

UNIVERSIDAD DE SONORA

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

***"Proceso de atención de enfermería
a usuaria del servicio de cirugía mujeres
del Hospital General del Estado de Sonora
con diagnóstico médico Hernia Hiatal"***

TRABAJO PARA SUSTENTAR

Examen Profesional de Enfermería

Presentan:

***ACOSTA TORRES ROSARIO PAOLA
RUBALCAVA LIMÓN SOFÍA CLAUDIA***

Dirección:

LIC. ENF. MARTHA LETICIA RENDÓN OLGUÍN

HERMOSILLO, SONORA

ABRIL DEL 2000

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

	Pág.
DEDICATORIAS	i
AGRADECIMIENTOS	ii
INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVOS	9
CAPÍTULO I	
MARCO REFERENCIAL	10
1.1 Proceso de Atención de Enfermería	11
1.1.1 Generalidades y antecedentes	
1.1.2 Concepto	
1.1.3 Objetivo principal	
1.1.4 Etapas del PAE	
1.1.5 Requerimientos de la enfermera para la aplicación del PAE	12
1.1.6 Diferencias entre el proceso médico y enfermeril	13
1.1.7 Características del PAE	
1.2 Valoración de Patrones funcionales	14
1.2.1 Concepto	
1.2.2 Objetivos	
1.2.3 Ventajas	
1.2.4 Aspectos importantes	
1.2.5 Patrones funcionales	15
1.2.6 Fases	16
1.2.7 Tipos de datos que se obtienen	17
1.2.8 Método y técnicas	
1.3 Etapas de la vida	
1.3.1 Concepto de crecimiento y desarrollo	
1.3.2 Mención de las etapas por edad	
1.3.3 Enfoque a la etapa del usuario adulto maduro	20
1.4 Jerarquización de Necesidades Humanas. Abraham Maslow	22
1.4.1 Categorías por orden de prioridad	
1.4.2 Definiciones	
1.5 Historia Natural de la Enfermedad (H.N.F.)	23

1.5.4 Período Prepatogénico	24
1.5.4.1 Agente	
1.5.4.2 Hospedero	25
1.5.4.3 Medio Ambiente	
1.5.5 Período Patogénico	
1.5.5.1 Etapas	26
1.5.5.2 Niveles de prevención	27
CAPÍTULO II	
METODOLOGÍA	29
2.1 Sujeto de estudio	30
2.2 Tipo de estudio	
2.3 Lugar	
2.4 Tiempo	
2.5 Material	
2.6 Recursos	31
2.6.1 Humanos	
2.6.2 Financieros	
2.7 Procedimiento	
CAPÍTULO III	
RESULTADOS	33
3.1 Valoración de enfermería	34
3.1.1 Historia de enfermería	
3.1.2 Examen Físico	42
3.1.3 Resultados de estudios	46
3.1.4 Documentación	48
3.2 Diagnósticos de Enfermería	57
3.3 Problemas Interdisciplinarios	59
3.4 Plan de atención de Enfermería	60
CONCLUSIONES	76
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	78
ANEXOS	81
Anexo 1 Guía de valoración de Enfermería según patrones funcionales de Marjory Gordon	82
Anexo 2 Informe de visita domiciliaria y resumen	100
Anexo 3 Historia natural de Hernia Hiatal	103

INTRODUCCION

Como bien se sabe, los cuidados de enfermería que se proporcionaban a los usuarios eran únicamente en base a indicaciones médicas, debido a deficiencias en su proceso patológico.

Actualmente este trabajo de investigación ha sido elaborado por medio de un método sistemático que estudia al individuo como un todo tomando en cuenta sus fortalezas como también sus debilidades, este contempla al usuario con sus problemas complejos y sencillos, dirigiéndolo a conseguir metas bien definidas.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la herramienta primordial que se utiliza actualmente, es por eso que continuamente se ha buscado actualizarse para proporcionar una atención integral y holística al usuario.

El trabajo de investigación realizado es un proceso de atención de enfermería a usuaria con diagnóstico médico de Hernia Hiatal, para poder realizarlo se utilizaron los patrones funcionales de Marjory Gordon, Jerarquía de necesidades de Abraham Maslow, así como las etapas de la vida y la historia natural de la enfermedad (HNE) para conocer el curso de la misma y su posible desenlace.

Este trabajo se ha ordenado en tres capítulos; primero marco referencial, que contiene concepto, etapas de la historia y avances hasta la actualidad tanto del PAE como de la HNE, así como los patrones funcionales de Gordon, la jerarquía de necesidades de Maslow y etapas evolutivas de la vida, para así comprender detalladamente al usuario, familia y comunidad en su ambiente.

El segundo capítulo es la metodología que contiene la información del sujeto de estudio, tipo de estudio, lugar, tiempo, material, recursos y el procedimiento.

En el capítulo tres se incluyó la valoración de enfermería que a su vez contiene: historia de enfermería, examen físico, resultados de estudio y documentación.

En resumen este trabajo de investigación es producto de la aplicación de los conocimientos adquiridos con base al método científico, impartido en la escuela de enfermería de la Universidad de Sonora y como tal es fruto de las investigaciones realizadas que contribuyen a la evolución de la enfermería como profesión, al mismo nivel de la medicina.



Biblioteca Central Universitaria

OBJETIVOS

- ✓ Aumentar los conocimientos teórico-práctico sobre el proceso de atención de enfermería y de la historia natural de Hernia Hiatal por medio de la investigación bibliográfica, con el fin de planear y ejecutar cuidados de enfermería con calidad a usuarios con este tipo de padecimiento.
- ✓ Dominar el proceso de atención de enfermería para fundamentar éxito del examen profesional y recibir satisfactoriamente el título:
- ✓ Dar a conocer medidas que disminuyan la posibilidad de que la enfermedad se presente, a través del conocimiento de la prevención y de la identificación de personas de alto riesgo.

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

1.1.1 Generalidades e historia

El término PAE data desde 1955 (Lidia Hall). Anteriormente los cuidados de enfermería se basaban en las órdenes médicas y se enfocaban hacia el proceso patológico, ejecutaban cuidados independientes pero guiados por la intuición, empíricamente y no por un método científico.

Desde la utilización y creación del PAE varias enfermeras han tratado siempre de sistematizar la atención al usuario, individuo, familia y comunidad, fundamentada en la lógica del método científico.

1.1.2 Concepto

Método sistemático y racional de planificar y ofrecer cuidados de enfermería. (Rendón O. 1997. Notas didácticas...mimeo)

Método sistemático y racional de planificar y brindar cuidados de enfermería cuyo objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del usuario para establecer planes sobre las necesidades identificadas y actuaciones específicas (Alfaro 1994).

1.1.3 Objetivo principal

Su meta es identificar el estado de salud de un usuario y los problemas de salud reales o potenciales, establecer planes para cubrir las necesidades identificadas, y ofrecer actuaciones específicas de enfermería para cubrir dichas necesidades de un individuo, familia o comunidad.

1.1.4 Componentes del PAE

El PAE consta de cuatro o cinco componentes o fases. El de cuatro fases consiste en valorar, planificar, ejecutar y evaluar, en este sistema el diagnóstico está incluido en la fase de valoración.

El proceso de cinco fases consiste en valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar, algunos autores creen que este último da mayor importancia al diagnóstico.

Tanto el proceso de cuatro como el de cinco fases proporcionan una estructura adecuada y organizativa para alcanzar los objetivos del proceso.

Valorar: Consiste en recoger información sobre el sistema usuario-familia o comunidad, y juzgar la validez de los datos recogidos.

Diagnosticar: análisis e interpretación minuciosa de los datos, cuando se hacen juicios, la enfermera es la responsable de considerar un amplio espectro de contextos socioculturales del cliente.

Planificar: Desarrollo de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.

Ejecutar: Iniciación y realización de las actuaciones necesarias para alcanzar los objetivos definidos en la planeación.

Evaluación: Iniciación y realización de las actuaciones necesarias para alcanzar los objetivos definidos en la planeación. La enfermera es responsable del éxito o fracaso de la acción de enfermería.

1.1.5 Requerimientos de la enfermera para la aplicación del PAE

Las cualidades interpersonales que la enfermera debe tener como requisito para desarrollar el PAE y ejercer su profesión exitosamente son entre otras: la comunicación, la capacidad de escuchar, transmitir interés, compasión, conocimientos e información, generar confianza y obtener datos de una forma que favorezca la individualidad del usuario, promueva la integridad de la familia y contribuya a la viabilidad de la comunidad. Las cualidades técnicas se manifiestan en el uso del equipo y la ejecución de las actividades de enfermería.

por una enfermera incluyen la solución de problemas, el pensamiento crítico, y hacer juicios de enfermería.

1.1.6 Diferencias entre el proceso médico y enfermeril

El PAE es paralelo pero distinto del proceso médico. El enfoque del proceso médico consiste en examinar, diagnosticar, planificar, tratar o curar los procesos de enfermedad, y evaluar la eficacia del tratamiento. El enfoque del PAE consiste en recoger datos, diagnosticar (analizar), planificar, ejecutar y evaluar el grado en el que se han cubierto los objetivos del usuario.

Mientras el proceso médico se centra en el desarrollo de la enfermedad, el proceso de enfermería se dirige a la respuesta del usuario a la enfermedad. El PAE es aplicable universalmente, puede utilizarse con individuos de todas edades, grupos y comunidades.

1.1.7 Características del PAE

- ◆ El sistema es abierto, flexible y dinámico.
- ◆ Individualiza el abordaje a las necesidades particulares de cada cliente.
- ◆ Está planeado.
- ◆ Está dirigido a los objetivos.
- ◆ Es flexible.
- ◆ Permite la creatividad para idear formas de resolver el problema de salud.
- ◆ Es interpersonal.
- ◆ Cíclico: no hay principio ni fin absoluto.
- ◆ Recalca la retroacción que conduce a la revaloración del problema o revisión del plan de cuidados.
- ◆ Es aplicable universalmente.

LA VALORACIÓN DE PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1.2.1 Concepto

Proceso continuo, intencionado y sistemático basado en la planeación para recoger y organizar la información del estado de salud del individuo, familia y la comunidad, y consiste en recopilar, verificar y analizar los datos del nivel de salud del usuario.

1.2.2 Objetivos

- ◆ Conocer las respuestas humanas ante los problemas, necesidades o situaciones actuales y potenciales.
- ◆ Establecer acciones individuales que disminuyan, corrijan o prevengan aquellas que son disfuncionales.
- ◆ Pretender ser un marco para la valoración integral (Biopsicosocial, espiritual).

1.2.3 Ventajas

- A) Proporcionar un formato de valoración para una base de datos básica.
- B) Conduce directamente el diagnóstico enfermero.
- C) Consigue una aproximación holística a la valoración integral del ser humano.

1.2.4 Aspectos importantes

Edad-desarrollo: Los patrones son producto de factores de desarrollo intrínsecos y extrínsecos.

Cultura: Es una influencia muy importante en el desarrollo de los patrones ya que comprende: costumbres, creencias, ocupaciones, valores, religión, lenguaje, normas sociales, actitudes ante la enfermedad y salud.

Familia: Proporciona protección, seguridad, recreación y trasmite creencias, modelo, conductas y valores.

1.2.5 Patrones funcionales

1. Patrón de percepción control de la salud: En este patrón se abarca el parecer del usuario de su forma de sentirse y costumbres higiénicas, alimenticias, adicciones, etc. así como de sus condiciones de la vivienda, su entorno en el que comúnmente desarrolla su rol de vida.
2. Patrón nutricional metabólico: En el se encuentran incluidos los elementos para poder conocer los hábitos alimenticios mas específicamente, así como de su estado nutricional y vías alternativas de alimentación si existen.
3. Patrón de eliminación: Es muy útil por medio de este patrón conocer los hábitos de evacuación intestinal y urinario, lo cual refleja las características según la idiosincrasia de cada quien.
4. Patrón de actividad y ejercicio: En el se ve reflejado y se busca el funcionamiento de la actividad física del usuario así como su reflejo a nivel orgánico. Se conocerá su actividad motora.
5. Patrón de sueño descanso: Con la guía de este patrón se consigue conocer la manera en que cada individuo y específicamente el del objeto de estudio como descansa y si este hábito de reposo es efectivo o inefectivo.
6. Cognitivo perceptivo: Aquí se conocerá el estado neurológico y la actividad sensoria que guía al usuario en su actividad perceptiva del medio ambiente.
7. Patrón de autopercepción y concepto de si mismo: Se valora por medio de este patrón su estado emocional, manera en que se define así mismo, así como de conocer que le ayudaría a sentirse mejor.

identificación del papel que desempeña en su entorno social y familiar.

9. Patrón de sexualidad-reproducción: conocemos por medio del mismo sus actividades en ese campo, así como la detección de alteraciones que conlleven a una alteración en este campo altamente importante.
10. Afrontamiento y tolerancia al estrés: Aquí estudiamos e investigamos la manera en que afronta situaciones tensas que tienen mucha repercusión en su estado general de salud.
11. Patrón de valores y creencias: Por medio de este patrón valoramos la guía espiritual que practica, así como las reglas y normas morales que lleva en práctica para su vida diaria.

1.2.6 Fases

Recogida de datos: De diversas fuentes y a través de varios métodos y técnicas.

Validación: Comparar y comprobar los datos objetivos y subjetivos.

Organización: Agrupar los datos de acuerdo al modelo enfermeril.

Identificación de patrones: De los funcionales (fortalezas) y disfuncionales, y etiquetarlos con diagnósticos de enfermería o problemas interdisciplinarios.

Documentación/Comunicación: Lo grave de inmediato, anotar lo con tinta en formato, anotar lo textual entrecomillado y como también lo observado y medido.

1.2.7 Tipos de datos que se obtienen

Subjetivos: Percepción del usuario.

Objetivos: Cuantificables.

Antecedentes: Enfermedades anteriores, así como antecedentes patológicos y no patológicos.

Actuales: Datos objetivos y subjetivos.

1.2.8 Métodos y técnicas

Entrevista: Para obtención de datos subjetivos y consta de 3 secciones iniciación, cuerpo y cierre.

Observación: Utilización de todos los sentidos para captar la información.

Examen físico: Se efectúa utilizando los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación y se detectan las respuestas de los procesos vitales y se confirman los datos subjetivos.

1.3 ETAPAS DE LA VIDA

1.3.1 Concepto de crecimiento y desarrollo.

Para Fokner citado por Medellín 1995, "El crecimiento y desarrollo son palabras gemelas y los conceptos que implican cada uno de ellos están mezclados; ambos evolucionan paralelamente hacia un mismo fin: la maduración del organismo".

1.3.2 Mención de las etapas por edades.

PERIODO PRENATAL:

Se efectúa en promedio de 280 días de gestación, es decir, 40 semanas (9 meses). Este período es la base de todo el desarrollo posterior del individuo y lo conforman etapas o fases del desarrollo, que son:

- ◆ Fase ovular o germinal: dura dos semanas, después de la concepción; es el

implantan en la pared del útero. En esta fase se forman las tres capas germinativas: Endodermo, ectodermo, que posteriormente darán origen a todos los órganos del cuerpo.

- ◆ Fase embrionaria: Comprende de la semana dos a la octava de gestación; en esta fase tienen lugar la diferenciación de los sistemas y órganos principales.
- ◆ Fase fetal: Va de la semana nueve de gestación hasta el momento del nacimiento, en esta etapa se desarrollan los sistemas menores y ocurre el crecimiento físico general.

NACIMIENTO:

Es el acontecimiento intermedio entre los periodos prenatales y posnatales. El ser humano llega al mundo bien dotado para sobrevivir en un ambiente protegido; Esta etapa se caracteriza por que el recién nacido tienen conducta refleja (involuntaria).

PERIODO POSNATAL:

Es el período inmediato después del nacimiento. También en este período hay varias etapas:

- ◆ Recién nacido: Comprende desde el nacimiento hasta la semana cuarta y se subdivide en:
 - Neonato temprano: La primera semana de vida cuando se realizan los principales ajustes para la adaptación de la vida extrauterina. Este período es de gran riesgo.
 - Neonato tardío: Abarca desde la segunda semana hasta la cuarta.

