con valor de 19.	5

Plan de Atención de Enfermería N°4 del día 30/11/2014.

Diagnóstico: Deterioro de la deglución r/c cirugía abdominal reciente m/p disfagia, náuseas.

Definición del diagnóstico: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

- Objetivo:**
- Vigilar y prevenir complicaciones relacionadas con las náuseas y la disfagia.
 - Disminuir las náuseas.
 - Mejorar la alimentación del paciente.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Valorar las náuseas y disfagia que presenta en paciente.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>A pesar de las modificaciones técnicas que se agregaron a la funduplicatura de Nissen con el propósito de disminuir la disfagia postoperatoria, ésta continúa siendo la mayor causa de molestias postoperatorias.⁵²</p> <p>La manipulación del peritoneo parietal y de las vísceras abdominales luego del neumoperitoneo puede producir una estimulación vagal que desencadenará los reflejos de náuseas, diaforesis y bradicardia. Es por este motivo que debemos tener en cuenta la medicación con ondansetrón, droperidol y bloqueantes H2.⁴⁶</p>	<p>✓ Se valoró que el paciente presentaba náuseas y disfagia, encontrándose como un proceso normal y natural de la evolución del proceso de recuperación de la cirugía que le fue realizada; los cuales limitaban la ingesta de alimentos.</p>
<p>✚ Orientar acerca de</p>	<p>Apoyo educativo.</p>	<p>La nutrición son los procesos implicados en la ingestión, digestión y utilización de los alimentos</p>	<p>✓ Se orientó al paciente acerca de que la causa de</p>

<p>las náuseas y disfagia; así como de la importancia de la alimentación</p>		<p>y los líquidos por parte del cuerpo. Es necesaria una buena nutrición para el crecimiento, la curación y las funciones corporales.²⁹</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.²⁵</p> <p>El apetito suele disminuir durante la enfermedad y la recuperación de lesiones. Sin embargo, es necesario aumentar la nutrición. El cuerpo debe luchar contra la infección, curar el tejido y sustituir las células sanguíneas perdidas.²⁹</p>	<p>las náuseas y disfagia pueden ser normales en un proceso postoperatorio debido a la cirugía que le fue realizada; se orientó de la importancia de la alimentación en su estado actual, la cual ayuda a una pronta recuperación.</p>
<p>✚ Ministrar Ondansetrón 8mg IV.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>La administración de medicamentos es una función básica de enfermería que implica una técnica diestra y tener en consideración el desarrollo, estado de salud y seguridad del paciente. El enfermero que administra medicamentos requiere conocimientos de los fármacos, incluidos sus nombres, preparaciones, clasificaciones, efectos adversos y factores fisiológicos que modifican la acción farmacológica.³¹</p> <p>El ondansetrón, un antagonista de los receptores 5-HT₃, tiene un excelente récord de</p>	<p>✓ Se ministró el medicamento antiemético con lo cual se consiguió que cesaran las náuseas y con ello mejorar la ingesta de alimentos por parte del paciente.</p>

		seguridad usado como antiemético en pacientes oncológicos y quirúrgicos, se cree que es un fármaco seguro que está asociado con muy pocos efectos adversos serios. ⁴⁹	
✚ Vigilar el tipo de dieta.	Parcialmente Compensatorio.	El tratamiento nutricional de individuos con alteraciones del tracto gastrointestinal, va encaminado a 3 objetivos primordiales, los cuales son: reducir la exposición del esófago al contenido gástrico, reducir la acidez de las secreciones gástricas y prevenir el dolor y la irritación; estos, lográndose evitando comidas copiosas, grasas, alcohol, evitando tomar café y cualquier alimento que el paciente note o haya notado exacerbe los síntomas de pirosis. ²⁴	✓ Se vigiló el tipo de dieta, la cual era una dieta blanda; dieta óptima para las características actuales del paciente que se encuentra en periodo de recuperación postquirúrgico de cirugía del aparato digestivo.
✚ Ministran Omeprazol 40mg IV.	Totalmente Compensatorio.	La administración de medicamentos es una función básica de enfermería que implica una técnica diestra y tener en consideración el desarrollo, estado de salud y seguridad del paciente. El enfermero que administra medicamentos requiere conocimientos de los fármacos, incluidos sus nombres, preparaciones, clasificaciones, efectos adversos y factores fisiológicos que modifican la acción farmacológica. ³¹ Inhibidores de la bomba de protones (IBP). El omeprazol y el lanzoprazol son los fármacos más usados de su grupo. La bomba Na/K ATPasa se encuentra en la luz del canalículo	✓ Se ministró el medicamento IBP y con ello se redujo la producción de ácido gástrico; se utilizó como medio profiláctico para evitar posibles complicaciones que pudieran alterar la alimentación del paciente.

		<p>secretor de la célula parietal y puede disminuir la secreción del ácido en más de 90%, incluso con la administración de una sola dosis, una o dos horas después de haber ingerido la tableta. Los IBP actúan en la vía final de los mediadores de control de la secreción del ácido clorhídrico.²⁹</p> <p>Los estudios clínicos han mostrado que los IBP disminuyen el riesgo de hemorragias por úlceras debidas al ácido acetilsalicílico u otros AINES. Para que el efecto sea máximo, los IBP deben administrarse 30 minutos antes del desayuno o de la comida principal del día.⁵⁷</p>	
--	--	---	--

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física r/c cirugía reciente m/p dolor en área abdominal y dolor en área articular del hombro en escala EVA (2/10 y 6/10 respectivamente), paciente en cama, disminución de actividades libres, gesticulación de rictus de dolor.

Definición del diagnóstico: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

- Objetivo:**
- Valoración del dolor.
 - Limitar el deterioro de la movilidad.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>🚑 Evaluación del dolor en área abdominal y articular del hombro con EVA.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>Posterior a la cirugía el CO₂ tiende a acumularse en los espacios subdiafragmáticos irritando el nervio frénico; este, por metámeras, provocará un dolor a nivel de los hombros y la espalda, del cual se quejan los pacientes. Este dolor suele calmar espontáneamente luego de varias horas, mientras se absorbe el CO₂. Sin embargo, para aliviar la queja del paciente se ha empleado analgésicos no esteroideos, como el ketoprofeno, el ketorolaco, entre otros. Una técnica preconizada por algunos anestesiólogos es la de dar oxígeno 100% media hora después de haberse retirado el neumoperitoneo, para así estar seguros que no quede gas carbónico en la cavidad peritoneal.⁴⁶</p> <p>La medición del dolor agudo, sobre todo en el</p>	<p>✓ Se evaluó el dolor mediante EVA, obteniendo un valor de 2/10 en área abdominal y 6/10 en área articular del hombro, el paciente presentando gesticulaciones de rictus de dolor; posterior a intervenciones el dolor ceso, valorando EVA con valor de 0/10.</p>



		<p>ámbito clínico se conduce mediante la escala visual análoga (EVA), que evalúa de manera subjetiva la intensidad o severidad del dolor percibido...posibilitando obtener un valor numérico del mismo...considerando a 0 como ausencia y a 10 como el peor dolor posible.²⁶</p>	
<p>✚ Ministración de analgésico Tramadol 50mg IV.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>La analgesia debe ser escalonada, ya que el dolor tiende a cambiar conforme se da la evaluación; así los peldaños de la escalera analgésica pueden ascender o descender, teniendo como finalidad lo siguiente: Dolor leve: Tx con AINES; Dolor moderado: Tx con opiáceos ligeros; Dolor severo: Tx con opiáceos potentes.³¹</p> <p>Tramadol es un analgésico agonista opioide, lo cual indica que mimetiza las acciones de la morfina. Los analgésicos opioides son fármacos que modifican la percepción del estímulo doloroso, sin pérdida del estado de alerta, actuando en el SNC. Este tipo de analgésicos producen la analgesia a través de la activación de los receptores μ, δ y κ; están indicados en el dolor de moderado a severo.³⁰</p>	<p>✓ Se ministró analgésico con lo cual cesó el dolor y se logró la movilidad del paciente a libre demanda, con sus limitantes por estado de recuperación.</p>

Diagnóstico: Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos catéter periférico, heridas quirúrgicas, microorganismo del medio hospitalario.

Definición del diagnóstico: Riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Objetivo:

- Limitar el riesgo de infección.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
 Vigilancia del catéter periférico	Totalmente Compensatorio.	<p>El profesional de la salud tiene la responsabilidad de observar continuamente el lugar de perfusión y el estado general del paciente para detectar cualquier complicación que pueda surgir, y tratar estas complicaciones de manera oportuna para evitar daños mayores. Complicaciones locales como: extravasación, hematomas y equimosis, infección. Complicaciones sistémicas: sepsis, sobrecarga hídrica, sobrecarga circulatoria.³⁵</p>	<p>✓ Se vigiló el sitio de inserción del catéter periférico sin encontrar signos o síntomas de alerta, como son edema, eritema, hipertermia o dolor.</p>
 Vigilancia de heridas quirúrgicas.	Totalmente Compensatorio.	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual para de acuerdo a la teoría de Orem es: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”⁸</p> <p>Desde el punto de vista fisiológico, la piel es un órgano vital. Una de las funciones más</p>	<p>✓ Se valoraron las heridas quirúrgicas sin encontrar signos o síntomas de alerta como pueden ser edema, dolor, eritema e hipertermia; se evidencia una cicatrización por primera intención, con bordes afrontados.</p>

		<p>importantes que tiene este órgano es la de construir una barrera innata inmunológica que evita que bacterias, hongos y virus penetren en el interior del organismo y lo dañen.²⁶</p> <p>La alteración en la integridad cutánea y de la función de la piel y tejidos subyacentes se denomina herida. Dicha alteración crea una situación potencialmente peligrosa que podría poner en peligro la vida. El paciente se encuentra en riesgo de complicaciones de la herida como infecciones, hemorragia, dehiscencia, y evisceración.³¹</p> <p>La viabilidad hística, que incluye la prevención de las úlceras por presión o de decúbito, y el cuidado de las heridas son áreas de gran importancia dentro de la actividad de enfermería que se ubican sin duda dentro del dominio de la enfermera con calificación profesional.³²</p> <p>La cicatrización por primera intención ocurre en las heridas donde hay poca pérdida de tejido, o ninguna, y los bordes de la piel pueden unirse, por lo general mediante suturas, grapas o pegamento, para asegurar que no haya espacio muerto en la herida. Las cuatro fases de la cicatrización ocurren, pero se produce poco tejido de granulación y mínima contracción de la</p>	
--	--	---	--


		<p>herida, las células epiteliales migran a lo largo de la línea de sutura.³²</p> <p>Cerca del 50% de las infecciones de herida quirúrgica se presentan durante la primera semana del posoperatorio y casi el 90% se diagnostica dentro de las dos semanas siguientes a la cirugía.²⁶</p> <p>Los factores que pueden influir en la aparición de una Infección de sitio quirúrgico (ISQ) pueden ser atribuibles tanto al propio paciente por la presencia de diabetes, uso de esteroides, desnutrición, estancia hospitalaria preoperatoria prolongada, colonización con <i>Staphylococcus aureus</i> o transfusiones preoperatorias; así como a la preparación general de la intervención quirúrgica, que incluye el baño preoperatorio, rasurado de la zona a intervenir, preparación del campo quirúrgico, lavado de manos del personal que participa y la profilaxis con antibióticos; también intervienen las características de toda el área del quirófano, como son la ventilación y limpieza, esterilización del material quirúrgico, vestimenta del personal quirúrgico, técnica quirúrgica y, finalmente, los cuidados postoperatorios que incluyen el cuidado de la herida durante la hospitalización y posterior a su egreso.⁵¹</p>	
--	--	---	--

Diagnóstico: Riesgo de caídas r/c cambio en el estado de salud, escala Downton con valor de 2.