LACTANTE MENOR:

Comprende de uno a 12 meses; en este período la actividad principal de los niños es coordinar sus habilidades sensitivas y motoras en su desarrollo.

Incluye de uno a dos años; en este intervalo se efectúan muchos de los mayores cambios en la vida de los niños; marca la transición del(la) niño(a) dependiente al niño(a) independiente, quien logra mayor motilidad, y ninguna otra actividad que realiza tienen un efecto tan grande sobre su vida como ésta.

ETAPA PREESCOLAR:

Abarca de los tres a los seis años; en esta edad ocurren grandes cambios: el(la) niño(a) pasa de la comprensión prelógica a la lógica. El paso del(la) niño(a) egocéntrico(a) al práctico(a) según Piaget; también el lenguaje se desarrolla con mayor rapidez.

ETAPA ESCOLAR:

Comprende desde los seis a los 12 años; el desarrollo del pensamiento lógico y la sociabilidad son más acelerados en esta etapa; el niño se adapta a las situaciones competitivas de la escuela, a las reciprocas impuestas por los compañeros(as) de su edad y a sus necesidades personales y morales.

ETAPA DE ADOLESCENTE:

Abarca desde los 12 a los 20 años; esta etapa inicia con la pubertad; en la mujer es aspecto más sobresaliente es la menarca, que se establece en una edad promedio de 11 a 13 años; y el hombre su primera eyaculación que se produce en una edad promedio de 15 años, cuando el sistema reproductivo y endocrino alcanza su máximo impulso.

ETAPAS DEL ADULTO:

- ◆ Adulto joven: Corresponde al período que va desde los 20 años hasta los 40 años, en el cual el individuo busca su pareja y organiza su vida sentimental, material e intelectual.

la mujer han obtenido sus propios logros y se preocupan por el porvenir de su familia, más que de sí mismo. También se preparan para los cambios tanto físicos, sentimentales y de salud; ya que en esta etapa sobrevienen la menopausia, andropausia, la jubilación y la separación de los hijos.

ETAPA DE EDAD AVANZADA (ANCIANIDAD) O ADULTO MAYOR:

Comprende desde los 60 años en adelante; esta etapa se caracteriza por el declinamiento rápido y progresivo de todas las funciones vitales del individuo.

1.3.3 Enfoque a la etapa del usuario seleccionado (Adulto maduro).

Los individuos llegan a la etapa de la edad adulta a los 20 años, cuando han pasado la etapa de la adolescencia; la edad adulta madura termina aproximadamente a los 60 o 65 años, cuando comienza a declinar las facultades físicas y se inicia la etapa mayor.

CONCEPTO: Se llama edad adulta en la etapa en la cual los individuos han completado su crecimiento físico, desenvolvimiento social y emocional, en grado mayor de desarrollo de autorrealización, de confianza en sí mismos y su capacidad de tomar decisiones; gozando de más independencia, intimidad consigo mismo y con otras personas; a lo largo de la vida se operan cambios frecuentes en el ser humano a nivel del sistema nervioso central y de todo el organismo. En cuanto a crecimiento físico los huesos, masa muscular, etc., han madurado en todos los sentidos; el individuo también habrá ganado la talla y el peso que mantendrá durante gran parte de su vida.

En el cerebro hay cambios, su peso empieza a disminuir a medida que aumentan los años, también hay cambios en las habilidades sensoriales, la visión, audición, vigor físico, reflejos, sentido del equilibrio y rendimiento en el trabajo. En la edad adulta como en cualquiera de las etapas anteriores, el individuo tiene necesidades básicas que hay que satisfacer; entre ellas están:

Nutrición: El adulto maduro necesita una dieta balanceada, baja en grasas, condimentos y harinas.

Educación: Este suele ser un período largo de preparación profesional o de capacidad para el trabajo.

Trabajo: El adulto necesita trabajar y adaptarse a las responsabilidades que esta demanda.

Recreación: Esto desempeña un papel importante en todas las etapas de la vida; tanto la nutrición y recreación continua mantendrán un espíritu juvenil.

Estímulo: Necesidad importante en todo ser humano y en cualquier etapa; el elogio sincero y merecido proporciona al individuo confianza en si mismo y el deseo de constante superación.

Seguridad y sentimiento de pertenencia: El afecto, amor, cariño sincero y confianza; que se reciba desde niños tiene un papel importante, así como un ambiente amigable, dar y recibir respeto entre los miembros de la familia, todo esto contribuye a formar un sentimiento de seguridad.

Independencia: Necesidad por la cual el adulto va ha realizar actividades que le permitan el desarrollo de su personalidad, a la vez criando con su familia y medio ambiente lazos de unidad.

Sueño y reposo: El adulto necesita dormir de 8 a 10 horas diarias. El suelo debe ser tranquilo, calmado, para proporcionar al individuo descanso físico y mental.

1.4.1 JERARQUÍA DE NECESIDADES HUMANAS (ABRAHAM MASLOW)

1.4.1 Categorías por orden de prioridad

En la jerarquía de Maslow se considera que el individuo se esfuerza constantemente por satisfacer sus necesidades básicas, a medida que lo logra, surgen otras más elevadas, que se tornan más intensas. Alguien que al parecer ha satisfecho todas, busca aún algunas más. Este concepto implica la idea de crecimiento y desarrollo continuo del individuo, que se inicia al momento de nacer y prosigue hasta la muerte. (Dugas, 1986).

Necesidades según orden de importancia:

Necesidades fisiológicas: Aire, agua, alimento, eliminación, temperatura, reposo, evitación del dolor, sexo, actividad, exploración, novedad.

Necesidades de seguridad y protección: protección, ausencia de peligro.

Necesidades de amor y pertenencia: Amor, pertenencia, acercamiento (conducta gregaria) afiliación, pertenecer a algo.

Estimación, autoestimación: Logro, competencia, aprobación, reconocimiento.

Necesidad de realización personal: Autorrealización y realización de las potencialidades de las personas (personales).

1.4.2 Definiciones

Las necesidades fisiológicas están en la parte más baja de la jerarquía, constituyen las necesidades más primitivas, pues tienen por objeto remediar las más apremiantes y burdas deficiencias cuya satisfacción representa el mero sobrevivir.

Las necesidades de seguridad son un poco menos primitivas, es la necesidad de sentirse protegido, seguro y fuera de peligro.

Las de amor y pertenencia, se refiere a que las personas buscan amor y ser amadas, buscan con ahínco una posición elevada, desean que su comunidad los aprecie, desean sentir respeto por si mismas.

En la autoestima se refiere al amor propio que se tenga después de obtener logros, aprobación y ser capaz de competir por el hecho de sentir seguridad de llegar a una meta y lograr el reconocimiento.

Por último la persona busca la autorrealización, lucha por realizar sus potencialidades y sus ideales, Maslow pensaba que las necesidades de autorrealización enriquecen y no solo preservan la vida esta predominaba en las personas con mentalidad sana mientras que las necesidades de los otros cuatro sistemas prevalecían en las personalidades enfermas (Davidoff, 1979)

1.5 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

1.5.1 Objetivos

- ◆ Manejar la acción reciproca del hospedero, agente y medio ambiente para conocer y anticipar sus riesgos y así facilitar las medidas preventivas.
- ◆ Establecer en que etapas de la enfermedad ocurren cada una de las alteraciones.
- ◆ Ejercer una enfermería que permita desarrollar conductas mas preventivas.
- ◆ Participar en tratamientos oportunos para mejorar la salud, curar o rehabilitar al individuo.

Antecedentes del modelo de la historia natural de la enfermedad

El concepto historia natural de la enfermedad fue introducido por Sir Mac Farlane Bumet en 1940, aplicándolo exclusivamente a las enfermedades. El conocimiento preciso de la historia natural de cada enfermedad ha optimizado los resultados de la aplicación de grandes descubrimientos, como las vacunas, antibióticos y los insecticidas.

Leavell y Clarae derivaron su aplicación a cualquier tipo de enfermedad se adaptó todo un sistema de prevención que permite prevenir en cualquier etapa de evolución de la enfermedad en que se encuentre el usuario.

1.5.3 Concepto

Es la manera propia que tiene de evolucionar toda enfermedad cuando se abandona a su propio curso. Entendida esta como la relación ordenada de acontecimientos derivados de la interrelación del ser humano con su ambiente que lo llevará del estado de salud al de enfermedad, la cual se resuelve por regresar a la salud, cronicidad, secuelas invalidantes o muerte. Para su estudio se pueden diferenciar dos momentos o periodos a saber: a) Periodo prepatogénico; b) período patogénico.

1.5.4 Período Prepatogénico

Es la primera fase en la que se describe la interacción de los tres factores denominados triada ecológica agente, hospedero, ambiente que mediante un estímulo adecuado propician la aparición de la enfermedad.

1.5.4.1 Agente causal

Elemento, sustancia o fuerza animado o inanimada, cuya presencia o ausencia seguida del contacto efectivo con el hospedero susceptible y en condiciones ambientales propicias puede servir como estímulo para iniciar el proceso de enfermedad.

Se clasifican en: Biológicos, físicos, químicos, mecánicos, psicológicos, cuyas variables desde el punto de vista epidemiológico son su infectividad, patogenicidad, virulencia, mutación, poder antigénico. Sus características son: Físicas y biológicas, siendo las primeras su forma, tamaño, movilidad, coloración y temperatura y las segundas se refieren a su metabolismo, reproducción, alimentación, ciclo de vida, necesidades de oxígeno, temperatura, viabilidad y resistencia.

1.5.4.2 Hospedero

Persona o animal vivo que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente causal de enfermedad. Cuyas variables son la susceptibilidad, resistencia. Sus características son la edad, sexo, ocupación, estado nutricional, estructura genética, hábitos y costumbres, desarrollo de la personalidad, grupo étnico, estado civil, condición socioeconómica.

1.5.4.3 Medio ambiente

Es el conjunto de condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo, sus variaciones se agrupan en la siguiente forma:

- ◆ Factores físicos: Clima, topografía, altitud, terremotos, inundaciones.
- ◆ Factores químicos: Componentes del aire que respiramos.
- ◆ Factores biológicos: Microorganismos, flora, fauna, vectores de enfermedades, reservorios, grupos humanos.
- ◆ Factor socioeconómico: de carácter social, psicológico y económico.
- ◆ Factor cultural: Hábitos y costumbres, modo de vida que adoptan poblaciones.

1.5.5 Periodo Patogénico

Representa la evolución de la enfermedad en el hospedero, constituyendo las etapas evolutivas del curso de la enfermedad.

- ◆ Localización y multiplicación del agente: se inicia una vez que uno o varios estímulos han modificado las relaciones entre el ambiente y el huésped.
- ◆ Alteraciones tisulares: son reacciones del organismo con cambios en los tejidos, alteraciones bioquímicas, fisiológicas, etc. Si la resistencia del individuo no es suficiente o no existe entonces se producirá la enfermedad clínica.
- ◆ Horizonte clínico: Determina el lapso que transcurre entre el momento en que tienen lugar el estímulo o conjunto causal y la primera manifestación de enfermedad, línea imaginaria que separa la etapa clínica de la sub-clínica.
- ◆ Manifestaciones clínicas inespecíficas: Signos y síntomas que por su carácter inespecífico pueden caber dentro de diversos cuadros clínicos.
- ◆ Manifestaciones clínicas específicas: Ahora los signos y síntomas se manifiestan ampliamente hasta llegar a ser característicos de un cuadro.
- ◆ Complicaciones: El huésped puede ser sujeto de afecciones secundarias relacionadas o no con el padecimiento inicial.
- ◆ Resultante: Puede finalizar por acción del tiempo, llevando al individuo a la muerte, estado crónico y presentar daño en forma permanente.
- ◆ Muerte: La última etapa del modelo, se debe a la incapacidad para controlar el desajuste creado por el agente que imposibilita la permanencia de la vida en el individuo.
- ◆ Estado crónico: Persistencia de un estado patológico que puede estabilizarse con tendencia a la degeneración.
- ◆ Defecto o daño: Fenómeno patológico que sobreviene a consecuencia de una enfermedad.
- ◆ Recuperación: Remisión hacia el estado de salud y se puede presentar desde la etapa subclínica, hasta la etapa de complicaciones.

1.3.3.2 Niveles de prevención

Prevención primaria: se agrupa en dos niveles y se aplica antes de que el individuo enferme:

- a) Fomento de la salud
- b) Protección específica

a) Primer nivel de aplicación dirigida a toda la población: aplica medidas generales para mantener o mejorar la salud y bienestar del individuo, familia y comunidad.

- ◆ Educación para la salud higiénica.
- ◆ Nutrición adecuada a las diferentes fases del desarrollo.
- ◆ Atención al desarrollo de la personalidad.
- ◆ Provisión de condiciones adecuadas de vivienda, recreación y ambiente laboral.
- ◆ Educación de la sexualidad.
- ◆ Exámenes periódicos.
- ◆ Consejo genético.

b) Segundo nivel de aplicación dirigida a grupos de riesgo, es donde se colocan barreras para interceptar las causas antes de que lleguen al individuo.

- ◆ Inmunizaciones
- ◆ Higiene personal
- ◆ Saneamiento ambiental
- ◆ Protección contra riesgos ocupacionales
- ◆ Uso de nutrientes específicos
- ◆ Aplicación de flúor
- ◆ Protección contra carcinógenos
- ◆ Desarrollar programas de detección (D.O.D., D.O.C.)

Prevención secundaria: Dirigida a interrumpir el curso de la enfermedad, evitar que avance y continúe deteriorando al individuo.

a) Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

b) Limitación del daño

a) Identifica y trata las enfermedades que no fueron evitadas, implica desarrollo de historia clínica, exploración física, estudios de laboratorio y gabinete y la utilización de tratamientos como: quirúrgico, farmacológico, psicoterapéutico, dietético, fisioterapéutico, etc.

b) En este nivel el diagnóstico se ha hecho tardíamente, se debe procurar limitar el daño que está causando la enfermedad, refiriéndose principalmente a medidas de orden terapéutico: físico, dietético, farmacológico, ortopédico, quirúrgico, psicoterapéutico entre otros.

Prevención terciaria: Aquí es cuando la enfermedad ha evolucionado hasta los últimos estados del periodo patogénico, la única forma de actuar es a través de la rehabilitación.

La rehabilitación es la readquisición mediante tratamientos apropiados de la actividad perdida por diversas causas.

- ◆ Provisión de facilidades hospitalarias y comunitarias para adiestramiento.
- ◆ Educación del público y empresas para la aceptación del rehabilitado.
- ◆ Máximas facilidades de empleo.
- ◆ Terapia ocupacional y recreativa en el hospital y en el hogar.
- ◆ Ubicación selectiva del rehabilitado, tratando de aprovechar sus capacidades remanentes al máximo.

 **Biblioteca Central Universitaria**

CAPITULO II

METODOLOGIA

2.1. SUJETO DE ESTUDIO

M.M.E.B., femenina de 59 años de edad, escolaridad secundaria con comercio, actualmente su vivienda se encuentra en el centro de la ciudad de Hermosillo Sonora.

2.2. TIPO DE ESTUDIO

Documental y de campo (Descriptivo, retroprospectivo y transversal).

2.3. LUGAR

Hospital General Del Estado de Sonora (HGE), servicio de cirugía de mujeres, cama N° 13, Hermosillo Sonora.

2.4. TIEMPO

04 De Enero del 2000 - Marzo del 2000.

2.5. MATERIAL

- Guía de valoración de Enfermería de acuerdo a los patrones Funcionales de salud.
- Guía de examen físico.
- Guía de historia natural de la enfermedad.
- Expediente clínico.

- Kardex.
- Bibliografías.
- Correo electrónico.
- Datos estadísticos (INEGI).
- Datos de laboratorio, estudios de Endoscopia.
- Equipo de signos vitales, reloj, martillo, estuche de diagnóstico, diapason, carta de Snellen, fichas de trabajo y bibliográficas, hojas blancas, cuaderno, lápiz, pluma, borrador, corrector líquido, pegamento, cinta métrica, balanza, computadora e impresora.