Definición del diagnóstico: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Objetivo: • Limitar el riesgo de caídas.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Valoración con escala J. H. Downton.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>“La Organización Mundial de la Salud define el termino CAIDA, como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad”.³⁷</p> <p>La evaluación del riesgo de caídas se realiza como parte del tamizaje en el Servicio de Urgencias y/o la evaluación inicial del paciente hospitalizado; asimismo, se reevalúa a todos los pacientes a intervalos que ayuden a identificar oportunamente cualquier cambio en el estado del paciente; al menos se evalúa a cada paciente: cada cambio de turno, cambio de área o servicio y/o cambio en el estado de salud.³⁹</p> <p>La escala de riesgo J. H. Downton, que incluye como factores de riesgo caídas previas, uso de medicamentos, déficit sensorial, y estado mental y de la marcha;³⁸evalúa caídas previas, medicamentos (ninguno, diuréticos, antiparkinsonianos, hipotensores no diuréticos,</p>	<p>✓ Se valoró al paciente con la escala de Downton obteniendo un valor de 2.</p>

		antidepresivos), déficits sensitivo-motores (ninguno, alteraciones auditivas, alteraciones visuales, en miembros como ictus o neuropatías), estado mental (orientado, confuso), marcha (segura con ayuda, insegura con/sin ayuda, imposible), edad (< 65 años o > 65).	
 <p>Aplicar las medidas de seguridad para prevención de caídas.</p>	Totalmente Compensatorio.	Las intervenciones que se pondrán en marcha, deberán ser: contar con un protocolo para evaluar el riesgo de caída; valorar y registrar los factores de riesgo potenciales de caídas; establecer el plan de cuidados y las intervenciones de enfermería correspondientes con la valoración del riesgo; informar sistemáticamente al paciente y/o familiar, sobre el riesgo y las acciones para disminuirlo; utilizar los aditamentos de seguridad dispuestos para la prevención de caídas. ³⁷	<p>✓ Se aplicaron las medidas de seguridad para la prevención de caídas, como son valoración e identificación del riesgo, utilización de barandales, proporcionar un área libre de obstáculos; logrando así la seguridad del paciente en el medio intrahospitalario y evitando caídas.</p>

Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (UPP) r/c escala de Braden Bergstrom con valor de 19.

Definición del diagnóstico: Riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis.

Objetivo:

- Limitar el riesgo de desarrollo de UPP.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Valorar riesgo de ulcera por presión (UPP) mediante escala Braden Bergstrom.</p>	<p>Totalmente Compensatorio.</p>	<p>Las UPP se producen cuando, a manera de “emparedado” la piel queda aprisionada entre la superficie en la cual reposa el paciente y un tejido duro y prominente, como un hueso, un cartílago o un tendón. La presión excesiva y prolongada ocasiona el cierre de capilares y vasos en el tejido, lo cual provoca isquemia, cuando esta isquemia se prolonga lo suficiente el tejido se necrosa y entonces se forma una escara que al degradarse o desprenderse formara una ulcera.²⁶</p> <p>La responsabilidad de enfermería relacionada con la integridad cutánea implica la valoración de un paciente y de la herida.³¹</p> <p>Una buena valoración del riesgo es esencial a la hora de establecer las medidas preventivas adecuadas a cada persona. Debe fomentarse el uso de escalas de valoración de riesgo de UPP</p>	<p>✓ Se valoró al paciente con la escala de Braden Bergstrom obteniendo un valor de 19.</p>

		<p>(EVRUPP) que analizan los factores que contribuyen a su formación y que permiten identificar a las personas de riesgo, sobre las que establecer medidas preventivas.⁴¹</p> <p>Barbara Braden y Nancy Bergstrom publicaron esta escala, que hasta ahora es la que se utiliza con mayor amplitud y la que más se ha validado....La escala valora seis aspectos: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción y fuerzas desgarradoras (también llamadas cizallamiento)...La escala de Braden otorga diferentes puntajes entre un mínimo de 6 y un máximo de 23, cualquier puntuación menor a 16 (o 15 en algunas publicaciones) implica riesgo bajo, la de 13 a 14 uno moderado, y la de 12 o menor muy alto.²⁶</p>	
<p>✚ Aplicar medidas de prevención UPP.</p>	<p>Parcialmente Compensatorio.</p>	<p>Dentro de las medidas para prevención de UPP, se encuentran el cambio de posición, evitar presión y/o cizallamiento, higiene y humectación de la piel, etc.²⁹</p>	<p>✓ Se aplicaron las medidas de seguridad para la prevención de UPP; mediante la valoración e identificación del riesgo, evitando presión y humedad prolongadas en un mismo sitio; y con ello evitando la aparición de las mismas.</p>

IX. Plan de alta hospitalaria.

Datos del agente de autocuidado (paciente).

Nombre: L. T. J.

Fecha: 30/11/2014

Edad: 25 años. **Sexo:** Masculino.

Cirugía realizada: Funduplicatura de tipo Nissen.

Diagnostico medico de egreso: Egreso por mejoría.

Requisitos de educación.

- ✚ Tomar medicamentos de acuerdo a prescripción médica (tomar medicamentos en tiempo y forma a la prescripción médica).
- ✚ Sintomatología de acuerdo a proceso (vigilar si existe sangrado de herida, vigilar si existe dolor abdominal no soportable, vigilar si existe pirosis (acidez excesiva)).
- ✚ Importancia nutricional (realizar una dieta balanceada, baja en grasas, e irritantes), no alcohol, no tabaco, y evitar alimentos que identifique como desencadenantes de pirosis (acidez).
- ✚ Seguir indicaciones encontradas en tríptico “Cuidados posteriores a cirugía funduplicatura de Nissen” (anexo 17).

Medidas higiénico-dietéticas.

- ✚ Baño diario con jabón neutro, realizar higiene de heridas, secar adecuadamente y no cubrir con algodón, gasas, etc.
- ✚ Realizar la higiene bucal después de cada comida, mínimo 3 veces por día.
- ✚ Dieta blanda, evitando grasas e irritantes y evitando alimentos que sean identificados como factores que propicien pirosis (acidez).
- ✚ Ingesta de líquidos suficientes (ingerir líquidos de acuerdo a actividades realizadas), ir consumiendo mayor porcentaje de líquidos de acuerdo a

capacidad gástrica.

- ✚ Realizar dieta de acuerdo a recomendaciones anteriores, y de acuerdo a prescripción realizada por el servicio de nutrición.

Cuidados específicos.

- ✚ Vigilar si existe salida de secreción a través de heridas, vigilar si existe enrojecimiento o temperatura anormal en sitio de herida.
- ✚ Limpiar con agua y jabón las heridas, no cubrir heridas.
- ✚ Vigilar la capacidad gástrica, así como el cese o aumento de la pirosis, y en base a ello ir aumentando la ingesta alimenticia.
- ✚ Realizar actividades de acuerdo a la capacidad para realizarlas.
- ✚ Dormir en posición semifowler (2 o 3 almohadas en la cabeza) para disminuir el reflujo que pueda existir.
- ✚ La dificultades para deglutir podrá seguir presentándose, con el paso del tiempo disminuirá.
- ✚ Cita en el Hospital General de México servicio de Cirugía General 305 a las 8:00 horas, para retiro de puntos.

Terapia medicamentosa.

- ✚ Realizar terapia de medicamentos de acuerdo a la prescripción en receta.
(Tomar Omeprazol 40mg vía oral, tomar una tableta por las mañanas, hasta próxima cita).
(Tomar Ketorolaco 10mg vía oral, tomar una tableta cada 6 horas por 3 días).
- ✚ No dejar de ingerir los medicamentos sin indicación médica.
- ✚ No ingerir remedios caseros y/o que no estén permitidos por el facultativo.

X. Visita domiciliaria del día 28/02/2015.

El propósito de la visita domiciliaria integral es dar continuidad al plan de cuidados y evaluar el plan de alta que se le otorgó al Sr. L. T. J. el día que egresó de su estancia hospitalaria, así como el tríptico “Cuidados posteriores a cirugía funduplicatura de Nissen”; se pretende proporcionar información al paciente y familia en cuanto a la evolución del paciente, su estilo de vida, prevención de complicaciones, signos y síntomas que pudieran dar manifestación de una complicación o recaída; de igual forma la visita domiciliaria, dará pauta para dar término al PAE.

Para la realización de la visita domiciliaria de una forma práctica y adecuada, se realizó una programación y organización de las actividades planeadas para la atención del paciente, dichos aspectos pueden ser consultados en la sección de anexos (anexo 18 y 19), para su mayor comprensión.

Para la realización de la visita domiciliaria integral se informó al Sr. L. T. J, y sus cuidadores primarios en qué consistía la visita domiciliaria y sus aspectos mediante una “carta de consentimiento informado de visita domiciliaria integral” (anexo 20); se informó que esta visita sería tomada como el término del Proceso Atención de Enfermería.

Valoración focalizada final N°4 (visita domiciliaria) del día 28/02/2015.

La presente valoración se planeó de tal forma que se cumpliera con el periodo promedio que marca la literatura como periodo de recuperación (periodo de rehabilitación esofágica) para valorar si la Funduplicatura de Nissen y los cuidados proporcionados obtuvieron los resultados deseados a mediano plazo.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Fosas nasales limpias, sin secreciones, nariz sin alteraciones, narinas permeables, tórax y pulmones sin alteraciones, adecuada entrada y salida de aire, sistema cardiovascular sin alteraciones, ruidos cardiacos normales, llenado capilar de 2s, FC: 70lx´, FR: 21rx´, T/A: 118/65mmHg, temperatura: 36.4°C.

Observaciones: El paciente no presenta alteraciones que impidan la adecuada ventilación, refiere respirar con normalidad.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Paciente que ingiere líquidos a libre demanda, refiere tomar toda clase de bebidas, evitando en lo posible café, alcohol, refrescos, aunque manifiesta si tomar refrescos.

Refiere beber un aproximado de 2 a 3 litros de líquidos al día de acuerdo al estado del clima y actividades que realiza.

Paciente que presenta mucosas hidratadas, con piel rosada, sin alteraciones.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Realiza desayuno, comida y cena con alimentos a libre demanda, refiere realizar la cena en un horario que le permita reposar los alimentos antes de dormir.

Los alimentos los ingiere en horarios de 9:00, 15:00, 20:00 horas, con colaciones entre comidas a base de frutas de su agrado.

Refiere comer toda clase de alimentos, evitando alimentos grasosos, picantes, no ingiere suplementos alimenticios, el paciente ya no presenta pirosis.