2.6. RECURSOS

2.6.1. Humanos

Usuaria M.M.E.B., hijo P.H.E.S., vecina(o)s, enfermeras, médicos responsables de la usuaria, personal de archivo e informática, personal docente responsables del curso de titulación, director Lic. M.L.R.O. y pasantes de Enfermería.

2.6.2. Financieros

Financiado al cien por ciento por las propias investigadoras: R.P.A.T. y S.C.R.L.

2.7. PROCEDIMIENTO

El estudio se llevó a cabo en el hospital general del estado de Sonora en el servicio de cirugía mujeres cama N° 13, mediante observación, interrogatorio, expediente clínico y kardex; se selecciona a usuaria, con diagnóstico médico de Hernia Hiatal.

Ya seleccionada en compañía de su único hijo se le explica el procedimiento y el objetivo de estudio, asegurándole que su identidad se mantendrá en el anonimato cambiando los datos verídicos por ficticios; posteriormente se procede a la recolección de datos a través de la guía de Valoración de enfermería por patrones funcionales de salud, así mismo se utilizó la entrevista, exploración física, signos vitales, antropometría y consulta de expediente clínico, kardex de enfermería, archivo, laboratorio.

En base a los datos obtenidos antes mencionados se analizan para enunciar los diagnósticos de enfermería dando prioridad a los problemas identificados mediante la jerarquía de las necesidades de Abraham Maslow.

Seguidó de los diagnósticos, se lleva a cabo el plan de atención con las intervenciones de enfermería e indicadores para evaluar objetivos de la usuaria, finalmente se evaluó todo el plan.

Se realiza visita domiciliaria en 3 ocasiones para corroborar los datos obtenidos y continuar con la valoración ya que M.M.E.B. egreso del hospital antes de concluir la valoración de enfermería.

Se consultó bibliografía mediante visitas a bibliotecas de UNISON, H.G.E., IMSS, hospital CIMA; gracias a ello se obtuvo conocimiento del padecimiento y este se enriqueció mucho más a través de la realización de la historia natural de Hernia Hiatal.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1. VALORACION DE ENFERMERIA

3.1.1. Historia de Enfermería

a) Datos básicos de ingreso:

M.M.E.B., 04 de enero del 2000, 18:25 hrs.

Persona para contactar: N.G.H., teléfono: 59-03-00, con domicilio en Ave. Noé Revilla # 19 Entre pirámide de la luna y arcoiris fracc. Mirasoles.

Llegó de su hogar por su propio pie acompañada con su hermana, el motivo de solicitud de atención fue "por presentar vómitos con sangre" y su último ingreso al hospital fue el día lunes 04 de octubre de 1999 por diagnóstico médico de sangrado de tubo digestivo alto.

b) Antecedentes

Personales patológicos:

La Sra. M.M.E.B. refiere "tener muchos males físicos" desde hace un año, entre ellos son " que se le baja la presión, se le acelera el corazón, colitis nerviosa, dolor en la boca del estómago y hasta una hernia de disco", dice que su único tratamiento "son medicamentos prescritos por su médico particular".

Personales no patológicos:

Refiere haber nacido en casa, atendida su mamá por una partera; se le aplicó la vacuna de tuberculosis, su grado de escolaridad es secundaria con comercio completa, "siempre me gusto la escuela y leer bastante", aún continua con el hábito de leer.

Heredofamiliares:

Menciona que su mamá murió hace 20 años por una "transfusión sanguínea incompatible, ella sufría mucho de migrañas". Su padre falleció hace 7 años en su

hogar por un infarto agudo al miocardio y su hermana mayor murió a los 7 meses de edad por neumonía.

C) Patrones de salud

I. PATRON DE MANTENIMIENTO Y PERCEPCION DE SALUD:

En su historia de salud dice que " fue media enfermiza " y que en este momento está "regular de salud", puesto que refiere "cansancio" reciente, con accesos súbitos de tos seca y "dolor en la boca del estómago" al hacer el esfuerzo del toser. Esta un poco inquieta y desesperada por saber realmente la "causa de su enfermedad", para así poner todo lo que esta a su alcance y le sea posible para adelantar su recuperación y estar con su hijo.

Su aseo bucodental menciona lavarse los dientes tres veces al día después de cada alimento. Sus hábitos de higiene general refiere bañarse a diario una vez y en verano "hasta dos veces al día", siempre con cambio de ropa. Se lava las manos antes de preparar los alimentos, comer y después de ir al sanitario.

Indica nunca haber consumido tabaco, actualmente no ingiere bebidas alcohólicas. Niega el uso de drogas y/o algunas otras sustancias tóxicas. Es alergia al polvo y su reacción ante el mismo es con tos seca.

Su asistencia al médico lo realiza cada año ya que se hace la prueba del papanicolao, además de su "chequeo general", con el dentista refiere ir "solo cuando lo necesita". Para ella el trabajo del hogar "es realmente una gran realización de ejercicios, porque no para en todo el día", además atiende el abarrotes, el cual se encuentra ahí mismo en su casa.

Dice llevar remedios caseros cuando "se siente mal" siendo estos té de manzanilla solamente, comenta "SI" conocer la causa de su hospitalización, "al

principio no entendía que era hernia, mucho menos "HIATAL"; pero después de la explicación dada por ustedes despeje mis dudas".

La usuaria dice "poner todo de su parte y lo que esta a su alcance" por seguir todas las indicaciones por el equipo de salud, especialmente las recomendaciones médicas y de enfermería, ya que desea "no volver a recaer", a tal grado que la hospitalicen.

Refiere vivir en casa propia, ubicada al centro de la ciudad, de ladrillo, con techo de loseta y piso de mosaico; con 5 habitaciones, 3 recámaras, cocina, sala-comedor y un cuarto aparte para "el abarrotes", con 2 ventanas y una puerta en cada habitación. Dice tener ventilación artificial por medio de abanicos de techo, cooler y una refrigeración en su recámara, la iluminación es natural y luz eléctrica. Comenta tener "algunos muebles" como: sillones, un comedor, estufa, refrigerador, lavatrastes, dos camas, TV, entre otros; el sanitario es a través de drenaje ubicado dentro de la vivienda, su aseo es a diario y refiere realizarlo ella misma, ocasionalmente lo hace su hijo, para el aseo del mismo utiliza cloro, jabón y aromatizantes.

Niega presencia de vectores, indica "que están controlados" ya que fumiga cada 3 meses y si es necesario, antes, "porque aparecen cucarachas y de repente algún ratón", refiere no convivir con ningún tipo de animales domésticos.

II. PATRON NUTRICIONAL METABOLICO:

La usuaria refiere llevar un patrón alimenticio "muy ligero, realiza tres comidas al día", con menú típico, que a continuación se describe:

DESAYUNO:

- * Cereal (all-bram) 100 gr.
- * Licuados de manzana o plátano con leche 350 ml.
- * Un sandwich 300 gr.
- * Huevos cocidos 200 gr.
- * Tortillas de maíz 50 gr.

COMIDA:

- * Consomé y caldos con o verdura 300 gr.
- * Guisados de carne y ensaladas verdes 200 gr.
- * Tortilla o pan 100 gr.
- * Frutas de la temporada.

CENA:

- * Acostumbra a comer algo ligero, por lo general es fruta, un vaso con leche (150 ml.) y lo más fuerte es una quesadilla (200 gr.) o un sandwich (300 gr.)

de 7:00 a 8:00 a.m.

de 12 a 13 hrs.

de 19:30 a 20:30 hrs.

Refiere desagrado al hígado "preparado en la versión que sea". De líquidos comenta que ingiere mucho té de manzanilla sin azúcar y tibio "por su acción desinflamante" ; por lo regular lo consume en las tardes, siendo de 250 ml., jugo de tamarindo "de sobrecito" diluido en bastante agua y sin azúcar 1,500 ml, jugo de uva en un promedio de un litro, aparte consume agua natural durante el transcurso del día y parte de la noche, el total de líquido ingeridos por parte de la usuaria en 24 horas es de: 1,500 ml.

Té de manzanilla-----300 ml

Jugo de tamarindo-----800 ml

Jugo de uva-----400 ml

Su apetito lo considera "con poca sensación de hambre", refiere que a raíz de su primera hospitalización por su padecimiento sus hábitos alimenticios cambiaron notablemente, llegando a perder de 5 a 6 kgs. De peso corporal en 3 meses.

Refiere dificultad para la deglución especialmente por los alimentos sólidos, dice "que se le devuelve la comida y esto lo siente más cuando come muy acelerada".

No tiene problemas para cicatrizar las heridas, menciona teñirse el cabello de color castaño oscuro; sus uñas son limpias, cortas, fuertes, tanto de las manos como de los pies, de coloración sonrosado. Comento "una incomodidad y molestias en la boca del estómago", "siente esa molestia por temporadas, sobre todo cuando esta preocupada".

III. PATRON DE ELIMINACIÓN:

Sus hábitos de evacuación intestinal son de una a dos veces al día dentro de características normales y refiere no utilizar laxantes ni supositorios, "solo el all-bran"; niega presencia de estreñimiento, menciona que "tiene diarrea solo cuando le da colitis y posteriormente expresó una inconformidad por una evacuación verdosa", lo cual se le aclaró la duda explicando que era por tomar "tanto té de manzanilla y consumir alimentos verdosos"; presenta episodios "de gases ocasionalmente".

En eliminación urinaria comenta ser "muy orinadora", dice tener dolor, ardor y "estomago abultado", "por aguantarse mucho y retener tanto tiempo la orina", refiere más urgencia diurna que nocturna, "es raro que oriné en la noche, es más común en el día, más cuando tomo un vaso con leche".

IV. PATRON DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO:

La usuaria refiere "cansancio reciente, con sofoco y agitación", por tal motivo su actividad física es un poco limitada, ya que durante el "ejercicio diario" presenta dificultad para respirar, comenta tener varices en ambas piernas, refiere "calambres" frecuentes en los pies y parte baja de ambos glúteos.

Las actividades que realiza en los tiempos libres son "solo domésticas" y ocasionalmente sale "en días festivos como bodas, cumpleaños, piñatas", entre otros.

Patrón de 6 a 7 horas de sueño nocturno no interrumpido, se acuesta a las 23:00 horas y se levanta entre las 5 y 6 a.m. Tiene una pequeña siesta diurna de 15 a 20 minutos a media tarde; no requiere de apoyos para dormir y comenta tener sueño tranquilo.

VI. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO:

AUDICIÓN: La usuaria refiere escuchar sin ningún problema, a la prueba del diapasón y del susurro escuchó sin dificultad a 30 cm. de distancia; pero cuando "se le sube la presión" siente zumbidos, presentó vértigo hace 2 años por afección al oído medio derecho, pero actualmente no siente ningún tipo de molestias.

VISION: Refiere alteración en la visión por "astigmatismo desde los 12 años" utilizando auxiliares externos, los cuales son lentes desde esa edad.

OLFATO: Refiere percibir "bien las aromas", actualmente dice "no tener alteraciones para distinguir y percibir olores".

En cuanto a su memoria, dice que últimamente "se le olvidan los números de teléfonos o la comida se le quema", esto se le atribuye a distracciones, sobre todo cuando tiene "muchos pendientes o preocupaciones.

Menciona "no tener problemas" para sentir el frío, calor y dolor, refiere aprender leyendo la mayoría de las veces, escuchando y observando también, pero predomina lo primero, comenta ser muy segura y determinante en sus decisiones, aunque tarda para tomarlas pero una vez llegada a ella nada la hace cambiar y citó el ejemplo "de su divorcio: pues al ver que la agredió físicamente y sobre todo a su hijo la hizo tomar esa decisión" con carácter de irrevocable.

VII. PATRON DE-AUTOPERCEPCIÓN Y CONCEPTO DE SÍ MISMA:

La usuaria se muestra con ánimo para superar las dificultades que atraviesa por su padecimiento actual, pero la preocupación fundamental para ella es "primeramente su hijo, segundo su situación económica y su casa, tercero no volver a enfermar y recaer de la misma manera a tal grado que la hospitalicen".

Su temor más grande es perder a su hijo y no poder sacar adelante las necesidades económicas propias y de él mismo. La autopercepción de sí misma en cuanto a su carácter es seria, optimista y le gusta escuchar mucho a la gente, "es una buena receptora", se encuentra conforme con lo que es y hace, siempre con la ilusión de lograr más; nunca ha perdido el interés por las cosas de la vida ni pensar en la idea del suicidio.

El cambio más importante en este último año (1999) fue su hospitalización y cambios en su estado de salud. Actualmente lo que le ayudaría a sentirse mucho mejor es una seguridad económica "tener el suficiente dinero para pagar los recibos pendientes y deudas".

VIII. PATRÓN DE ROL-RELACIONES

La usuaria cuya ocupación es comerciante y ama de hogar, vive con su hijo en casa propia, el joven es hijo único de 23 años de edad quien trabaja en un cine y estudia la carrera de Psicología; el papel que ella desempeña en esa familia es la de proveedora y cuidadora, el único problema que siente en este momento es "no sentirse capaz de ser autosuficiente económicamente".

No tiene dificultad para comunicarse sobre todo con su hijo, pero sí con su familia (hermanas), "confiesa ser muy irritable con ellas en cuanto a la carrilla familiar", además "no somos de la misma religión". Menciona "haber sido una niña muy enfermiza en su infancia".

IX.-PATRON DE SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN:

Desde "los 43 años de edad no tiene relaciones sexuales, después de su divorcio", se siente satisfecha con el número de hijos, practica el auto examen mamario cada 6 meses y su Papanicolaou cada año, la fecha del último fue en Octubre de 1999.

GESTA 1

PARA 1

CESAREA 1

ABORTO 0

Menarquía a los 12 años y menopausia a los 52 años de edad; Refiere no haber tenido más hijos pues "ya no salía embarazada y que para encargar batalló durante 4 años", se caso a los 32 años y se embarazo a los 36, para lograrlo se sometió a varios estudios ginecológicos en el IMSS.

X. PATRÓN DE AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS:

Habitualmente cuando "se enoja, esta tensa o preocupada", se siente presa continua del estrés, con episodios constantes de "congoja" que derivan en malestares físicos como: "colitis, jaquecas y dolor de estómago", refiere ser de llanto difícil, por lo cual la acción que realiza para controlar la ira es "leer mucho, antes me daba por comer ahora prefiero leer". La usuaria refiere leer bastante "sobre todo revistas de selecciones"; la frecuencia que presenta esta respuesta al estrés es aproximadamente de 2 veces cada mes.

XI. PATRON DE VALORES Y CRRENCIAS:

La usuaria M.M.E.B. Practica la religión católica de toda su vida, "se caso por la iglesia", menciona no tener ningún tipo de restricciones por su religión y no necesita ayuda para cumplir con la misma, comenta que lo más importante para ella y el estar "en paz con Dios, es evitar chismes, criticas y malas actitudes hacia los demás; se cuida bastante del que dirán y dice no dar motivos para que la señalen", actualmente puede "mirar de frente y a los ojos a cualquier persona".

3.1.2. Examen físico

a) *Aspecto General:*

Usuaria de 59 años de edad cronológica igual a la aparente, aliñada, cabello teñido, peinada, maquillada con colores discretos, facies de aprensión puesto que se observó seriedad en su rostro, aún sin embargo su estado de ánimo es optimista y el de consciencia alerta; la sra. M.M.E.B. es colaboradora ya que responde a cualquier tipo de preguntas, actualmente su postura es libremente escogida, su memoria la conserva intacta puesto que en las pruebas realizadas logró 6 puntos, su orientación en sus 3 esferas las mencionó correctamente.

b) *Signos vitales:*

Temperatura Axilar de 36° C.

Pulso 62 por minuto, homócroto, rítmico, de amplitud e intensidad palpable, tanto en radial como en braquial.

Frecuencia respiratoria de 19 por minuto, rítmicas, profundas y eupneica.