No presenta alteración de la cavidad bucal, no presenta gingivorrea, no halitosis, no dificultad para masticar, no utiliza prótesis, no presenta caries, no dientes flojos.

Observaciones: El paciente realiza una alimentación adecuada, incluyendo diferentes grupos alimenticios, tratando de vigilar que los alimentos sean aptos para evitar acidez, peso: 65,500g talla: 164cm IMC: 24.35kg/m².

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.

El paciente refiere que su eliminación intestinal es adecuada, no tiene dificultad para evacuar, manifiesta que el número de evacuaciones se encuentra entre 2 a 3 al día, con características sui generis, cantidad aproximada de 400ml; la eliminación vesical es adecuada, orina entre 4 a 5 veces al día, con características sui generis, la orina no presenta olor desagradable y siendo la mayoría de las veces con características de color de transparente a amarillo claro, cantidad aproximada de 1500-2000ml.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

El paciente realiza actividades cotidianas sin que generen mayor esfuerzo, comenta querer esperar un poco más de tiempo para regresar a realizar sus actividades cotidianas en su trabajo (carga y descarga).

Tono muscular y grado de fuerza disminuido (5/5), refiere realizar caminata por periodos cortos.

Paciente refiere aun dormir en una posición con la cabeza elevada.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

El paciente no presenta barreras que impidan la comunicación, su verbalización es fluida, exterioriza dudas e ideas.

Paciente refiere acudir a eventos sociales con su familia.

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.

El paciente refiere poner mayor interés en la atención de su salud, refiere tener cierta preocupación por que no se vuelva a presentar la problemática por la cual fue intervenido quirúrgicamente.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.

El paciente presenta una higiene adecuada, refiere realizar higiene diario, con cambio de ropa en misma frecuencia.

Paciente refiere acudir a eventos sociales con su familia, trata de realizar actividades cotidianas pero que no generen un gran esfuerzo.

Cuadro de Diagnósticos N°5 del día 28/02/2015.

Requisitos.	Diagnóstico.	Prioridad.
Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.	Disposición para mejorar el autocuidado manifestado con la realización de acciones adecuadas para su salud y bienestar y la disposición para continuar con ellas.	1

Plan de Atención de Enfermería N°5 de visita domiciliaria del día 28/02/2015.

Diagnóstico: Disposición para mejorar el autocuidado manifestado con la realización de acciones adecuadas para su salud y bienestar y la disposición para continuar con ellas.

Definición del diagnóstico: Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que le ayude a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Objetivo:

- Orientar y motivar al paciente para que continúe realizando acciones óptimas para su bienestar.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>✚ Orientar con tríptico “Cuidados posteriores a cirugía funduplicatura de Nissen”.</p>	<p>Apoyo Educativo.</p>	<p>Orientar al paciente para que realice el autocuidado; el cual para de acuerdo a la teoría de Orem es: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”⁸</p> <p>Dentro de las funciones de enfermería, se encuentra la de ser docente; la función docente, se refiere principalmente a las actividades de <u>educación para la salud</u> y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos.</p> <p>El tratamiento nutricional de individuos con alteraciones del tracto gastrointestinal, va encaminado a 3 objetivos primordiales, los</p>	<p>✓ Se brindó orientación al paciente mediante tríptico “Cuidados posteriores a cirugía funduplicatura de Nissen”, explicando cuales eran los cuidados a tener posteriores a la cirugía a la que fue sometido, cuáles eran los cambios en el estilo que debía tener y con los cuales el paciente debía de continuar para continuar con un óptimo bienestar.</p>

		<p>cuales son: reducir la exposición del esófago al contenido gástrico, reducir la acidez de las secreciones gástricas y prevenir el dolor y la irritación; estos, lográndose evitando comidas copiosas, grasas, alcohol, evitando tomar café y cualquier alimento que el paciente note o haya notado exacerbe los síntomas de pirosis.²⁴</p>	
--	--	--	--

XI. Conclusiones y sugerencias.

Como primer punto se puede reafirmar lo que en las primeras páginas del presente trabajo se mencionó, que el Proceso Atención de Enfermería es la “herramienta esencial de la profesión de enfermería”, ya que es éste el que funge como una guía que nos orienta hacia la atención con calidad que debemos brindar hacia los pacientes atendidos.

Mediante el Proceso Atención de Enfermería se pueden planear puntualmente las actividades a realizar con el paciente; dichas actividades pueden ser realizadas de una forma óptima logrando garantizar que el cuidado brindado sea de la más alta calidad.

Enfocándose en el presente Proceso Atención de Enfermería se puede mencionar que ha dejado una gran experiencia ya que ayudo a seguir desarrollando conocimientos teóricos y prácticos, genero un desarrollo en las habilidades como profesional de enfermería, y de aspecto sumamente relevante ayudo a desarrollar un pensamiento crítico en el momento de desarrollar las actividades encaminadas a la atención del paciente, lo cual se vio reflejado en la atención del paciente atendido y su adecuada evolución.

El presente Proceso Atención de Enfermería permitió evidenciar las actividades realizadas durante la atención y evolución del paciente atendido; permitió mostrar la metodología utilizada por el profesional de enfermería para realizar dichos cuidados, así como el poder plasmar la importancia que tiene el planear, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería realizados en el paciente para su adecuada atención y evolución.

A manera de sugerencias se puede comenzar mencionando que aunque durante la formación profesional se adquieren conocimientos y habilidades, es sumamente indispensable el volver a sumergirse en el amplio conocimiento de estos aspectos para poder desarrollar un trabajo al nivel de la atención que todo paciente merece.

Es indispensable el contar con un asesor el cual en un momento dado puedan brindar una orientación para que las acciones o actividades planeadas sean ejecutadas de forma correcta para asegurar un desarrollo óptimo de las actividades dentro del Proceso Atención de Enfermería, para brindar un cuidado optimo en el paciente atendido.

En cuanto a la profesión se refiere, se puede rescatar que el desarrollo y mejoramiento constante de la profesión es indudablemente cada vez mayor y de mejor forma, pero se debe hacer mención que aún faltan acciones por realizar encaminadas en tener un conglomerado de conocimientos y obras que ayuden a aplicar las acciones de enfermería de mejor manera.

Una de las formas de mejorar el aspecto anteriormente mencionado, es mediante la implementación de acciones que ayuden a estandarizar y delimitar conocimientos (instrumentos de valoración, escalas propias de la profesión) para que la profesión tenga un mayor nivel de confianza dentro de las áreas del conocimiento y sea la atención brindada de mayor calidad y con mayor certidumbre científica, y con ello siempre buscando el bienestar de las personas atendidas.

XII. Referencias.

¹ González P, Chaves AM. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2009; 11(2):47-76. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145220480004>. (Consultado el 8 de diciembre de 2014).

² Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process. Rev. Salud Pública Parag. 2013; 3(1): 41-48. <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/download/24/10>. (Consultado el 20 de Enero del 2015).

³ Reina NC. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Revista Umbral Científico. 2010; (17):18-23. <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>. (Consultado el 13 de diciembre del 2014).

⁴ Moreno ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Revista Aquichan. 2005; 5(1):44-55. <http://www.redalyc.org/pdf/741/74150105.pdf> (Consultado el 26 de diciembre del 2014).

⁵ López AL, Gamboa S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. Revista Investigación y Educación en Enfermería. 2006; 24(2):90-100. <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215402009.pdf> (Consultado el 18 de diciembre del 2014).

⁶ Vega OM, González DS. Teoría del déficit de autocuidado. Interpretación de los elementos conceptuales. Revista Ciencia y cuidado. 2007; 4(4):28-35. <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2534034.pdf> (Consultado el 3 de diciembre del 2014).

⁷Cavanagh S. Modelo de Orem. Aplicación práctica. 1ª ed. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1993.

⁸ Velandia A, Rivera LN. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Rev. Salud pública. 2009; 8(3):538-548. <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n3/v8n3a09> (Consultado el 20 de diciembre del 2014).

⁹ Mohan H. Patología. 6ª ed. Buenos Aires: Editorial panamericana; 2010. p. 538

¹⁰ Vázquez JC. et al. Hernia hiatal paraesofágica (tipo IV) con obstrucción intestinal. Reporte de un caso. Revista Neumol Cir Tórax. 2011; 70(3):192-198. <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2011/nt113i.pdf> (Consultado el 17 de diciembre del 2014).

¹¹ Rosero MA, García MA, Rosero E, Sanchís M. Hernia de hiato. Revista FMC. 2012; 19(4):211-220. <http://playarobayera.wikispaces.com/file/view/Hernia+de+hiato+revision+2012.pdf> (Consultado el 15 de enero del 2015).

¹² Madriz W, Alvarado VH, Hernández JJ. Diagnóstico radiológico de hernia hiatal (revisión bibliográfica y presentación de casos). Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2008; 65(583):103-108. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/583/art5.pdf> (Consultado el 30 de noviembre del 2014).

¹³ Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud SSA. Diagnóstico y tratamiento de la hernia paraesofágica. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. 2011; http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/452_GPC_Herniaparaesofagica/HParaesofagica.ER.pdf (Consultado el 23 de diciembre del 2014).

¹⁴ Caracoche M, Durand L. Enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia hiatal: indicación y técnica quirúrgica. *Revista Cirugía Digestiva*. 2009; 1(172): 01-22. <http://www.sacd.org.ar/usetentaydos.pdf>. (Consultado el 15 de diciembre del 2014).

¹⁵ Cofré, P. et al. Patología de la Unión Gastro-Esofágica. *Revista Gastroenterología Latinoamericana*. 2008; 19(3): 208-215. <http://www.sacd.org.ar/usetentaydos.pdf> (Consultado el 15 de diciembre del 2015).

¹⁶ Velarde J, Rodríguez J, González C, Mora J. Guía para el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Revista Médica*. 2014; 5(2):87-93. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2013/md132h.pdf> (Consultado el 15 de marzo del 2015).

¹⁷ Arín A., Iglesias M.R. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. [*Anales Sis San Navarra*]. 2003; 26 (2): 251-268. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272003000300008&lng=es. (Consultado el 15 de marzo del 2015).

¹⁸ Espino A. Clasificación de Los Ángeles de esofagitis. *Revista Gastroenterol. Latinoam*. 2010; 21 (2): 184-186. <http://files.sld.cu/gastroenterologia/files/2011/10/clasificacion-de-los-angeles-de-esofagitis.pdf> (Consultado el 15 de marzo del 2015).

¹⁹ Pose AC, Reyes L., Saona MG, Umpierre V. Manometría esofágica en pacientes con disfagia, reflujo gastroesofágico y dolor torácico no cardíaco. Utilidad diagnóstica. *Rev Med Urug*. 2009; 25: 34-44. <http://www.rmu.org.uy/revista/2009v1/art5.pdf> (Consultado el 18 de diciembre del 2014).

²⁰ Trujillo OE, Navarro AM, Guerrero MM. Uso apropiado de la esofagogastroduodenoscopia diagnóstica y su relación con hallazgos positivos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 45(1): 83-87. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im0711.pdf>. (Consultado el 19 de diciembre del 2014).

²¹ Fuller J. Instrumentación quirúrgica. Principios y práctica. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 515-516

²² Moral MGI, Reoyo PJF, León MR, Palomo LA, Rodríguez SS, Seco GJL. Funduplicatura de Nissen laparoscópica: resultados y factores pronósticos. Revista de Gastroenterología de México. 2012; 77(1):15-25. <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/pdf/X0375090612226808/S300/>. (Consultado el 21 de diciembre del 2014).

²³ Mussan G, Márquez MA. Experiencia personal: 20 años de funduplicatura laparoscópica tipo Nissen. Revista Cirugía Endoscópica. 2012; 13(1):14-19. <http://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2012/ce121d.pdf> (Consultado el 21 de diciembre del 2014).

²⁴ Kathleen ML, Escott-Stump S, Raymond LJ. Krause-Dietoterapia. 13ª ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2013. p. 592-597.

²⁵ Secretaria de salud. Perfiles de enfermería. 2006; p. 1-22. <http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/ENFERMERIA.%20PERFILES%20DE.PDF> (Consultado el 27 de diciembre del 2014).

²⁶ Contreras J. et al. Abordaje y manejo de las heridas. México: Editorial Intersistemas; 2013. p. 52-62.

²⁷ Levy M. et al. Fisiología Berne y Levy. 4ª ed. Madrid, España: Editorial Elsevier; 2006. p. 361.

²⁸ Marin JH, Peña OA. Valoración y tratamiento del paciente con Disnea. Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia. 1997; 45(2): 95-98. www.bdigital.unal.edu.co/22725/1/19376-63748-1-PB.pdf (Consultado el 05 de diciembre del 2014).

²⁹ Sorrentino S, Remmeart L, Gorek B. Fundamentos de Enfermería Práctica. 4ª ed. España: Editorial Elsevier-Mosby; 2012.

³⁰ Mendoza N. Farmacología médica. México: Editorial Médica Panamericana; 2008.

³¹ Lynn P. et al. Enfermería Clínica de Tylor. Competencias básicas. 3ª ed. España: Editorial: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

³² Hogston R, Marjoram BA. Fundamentos de la práctica de enfermería. 3ª ed. México: Editorial: McGraw Hill; 2008.

³³ Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería. Kozier & Erb. 9ª ed. España: Editorial: PEARSON; 2013.

³⁴ Carrero MC. Accesos vasculares. Implantación y cuidados enfermeros. México: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2002. p. 9-23.

³⁵ Fulcher EM, Frazier MS. Introducción a la terapia intravenosa para profesionales de la salud. España: Editorial Elsevier; 2009; p. 83-94.

³⁶ Fariñas C, Teira R, Rodríguez P. Infección asociada a cuidados sanitarios (infección nosocomial). Revista Medicina. 2010; 10(49):3293-3300. http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/pdf/Inf_urinaria_sanitarios_Medicine2010.pdf (Consultado el 15 de diciembre del 2014).

³⁷ CONAMED. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. Revista CONAMED.

2006; 11(5):18-26.
http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev_historico/REV38.pdf
(Consultado el 18 de diciembre del 2014).

³⁸ Almazán MC, Jiménez J. Escala de valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2013; 21(1): 9-14.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim131c.pdf>
(Consultado el 21 de diciembre del 2014).

³⁹ Consejo de Salubridad General. Estándares para la certificación de hospitales 2012. Estándares para la certificación de hospitales. 2012; p. 38.
<http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/EstandaresCertificacionHospitales2012.pdf>
(Consultado el 15 de diciembre del 2014).

⁴⁰ Barrientos J, Hernández A, Hernández M. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. *Revista Enfermería Universitaria.* 2013 10(4):114-119.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16657063201300040002 (Consultado el 28 de febrero del 2015).

⁴¹ Aguirre RM. et al. Protocolo de prevención y cuidados de las UPP. Protocolo en internet. 2008; p. 9-74.
<http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/DUE/Protocolos/Tecnicas/PREVENIC%C3%93NCUIDADOSUPP.pdf> (Consultado el 25 de febrero del 2015).

⁴² Blázquez C. Administración de oxígeno. Guía de procedimiento Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 2014; pág. 3-16.
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352820207436&ssbinary=true>
(Consultado el 05 de diciembre del 2014).

⁴³ Carrillo R, Espinoza I, Soto U. Ayuno perioperatorio. Revista Médica de Anestesiología. 2015; 38(1):27-34. <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cma151d.pdf> (Consultado el 20 de enero del 2015).

⁴⁴ Zuluaga D. La importancia del ayuno preoperatorio adecuado. Revista Carta de la Salud. 2008; 146(1):1-4. http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSJulio_2008.pdf (Consultado el 15 de diciembre del 2014).

⁴⁵ González J, González R, Martínez ML. Antibioticoterapia profiláctica en Cirugía General. Rev Acta Médica. 2011; 13(1):83-88. http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol13_1_11/act111111.pdf (Consultado el 10 de diciembre del 2014).

⁴⁶ Enciso J. Anestesia en la cirugía laparoscópica abdominal. An Fac med. 2013; 74(1):63-70. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832013000100012&script=sci_arttext (Consultado el 22 de diciembre del 2014).

⁴⁷ Rincón D, Valero J. Oxígeno suplementario para la prevención de la náusea y el vómito postoperatorios: Meta-análisis de experimentos clínicos aleatorizados. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2008; 55: 101-109. <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v35n4/v35n4a06> (Consultado el 10 de diciembre del 2014).

⁴⁸ Acosta F, García J, Aguayo J. Manejo de las náuseas y vómitos postoperatorios. Revista CIR ESP. 2010; 88(6):369-373. www.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2010/Diciembre2_2010.pdf (Consultado el 18 de diciembre del 2014).

⁴⁹ Zamora J. et al. Reacción a la administración intravenosa de ondansetrón. An Med (Mex). 2008; 53 (3): 166-168. <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2008/bc083k.pdf> (Consultado el 15 de diciembre del 2014).

⁵⁰ Martiñón R, Leija C. Manejo de la herida quirúrgica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2000; 8 (1-4): 53-55. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2000/en001-4k.pdf> (Consultado el 05 de diciembre del 2014).

⁵¹ Velázquez JD. et al. Prevalencia de infección del sitio quirúrgico en pacientes con cirugía abdominal. Revista Cirujano General. 2011; 33(1): 32-37. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14050099201100010006. (Consultado el 05 de diciembre del 2014).

⁵² Martínez MA. et al. Repercusión de los trastornos de la motilidad esofágica sobre la disfagia postoperatoria en las funduplicaturas laparoscópicas de Nissen y Nissen-Rossetti. Revista cirugía endoscópica. 2010; 11(1):12-19. <http://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2010/ce101d.pdf> (Consultado el 23 de diciembre del 2014).

⁵³ Herdman T.H. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.

⁵⁴ Teniza D. “Valoración del dolor en paciente con afección cardiovascular”. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2011; 19(1):34-40. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en111f.pdf> (Consultado el 14 de diciembre del 2014).

⁵⁵ Molina E. et al. Incidencia de caídas en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General de Vic (Barcelona). Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2008; 11 (1): 64/69. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1139-13752008000100007&script=sci_arttext (Consultado el 10 de diciembre del 2014).


⁵⁶ García C. et al. Sedación con propofol controlada por endoscopista durante la realización de gastrostomía percutánea. REV ESP ENFERM DIG. 2010; 102(4): 249-256. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082010000400005&script=sci_arttext (Consultado el 18 de diciembre del 2014).

⁵⁷ Finkel et. al. Farmacología. 4ªed. España: Editorial Lippincott Williams & Wilkins; 2009; p. 333,499.

XIII. Anexos.

- 1) Instrumentó de valoración mediante la “teoría de déficit de autocuidado”.
- 2) Sistemas de enfermería.
- 3) Tipos de hernia de hiato.
- 4) Hiato normal y hernia de hiato.
- 5) Imagen de “unión gastroesofágica” y la “barrera antirreflujo”.
- 6) Clasificación de Los Ángeles de esofagitis.
- 7) Manometría esofágica.
- 8) Esofagogastroduodenoscopia (panendoscopia).
- 9) Funduplicatura de Nissen.
- 10) Biometría hemática.
- 11) Tiempos de coagulación.
- 12) Escala Visual Análoga (EVA) para valoración del dolor.
- 13) Escala J. H. Downton para valoración del riesgo de caída.
- 14) Escala Braden Bergstrom para valoración de riesgo de ulcera por presión.
- 15) Escala Humpty Dumpty para valoración de riesgo de caída.
- 16) Test de recuperación postanestésica de Aldrete.
- 17) Tríptico “Cuidados posteriores a cirugía funduplicatura de Nissen”.
- 18) Programación para visita domiciliaria.
- 19) Material y equipo para actividades realizadas en visita domiciliaria.
- 20) Carta de consentimiento informado de visita domiciliaria integral.

1) Instrumentó de valoración mediante la “teoría de déficit de autocuidado”.



UNAM
POSGRADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA PERINATAL.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

Fecha: ___/___/___ Servicio: _____ Enfermera (o) perinatal: _____

1.- DATOS GENERALES.

Nombre _____ Edad: _____ Estado Civil: _____
 Ocupación: _____ Peso I/A: _____ Talla: _____ IMC: _____ Grupo Rh: _____
 Religión: _____ Escolaridad _____ Ocupación: _____ Origen y Residencia: _____
 Teléfono: _____
 Domicilio: _____
 Persona Responsable _____ Parentesco: _____ Pareja: Edad _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Trabaja actualmente: _____
 Padecimiento: _____ Grupo y Rh: _____

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

Tipo de familia: Nuclear _____ Extensa _____ Integrada _____ Desintegrada _____
 Con quien vive: _____ Num. de integrantes _____
 Comunicación con: La pareja * Hijos: Otros familiares:
 Cada cuando se reúne con su familia: _____ Actividades que realiza con la familia: _____
 Quien es el sustento de la familia: _____ Ingresos: _____
 *Bueno Regular Malo Nulo

3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

Vivienda: casa departamento Propia Rentada Otra _____
 Tipo de Ventilación _____ Tipo de Iluminación _____
 Num. cuartos _____ Cuantas ventanas: _____ Tipo de Construcción: perecedero Durable Mixta Tipo de combustible utiliza: Gas Petróleo Leña Otros: _____
 Servicios intradomiciliarios: Agua Luz Drenaje Recolección de basura cada cuando/ como: _____ Pavimentación Vigilancia Teléfono público Medio de transporte Centros Educativos: Kinder prim. Sec Prep. Univ. Recreativos Comerciales Servicios Médicos Cercanos Tiempo de distancia aprox.: _____ Zoonosis: _____ Tipo: _____ Fauna nociva: _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO

1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.