Tensión arterial sistólica de 110 mmHg (milímetros de Mercurio) y presión arterial diastólica de 70 mmHg en brazo derecho. En brazo izquierdo la presión sistólica es de 120 mmHg y la presión diastólica de 70 mmHg, ambas medidas en posición sedente

c) *Respiratorio – circulatorio*

Movimientos respiratorios de expansión y amplexión con simetría toraco-abdominal. Perímetro torácico de 110 cm. campos pulmonares con entrada y salida de aire, sonidos vesiculares a la inspiración en base pulmonar de ambos, y broncovesiculares audibles con fuerte intensidad, presencia de tos seca de 7 días de evolución hasta el día de hoy con esfuerzo de toser; ruidos cardiacos con una frecuencia de 60 x' rítmico de fuerte intensidad, frémito bucal audible en ambos hemitórax y dorso, disminuido en zona basal de pulmones, red venosa periférica visible en vasto externo de ambos muslos, con regularidad, varicosidades en ambas piernas y en el dorso de ambas manos de coloración cianótica, llenado capilar proximal y distal de uno a dos segundos.

d) *Patrón nutricional-matabólico*

Peso actual de aproximadamente 68 kg, talla de 1.57 mts. Peso ideal 61 Kg.

Piel de color morena clara, hidratada, elástica, limpia, su cabeza es normocefálica con proporción al cuerpo con perímetro de 55 cm., cuero cabelludo hidratado, limpio, sin endo ni exotosis, cabello corto, teñido de color castaño oscuro, limpio, dócil, brillante, ocasionalmente sufre de migraña.

Mucosa bucofaríngea íntegra, sonrosada e hidratada; presencia del reflejo nauseoso a la introducción del abatelenguas paladar duro color claro, íntegro, paladar blando color rosado; con amígdalas presentes de coloración rojiza, ausencia del segundo molar inferior izquierdo. Abdomen con perímetro de 92 cm. redondo, flácido, globoso a expensas de panículo adiposo, con cicatriz en hipogastrio secundaria a Hx. quirúrgica por cesárea de 10 cm. a la palpación blando y depresible y a la palpación profunda presenta dolor en región epigástrica coincidiendo con el área de hernia hltal. Ruidos peristálticos presentes, en región mesogástrica y ambos hipocondrios, con frecuencia de 3 x' y de tono fuerte

e) *Patrón de eliminación:*

Eliminación urinaria de 5 a 6 veces en 24 hrs. de color amarillo claro y olor característico, presenta disuria y ardor a la micción por retención urinaria voluntaria debido a "múltiples ocupaciones".

Eliminación intestinal de una a 2 veces al día de consistencia pastosa, color café que varía de acuerdo con lo que come. Región perianal y perineal no se observó, ya que la usuaria no refirió tener problemas.

f) *Patrón cognitivo-perceptivo:*

Presenta alteración en la visión: utiliza lentes desde los 12 años por diagnóstico médico de astigmatismo, su agudeza visual se valoró con las cartas de Snellen con lentes puestos con ortoptipo de 20/25 y sin ellos de 20/40; reflejos pupilares presentes en ambos ojos, pupilas isocóricas y normoreflexicas, ojos limpios, conductos lagrimales permeables.

El cuerpo del pabellón auricular es semiduro, fácilmente movable, indoloro a la palpación; íntegro de 5 cm. de longitud aproximadamente, proporcional al resto de su cuerpo, sin alteraciones ni deformidades, implantación a nivel de ángulo extremo del ojo, lóbulo disunido con presencia de cerumen anaranjado-amarillo en escasa cantidad en ambos oídos. Audición intacta a la prueba del diapazón con lateralización de 30 cm. en ambos oídos, escucha el rose de un cabello y el tic-tac de un reloj desde la misma distancia, prueba de Romberg negativo. Nariz afilada, simétrica, proporcional a la cara, tabique alineado, fosas nasales permeables, sin dolor a la

palpación; olfato intacto a la prueba de olor y reflejo del estornudo presente al estímulo con un clineks.

La prueba de sensibilidad al tacto, frío, calor y dolor los representa en una escala del 0 al 10; en un 9 al calor, frío y tacto 8 y al dolor 10.

g) Patrón actividad-ejercicio:

Capacidad de movilización es completa en Miembros superiores, presenta arcos de movimientos con abducción 60°, su marcha es segura, estable (punta-talón); movimiento de extremidades inferiores de aducción de 30°; contrarresistencia y contragravedad, son fuertes en manos y piernas, con la misma fuerza muscular en ambas.

Reflejos osteotendinosos se encuentran presentes tanto bicipital, tricipital, rotuliano o patelar como aquiliano y plantar con respuesta de flexión de este. (Bárbara Bates, 1992, pág. 95), conserva tono muscular, sin dolor a la palpación.

h) Patrón de sexualidad-reproducción:

Mamas, región perianal y perineal no se observó puesto que la usuaria no refirió ninguna molestia, además por "pudor" y falta de tiempo para incrementar más confianza con ella; pero se verificó información del examen físico y PAP de su médico particular (expediente clínico/clínica Mexfam)

3.1.3. Resultados de estudios

❖ PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

Biometría hemática:

		Unidades de medida:	Cantidades normales:
Hemoglobina	13.5	gr/dl	11.5 – 16
Hematocrito	40.7	%	11.635 – 52
Plaquetas	306,000	X mm	150,000 – 450,000

GLUCEMIA 132 mg/dl 75 – 115

TIEMPOS

T.P. 14"

T.P.T 32"

ELECTROLITOS

Sodio Na	139	Meq/l	135 – 141
Potasio K	4.9	Meq/l	3.6 – 5.1
Cloruro Cl	103	Meq/l	95 – 109
Calcio Ca	10.2	Meq/l	8 - 12

OTROS

Endoscopia Alta

Esófago:

Unión – Esófago – Gastroduodenoscopia 36 cm.

Hernia hiatal 3 cm.

tubular, mucosa rosa pálida, tercio distal erosionado, eritematosas, bordes irregulares y restos de fibrina, esfínter esofágico inferior competente, transición epitelial proximal a las erosiones.

Estómago:

Mucosa color salmón, pliegues bien formados, distensibilidad normal, fondo con lagos hialino con escaso coágulos oscuros, antro con mucosa poco eritematosa, píloro permanentemente abierto.

Duodeno:

Mucosa naranja pálida con puntillero eritematoso y escasas huellas de sangrado puntiforme submucoso, la segunda porción con pliegues y coloración normal.

Anestesia:

Sedación IV

50 mg de Fentanil

1 mg de MDZ

80 mg de Propofol

Con previa monitorización de signos vitales y colocación de puntas nasales.

Complicación: no

Biopsia: tres de antro

Dx:

- Esofagitis grado III
- Hernia hiatal de 3 cm.
- Gastritis leve antral
- Duodenitis leve

Médico de base y responsable: R.D.L.Z.

❖ PATRÓN ELIMINACIÓN URINARIA

Leucocitos 20,800 con granulocitosis de 87.5%

❖ PATRON DE ACTIVIDAD-EJERCICIO

Se anexa copia de EKG

Interpretación del médico: "pendiente"

Nota: "Cifras normales de laboratorio H.G.E."

3.1.4. DOCUMENTACION

3.1.4.1. datos de identificación

Nombre: M.M.E.B. femenina de 59 años de edad cronológica igual a la aparente, divorciada, con domicilio en el centro de la ciudad.

Persona para contactar: con su hermana M.E.B. Telefono:60-44-49

Lugar de procedencia: Hermosillo Sonora.

Domicilio actual: Ave. Noe Revilla # 19 col. Mirasoles

Fecha de ingreso: 04 de Enero del 2000

Servicio: Cirugía Mujeres cama N° 13

Diagnóstico médico: Hernia Hiatal.

Motivo de solicitud de atención y Hospitalización: Por presentar hematemesis.

3.1.4.2. Resumen del inicio y evolución del padecimiento actual

Inicia el día 4 de enero del 2000 por la mañana al presentar dolor abdominal en región de epigastrio, intenso, de inicio súbito, con irradiación a la región lumbar; persistente por lo que ingirió 2 tabletas de ketorolaco, disminuyendo un poco el dolor.

Después como a las 12:00 p.m. presentó vómitos en pozo de café en 3 ocasiones y después siendo los vómitos de contenido hemático fresco (hematemesis), por lo que acude con médico particular, donde también se administra analgésico IV cediendo el dolor gradualmente, por lo que es enviada de inmediato a la unidad hospitalaria (HGE) para su mejor atención.

Posteriormente en unidad hospitalaria antes mencionada, por el dato clínico que se presentó (hematemesis), se queda hospitalizada con diagnóstico médico de ingreso: Sangrado de tubo digestivo alto (STDA), e inician tratamiento que a continuación se describe:

INDICACIONES MEDICAS:

- 1.- Ayuno
- 2.- Sol. Hartman glucosado 1000 cc
pasar 125 ml por hora.

3.- Medicamentos:

- Ranitidina 50 mg IV c/8 hrs.
- Metoclopramida 10 mg IV c/8 hrs.
- Paracetamol 500 mg c/12 hrs.

4.- Toma de B.H.

5.- Vigilar datos de sangrado

6.- Valoración de Endoscopia Alta

7.- Pasar a piso de cirugía mujeres.

NOTA: Por el momento estará en vigilancia hemodinámica y pendiente realizar Endoscopia para el día de mañana.

3.1.4.3 Patrones funcionales de salud

I. PATRON DE MANTENIMIENTO Y PERCEPCION DE SALÚD:

La usuaria presenta adinamia reciente con accesos súbitos de tos seca y dolor en epigastrio con esfuerzo al toser, en estos momentos la usuaria se siente bien aunque esta un poco inquieta por saber realmente la causa de su enfermedad, para así poner todo lo que esta a su alcance para adelantar su recuperación y estar nuevamente con su hijo.

Su aseo bucodental lo realiza a diario y sus hábitos de higiene general se baña a diario con cambio de ropa; nunca ha consumido tabaco y actualmente no ingiere bebidas alcohólicas, niega el uso de drogas u otras sustancias tóxicas. Es alérgica al polvo y su reacción ante el mismo es con tos seca.

Su asistencia con el médico lo realiza cada año y con el dentista asiste solo cuando lo considera necesario; cuando se siente mal físicamente lleva a cabo remedios caseros.

Vive en casa propia la cual se encuentra situada en el centro de la ciudad, en condiciones sanitarias favorables, cuenta con el mobiliario acorde a las necesidades básicas, la casa se encuentra escrupulosamente limpia, no convive con ningún tipo de animal doméstico; en las visitas realizadas no se observan vectores no roedores.

Por lo anterior este patrón se considera disfuncional pero estabilizado, ya que a seguido el tratamiento médico e indicaciones de Enfermería.

II. PATRÓN NUTRICIONAL METABOLICO:

Su apetito es disminuido, puesto que sus hábitos alimenticios cambiaron notablemente, ya que consumía en mayor cantidad grasa y carbohidratos; actualmente su plan alimenticio es con mayor proporción de frutas, verduras, proteínas animales y fibra, por tal motivo bajo 6 kgs de peso corporal, requiriendo disminuir 5 kgs más para lograr el peso ideal de acuerdo a tu talla y edad (Barbara Bates; 1992. Pág. 137); ingiere 1,500 ml de líquidos en 24 horas.

Presenta dificultad para la deglución especialmente por los alimentos sólidos y dolor en epigastrio después de ingerir la comida, con episodios frecuente de reflujo gástrico.

Los resultados de Endoscopia reportan: fragmentos de mucosa gástrica con inflamación crónica, esofagitis grado III, gastritis antral, duodenitis y Hernia Hiatal.

Por los hallazgos encontrados, este patrón se considera altamente disfuncional.

III. PATRÓN DE ELIMINACIÓN:

Sus hábitos de evacuación intestinal son de una a dos veces cada 24 horas dentro de características normales, ocasionalmente presenta episodios de flatulencia.

En su eliminación urinaria presenta dolor, ardor y distensión abdominal por retención urinaria voluntaria debido a "múltiples ocupaciones", muestra más urgencia diurna que nocturna, su volumen es de 1000 ml en 24 horas aproximadamente.

En examen de laboratorio (EGO) reportan:

Leucocitosis de 20,800.

Por lo tanto este patrón es altamente disfuncional.

IV. PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO:

La usuaria muestra adinamia reciente con fatiga y agitación tolerable de un nivel 2, por tal motivo su actividad física es un poco limitada. Presenta varicocidades en ambos miembros inferiores, las más visibles son en vasto externo derecho de 20 cm. vertical desde 5 cm por debajo de la ingle a parte media; en vasto externo izquierdo presenta 2 más visibles de 5 y 10 cm, en ambas piernas se observan múltiples varicocidades no medibles. Presenta parestesias frecuente en los pies y parte baja de ambos glúteos.

Las actividades que ella realiza en sus tiempos libres son solo domésticas, leer y ocasionalmente sale en días festivos.

Por lo cual este patrón se considera actualmente disfuncional.

V. PATRÓN DE SUEÑO – DESCANSO:

Patrón de 6 a 7 horas de sueño nocturno no interrumpido; se acuesta a las 23:00 horas y se levanta de 5 a 6:00 a.m. Tiene una pequeña siesta diurna de 15 a 20 minutos por la tarde, aproximadamente de 4 o 5 p.m.

No requiere de apoyos para dormir y tiene sueño tranquilo; Por lo que se estima que este patrón es funcional.

La usuaria actualmente presenta alteración en agudeza visual (20/40 sin anteojos) y 20/15 con anteojos que sí utiliza, de acuerdo a las pruebas realizadas se encuentra dentro de los límites normales.

En cuanto a su memoria, comentó que últimamente se le olvidan los números de teléfono o la comida se le quema, esto se le atribuye a "distracciones, sobre todo cuando tiene bastantes pendientes y preocupaciones".

Su memoria retrograda la conserva intacta para hechos remotos y anterograda para hechos recientes, en el examen de las tres palabras (mesa-león-guante) la paso sin problemas recordando los tres elementos en orden y rápidamente, con puntuación de 6; su orientación esta ubicada en sus 3 esferas ya que las menciono correctamente.

Su tono de voz es grave, fuerte, fluidez en el discurso con manejo de lenguaje adecuado a su nivel escolar, logrando expresar vocabulario elevado concordando con su hábito de lectura.

La sensibilidad al dolor lo representa en escala del 0 al 10 con resultado del mismo de 8.

Su manera de aprender es leyendo la mayoría de las veces, escuchando y observando también, pero predomina lo primero.

La usuaria es segura y determinante en sus decisiones, aunque tarda para tomarlas, pero una vez llegada a ella nada la hace cambiar, citando el ejemplo de su divorcio.

Por lo anterior este patrón es funcional, aunque se puede estimar un riesgo de

VII. PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN Y CONCEPTO DE SI MISMA:

Se muestra con ánimo para superar las dificultades que atraviesa por su padecimiento actual; pero la preocupación fundamental para ella es primeramente su hijo, segundo su situación económica y su casa, y tercero no volver a enfermar y recaer de la misma manera, a tal grado que la hospitalicen.

Se encuentra conforme con lo que es y hace, siempre son la ilusión de lograr más, nunca ha perdido el interés por las cosas de la vida ni pensar en la idea del suicidio.

El cambio más importante en este último año (1999) fue su hospitalización por cambios en su estado de salud.

Actualmente lo que le ayudaría a sentirse mucho mejor es una seguridad económica.

Por lo anterior este patrón se estima en riesgo de disfunción.

VIII. PATRÓN ROL – RELACIONES:

M.M.E.B. Cuya ocupación es comerciante y ama de hogar, vive con su hijo en casa propia, el papel que ella desempeña en su familia es la de proveedora y cuidadora.

No presenta dificultad para comunicarse sobre todo con su hijo, pero sí con sus hermanas, confiesa ser "muy irritable en cuanto a bromas familiares entre sus hermanas", además existe confrontación de creencias religiosas.

No tiene problemas para relacionarse con personas que no conoce y toma sus propias decisiones, se le observa expresión facial acorde con lo que comunica.

Por consiguiente este patrón se considera en riesgo de disfunción.