1. HABITOS DE SALUD:

Higiene de fosas nasales Cada cuando _____ Convive con fumadores: Fuma Cuantos cigarrillos al día _____ Usa técnicas que mejoren su respiración (algún tipo de relajación) _____
 Requiere de algún apoyo respiratorio: ¿Cual? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

FC: _____ FR: _____ T/A: _____ TEMP: _____ FCF _____
 Aparato respiratorio: Nariz: (deformación, obstrucción, desviación, mucosas, u otra): _____
 Tórax y pulmones: (forma y simetría, auscultación, tos, sibilancias, estertores, u otros): _____
 Sistema cardiovascular: (inspección, soplos): _____
 Sistema vascular periférico: extremidades superiores y pélvicas (temperatura, color, llenado capilar, varicosidades, uñas, edema periférico): _____

2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua: Garrafón: Potable: Otros: _____
 Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo): _____
 Líquidos que le gustan y/o desagradan: _____

{ 140 }

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

Hidratación de Piel y Mucosas: _____
Líquidos Parenterales (Tipo) _____

3. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

1. HABITOS DE SALUD:

Cuantas comidas realiza durante el día: _____ Días a la semana en que consume: _____

Leche	Carne	Huevo	Verduras	Frutas	Tortillas	Pan	Quesos	Embutidos	Sal	Azúcar
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Alimentos que le gustan / desagradan: _____

Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) _____

Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) _____

Problemas relacionados con la digestión / ingestión: _____

Que sentido le da a la comida: Convivencia Recompensa Supervivencia Paliativo Aburrimiento

	Desayuno	Comida	Cena	Colación
¿Con quien come?				
¿Dónde?				
¿Cuanto tiempo dispone para c/comida?				
Horarios				
Alimentos				

2. REVISION POR SISTEMAS:

Boca: (dolores dentarios, sangrado en encía, úlceras en la lengua u otros sitios de la cavidad oral, pérdida del gusto, halitosis, dificultad para masticar, endodoncia, parcial o total): _____

Utiliza prótesis dental Sí No tiene caries: Sí No dientes flojos: Sí No Garganta: dolor disfagia

Observaciones: _____

Aparato digestivo: náusea vómito anorexia pirosis polifagia eructos dolor abdominal

Observaciones: _____

4. PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS.

Intestinal: (describir características de la eliminación y frecuencia): _____

Ha presentado problemas en la eliminación intestinal: Sí No ¿Cuáles?: _____

Ingiere algo para mejorar su eliminación: Sí No ¿qué? _____

Vesical: (describir características y frecuencia) _____

Ha presentado problemas en la eliminación vesical: Sí No ¿Cuáles?: _____

¿Ingiere algo para mejorar su eliminación?: Sí No ¿qué? _____

Observaciones: _____

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

1. HABITOS DE SALUD

Tipo de actividad que realiza en: casa _____ trabajo _____

Realiza actividad física cual/frecuencia/tiempo: _____

Tiempo libre: _____ ¿Cuántas horas duerme? _____ Sensación al despertar _____

¿Presenta alguna dificultad para conciliar el sueño? Sí No ¿cómo lo resuelve? _____

Duerme durante el día: Sí No Cuanto tiempo: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema músculo esquelético. _____ tono muscular: _____
 Gama de movimientos _____ Dolor Sí No Fatiga Sí No Rigidez Sí No Tumefacción o Deformaciones: Sí No
 Sistema neurológico: Estado de conciencia _____ Entumecimiento Sí No Hormigueos Sí No
 Sensibilidad al: Calor Sí No Frío Sí No Tacto Sí No Mouv. Anormales Sí No Parálisis Sí No
 Vértigo Sí No Cefalea Sí No Alteraciones de la memoria Sí No Reflejos Sí No
 Observaciones: _____

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL.

1. HABITOS DE SALUD

Comunicación verbal: Directa Abierta Clara Evasiva Barreras idiomáticas tartamudeos Comunicación no verbal Contacto visual Lenguaje corporal _____ Gestos tono de voz _____
 Mecanismos de defensa Sí No Negación Inhibición Agresividad Hostilidad _____
 Interacciones sociales: Pertenece a algún grupo social, deportivo o cultural. Sí No
 ¿Cuál? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Oído: Dolor Sí No Secreción Sí No Aumento o disminución de Audición Sí No Acúfenos Sí No
Ojos: Dolor Sí No Lagrimeo Sí No Secreción Sí No características: _____
 Simetría _____ Pupilas _____ Edema Sí No
Vista: alteraciones de la visión: _____ Lentes de corrección Sí No fosfenos Sí No
 Nictalopia Sí No Daltonismo Sí No

7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

a) Prácticas de Seguridad Personal: ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Sí No trabajo Sí No casa Sí No calle Sí No Observaciones: _____
 ¿Acostumbra realizar revisiones de salud periódicas recomendados para cada edad y medidas terapéuticas? Sí No
 Papanicolau (tiempo y resultado) _____ Mamografía (tiempo y resultado) _____
 Dentista: _____ Oculista: _____ Médico: _____ ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? Sí No ¿Cuáles? _____ ¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida? Auto enfado Enfado con los demás Culpa a otros
 Habla con las personas Ansiedad Reza Lectura Escucha música Baja autoestima Sumisión
 Deportes Otro _____ ¿Ha sufrido algún cambio físico que haya alterado su auto imagen? Sí No ¿Cuál? _____ Consumé... Drogas Sí No Alcohol Sí No Tabaco Sí No Café Sí No Té Sí No Bebidas de cola Sí No Alimentos chatarra Sí No medicamentos Sí No ¿Cuáles? _____
 b) Concepto de su imagen. _____ Espiritualidad _____

8. PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.

1. HABITOS DE SALUD

¿Cada cuando se baña? _____ Cambio de ropa: _____ Aseo bucal: _____ Aseo perineal _____
 ¿Cuándo se lava las manos?: _____ ¿Qué significa para usted la limpieza? Buena imagen corporal Buen estado emocional Relación o comunicación con los demás _____ Productos usados para higiene personal _____

2. REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

Piel: Erupción Sí No heridas Sí No Turgente Sí No Protuberancias Sí No Masas Sí No Cambio de color Sí No
 Cambio de olor Sí No Pelo: Distribución _____ Cantidad _____ Parásitos _____ Uñas: Aspecto general _____
Mamas: Simetría _____ Tipo de Pezón _____ Secreciones _____ Ganglios _____
 Masas _____ dolor _____ **Genitales:** Aspecto General _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO

MENARCA	RITMO	DISMENORREA	GESTA	P	C	A	O	E

1. DESCRIPCIÓN GINECOLOGICA

IVSA	No. Parejas Sexuales	Circuncidados	Infecciones ginecológicas (Tratamiento)	Papanicolau (Último) resultado.	Cirugías ginecológicas.	Sangrados anormales	Incontinencia urinaria	Tumores

Dispareunia	Satisfacción	Sangrado al coito	Ultimo método anticonceptivo	Tiempo de uso	FUM	FPP

2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

Gesta	Periodo Intergenésico	PCAOE	Sexo	Peso	Complicaciones	SDG	Lactancia/tiempo	Defectos al nacimiento	Vivo/Muerto Salud actual

3. DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha	SDG	Peso	T/A	FU	Situación	Presentación	Posición	FCF	VAREFE	Edema	Medicamentos	Tratamiento

Planea utilizar algún método de Planificación Familiar Sí No ¿Cuál? _____

Numero de consultas de control prenatal: _____.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

A. DESVIACIÓN ACTUAL

1. Percepción de la desviación de salud

- a) Inicio de consulta _____ Motivo de consulta _____
- b) Comprensión de la alteración actual _____
- c) Sentimientos en relación con su estado actual _____
- d) Preocupaciones específicas _____

2. Mecanismos de adaptación

- a) Uso previo de mecanismos de adaptación _____
- b) Repertorio actual de mecanismos de adaptación y de adecuación de los mismos _____
- c) Factores concomitantes de estrés (hechos cotidianos) _____

3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida

- a) Psicológicos _____
- b) Fisiológicos _____
- c) Económicos _____

B. HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

Enfermedades en la edad adulta _____

Enfermedades de la infancia _____

Hospitalizaciones _____

Medicamentos prescritos o por iniciativa _____

Inmunizaciones previas: _____

C. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: _____

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES:

Última revisión: Agosto de 2012 Asesorado por EEP. Patricia Márquez Torres. Alumnos de la Especialidad:
LEO. Alvarado Resendiz Argelia. LEO. Álvarez Medina Norma Angelina. LEO. Arguello Hernández Elvira. LEO.
Avalos Rosette Guadalupe. LEO. De La Rosa Rivero Ma. Del Carmen. LEO. Espinosa Javier Flor. LEO. Flores
Ramírez María Isabel. LEO. Guerra Hernández Maritza. LEO. Hernández Delgado Verónica. LEO. Hernández Morales
Mayra Xochitl. LEO. Hernández Ovando Rocío. LEO. Hernández Rojas María De Los Ángeles. LEO. Jiménez Orozco
Lázaro. LEO. Muñoz Martínez María Guadalupe. LEO. Ríos Osorio Norma Elizabeth. LEO. Rodríguez Gutiérrez
Erika. LEO. Santos Francisco Araceli.

Fuente: Reséndiz A. et al. "Instrumento de valoración perinatal" de la División de Estudios de Posgrado. Especialidad de Enfermería Perinatal. ENEO-UNAM. 2012.

2) Sistemas de enfermería.

Sistema de enfermería.	Rol del paciente.	Función de enfermería.
T.C. Totalmente Compensatorio.	- Ninguno (dependiente).	-Realiza al 100% las actividades que el paciente no realiza.
P.C. Parcialmente Compensatorio.	-Realiza algunas medidas de autocuidado. -Acepta el grado de ayuda de enfermería.	-Realiza algunas medidas de autocuidado. - Compensa cualquier limitación. -Ayuda según sea el caso.
A.E. Apoyo Educativo.	-Satisface los requerimientos de autocuidado. -Continúa aprendiendo y desarrollando capacidades de autocuidado.	- Ayuda a tomar decisiones. -Ayuda a que el paciente aprenda. -Ayuda a la actualización de información que tienen el paciente.