IX. PATRÓN DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN:

Desde los 43 años de edad no tiene relaciones sexuales, posterior a su divorcio, practica el autoexamen mamario cada 6 meses y su PAPA cada año, la fecha del último fue en octubre de 1999. Sin problemas detectados hasta hoy.

GESTA	1
PARA	1
CESAREAS	1
ABORTO	0

Menarquía a los 12 años y menopausia a los 52 años de edad. Sus genitales y su región perianal no se observó, puesto que la usuaria no refirió molestias en la región.

Por tal motivo se considera que el patrón es funcional.

X. PATRÓN DE AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÉS:

Habitualmente cuando se enoja, esta tensa o preocupada, se siente presa continua del estrés, con episodios frecuentes de "congoja" que derivan en malestares físicos, colitis, cefalea y dolor de estómago; es de "llanto difícil", por lo cual las acciones que realiza para liberar el estrés y controlar la ira es leer bastante; la frecuencia que presenta esta respuesta al estrés es de 2 veces cada mes.

Por lo tanto este patrón se considera en riesgo de disfunción.

XI. PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS:

La usuaria practica la religión católica de "toda su vida", menciona no tener ningún tipo de restricciones por su religión y no necesita ayuda para cumplir con la misma.

malas actitudes hacia los demás y ser un buen ejemplo para su hijo" en todos los aspectos.

Por tal motivo se concluye que este patrón es funcional.

3.1.4.4 Fortalezas identificadas

- Se encuentra muy ligada a su religión.
- Su deseo de recuperación es determinante.
- Sigue indicaciones para el cuidado de su salud de manera constante.
- Fuerte vínculo con su único hijo.
- Demuestra fortaleza de carácter y seguridad en sus decisiones.

3.2. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

1. Dolor en región de epigastrio (nivel 8)

R/C episodios frecuentes de reflujo gástrico, plenitud y aumento de la presión abdominal.

M/P comunicación verbal de ardor, facies de dolor, protección de abdomen y postura semierguida.

2. Riesgo de aspiración

R/C incompetencia del esfínter esofágico y aumento de la presión intragástrica.

3. Retención urinaria

R/C inhibición voluntaria del reflejo de la micción.

M/P globo vesical, dolor, ardor y micciones con escasa orina.

4. Deterioro de la deglución

R/C incompetencia del esfínter esofágico

M/P referencia verbal de no poder tragar bien alimentos sólidos.

5. Fatiga

R/C aumento de los requerimientos de energía para realizar las actividades de la vida diaria, excesiva demanda social y de rol cuidador

M/P expresión facial, corporal y verbal de cansancio y necesidad de reposo constante.

6. Afrontamiento individual inefectivo

R/C crisis económica y situaciones de transición y/o crisis

M/P incapacidad para aceptar comportamientos de familia.

7. Temor

R/C Falta de conocimiento sobre su enfermedad y rehabilitación

M/P comunicación verbal constante del deseo de aprender sobre su padecimiento actual.

3.3. PROBLEMAS INTERDISCIPLINARIOS

- ❖ Gastritis leve antral secundaria a erosión de la mucosa gástrica.
- ❖ Esofagitis grado III secundario a inflamación de la mucosa por el reflujo gástrico continuo.
- ❖ Duodenitis secundaria a incompetencia de esfínter pilórico que permite el paso de ácido clorhídrico.

3.4 PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NGMBRE: E.M.M.
SERVICIO: Cirugía mujeres

SEXO: Femenino
DX. MÉDICO: Hernia hiatal

No. DE CAMA: 13
EDAD: 59 años.

FECHA DE INGRESO: 14 de enero del 2000.
TRAT. MÉDICO: Farmacoterapia y dietoterapia

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA LA USUARIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
Dolor en región de epigastro (nivel 8) R/C episodios frecuentes de reflujo gástrico, plenitud y aumento de la presión abdominal. M/P comunicación verbal de dolor, incomodidad, protección de abdomen, postura semi-erguida y facies de dolor.	Controlará y expresará de forma verbal disminución del dolor en 3 días.	<ul style="list-style-type: none"> *Valoración de intensidad del dolor con escala numérica del 0 al 10, para el 15 de enero del 2000. *Enseñanzas de medidas para combatir el dolor y mejorar la respuesta ante él: técnicas de relajación, distracción, visualización entre otras; diariamente 20min. cada una a las 10:00 am por 7 días. *Demostración de un plan alimenticio dividido en cuartos: 8-10-14-18hrs *Indicarle que permanezca de pie durante una hora después de cada alimento: 9-11-15-19hrs. *Demostración de elevación de cabecera de la cama con bloques que formen un ángulo de 30 - 45 °. * Centralizar la atención en otras actividades de su preferencia como: dialogar, leer, y/o tocar temas de su interés. * Proporcionar un ambiente terapéutico en base a cambios de ropa, de cama y de vestir; evitar ruidos innecesarios * Proporcionar una posición cómoda brindando apoyo para el logro de la misma. * Medir signos vitales: diaforesis, palidez e hipotensión. 	<p>Pasantes de enfermería Claudia Rubalcaba Paola Acosta</p> <p>Médico responsable</p>	<p>Facie de relajación. Expresión verbal de comodidad.</p>	<p>El dolor disminuyó a un nivel de 5, en escala del 0 al 10.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA LA USUARIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<p>Riesgo de aspiración R/C Incompetencia del esfínter Esofágico y aumento de la presión intragástrica.</p>	<p>No presentará signos ni síntomas de aspiración durante su padecimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Fraccionar la ingesta y masticar bien los alimentos antes de deglutirlos, hasta 10 veces. *Enseñarle: a comer con la espalda erguida para facilitar el tránsito esofágico. *No acostarse hasta 2 horas después de comer. * Evitar ropas comprensivas. *Evitar decúbito supino sobre todo después de comer porque horizontaliza el esófago. *Comer con la espalda erguida. *Evitar extremimiento y obesidad, por lo que esto conlleva a un aumento de la presión abdominal, estimulándole a beber líquidos de uno a dos litros diarios. *Dormir con la cabecera de la cama en posición de fowler. *Evitar posturas que impliquen la hipertensión de la cabeza. * Orientar en caso de aspiración maniobra de Heimlich en sesión demostrativa de 30 minutos durabte 2 días. 	<p>Pasantes de enfermería Claudia Rubalcaba Paola Acosta.</p>	<p>Identifica más de 5 intervenciones principales para evitar la aspiración. Incrementa su acervo de cuidados a cerca de su padecimiento.</p>	<p>Se logra al 100 por ciento</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA LA USUARIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTAD
<p>inición urinaria R/C inhibición taria del reflejo de micción globo vesical, micciones con isa orina, dolor y ardor.</p>	<p>Recuperará el patrón de eliminación urinaria habitual dentro de la primera semana.</p>	<p>*Orientación sobre ejercicios de los músculos elevadores del ano para identificación del reflejo de micción, 2 c/24 por 3 minutos diariamente.</p> <p>*Registro diario de la ingesta de líquidos en un listado elaborado conjuntamente para el día 15 de Enero.</p> <p>*Registro de las micciones durante el tiempo estipulado.</p> <p>*Registro de las micciones durante el tiempo para estimular el reflejo de micciones.</p> <p>*Recomendación de un horario de micción es más frecuente como cada 3 horas ejem: 7:00, 10:00, 1:00, 3:00, 6:00, 9:00 de acuerdo a la ingesta de líquidos.</p> <p>*Asegurar una eliminación intestinal regular mediante una dieta rica en residuos y fibra ya que la presencia de heces en el recto puede ejercer presión sobre la vejiga en la uretra y nervios locales implementando un horario oara ello ejem: 7:30 a.m. cada 24hrs, de preferencia después del desayuno por el reflejo gastrocólico.</p>	<p>Pasante de enfermería</p> <p>Médico responsable</p>	<p>Ausencia de globo vesical.</p> <p>Presenta cuatro micciones al día y una diuresis en 24hrs. de 1200 a 1500 ml, sin dolor.</p>	<p>Se logro en un 70 ya que la usuaria comenta requerir de más tiempo pe un cambio total de sus hábitos de eliminación urinaria.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA LA USUARIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTAD
<p>olor de la deglución competencia del esfinter gico referencia verbal de no poder bien alimentos sólidos.</p>	<p>Informará y demostrará una mejora de su capacidad de deglución gradualmente en 3 semanas. La familia explicará la forma de actuar en caso de aspiración de alimentos durante la ingesta, para el día 16 de Enero.</p>	<p>*Determinar conjuntamente que alimentos son los que generan más problemas y confeccionar una dieta equilibrada que se ajuste a las limitaciones existentes. *Programar las comidas en los momentos en que la usuaria se encuentre más descansada, puesto que la fatiga agrava el problema y aumenta el riesgo de aspiración. *Fraccionar la ingesta y masticar bien los alimentos antes de deglutirlos. *Comer con la espalda erguida para facilitar el tránsito esofágico, ayudándose con almohadas si es preciso, con el cuerpo bien alineado y la cabeza ligeramente flexionada. *Administrar los alimentos sólidos y líquidos por separado, empezando por los sólidos, dar pequeñas cantidades en cada bocado; dar instrucciones a la usuaria para que no hable mientras come y que contenga la respiración mientras traga. *Durante el horario de las comidas mantener un entorno tranquilo, sin prisas ni distracciones. *Motivaria para que se concentre en el acto de comer y piense en cada uno de los pasos que está realizando. *Valorar si es preciso explicar-demostrar: - Pasos del proceso de deglución - Signos y síntomas de problemas respiratorios secundarios a la broncoaspiración.</p>	<p>Pasantes de enfermería. Familia de M.M.E.B. Personal de nutrición.</p>	<p>Describe el tipo de alimentación que debe ingerir y la forma en que debe hacerlo. La familia identifica las situaciones de riesgo de aspiración y las precauciones que han de tomar para evitar la misma. Ausencia de vómitos y disminución de reflujo gastroesofágico</p>	<p>Se logro el 95 por ciento, debido a c aún presenta peridos de vómito ocasionamente.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA LA USUARIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADO
		<p>*Indagar que capacidad tiene la usuaria para la masticación y deglución: fuerza de los músculos faciales, movilidad de la lengua, integridad de los reflejos nauseoso y tusígeno, en demostración para el día 16 de Enero.</p>			

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA LA USUARIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<p>fatiga R/C aumento de los requerimientos de energía para realizar las actividades de la vida diaria, excesiva demanda social y de rol cuidador.</p> <p>M/P expresión facial, corporal y verbal de cansancio y necesidad de reposo constante.</p>	<p>Experimentará una reducción del nivel de fatiga al realizar las actividades de la vida diaria en un plazo de una semana.</p> <p>Llevará a cabo las actividades de la vida diaria sin esfuerzo excesivo ni cambios significativos en sus signos vitales, durante el tiempo que dure el tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Identificación de las causas de la fatiga. *Llevar un registro diario de las actividades que la causan. *Ayudar a identificar y utilizar recursos personales y materiales que le permitan ahorrar energía y aumentar el nivel de actividad tolerado: aparatos o sistemas de ayuda (muletas, andadera, ansiento en la regadera, prendas de vestir fáciles de quitar y poner, etc.) *Comprobar si existen actividades que aumentan la sensación de fatiga realizado toma de signos vitales antes de la actividad de mediano esfuerzo (barrer la calle) y tomar de nuevo la frecuencia cardiaca y tensión arterial, el día 15 de febrero del 2000. *Determinar si algunas de ellas pueden omitirse. *Planificación actividades que se van a realizar en un listado en charla el día 30 de enero del 2000. *Organización de las actividades estableciendo prioridades, teniendo en cuenta los recursos personales y sistemas de apoyo como la familia y amigos convocando una reunión de los mismos para impartir una charla. *Dialogar con la usuaria y familia la forma de evitar que la fatiga aumente las tensiones domesticas en visita domiciliaria de 30 min. el día 30 de enero. 	<p>Pasante de enfermería</p> <p>Médico responsable</p>	<p>Identifica 3 actividades que le causan fatiga.</p> <p>Expresión verbal de vigor y comodidad.</p> <p>T/A 110/60-120/85.</p> <p>F.C. 62-70 x y F.R. 20-28 x.</p> <p>Lleva a cabo el programa de actividades planeadas.</p>	<p>Se logró en un 80 por ciento en el tiempo planeado debido a una deficiente interacción familiar.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA LA USUARIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADO
		<p>*Recomendación del cese de las actividades físicas por lo menos dos horas antes de acostarse.</p> <p>*Animar a realizar de manera independiente todas las actividades que tolere; no acudiría, darle el tiempo que necesite, proporcionar la ayuda necesaria evitando la sobreprotección dando una orientación fidedigna en base a lo investigado.</p> <p>*Elaborar conjuntamente un programa para el aumento gradual de la actividad física de tal manera que se incremente la tolerancia; evaluar periódicamente los logros obtenidos, ajustando el programa de acuerdo a los resultados.</p> <p>*Mantener una posición corporal confortable y adecuada a la actividad que se realiza diariamente como doblar las rodillas al agacharte, mantener la columna vertebral recta al estar en posición sentada, etc.</p> <p>*Llevar un registro diario de los signos vitales y la aparición de cambios físicos después de cada actividad, todos los turnos.</p>			

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA LA USUARIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADO
<p>ambiente individual inefectivo crisis económica y situaciones de crisis. capacidad para aceptar com- miembros de la familia.</p>	<p>La usuaria y su familia demos- trarán conductas más posi- vas para afrontar la situación gradualmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Determinar conjuntamente las repercu- siones que la situación económica que esta viviendo ha tenido en su vida diaria y la forma de usar los recursos que dis- pone para reducirlos o solucionarlas. *Mantener y establecer una relación per- sonalizada, basada en la confianza y el respeto mutuo, en sesiones diarias de 25min. c/u. *Crear un ambiente agradable en donde la usuaria se sienta segura; evitar co- mentarios que pudieran inducir a pensar que su conducta se considera poco inte- ligente o exagerada. *Programación de reuniones conjuntas para obtener la colaboración de la fami- lia, el día 16 de enero del 2000 a las 10:00a.m. *Estimular la libre expresión de sentimien- tos (coraje, ira, rencor, envidia, etc.) a fin de ayudar a eliminar gradualmente las emociones negativas. 	<p>Pasante de enfer- mería Familia de la usua- ria.</p>	<p>Enlista 5 recursos para afron- tar la situación económica. La familia reconoce la exis- tencia del problema y mani- fiestan sus deseos de partici- par activamente en el plan te- rapéutico. La usuaria y su familia iden- tifican la situación de disfun- ción familiar. Expresan sentimientos ante la situación.</p>	<p>Se logró al 100 por ciento.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA LA USUARIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
		<ul style="list-style-type: none"> *Convocar a una reunión familiar para abordar los siguientes puntos: -Ayudar a identificar conjuntamente los factores que han generado la situación problemática y repercusiones que tiene para cada miembro de la familia. -Establecer prioridades de la familia y redistribuir las tareas familiares. -Pactar un acuerdo mutuo de ayuda para diseñar y seguir un plan de cuidados. -Permitir y estimular la expresión de sentimientos como colera, culpa, frustración. -Reconocer y elogiar las iniciativas que aporte cada miembro de la familia. 			