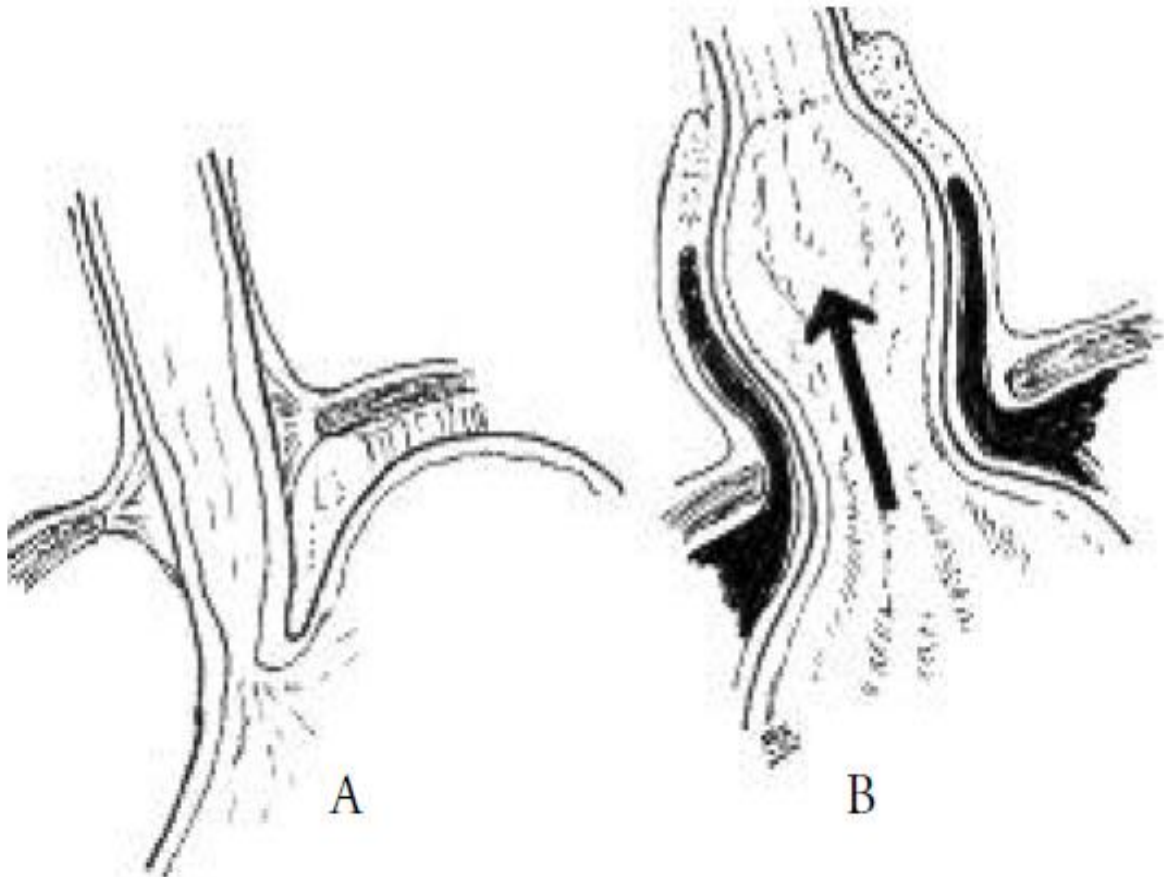
Información retomada de: Cavanagh S. Modelo de Orem. Aplicación práctica. 1ª ed. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1993. ⁷

3) Tipos de hernia de hiato.



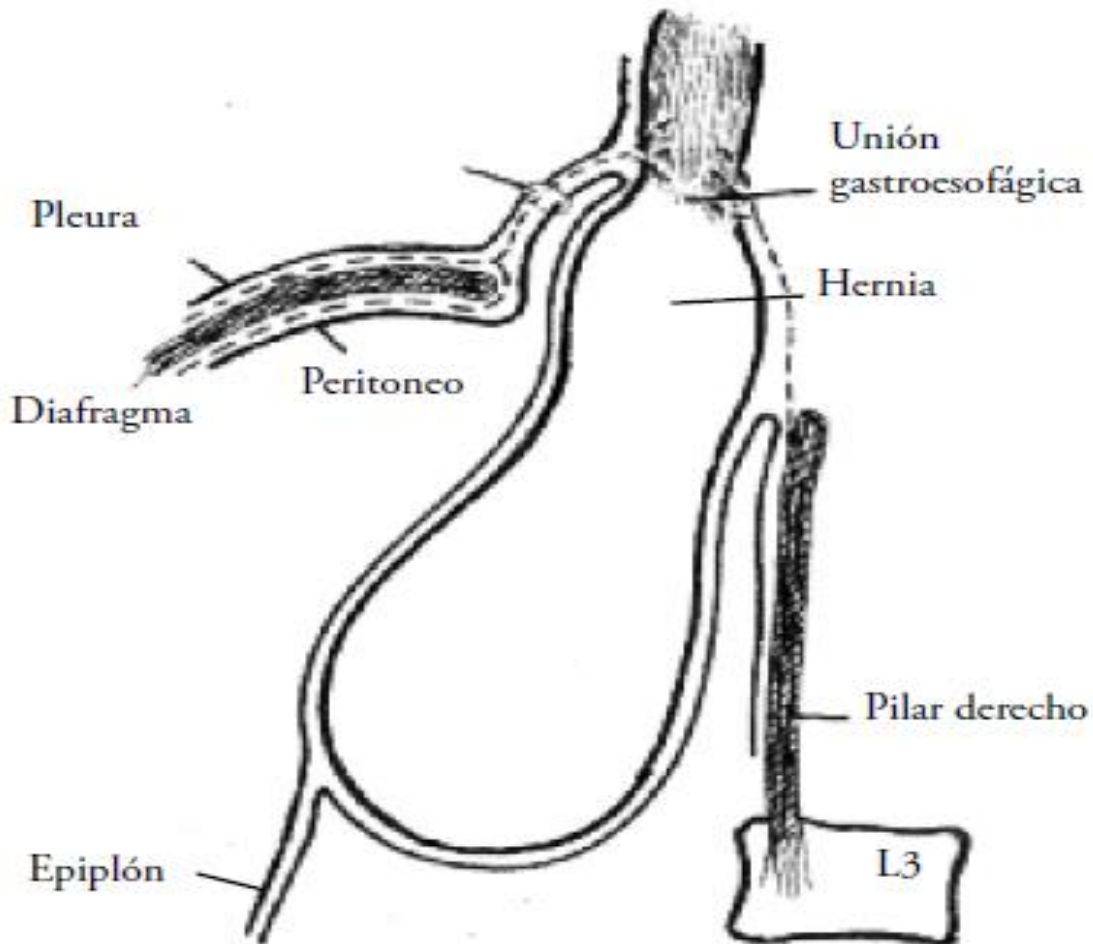
Rosero MA, García MA, Rosero E, Sanchís M. Hernia de hiato. Revista FMC. 2012; 19(4):211-220. <http://playarobayera.wikispaces.com/file/view/Hernia+de+hiato+revisión+2012.pdf> (Consultado el 15 de enero del 2015).¹¹

4) Hiato normal y hernia de hiato.



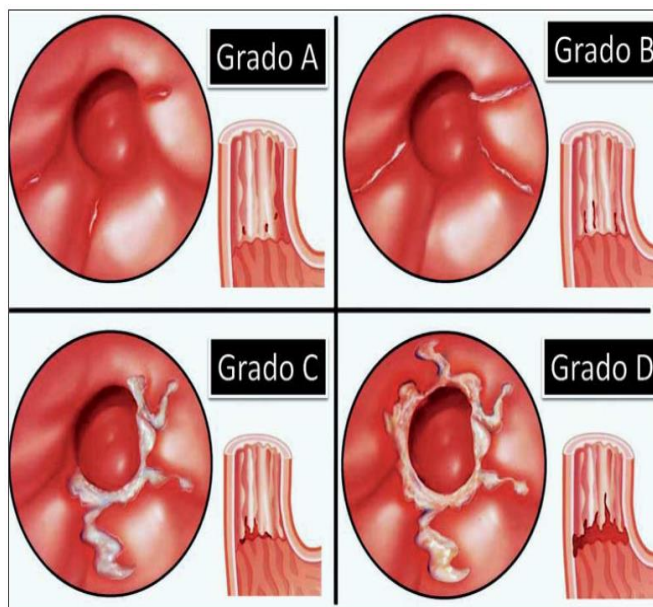
Fuente: Caracoche M, Durand L. Enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia hiatal: indicación y técnica quirúrgica. Revista Cirugía Digestiva. 2009; 1(172): 01-22. <http://www.sacd.org.ar/usetentaydos.pdf>. Consultado el 15 de diciembre del 2014).¹⁴

5) “Unión gastroesofágica” y la “barrera antirreflujo”.



Fuente: Caracoche M, Durand L. Enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia hiatal: indicación y técnica quirúrgica. Revista Cirugía Digestiva. 2009; 1(172): 01-22. <http://www.sacd.org.ar/usetentaydos.pdf>. Consultado el 15 de diciembre del 2014).¹⁴

6) Clasificación de Los Ángeles de esofagitis.



Fuente: Espino A. Clasificación de Los Ángeles de esofagitis. Revista Gastroenterol. Latinoam. 2010; 21 (2): 184-186. <http://files.sld.cu/gastroenterologia/files/2011/10/clasificacion-de-los-angeles-de-esofagitis.pdf> (Consultado el 15 de marzo del 2015).¹⁸

7) Manometría esofágica.

Tabla 1. Clasificación de los trastornos motores en relación con los hallazgos manométricos (Adaptada de Spechler y Castell)	
<i>Trastorno motor</i>	<i>Hallazgos manométricos</i>
Acalasia	Aperistalsis del cuerpo esofágico Relajación incompleta o ausente del EEI*
Espasmo esofágico difuso	Contracciones incoordinadas de cuerpo esofágico
Nutcracker o esófago en cascanueces	Hipercontracción, EEI* hipertensivo
Motilidad esofágica inefectiva	Hipocontracción esofágica

EEI* esfínter esofágico inferior

Fuente: Pose AC, Reyes L., Saona MG, Umpierre V. Manometría esofágica en pacientes con disfagia, reflujo gastroesofágico y dolor torácico no cardíaco. Utilidad diagnóstica. Rev Med Urug. 2009; 25: 34-44. <http://www.rmu.org.uy/revista/2009v1/art5.pdf> (Consultado el 18 de diciembre del 2014).¹⁹

8) Esofagogastroduodenoscopia (panendoscopia).

TABLA 2

Indicaciones de la endoscopia digestiva alta en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)

Presencia de disfagia u odinofagia que sugieren estenosis y/o esofagitis

Síntomas que persisten, progresan o recurren a pesar del tratamiento

Síntomas extraesofágicos de ERGE

Síntomas esofágicos en pacientes inmunodeprimidos

Presencia de masas, estenosis o úlceras en un esofagograma previo

Anemia o hemorragia digestiva

Fuente: Trujillo OE, Navarro AM, Guerrero MM. Uso apropiado de la esofagogastroduodenoscopia diagnóstica y su relación con hallazgos positivos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 45(1): 83-87. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im0711.pdf>. (Consultado el 19 de diciembre del 2014).²⁰

9) Funduplicatura de Nissen.

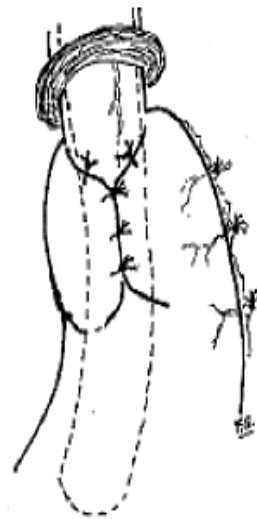
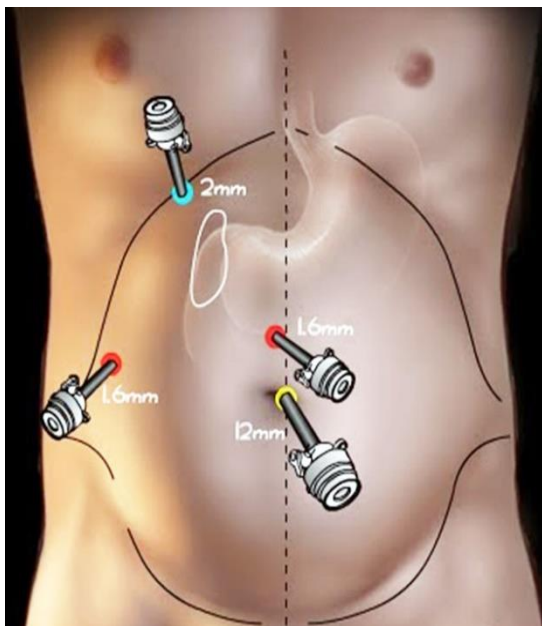


Fig. 24. La válvula de Nissen 360 está terminada. Observe que es una funduplicatura simétrica en donde se ha utilizado en igual proporción la pared anterior y posterior del estómago.

Fuente: Caracoche M, Durand L. Enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia hiatal: indicación y técnica quirúrgica. Revista Cirugía Digestiva. 2009; 1(172): 01-22. <http://www.sacd.org.ar/usetentaydos.pdf>. Consultado el 15 de diciembre del 2014).¹⁴

10) Biometría hemática

Células.	Ingreso.	Valore de referencia.
Leucocitos.	6.30	5 - 10 x10 ³ /uL
Neutrófilos.	*50.40%	60-70%
Linfocitos.	*39.70%	20-30%
Eritrocitos.	*5.67	4.2-5.4x x10 ⁶ /uL
HGB	*16.70	12-16g/dl
HTC	*49.40	37-47%
Vol PlaQ Med.	*10.60	7.4-10.4fL

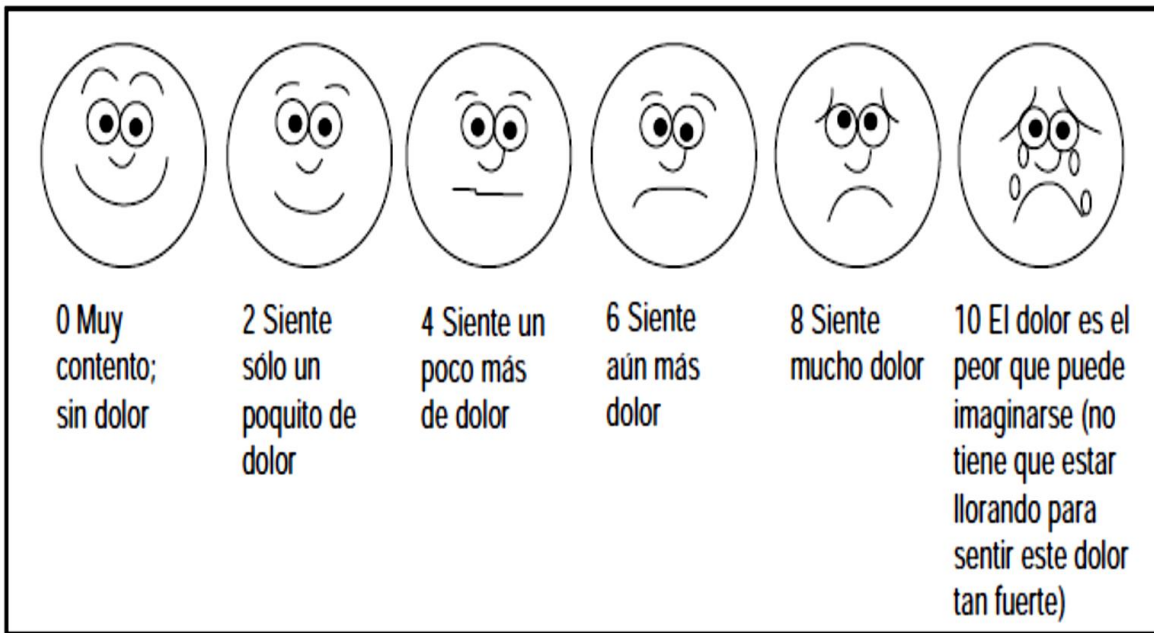
Cuadro original, información retomada de resultados de los exámenes de laboratorio realizados en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, al paciente para ser intervenido quirúrgicamente.

11) Tiempos de sangrado.

Tiempo de protrombina (TP).	13 s.	12-14s.
Tiempo de tromboplastina parcial (TTPa).	36 s.	35-42s

Cuadro original, información retomada de resultados de los exámenes de laboratorio realizados en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, al paciente para ser intervenido quirúrgicamente.

12) Escala Visual Análoga (EVA) para valoración del dolor.



Cuadro I. Factores que influyen en el umbral del dolor.

Lo disminuyen		Lo aumentan	
Insomnio	Introversión	Alivio de los síntomas	Terapia ocupacional
Aburrimiento	Malestar	Condicionamiento conductual	Mejora del sueño
Cansancio	Tristeza	Simpatía	Acompañamiento
Ansiedad	Conspiración de silencio	Distracción	El buen humor
Enfado	Abandono social	Reducción de la ansiedad	Analgésicos-ansiolíticos
Depresión		Antidepresivos	Descanso
		Buena comunicación	

Fuente: Teniza D. "Valoración del dolor en paciente con afección cardiovascular". Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2011; 19(1):34-40. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en111f.pdf> (Consultado el 14 de diciembre del 2014).⁵⁴

13) Escala para evaluar el riesgo de caídas de J. H. Downton.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON, 1993)	
Caídas previas	No/Si*
Medicamentos	Ninguno Tranquilizantes o sedantes* Diuréticos* Hipotensores (no diuréticos)* Antiparkinsonianos* Antidepresivos* Otros medicamentos
Deficiencias sensoriales	Ninguna Alteraciones visuales* Alteraciones auditivas* Extremidades* (ictus, etc.)
Estado mental	Orientado Confuso*
Marcha	Normal Segura con ayuda Insegura con/sin ayuda* Imposible

Fuente: Molina E. et al. Incidencia de caídas en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General de Vic (Barcelona). Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2008; 11 (1): 64/69. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1139-13752008000100007&script=sci_arttext (Consultado el 10 de diciembre del 2014).⁵⁵

14) Escala para evaluar el riesgo de úlceras por presión (UPP) Braden Bergstrom.

ESCALA DE BRADEM-BERGSTROM		
PERCEPCIÓN SENSORIAL		PUNTUACIÓN
COMPLETAMENTE LIMITADA	Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, no reacciona ante estímulos dolorosos o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	1
MUY LIMITADA	Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	2
LIGERAMENTE LIMITADA	Reacciona a órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de cambiar de posición o presenta alteración sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	3
SIN LIMITACIONES	Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.	4
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD		PUNTUACIÓN
CONSTANTE-MENTE HÚMEDA	La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira el paciente.	1
A MENUDO HÚMEDA	La piel está a menudo húmeda, pero no siempre. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	2
OCASIONAL-MENTE HÚMEDA	Ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	3
RARAMENTE HÚMEDA	La piel está generalmente seca.	4
ACTIVIDAD		PUNTUACIÓN
ENCAMADO	Paciente constantemente encamado.	1
EN SILLA	Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla.	2
DEAMBULA OCASIONALMENTE	Deambula ocasionalmente con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte del tiempo en cama o silla.	3
DEAMBULA FRECUENTEMENTE	Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas.	4

MOVILIDAD		PUNTUACIÓN
COMPLETAMENTE INMÓVIL	Sin ayuda no puede realizar cambios en la posición del cuerpo o alguna extremidad.	1
MUY LIMITADA	Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos.	2
LIGERAMENTE LIMITADA	Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.	3
SIN LIMITACIONES	Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.	4
NUTRICIÓN		PUNTUACIÓN
MUY POBRE	Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de 1/3 de cualquier alimento. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico. Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos. O ayunas, dieta líquida o sueros más de cinco días.	1
PROBABLEMENTE INADECUADA	Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos al día. Ocasionalmente toma algún suplemento dietético o recibe menos que la cantidad óptima de dieta líquida o por SNG.	2
ADECUADA	Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas. Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece. O recibe nutrición enteral o parenteral.	3
EXCELENTE	Ingiere la mayor parte de la comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.	4
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES		PUNTUACIÓN
PROBLEMA	Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de reposicionamientos con ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	1
PROBLEMA POTENCIAL	Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	2
NO EXISTE PROBLEMA APARENTE	Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	3

Fuente: Aguirre RM. et al. Protocolo de prevención y cuidados de las UPP. Protocolo en internet. 2008; p. 9-74. <http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/DUE/Protocolos/Tecnicas/PREVENCI%C3%93NCUIDA DOSUPP.pdf> (Consultado el 25 de febrero del 2015).⁴¹

15) Escala Humpty Dumpty para valoración de riesgo de caída.

Escala de caídas Humpty Dumpty.		
Edad.	Menor de 3 años y mayor de 60 años.	4
	De 3 a 7 años.	3
	De 8 a 13 años.	2
	Más de 13 años a 59 años.	1
Género.	Hombre.	2
	Mujer.	1
Diagnostico	Problemas neurológicos.	4
	Alteraciones de oxigenación.	3
	Trastornos psíquicos o de conducta.	2
	Otros diagnósticos.	1
Deterioro cognitivo.	No conoce sus limitaciones.	3
	Se olvida de sus limitaciones.	2
	Orientado en sus propias capacidades.	1
Factores ambientales.	Historia de caídas previas.	4
	Utiliza dispositivos de ayuda a la movilización.	3
	Paciente en la cama.	2
	Paciente ambulatorio.	1
Cirugía, sedación, anestesia.	Dentro de las 24 horas.	3
	Dentro de las 48 horas.	2
	Más de 48 horas/Ninguna.	1
Medicamentos	Uso de más de 2 medicamentos: sedantes, hipnóticos, diuréticos, etc.	3
	Uso de un medicamento.	2
	Ninguno.	1
Bajo riesgo:	1 a 6 puntos.	
Moderado riesgo:	7 a 11 puntos.	
Alto riesgo:	Mayor a 12 puntos.	

Fuente: Información retomada del Formato de registros clínicos de enfermería. Post-operatorio. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

16) Test de recuperación postanestésica de Aldrete.

Tabla II. Escala de Aldrete (modificada)

<i>Puntos</i>	
<i>Actividad</i>	
Mueve las 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	2
Mueve dos extremidades voluntariamente o ante órdenes	1
Incapaz de mover extremidades	0
<i>Respiración</i>	
Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2
Disnea o limitación de la respiración	1
Apnea	0
<i>Circulación</i>	
Diferencia de TA menor o igual 20% del nivel pre sedación	2
Diferencia de TA 20-50% del nivel pre sedación	1
Diferencia de TA superior a 50% del nivel pre sedación	0
<i>Conciencia</i>	
Completamente despierto	2
Responde a llamada	1
No responde	0
<i>Saturación O₂</i>	
Superior a 92% con aire ambiente	2
Necesita O ₂ para mantener Sat > 90%	1
Menor de 90% con O ₂	0

Fuente: García C. et al. Sedación con propofol controlada por endoscopista durante la realización de gastrostomía percutánea. REV ESP ENFERM DIG. 2010; 102(4): 249-256. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082010000400005&script=sci_arttext (Consultado el 18 de diciembre del 2014).⁵⁶

17) Tríptico “Cuidados posteriores a cirugía funduplicatura de Nissen”.

**Cuidados de las
heridas.**

Ya que tu cirugía se realizó mediante una técnica que causa poco daño (laparoscópico), los cuidados que debes tener solo son de higiene y cuidar que la sutura no se rompa o se infecte la herida.

Debes realizar baño diario con jabón neutro, realizar limpieza de heridas, secar adecuadamente con cuidado y no cubrir con algodón, o gasas.