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA LA USUARIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<p>Temor R/C falta de conocimiento sobre su enfermedad y rehabilitación.</p> <p>M/P comunicación verbal constante del deseo de aprender sobre su padecimiento actual.</p>	<p>Referirá una disminución o desaparición del temor al adquirir los conocimientos deseados y necesarios.</p> <p>Incrementará su conocimiento sobre el trastorno posteriormente a la explicación del mismo.</p> <p>La familia manifestará comprensión del temor de la usuaria y demostrarán sus habilidades/conocimientos necesarios para ayudarla en tanto disminuye o desaparece el temor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Ayudar a manifestar claramente su temor y el porque de éste. * Valorar la realidad de la situación e identificar los aspectos que pueden ser cambiados y los que no. * Identificar conjuntamente los recursos personales, familiares y sociales con que cuenta para afrontar la situación y la mejor forma de utilizarlos en la segunda visita domiciliaria. * Favorecer que se familiarice con el entorno puesto que es un ambiente desconocido; explicarle las reglas del hospital y normas de funcionamiento. * Prepararla física y psicológicamente para las pruebas diagnósticas, tratamiento y posible operación, comentándole todos los procedimientos que se efectuarán y el propósito que se percibe con ellos. * Establecer conjuntamente las necesidades de aprendizaje, una vez identificadas brindar toda la información que necesite o solicite, evitando las mentiras "tranquilizadoras" * Proporcionar charlas sobre el origen y desarrollo del padecimiento, así como funcionamiento y anatomía del aparato digestivo, de manera entendible con lenguaje acorde al nivel de la usuaria y familia en sesiones de 20' en 2 días. * Reconocer y reforzar los logros alcanzados y el esfuerzo realizado. 	<p>Pasante de enfermería</p> <p>Claudia Rubalcaba</p> <p>Paola Acosta</p> <p>Médico responsable</p>	<p>Enlista verbalmente 3 agentes que causan la enfermedad.</p> <p>Expresa verbalmente sus conocimientos sobre el padecimiento actual.</p>	<p>Se logró en un 95 por ciento ya que el horario de las actividades planeadas en conjunto con la familia interfiere en el horario de su trabajo y/o escuela.</p> <p>Disminuyo el temor al afrontar la situación y sentimientos.</p> <p>La familia colaboro al realizar las actividades planeadas, según sus posibilidades.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA LA USUARIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
		<p>*Favorecer el aprendizaje mediante un entorno tranquilo y sin interrupciones, retroalimentación frecuente de lo anteriormente explicado.</p> <p>*Valorar la conveniencia de explicar y/o demostrar: información real sobre la situación actual y lo que cabe esperar, formas de interrumpir el temor a través de técnicas de relajación, ejercicios de respiración profunda, meditación y lecturas de su grado mismas que se llevarán a cabo 2 veces al día (10:00 am - 17:00 hrs.); durante 15 o 20 minutos.</p> <p>*Crear un ambiente seguro que permita y favorezca la libre expresión de sentimientos, manteniendo en todo momento una actitud abierta, evitar opiniones personales y juicios de valor.</p> <p>*Averiguar si desea ayuda espiritual y facilitarle su obtención mediante visitas, presencia de sacerdote, intimidad para meditar, etc.</p> <p>*Permitir que la familia exprese sus sentimientos con respecto a su situación y las interferencias de ésta en la dinámica familiar; involucrarlos en el plan de cuidados de acuerdo con sus habilidades y deseos tomando en cuenta también los deseos y preferencias de la usuaria.</p>			

❖ **P.I.**

Gastritis leve antral secundaria a erosión de la mucosa gástrica.

Objetivo:

Disminuirá el consumo de alimentos irritantes y de todo aquello que cause alteración de la mucosa.

Intervenciones:

- Vigilar signos y síntomas de gastritis: náuseas, vómitos, pirosis y fatiga.
- Brindar apoyo físico y emocional ayudando a la usuaria y familia a sobrellevar sus síntomas.
- Vigilancia estrecha de ayuno absoluto durante horas o días, hasta que disminuyan los síntomas.
- Administrar terapia endovenosa con previa valoración e indicación médica y supervisión de Enfermería.
- Evaluar diariamente el número de electrolitos séricos.
- Cuando desaparezcan los síntomas, ofrecer trocitos de hielo, posteriormente líquidos claros.
- Tan pronto sea posible proporcionar alimentos sólidos para disminuir la necesidad de terapia endovenosa, brindar nutrición oral y reducir al mínimo la irritación gástrica.
- Conforme avanza la ingesta de alimentos, evaluar cualquier síntoma que sugiera episodios continuos de gastritis e informar al médico.
- Se prohíbe la ingestión de bebidas con cafeína, porque estimula el sistema nervioso central (SNC), que incrementa la actividad gástrica y la secreción de pepsina.
- Enseñar a usuaria y familia cuales son los alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica y prohibir el uso de los mismos.
- Evitar en lo posible la administración de algunos analgésico y/o antiinflamatorios que dañan la mucosa gástrica.

Ejecución – Delegación:

- Pasantes de Enfermería
- Familiar de la usuaria
- Médico tratante
- Personal de nutrición

Indicadores de evaluación:

- Selecciona alimentos y bebidas no irritantes.
- Se acopla al régimen dietético.
- Datos de síntomas de gastritis negativos.
- Toma medicamentos según prescripción médica.

❖ **P.I.**

Esofagitis grado III secundaria a inflamación de la mucosa por el reflujo gástrico continuo.

Objetivo:

Reducirá el paso continuo del reflujo gástrico.

Intervenciones:

- Vigilar presencia de reflujo gástrico.
- Recomendar alimentos con comidas frecuentes y de poco volumen, ya que las grandes cantidades de alimento sobrecargan al estómago y fomentan el reflujo gástrico.
- Animar a la usuaria que coma con lentitud y mástique los alimentos en la forma más completa posible, para facilitar su paso hacia el estómago.
- Recomendar que no abuse de los antiácidos que se expenden sin receta médica, ya que su uso excesivo puede causar acidez de rebote. El empleo de estos fármacos debe estar controlado por el médico, quien puede recomendar las cantidades diarias para neutralizar los jugos gástricos y prevenir la irritación esofágica.
- Administrar antagonistas de Histamina conforme a indicaciones médicas, para disminuir la irritación causada por el ácido gástrico (Ranitidina 50 mg IV c/ 8 hr).
- Prepararla física y emocionalmente para posibles pruebas diagnósticas y tratamientos a seguir; tranquilizarla comentándole los procedimientos que se efectuarán y el propósito que se persigue con ellos.
- En estos casos dicha preparación es más difícil, dado que se dispone de muy poco tiempo a raíz de las circunstancias de la lesión esofágica.
- La evaluación de las intervenciones debe ser continua y centrarse en indagar si la usuaria tiene información suficiente para participar en las actividades asistenciales, diagnósticas y de enfermería.

Ejecución – Delegación:

- Pasantes de Enfermería
- Médico responsable

Indicadores de evaluación:

- Disminuye el reflujo gástrico.
- Toma antiácidos conforme a las órdenes médicas.
- Incrementa sus conocimientos sobre el trastorno esofágico, el tratamiento y el pronóstico.

❖ **P.I.**

Duodenitis secundaria a incompetencia del esfínter pilórico que permite el paso continuo del ácido clorhídrico.

Objetivo:

Minimizará las complicaciones que conlleva la incompetencia del esfínter pilórico.

Intervenciones:

- Vigilar presencia de reflujo gástrico.
- Administración de ranitidina, previa indicación médica, ya que neutraliza secreciones gástricas.
- Sugerir a la usuaria que evite las bebidas muy frías o muy calientes y los alimentos muy condimentados, ya que estimulan es espasmo esofágico y aumentan la secreción del ácido clorhídrico.
- Evitar consumo de alcohol y tabaco, pues la nicotina reduce la secreción de bicarbonato pancreático e inhibe la neutralización del ácido gástrico en el duodeno.

Ejecución – Delegación:

- Pasantes de enfermería
- Médico responsable de la usuaria.

Indicadores de evaluación:

- Interrumpe el consumo de irritantes: Alcohol, tabaco, bebidas muy calientes o muy frías.
- Ausencia de complicaciones.

CONCLUSIONES

Se abarcarán a partir de dos puntos de vista, desde el punto de vista particular podemos expresar que debido a que no llevamos ciertas herramientas en el desarrollo de nuestra enseñanza como la valoración de Marjory Gordon, además de la utilización de técnicas de investigación tan detalladas como formato *APA*, puesto que no la llevamos como materia nos causó cierta inseguridad misma que disminuyó en el curso de titulación ya que se nos explicó detalladamente y ayudó bastante a llevar un orden en la realización del trabajo de investigación para presentar nuestro examen profesional con mayor seguridad y facilidad.

También el descubrir una nueva manera de realizar el plan de atención donde incluye además de diagnósticos de enfermería los problemas interdisciplinarios y las posibles complicaciones, lo cual nos quedó claro en el sentido de que se desligan cada vez más las acciones de enfermería, así como los diagnósticos enfermeros de los diagnósticos médicos y como tal se diferencia aún más y se independiza de las indicaciones médicas puesto que en los problemas interdisciplinarios es en donde se incluye a todo el demás equipo de salud que ayudará en el restablecimiento del usuario.

Como conclusión general se indica que de hecho se aumentaron los conocimientos teóricos sobre el *Proceso de Atención de Enfermería (PAE)* y de la historia natural de "hernia hiatal" ya que no se había seleccionado a alguien con este tipo de padecimiento para un PAE y mucho menos para un trabajo de titulación, por tal motivo se planearon cuidados de enfermería específicos a usuarios con este tipo de enfermedad.

Esto mismo nos llevó a tener cierta dificultad al momento de realizar la *Historia natural de la Enfermedad (HNE)*, por la reducida información de dicho padecimiento, como también en la obtención de datos estadísticos en el HGE e INEGI, donde se

encontró un desacuerdo en cuanto al índice de incidencia de hernia hiatal en hombres y mujeres.

Pasados estos pequeños obstáculos se creo un plan de atención, en donde a la usuaria se le hizo de su conocimiento y debido a su cooperación se llevó a cabo sin contratiempos ni dificultades y con pleno conocimiento de parte de la misma.

En general, al seguir el P.A.E. se nos facilitó y llegamos a la conclusión que el método científico es la mejor herramienta para lograr metas en la recuperación del individuo; en particular nos ayudo bastante el ser Investigadoras ya que descubrimos que todo tiene una validación para corroborar datos obtenidos lo cual le da credibilidad y fundamentos a lo encontrado previa investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alan E. Read, R. F. Harvey, J.M. Naish (1981).
Gastroenterología y enfermedades hepáticas
México, D. F: Manual Moderno.

Barbara Bates; (1992).
Examen físico

Berkow Robert (1992).
El Manual Merk
9na. Ed. Océano.

Carlos A. Zambada (1993) .
Gastroenterología una guía diagnóstica y terapéutica
México: Con fines académicos, no lucrativos.

CECIL (1987)
Tratados de medicina interna
Edición interamericana Vol. I.

Chandrasoma Parakrama (1998).
Patología general
México: manual moderno. 2da. Ed.

Clínica de Norte América (1997).
Cirugía de esófago
Vol. 5.

Córdoba Villalobos José Angel (1998).
Procedimientos endoscópicos en gastroenterología (2da. Ed.)
México: Méndez oteo.

Doctor Carlos Méndez (1998).
Guía de gastroenterología
Ed. Chicmatos, Vol. II.

Esneida Martínez, Lerma Julia (1990).
Atención primaria , Valoración del estado de salud de salud
Washington: Organización panamericana de la salud.

Fernando Quiroz Gutiérrez (1990).

Anatomía humana

Ed. Porruga.

Gerard Tortora (1996).

Principios de anatomía y fisiología (7ma ed.)

España: Clamades.

Gordon Marjory (1996).

Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación (3ra. Ed.)

Madrid España: Moshy/Doyma.

Juall, Carpenito Lynda (1996).

Diagnósticos de enfermería: aplicación a la práctica clínica (5ta. Ed.)

México: Interamericana.

Long C. Barbara (1998).

Enfermería Médico Quirúrgica

3ra. Ed.

Luis María Teresa (1996).

Diagnósticos enfermeros: un instrumento para la práctica asistencial (2da. Ed)

Madrid, España: Mosby/Doyma.

Powell W. L. Piper (1993)

Gastroenterología

Ed. Interamericana. Mc.graw-Hill.

Restepo G. J., Botero, Franco y Sierra (1997).

Gastroenterología Hepatología-Nutrición

Ed. Corporación para investigación biológicas.

Sabiston David Md. (1995).

Tratado de Patología Quirúrgica (4ta.ed.)

Vol. I.

Smeltzer S. C. Bare B.G. (1996).

Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddart (8va.ed.)

México: McGraw-Hill Interamericana.

Material mimeo: Guías de valoración de Enfermería según patrones funcionales de salud para plan de atención de enfermería.

Lic. Rendón Olgún Martha Leticia

Enfermería UNISON, 1997-99.

Material mimeo: Historia natural de la enfermedad

Lic. Hernández Villa Eva, Montaña Carlota y Salazar Rosa Elena

Enfermería UNISON, 1997.



Biblioteca Central Universitaria

ANEXOS

ANEXO 1

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

I. SECCIÓN

HISTORIA DE ENFERMERÍA

Datos básicos de ingreso

Nombre. (Siglas) _____ fecha _____ hora _____ persona para
contactar (nombre) _____ teléfono _____

Domicilio _____

Llegó de: Hogar solo _____ hogar con familia _____ sin hogar _____

Otro: _____ Especifique

Llegada: por su propio pie _____ otras _____

Motivo de hospitalización y/o solicitud de atención: _____

Ultimo ingreso en el hospital: fecha _____ motivo _____

Antecedentes

Personales patológicos y tratamientos recibidos (desde su infancia tanto médicos y/o
quirúrgicos indicados _____

Personales no patológicos como: (Inmunizaciones, acontecimientos de su
importancia del nacimiento y/o su crecimiento _____

Heredo familiares de los padres, hermanos, tíos sobre todo enfermedades padecidas y/o causas de defunción o relacionados con el motivo de su hospitalización o solicitud de atención de enfermería _____
_____(Especificar edades si hay defunciones).

Instrucciones: Llenar espacios con una X los datos que se encuentren presentes en la valoración (objetivos y subjetivos) y ampliar o describir en aquellos que requieren especificar.

1. Patrón de mantenimiento y percepción de la salud

- a) Historia de su salud _____
- b) Cómo la percibe en este momento: Bien _____ Regular _____ Mal _____
- c) Hábitos de cuidados bucodental. 3 veces al día ___ 2 o menos ___ nunca ___
- d) Hábitos de higiene general. Baño diario _____ cada tercer día _____
Otros _____ Especifique.
- cambios de ropa al bañarse _____ cambio de ropa sin baño _____
 - Lavado de manos. Si _____ No _____ A veces _____ Antes y después de comer _____ Antes y después del uso del sanitario _____
- e) Consumo de tabaco. < de 1 cajetilla al día _____ > de una cajetilla al día _____
Tiempo que fumó: _____ nunca ___ lo dejó (fecha _____
Otros (especifique) _____
- Bebidas con contenido alcohólico. Nunca _____ tipo y cantidad: al día _____
_____ ala semana _____ al mes _____
lo dejó (fecha) _____ tiempo que consumió _____

- Otras sustancias: No _____ Si _____
(especifique tipo y frecuencia).
- Presencia de alergias (a medicamentos, alimentos, ropa, etc.) No ___ Si ___
Especifique tipo de reacción _____
- Asistencia a revisión médica (aunque no se sienta enfermo)
Si ___ periodicidad _____ No _____
Revisión dental Si _____ Periodicidad _____ No _____
- Realización de ejercicio Si _____ Especifique No _____
- Tratamientos, remedios caseros o de otro tipo que lleva a cabo
No _____ Si _____ Especifique _____
- Conoce la causa de su hospitalización y el objetivo
Si _____ Especifique No _____
- Sigue el tratamiento y/o recomendaciones médicas o de enfermería
Si ___ No ___ Por que _____

f) Condiciones de la vivienda

- Material de construcción _____ Número de habitaciones _____
Usos _____ Ventilación natural ___ Artificial ___
Especifique _____
- Iluminación. Natural ___ Artificial ___
- Mobiliario. Acorde a las necesidades básicas. Si ___ No ___ Especifique _____

- Disposición de excretas en vivienda. Sanitario a drenaje ___ Fosa séptica ___
Letrina ___ Pozo negro ___ Otros _____

- Ubicación del sanitario. Afuera de vivienda. Si _____ No _____
- Aseo diario de la vivienda. Si _____ No _____ Especifique _____
- Presencia de vectores (moscas, cucarachas, roedores, etc.) No _____ Si _____
Especifique _____
- Medidas de control de vectores. Si _____ Especifique _____
_____ No _____
- Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda.
No _____ Si _____ Especifique _____

2. Patrón Nutricional Metabólico

Dieta y/o complementos específicos. Número de comidas al día _____
menú día típico (especificar tipo y cantidad)

Desayuno _____	Comida _____	Cena _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- Alimentos que desagradan: _____

- Ingestas de líquido al día _____

(especificar tipo y cantidad)

Apetito: Normal _____ Aumentado _____ Disminuido _____ (Especificar)

Presencia de náuseas _____ vómitos _____ Otros _____

- Variaciones de peso (últimos 6 meses):

ninguno _____ Aumento _____ Kg. Disminuyó _____

- Dificultades para la deglución. Ninguna ____ a sólidos ____ a líquidos ____
Especifique _____
- Problemas piel y/o cicatrización. Ninguno ____ Anormal ____ (exantemas, sequedad, exceso de transpiración, etc.) Especifique _____

- Cuero cabelludo-cabello, cambios _____ Especifique _____
- Estado de uñas _____
- Presencia de Dolor abdominal ____ agruras ____ distensión ____ sondas nasogástricas ____ succión gástrica ____ nutrición parenteral-enteral ____
Gastrostomía ____ Especifique. _____

3. Patrón de Eliminación

- Hábitos de evacuación intestinal. Frecuencia al día ____ fecha de última defecación _____ dentro de límites normales ____ uso de laxantes y supositorios _____
- Presencia de estreñimiento ____ diarrea ____ hemorroides ____ sangrado ____ ostomias especifique _____ incontinencia ____ flatulencia ____ aparatos auxiliares ____ Especifique _____
- Hábitos de evacuación urinaria dentro; de límites normales: _____
Presencia de distensión vesical ____ dolor ____ ardor ____ retención ____
Incontinencia ____ incontinencia al esfuerzo ____ urgencia diurna ____
urgencia nocturna ____ alteraciones (sangre, turbiedad) _____
_____ especifique.

4. Patrón de actividad y Ejercicio

- Ha percibido cambios en función cardíaca al realizar actividades cotidianas.

No _____ Si _____

Especifique: palpitaciones, lipotimias, presencia de marcapaso.

- Ha sentido cambios en patrón respiratorio

No _____ Si _____ Especificar.

(Fatiga, disnea al caminar, al comer, subir escalera, al estar acostado, etc.)

- Ha presentado cambios en estado vascular periférico.

No _____ Si _____ Especificar

(Distensión venosa yugular, equimosis, hematomas, varicocidades, redivenosa alterada, etc.)

- Ha percibido cambios neuromusculares

No _____ Si _____ Especificar

(Calambres, disminución de la sensibilidad, dolor, limitación del movimiento, antecedentes de fracturas, etc.)

- En los tiempos libres qué actividades realiza:

Recreativas _____ domésticas _____ Especificar (salida paseo, ver televisión, etc) _____

	0	1	2	3	4	Frecuencia/Sem.
Baño/higiene						
Comer/beber						
Vestirse/arreglarse						

		0	1	2	3	4	Frecuencia/Sem.
Evacuación	Intestinal						
	Vesical						
Caminar							
Limpieza/arreglo del hogar							
Ir de compras							
Cocinar							
Subir escaleras							
Movilizarse en cama							
Trabajar							
Ejercicio (especificar tipo)							

Nota: Valorar capacidad de realización con los siguientes valores que al ser detectados marcará con una x en la casilla que corresponda

0 = Independiente	1 = Con aparato auxiliar	2 = Ayuda de otros.
3 = Ayuda de otros y equipo		4 = Dependiente/incapacitado

5. Patrón de sueño y descanso

- Hábito. Horas de sueño nocturno _____ Horario de sueño _____
- Siesta. No ____ Si ____ Especifique tiempo.
- Apoyos para dormir (medicamentos, música, luz, etc.) Especifique _____
- Presencia de cambios de humor _____ bostezos _____ ojeras _____

Especifique _____ (En relación al sueño)

6. Cognitivo-Perceptivo

- Audición: Dentro de límites normal _____ alteración _____
sordera _____ Zumbidos _____ auxiliares auditivos _____
(en todos especifique derecho-izquierdo)
Vértigo. Si _____ No _____ Molestias y/o dolor: Ninguna _____ agudo _____
Crónico _____ tipo _____ control del dolor y/o molestias _____
_____ Especifique
- Visión: Dentro de límites normal _____ Alteración _____
Ceguera _____ prótesis _____ auxiliares externos _____
Especifique qué tipo y derecho-izquierdo.
- Olfato: Problemas para distinguir olores _____
_____ Especifique
- Memoria, intacta _____ alteración _____ Especifique
- Lenguaje: tono de voz _____ fluidez en discurso _____
Alteraciones _____ Especifique
- Cambios en sensibilidad al tacto (frío y calor, dolor) _____ Especifique
- Manera de aprender (leyendo, escuchando, con dibujos, etc.) _____
_____ Especifique
- Dificultad para tomar decisiones: No _____ Si _____ Especifique

Nota: Si observa desorientado: Reporte y considere "Riesgos de lesiones o accidentes".

7. Patrón autopercepción y concepto de sí mismo

- Preocupaciones fundamentales en relación a: hospitalización y/o enfermedad. (económicas, de autocuidado, de empleo, amputaciones, cicatrices) _____

- Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste _____
_____ Especifique
- Descripción como persona: alegre ____ seria ____ temerosa ____
optimista ____ irritable ____ otros _____ Especifique
- Conformidad con lo que es _____
- Pérdida de interés por las cosas. No ____ Si _____ Especifique
- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión. No ____ Si _____
_____ Especifique
- Pérdidas y/o cambios importantes en el último año. No ____ Si _____
_____ Especifique
- Qué le ayudaría a sentirse mejor en este momento _____
_____ Especifique

8. Patrón de rol-relaciones

- Profesión y/o ocupación _____ situación actual:
Empleado ____ desempleado ____ incapacidad temporal ____ pensionado ____
- Sistemas de apoyo: (con quien vive) cónyuge ____ vive solo ____ vecinos ____
Amigos ____ vive con familia ____ No. Miembros _____

- _____ Especifique: edad, sexo, ocupación.
- Papel que desempeña en la familia: dependiente ____ proveedor ____ cuidador ____ algún problema por ello _____
 - _____
 - Especifique con quién, a qué lo atribuye.
 - Correspondencia de la comunicación verbal con la no verbal al comunicarse: Si ____ No _____ Especifique
 - Se observan expresiones faciales acordes con lo que comunica Si _____ No _____ Especifique
 - Pertenece a algún grupo, asociación, club, etc. No ____ Si _____ Especifique

9. Patrón de sexualidad-reproducción

- Expresa algún cambio en las respuestas sexuales por la enfermedad. No ____ Si _____ Especifique. Sin vida sexual activa ____ (Nubil) ciclo menstrual _____.
- Satisfecho con el número de hijos procreados Si ____ No _____ Especifique
- Prácticas de autoexamen mamario mensual. Si ____ No _____
- Examen cervicec vaginal/prostático anual. Si ____ No _____ fecha del último _____
- Examen testicular mensual. Si ____ No ____ fecha del último _____ No corresponde _____

- Algún problema detectado. No ____ Si _____ Especifique _____
- Presencia de flujos. No ____ Si _____ Especifique _____
- Embarazada No ____ Si _____
_____ Especifique tiempo y fecha esperada de parto.
- Gestas _____ Parto _____ abortos _____ Cesáreas _____
- Menarquia _____ Menopausia _____
- Prácticas de sexo seguro. Si ____ No ____ (uso de condón, una sola pareja, abstinencia total)

10. Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés

- Expresión habitual de la tensión o preocupación (llanto, ira, congoja, molestias físicas) Especifique _____
- Acciones que realiza para controlar la tensión o la ira. (Beber, alcohol, leer, comer, fumar, tomar medicamentos, café, etc.) Especifique _____
- Frecuencia con la cual presenta estas respuestas al estrés _____
- 1-2 veces al mes ____ 1-2 veces a la semana ____ diariamente _____

11. Patrón de Valores y creencias

- Prácticas de alguna religión. No ____ Si _____ Especifique cuál _____
- Restricciones por su religión. No ____ Si ____ Cuáles _____
- Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio.
No ____ Si _____ Especificar cuál. _____
- Valores morales más importantes _____ Describa _____

II SECCIÓN

EXAMEN FÍSICO (Datos objetivos)

1. Aspecto general

Edad real ____ Edad aparente ____

Aliñada. Si ____ No ____

Facie: (dolor, angustia, aprensión) _____ Especifique

Estado de ánimo: _____ Especifique (euforia, decaído, irritable)

Estado de conciencia _____ Inconciencia _____

Responde a preguntas (colaborador) Si ____ No ____

Postura adoptada _____ (erguida, semierguida, movimiento repetitivos, gestos, libremente escogida, etc.)

* Memoria: ____ puntos

* Orientación: ____ puntos

* Estimar con: repetición de mesa = 0 león 1 guantes = 2 total 3 puntos.

* Estimar con: contesta su nombre = 0 día = 1 lugar = 2 total 3 puntos.

2. Signos vitales:

Temperatura ____ °C (axilar, rectal, oral) _____

Pulso ____ Especificar características _____

Respiración _____ Especificar características _____

T/A: _____ Especificar sitio y posición _____

3. Respiratorio/Circulatorio

- Movimientos respiratorios: Expansión torácica. Si _____ No _____
Especifique _____ (Asimetría, disociación, tiros, intercostales, etc.)
- Auscultación de campos pulmonares: Sonidos normales presentes _____
(vesiculares, broncovesiculares)
Anormales _____ Ausentes _____ Especificar en ambos, lado derecho-izquierdo (sibilancias, estertores, roncus, etc.)
Tos: No _____ Si _____ Especificar con expectoración de secreciones _____
seca _____ mucho esfuerzo _____ otros _____ Características del esputo
- Inspección y palpación de estado vascular periférico:
Red venosa _____ (Visible. No visible)
Varicosidades _____
(Coloración, temperatura) Especificar región y extensión.
Llenado capilar _____ (alterado/sin alteración
N = -3"
Catéter vascular _____ (sitio y característica)

4. Patrón Nutricional Metabólico

- Peso real: _____ Kg. Peso Ideal _____ Kgs. Talla real _____ mts.
Talla ideal _____ mts.
- Piel. Color _____ lesiones _____ cicatrices _____
edema _____ estado de uñas _____

- Cabeza. Cuero cabelludo hidratado _____ prurito _____
zonas dolorosas _____ Especificar
si hay alteraciones: protuberancias, hundimiento, heridas, proporcional, etc.

- Mucosas, bucofaríngea. Integra _____ color _____ lesiones _____
movilidad _____ reflejo nauseoso _____ hidratada _____ obstrucción _____
presencia de cánulas, mascarillas, catéter _____ Especificar
Piezas dentarias. Íntegras Si _____ No _____
Especificar piezas, sitio y tipo de alteración.

Higiene adecuada. Si _____ No _____ Especificar presencia de detritus,
halitosis, etc.)

Abdomen. Forma _____ simetría _____ masas _____
dolor _____ distensión _____ ruidos peristálticos _____ Otros _____

(visceromegalias, reflejos, cicatrices, ostomias, etc.) Especificar todos los
hallazgos.

Nota: Algunos datos podrán ser recolectados en valoración subsecuente y/o partir de
patrones que impliquen procesos vitales mientras se estabiliza la condición del usuario, así
como la valoración de perímetros cuando sea necesario.

5. Patrón de eliminación

- Intestinal y Urinario

Defecaciones. Frecuencia _____ características normal. Si _____ No _____

Especificar: duras, semilíquidas, líquidas, con sangre, parásitos, cantidad, s/pastosas, c/dolor, etc. _____

Región perianal. Integra _____ con lesiones (describir) _____

- Orina. Frecuencia _____ características normal. Si _____ No _____
 _____ Especificar, cantidad, sangre, color, turbiedad, etc.

- Dolor a la micción. No _____ Si _____ Ardor _____

- Región Perineal. Integra _____ con lesiones (describir) _____

- Presencia de sondas u otros dispositivos _____

Especificar tipo y estado de la región

Nota: Inspección y auscultación de región genital en caso de detección de alguna señal en la alteración de este patrón desde el momento de la historia de enfermería.

6. Patrón cognitivo-perceptivo

Visión, audición, olfato y tacto. Visión normal 20/20 (6 mts.) _____
 disminuida (especificar) _____ ojo derecho _____

ojo izquierdo _____ reflejos pupilares presentes y simétricos en ambos

ojos _____ asimétricos. Especificar O.D. O.I. _____

ojos limpios _____ secreciones _____ conductos lagrimales permeables _____

obstrucción _____ ceguera total _____ lesiones _____ Especificar

Oído externo íntegro _____ (forma, proporción, integridad, etc.)

Alteraciones _____ Especificar:

deformidades, hiperemia, obstrucción.

Limpios Si _____ No _____ Especificar _____

Audición intacta al susurro/prueba del diapasón. Si _____ No _____

Especificar: a + de 30 cms. Lateralización derecho/izquierdo.

Olfato intacto a la prueba del olor y reflejo de estornudo (alcohol y pluma de algodón) Si _____ No _____ Alteración _____ Especificar _____

Tacto: sin alteración a la prueba de sensibilidad. Si _____ No _____ Especificar al calor/frío/dolor. _____

* al dolor estimar intensidad con escala del 1-5 (1= tolerable; 5 = intolerable) _____

7. Patrón actividad-ejercicio

Capacidad de movilización:

Completa _____ Incompleta _____ (describir de acuerdo a arco de movimientos en articulaciones)

Marcha: estable _____ inestable _____

Con aditamentos _____ (Especificar muletas, andadera, bastón, pasamanos, etc)

Fuerza en manos: igual _____ fuerte _____ débil _____ piernas: igual _____

fuerte _____ débil _____ Especificar contrarresistencia, contragravedad, etc.

Reflejos osteotendinosos:

Bicipital presente _____ ausente _____ especificar _____

Rotuliano _____ Ausente _____

Aquiliano _____ Ausente _____

Otros (Especificar) _____

Ausencia de miembro _____ total _____ parcial (Describir donde y tipo) _____

Parálisis _____ Especificar lugar y magnitud

Lesiones en sitios de presión: _____

(describir, tipo y magnitud valorando desde occipucio hasta talón de Aquiles)

8. Patrón de sexualidad-reproducción

- Integridad de genitales externos Si _____ No _____ Especificar: lesiones
episiofrafias, circuncisión, fimosis, flujos, sangrados, características. _____

Reflejos cremasteriano Si _____ No _____ No corresponde _____

- Mamas: Forma _____ Simetría _____ Piel _____ Prominencias _____

Dolor _____ galactorrea _____

- Embarazo No _____ Si _____ Especificar y
focalizar.

III SECCIÓN

**DATOS OBJETIVOS DE FUENTES SECUNDARIAS (En relación con patrones
funcionales de salud) (Resultados de exámenes de laboratorio o imagenología)**

1. Patrón Nutricional Metabólico

Resultados de Biometría Hemática. Química Sanguínea. Glucemia.

Otros _____ (Listar)

2. Patrón de Eliminación-Intestinal.

Exámenes: Coproparasitoscópico, coprocultivo, guayaco.

Otros _____

Urinario: Exámenes: General de orina, urocultivo, creatinina urea, nitrógeno v.

U. Electrolitos, otros _____

3. Patrón de Actividad-Ejercicio

Exámenes. Enzima cardiacas, gases arteriales, p. de coagulación, otros _____

_____ (pruebas de esfuerzo,
Glasgow EKG, pruebas de función pulmonar)

4. Resultados de estudios citológicos, patológicos, y/o de Imagenología

(papanicolau, biopsias, exudados, Rx, Tac, ultrasonidos, etc.) se anotarán las interpretaciones que halla descrito el profesionista que lo realizó y/o quien firme el documento consultado.

Adaptado por: Lic. Enf. Martha L. Rendón Olguín
1997. (En validación desde 1997-2 en el Depto)

Diseñado por: Marjory Gordon (1998), citado por: Carpenito L.J. y

Alfaro M. Y Lic. Rodríguez V. Y Galindo Cruz (1994)

UANL, Monterrey

M.A. Cabrera Aida. Notas Didácticas Mimeo 1996.