Vigilar si existe salida de líquido anormal (amarillo, que huele mal) a través de las heridas, vigilar si existe enrojecimiento o temperatura anormal en tus heridas; si es así acude con tu médico para que te valore.

**TUS HERIDAS NO DEBEN
PRESENTAR:**

- Dolor exagerado, no soportable.
- Enrojecimiento que no disminuye.
- Inflamación exagerada.
- Demasiado caliente.



Los enfermeros somos los profesionales que nos encargamos de ayudarte a cuidar de tu salud; pero de tu salud el primero que se encargar debes ser TÚ!!!

Si tiene alguna duda, puedes contactar al P.S.S. en:

Celular: 55-XX-25-XX-95
Teléfono: 57-XX-41-XX
Correo: drXg_dXalEr_9@hotmail.com



**Hernia
hiatal**

**Enfermedad por
reflujo gastroesofágico
(ERGE).**

Esofagitis.

**Cuidados posteriores a
cirugía funduplicatura
de Nissen.**



P.S.S. Aburto Ruiz Jorge Alberto.



Tipos de hernia hiatal.

¿Qué es la hernia hiatal?

Es el paso de parte del estómago que se encuentra normalmente en el abdomen, hacia el tórax, el estómago pasa por el hiato esofágico, el cual es un orificio que une al tórax con el abdomen, y altera la función normal del esófago.

¿Complicaciones de la hernia hiatal?

ERGE que es cuando las sustancias que están en el estómago regresan al esófago por que la hernia facilita este paso, causando muchas molestias, como ardor, sensación de vacío, dificultad para respirar.

Esofagitis que es la lesión de la capa que cubre el esófago, irritándolo y causando síntomas aun mas fuertes de ardor, vacío, dificultad para respirar, debido a la ERGE.

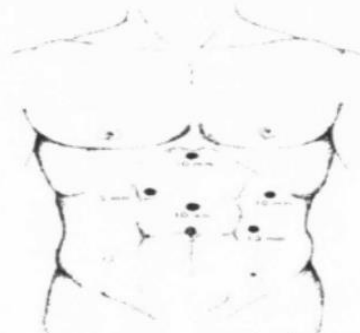


¿Qué es y para que sirve la Funduplicatura de Nissen?

En esta cirugía la parte superior del estómago (llamado fondo) rodea el esófago inferior para que actúe como esfínter, esto evita que los contenidos del estómago pasen hacia el esófago, evitando así las molestias que presentabas.

¿Qué se siente después de la cirugía?

Durante las primeras 6 a 8 semanas se le llama «periodo de rehabilitación esofágica», en el cual puede sentir síntomas similares a los que sentía antes de la cirugía; dificultad para deglutir, dolor entre el tórax y abdomen después de comer y dificultad para eructar.



HERIDAS POR CIRUGÍA.

¿Cuáles son los cuidados?

Cambio en el estilo de vida.

No realizar actividades que agraven los síntomas molestos que tenias antes de la cirugía; dormir con la cabeza en alto, no beber alcohol, no fumar, mejorar la alimentación y seguir el régimen terapéutico.

Cambio en la nutrición.

Evitar comidas copiosas, grasas, evitar tomar café, refrescos, alcohol y cualquier alimento que produzca acidez y/o algún síntoma que se presentaba anterior a la cirugía, realizar dieta de acuerdo a dieta realizada por el servicio de nutrición.

Tratamiento con medicamentos.

Tomar los medicamentos indicados por el medico, de acuerdo a su prescripción, sin dejarlos de tomar sin antes indicárselo.

No auto medicarse, no utilizar remedios caseros, y/o alguna acción que comprometa su salud y/o el resultado de la cirugía.

CUIDA TU SALUD
Vive más, vive mejor

18) Programación para visita domiciliaria.

Programación.		
Hora.	Actividad o procedimiento.	Tiempo ocupado.
10:00hrs.	Salida de casa; transportarse al domicilio del paciente.	40 minutos.
10:40hrs.	Llegada al domicilio del paciente, presentación con familia.	20 minutos.
11:00hrs.	Anamnesis, valoración (requisitos universales), exploración física.	50 minutos.
11:50hrs.	Evidenciar la evolución del paciente; platica acerca de estilo de vida, prevención de complicaciones signos y síntomas.	60 minutos.
12:50hrs.	Retroalimentación de la información brindada, aclaración de dudas e inquietudes.	30 minutos.
13:20hrs.	Salida del domicilio del paciente, regreso a casa.	40 minutos.

Cuadro propio, realizado para planear las actividades y tiempo ocupado dentro de la visita domiciliaria.

19)Material y equipo para actividades realizadas en visita domiciliaria.

Actividad o procedimiento.	Material y equipo.	Metodología de uso.
Transportarse a domicilio del paciente.	<p>Celular.</p> <p>Dinero (\$200).</p> <p>Transporte.</p>	<p>Celular para comunicarse con el paciente para informar de la hora aproximada de llegada.</p> <p>Dinero para utilizarlo en pagar el transporte, alimentos o material que haga falta durante la visita.</p> <p>Transporte para trasladarse desde la casa al hogar del paciente.</p>
Llegada al domicilio del paciente, presentación con familia.	Identificación del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	Identificación para acreditarse como pasante en enfermería del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.
Anamnesis, valoración (requisitos universales), exploración física.	<p>Instrumentó de valoración.</p> <p>Estetoscopio.</p> <p>Esfingomanometro.</p> <p>Termómetro.</p> <p>Reloj.</p> <p>Lámpara de valoración.</p> <p>Abatelenguas.</p>	<p>Instrumentó para ayudar a plasmar las características del paciente.</p> <p>Estetoscopio para auscultar campos pulmonares, focos cardiacos, peristaltismo.</p> <p>Esfingomanometro para valorar la tensión arterial.</p> <p>Termómetro para valorar la temperatura corporal del paciente.</p> <p>Reloj como ayuda para valorar la frecuencia cardiaca y respiratoria.</p> <p>Lámpara para valorar respuesta pupilar, así como valoración de cavidad orofaringea.</p> <p>Abatelenguas para ayudar a la valoración de cavidad orofaringea.</p>

	Guantes.	Guantes para protección personal y del paciente durante la valoración.
Evidenciar la evolución del paciente; platica acerca de estilo de vida, signos y síntomas de complicaciones y como prevenirlas.	Instrumento de valoración. Tríptico “Cuidados posteriores a cirugía funduplicatura de Nissen”.	Instrumentó para ayudar a plasmar las características del paciente y con ello explicar los avances en su estado de salud. Tríptico para exponer que es la patología que presentaba, como se resolvió, que cuidados se deben tener posterior a la cirugía, y como es que se han cumplido.
Retroalimentación de la información brindada, aclaración de dudas e inquietudes.	Hojas y bolígrafo.	Hojas y bolígrafo para que el paciente pueda plasmar sus ideas, como conceptualizo la información brindada y que plasme sus dudas e inquietudes para resolverlas.
Salida del domicilio del paciente, regreso a casa.	Dinero (\$200). Transporte.	Dinero para utilizarlo en pagar el transporte. Transporte para trasladarse de regreso a casa.

Cuadro propio, para identificar la actividad, material y equipo a utilizar, y metodología de las actividades durante la visita domiciliaria.

20) Carta de consentimiento informado de visita domiciliaria.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VISITA
DOMICILIARIA INTEGRAL.**



Esta carta de consentimiento informado fue realizada por el Pasante de la Licenciatura en Enfermería Aburto Ruiz Jorge Alberto, dirigido al Sr. L. T. J. y familia; quien fue atendido en el Hospital General de México O.D. "Dr. Eduardo Liceaga" a cargo de la unidad de Gastroenterología, hospitalizado en el servicio de Cirugía General 305.

El propósito de esta Visita domiciliaria integral es darle continuidad al plan de cuidados y evaluar el plan de alta que se le otorgo al Sr. L. T. J. el día que egreso de su estancia hospitalaria, también se pretende proporcionar información a él y familia en cuanto a alimentación, estilo de vida, prevención de complicaciones, signos y síntomas que pudieran dar manifestación de una posible complicación.

Para la realización de esta visita domiciliaria integral se informó al Sr. L. T. J. y sus cuidadores primarios en qué consiste esta visita. La participación del paciente y su familia es totalmente voluntaria. Tanto si elige o no colaborar, el Sr. Luna Trejo seguirá el tratamiento respectivo en el Hospital General de México o la institución de salud que a él más le convenga.

En cuanto a los riesgos, el paciente no corre ningún peligro debido a que no se harán procedimientos invasivos en la visita domiciliaria.

Los beneficios que tendrá el paciente serán, plenamente, para mejorar su salud; estos serán diversos por la información que recibirá en cuanto a hábitos alimenticios, estilo de vida, prevención de complicaciones, signos y síntomas que manifiesten complicaciones.

Los beneficios que tendrá el Pasante de servicio social Aburto Ruiz Jorge Alberto, serán únicamente para la presentación de Proceso Atención de Enfermería y lograr, así mismo, la obtención del título profesional, logrando el grado de Licenciado en Enfermería.

Este proceso que conlleva la visita domiciliaria ha sido revisado y aprobado por autoridades encargadas de coordinar el seminario de Titulación Mtra. Olivia Salas Martínez, Mtra. Sonia Martínez López y Mtra. Leticia Hernández Delgado. Si se llegase a tener alguna pregunta o duda acerca de este trabajo podrá ponerse en contacto con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México comunicándose al teléfono 56 55 23 32 ext. 235 con la Coordinadora de servicio social Lic. Reyna Hurtado Ponce, dicha institución se ubica en Calzada México Xochimilco S/N Col. San Lorenzo Huipulco C.P. 14370 Tlalpan, México D.F.

He sido invitado e informado para participar en el seguimiento de un plan de cuidados conforme a mi padecimiento y necesidades alteradas, efectuado por el pasante de servicio social, Aburto Ruiz Jorge Alberto en mi domicilio. Entiendo que recibiré información acerca de mi padecimiento atendido en el Hospital General de México, así como elementos que servirán para dar seguimiento a mi evolución. He sido informado que los riesgos son mínimos y el único beneficio será en pro de mi salud.

Con respecto al pasante Aburto Ruiz Jorge Alberto no se verá favorecido con ningún beneficio económico, el único y mayor beneficio que este recibirá será solo académico, para que logre su grado de Licenciado en Enfermería. Se me han proporcionado los nombres de los coordinadores, la dirección y teléfono de tan prestigiada institución para cualquier aclaración o duda.

Paciente:

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en este seguimiento domiciliar y como principal participante, no obstante entiendo que tengo el derecho de retirarme de él en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Paciente (iniciales del nombre): _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: 28-02-2015

Testigo:

He sido testigo y he leído con exactitud el documento de consentimiento informado. Confirmando que L. T. J. ha dado consentimiento libremente, manifestando nuevamente nuestro interés por que no aparezcan tanto nombres como firmas en el presente documento, y aun así participar en la visita domiciliar planeada para la atención de mi familiar.

Nombre del testigo (iniciales del nombre): _____

Firma del testigo _____

Fecha: 28-02-2015

Responsable:

Nombre del responsable de la visita a domicilio:

Pasante de servicio social de la licenciatura de enfermería: _____

Firma del responsable de la visita a domicilio: _____

Fecha: 28-02-2015