ANEXO 2

PLAN E INFORME DE VISITA DOMICILIARIA

JUSTIFICACION

Al efectuar la visita domiciliaria nos podemos dar cuenta de los diferentes factores de riesgo existentes, que predisponen a una probable recaída del usuario; además es de suma importancia porque nos permite observar con atención las condiciones generales en las que vive y que influye directamente con su tratamiento, así también, para conocer su situación económica, acceso a servicios médicos y a su vez corroborar los datos que se obtuvieron durante la valoración.

OBJETIVOS

- Corroborar datos expuestos con anterioridad por parte de la usuaria.
- Observar condiciones generales de la vivienda.
- Detectar posibles causas que interfieran en la recuperación de la usuaria.
- Establecer contacto directo con la familia.
- Dar a conocer algún tema de salud, tomando en cuenta las necesidades de información e interés de la usuaria y/o familia.

METODOLOGIA

Lugar: Ave. Noé Revilla # 19 Col. Mirasoles. Tel: 59-03-00

Límite de tiempo:

- Fecha: 14 de enero del 2000.
- Hora: 17:00 horas.
- Duración: 60 minutos.

Universo de trabajo: M.M.E.B. y familia.

Recursos Humanos: Sofia Claudia Rubalcava Limón.

Rosario Paola Acosta Torres.

Recursos Materiales: Libreta, lápiz, pluma, Guía de la visita, Vehículo particular, Transporte urbano, equipo de signos vitales, equipo de Diagnósticos, entre otros.

R E S U M E N

La visita domiciliar se llevó a cabo el día 14 de enero del 2000 a las 17 horas en el domicilio antes mencionado.

Identificamos el domicilio y llamamos cordialmente a la puerta, recibiéndonos la usuaria, ante quien nos identificamos como pasantes de enfermería de la universidad de sonora (de hecho ya nos conocíamos, en el HGE), le explicamos el motivo de nuestra visita y solicitamos su consentimiento para realizarla.

Una vez en el interior del domicilio se inició la conversación acerca de los productos que más vendía en su abarrotes, informando que sería necesario tomar nota para evitar que se olviden algunos comentarios.

Se cuestionó a la usuaria sobre su estado de salud, a lo que respondió que actualmente siente molestias en epigastrio y ocasionalmente dolor de cabeza. También se indagó sobre sus relaciones interpersonales, percibiéndose una buena y agradable relación con su único hijo, amigos y vecinos, sobre todo con sus clientes, ya que durante el transcurso de la visita se observó a la gente que asistió al abarrotes.

Se le recordó acerca de la importancia de las indicaciones médicas; mientras se conversaba con la usuaria, a la vez se observaban características de la vivienda con la intención de detectar posibles factores de riesgo.

Mientras M.M.E.B. nos preparaba "té de manzanilla", verificamos que los datos proporcionales durante la valoración eran correctos.

Por último, nos despedimos de ellas, estableciendo un vínculo de confianza y comunicación dejando las puertas abiertas para una próxima visita si fuese necesario.

NOTA: Posteriormente, fueron necesario dos visitas más para dar seguimiento a algún caso especial.



Biblioteca Central Universitaria

ANEXO3

HISTORIA NATURAL DE HERNIA HIATAL

CONCEPTO

El padecimiento de hernia hiatal según se define desde el concepto más sencillo que es "una protusión del estómago por encima del diafragma" (Berkow, Fletcher; 1994), hasta definirlo de manera más extensa como "este defecto es la herniación de un órgano abdominal, por lo general el estómago a través del hiato esofágico del diafragma (Sabiston 1995) el cual también establece dos tipos:

Tipo Uno.- Por deslizamiento.

Tipo dos.- Verdadera herniación del estómago hacia un saco peritoneal.

Mendez y Powell (1993) coinciden en la clasificación y agregan un tercer tipo: la mixta o hernia combinada, siendo esta no muy común. Además de que las hernias hiales son más frecuentes y aparecen en 30 a 50 por ciento de individuos sanos y en 24 a 80 por ciento de usuarios con molestias abdominales superiores, siendo un 10 por ciento de los jóvenes, mientras el 50 por ciento de personas de 50 años la padecen (Mendez, 1998), encontrándose una mayor incidencia en sexo femenino en comparación con el masculino (Restrepo, Botero, Franco y Sierra; 1997).

PERIODO PREPATOGENICO

> AGENTES

Agente Biológico Endógeno:

Sabiston (1995) atribuye a la anomalía congénita en la unión esofagogástrica como causa de hernia hiatal. Mientras tanto (Restrepo, Botero, Franco y Sierra; 1997) dicen que es congénita o adquirida por una debilidad al nivel del hiato, por ello se considera biológico endógeno.

Agente Químico Endógeno:

Se ha considerado a la acción del ácido clorhídrico (HCL) como causa del trastorno.

Agente mecánico:

Se considera a los traumatismos en la región toracoabdominal que provoquen alteración del acomodo de los órganos internos (Restrepo, Botero, Franco y Sierra; 1997), así como también daño a la región del hiato por utilizar corset o fajas y tratamientos quirúrgicos como la vagotomía y la xiloescoliosis y el ejercicio físico violento (Read, Harwey y Naish; 1981).

Agente Psicológico:

La tensión emocional favorece la sobreproducción de HCL, por lo que este agente infiere en individuos de carácter nervioso (Sabiston 1995).

➤ **HOSPEDERO**

EDAD:

Se menciona (Sabiston 1995) a niños con anomalías congénita, así como adultos mayores de 50 años con laxitud de los tejidos.

SEXO:

Se dice que ocurre en ambos sexos, pero es más frecuente en el femenino, por los embarazos ya que implica un aumento de la presión intrabdomial (Sabiston 1995).

ESTADO NUTRICIONAL:

Sabiston 1995, indica que las persona estan más predisuestas porque en ellos aumenta la cantidad de tejido adiposo peritoneal y epiplon.

➤ **MEDIO AMBIENTE**

SOCIOECONÓMICOS:

Este factor influye determinadamente ya que hay mayor número de casos en medios estresantes, competitivos, predominando en grandes ciudades y regiones con inestabilidad social y política (Sabiston 1995).

FACTOR CULTURAL:

Contribuye bastante, ya que los hábitos y costumbres son determinantes en cuanto a la alimentación, porque la comida irritante y condimentada fomenta el daño al aparato digestivo; así como los horarios para ingerir alimentos y el tomar siestas inmediatamente después de comer.

PERIODO PATOGENICO

LOCALIZACIÓN Y MULTIPLICACIÓN DEL AGENTE:

Este tipo de hernia es de crecimiento progresivo (Sabiston 1995). La malformación de los tejidos membranosos darán lugar a la unión esofagogastrica que llevará a una incompetencia del esfínter gastroesofágico con su consecuente abertura (Vicente Guarner, 1983), él mismo señala que la sobreproducción de HCL lleva a una esofagitis irritativa con su consecuente inflamación y aumento de presión intrabdominal.

También se menciona (Méndez 1998) que un tratamiento quirúrgico lleva al desarrollo de hernia del hiato con su respectivas consecuencias que implican aumento de la presión intrabdominal.

En lo que respecta a *la psique* por comportamiento competitivo y nervioso, así como en comer en exceso inducido por ansiedad y malos hábitos, provoca la

sobreproducción del ácido clorhídrico e inicia un proceso de irritación sobre la mucosa esofágica.

ALTERACIONES TISULARES:

Sabiston 1995, menciona en la hernia hiatal tipo I se altera porque una extensión de la fascia endoabdominal pasa a través del hiato lo que permite que una pequeña porción del cardias gástrico se deslice hacia el hiato esofágico. En la tipo II todo el estómago experimenta herniación completa hacia arriba en el saco, de manera que el píloro queda cerca del cardias. Lo cual predispone a vólvulo gástrico.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS INESPECÍFICAS

Molestar generalizado, náuseas, vómitos, sensación de plenitud, anorexia, fatiga, molestias vagas en región abdominal.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS ESPECÍFICAS

Entre los signos y síntomas considerados (Sabiston, 1995) menciona que hay dolor en epigástrico, quejas de plenitud después de las comidas, ruidos o gorgoteos en tórax, lentitud para el paso del alimento por el esófago distal, saciedad precoz y vómitos postprandiales.

COMPLICACIONES

La estasis en el saco gástrico encarcelado produce erosión de la mucosa gástrica y da por resultado una úlcera gástrica aguda o crónica en el saco o superpuesta en los bordes diafragmáticos (úlcera cabalgante) la cual puede sangrar o perforarse (Sabiston, 1995).

Esofagitis péptica que comúnmente se encuentra en el esófago inmediatamente arriba de una hernia por deslizamientos, úlcera péptica en el caso de una hernia paraesofágica; anemia, bronquitis por aspiración y neumonitis recurrente por el

contenido gástrico que regurgita libremente hacia el esófago durante el sueño (Red, Harvey, y Naish, 1983).

La hemorragia masiva en el caso de la hernia hiatal tipo II por resultado de la úlcera gástrica, produce frecuentemente una anemia crónica inexplicable; en este tipo de hernia avanzada hacia una hernia gigante tipo II con un estómago intratorácico completamente volteado (SIC), con el crecimiento progresivo de la hernia a través del hiato, se estiran las inserciones restantes de la membrana frenoesofágica de tal modo que es común encontrar una hernia combinada o tipo III, en este caso la herniación tiene un componente por deslizamiento y uno paraesofágico, con un saco grande penetran en él otros órganos como el colon, bazo, páncreas o intestino delgado y se origina la hernia tipo IV complicada (Sabiston, 1995).

La hernia asociada con úlcera gástrica (Vicente Guarner, 1983) desempeña un papel importante por la compresión del diafragma contra el estómago dificulta el vaciamiento del mismo, dando lugar a una distensión gástrica dentro del tórax ocasionando estrangulamiento del estómago herniado con perforación, produciendo una gravísima (SIC) mediasfinitis.

Mendez (1998) dice que se presentan también alteraciones cardíaco respiratorias, en donde puede haber fibrilación auricular consecutiva a la irritación producida por el reflujo gastroesofágico, las estimulación de las terminaciones nerviosas pueden dar lugar a alteraciones coronarias, taquicardias, síncope, disnea y cianosis. Otras complicaciones respiratorias de tipo neumonía, fundamentalmente se presentan en personas obesas y ancianas.

Muerte

El vólvulo gástrico da lugar a (obstrucción gástrica o) estrangulación que puede ocasionar muerte repentina en la hernia paraesofágica o tipo II. Por insuficiencia respiratoria debido a dilatación gástrica intratorácica (Sabiston, 1995)

Estado crónico

Se piensa que la recurrencia depende del adelgazamiento de los tejidos por la hernia grande en la hernia hiatal tipo II, la estasis en el saco gástrico encarcelado produce erosión de la mucosa gástrica y da por resultado una úlcera gástrica crónica (Sabiston, 1995)

Recuperación

En la hernia hiatal tipo I como tipo II sobre todo después del tratamiento quirúrgico se recomienda que no tome cenas abundantes y no acostarse antes de dos horas después de haber tomado el último alimento, suspender el cigarro y alcohol disminuye el tono del esfínter esofágico inferior, evitar el estreñimiento con movilización y ejercicio, y tomar abundantes líquidos aumenta la presión intrabdominal, disminuir el consumo de sal ya que favorece la retención de líquidos. En cuanto a dieta evitar ciertos alimentos que producen pirosis como las grasas, pan (por contenido de levadura), dulces, alimentos condimentados y tomate. El contenido de proteínas es importante ya que favorece el tono del esfínter esofágico inferior. La dieta blanda baja en grasas e hidratos de carbono; normal en proteínas y aporte calórico de acuerdo con el peso del enfermo (Villalobos, 1998)

PREVENCIÓN PRIMARIA

Fomento de la salud; primer nivel de aplicación dirigida a toda la población: aplicar medidas generales para mantener o mejorar la salud en general, la labor no es específica contra ninguna enfermedad.

1. Educación para la salud higiénica: Enfocada a muy diversas áreas; aseo personal, aseo del hogar, educación ecológica, uso adecuado de los diferentes servicios públicos (agua, luz, etc.), elaboración adecuada de los alimentos, separación de basura orgánica e inorgánica.

2. Nutrición adecuada a las diferentes etapas o fases del crecimiento y desarrollo.

- ◆ Alimentación suficientemente completa equilibrada, variada, atractiva y no contaminada.
- ◆ Investigación de disponibilidad y consumo de alimentos.
- ◆ Servicios directos de alimentación para los sectores mas vulnerables.

3. Atención al desarrollo de la personalidad

- ◆ Orientación a la población del desarrollo de la personalidad, de acuerdo a la etapa de vida en todo los ámbitos.

4. Provisión de condiciones adecuadas de vivienda, recreación y ambiente laboral.

- ◆ Agua potable, disposición sanitaria de excretas y basura, control de fauna nociva, saneamiento de la vivienda, supresión de contaminantes ambientales, saneamiento de sitios de recreación.

5. Educación de la sexualidad

Encaminada principalmente a niños y adolescentes.

- Métodos anticonceptivos.
- Localización y función de órganos reproductores.

6. Exámenes periódicos

- ◆ Fomentar la conducta de la valoración periódica del estado de salud para detectar cualquier posibilidad de deterioro de la misma.

7. Consejo genético: A cualquier pareja, que requiere consejo antes de iniciar el proceso de reproducción.

PROTECCION ESPECÍFICA

Grupos de riesgo o personas susceptibles: es donde se colocan barreras para interceptar las causas antes de que lleguen al individuo.

ACTIVIDADES:

- ◆ Individuos obesos, dieta hipocalórica para bajar de peso, iniciar un programa de ejercicios.
- ◆ Ancianos levantar cabecera de la cama, no dormir inmediatamente después de comer, evitar comidas abundantes, hacer ejercicio moderado antes de acostarse, no utilizar prendas de vestir muy apretadas.
- ◆ Protección contra riesgos ocupacionales:
En trabajos muy estresantes como en enfermería que trabaja en la unidad de cuidados intensivos no deben de estar por más de 4 años en ese servicio.
- ◆ Uso de nutrientes específicos:
Individuos con molestias gástricas, poner especial énfasis a la dieta, hipograsa, hipocalórica y no muy condimentada.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO

La hernia tipo I. Se descubre por lo general cuando se busca otro diagnóstico. Por casualidad ya que el 50 por ciento de los usuarios la padecen de manera asintomática, aún sin embargo al diagnosticarse se le debe poner especial cuidado para que no evolucione a tipo III. El estudio radiológico es fundamental para precisarlo y el estudio endoscópico es conveniente para conocer el grado de esofagitis, así como intensidad de reflujo gastroesofágico. La manometría es importante para precisar el grado de insuficiencia del esfínter esofágico inferior.

TRATAMIENTO OPORTUNO

Las medidas de orden terapéutico que se le da a una hernia tipo II es quirúrgico, se aconseja la corrección quirúrgica por el peligro de complicaciones catastróficas repentinas. Es quirúrgico en virtud de que no hay un tratamiento eficaz para este padecimiento (Sabiston, 1995).

Limitación del daño: El tratamiento inicial no quirúrgico se aplica en la hernia por deslizamiento (tipo I) como cambios en los hábitos alimenticios, al dormir levantar la cabecera de la cama o elevar el colchón al nivel de la mitad de la cama, evitar comidas abundantes, no acostarse antes de 2 horas después de haber ingerido el último alimento, hacer ejercicio moderado, no utilizar prendas de vestir apretadas (Villalobos, 1998)

Especial énfasis en la dieta ya que es necesario para desaparecer la sintomatología, cuando el usuario la ha seguido por el tiempo necesario para bajar de peso (Méndez, 1998), (Villalobos, 1998)

PREVENCIÓN TERCIARIA

Se recurre a Tx dietético como alimentación hipocalórica, hipograsa y no cítricas, tampoco condimentos e irritantes.

Se promueve el ejercicio para la disminución y estabilización ideal del peso, cambio de hábitos y costumbres combinado con tratamiento de sostén antes mencionado.