# 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: | COMIDA: | CENA: |
|---|---|---|
| * Cereal (all-bram) 100 gr.<br>* Licuados de manzana o plátano con leche 350 ml.<br>* Un sandwich 300 gr.<br>* Huevos cocidos 200 gr.<br>* Tortillas de maíz 50 gr. | * Consomé y caldos con verdura 300 gr.<br>* Guisados de carne y ensaladas verdes 200 gr.<br>* Tortilla o pan 100 gr.<br>* Frutas de la temporada. | * 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 aclaro 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 orine 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.

V. PATRON DE SUEÑO Y DESCANSO:

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. PATRÓN 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 Sicología; 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 si 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.-PATRÓN 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. PATRÓN 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 y decúbito dorsal con semifowler.

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 obscuro, limpio, dócil, brillante, ocasionalmente sufre de migraña.

Mucosa bucofaríngea integra, 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 paniculo 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 hiatal. Ruidos peristáticos 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 iscóricas y normoreflexicas, ojos limpios, conductos lagrimales permeables.

El cuerpo del pabellón auricular es semiduro, fácilmente movible, 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 aquíleano 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/1 | 135 – 141 |
| Potasio K | 4.9 | Meq/1 | 3.6 – 5.1 |
| Cloruro Cl | 103 | Meq/1 | 95 – 109 |
| Calcio Ca | 10.2 | Meq/1 | 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 puntilleo eritematoso y escasas huellas de sangrado puntiforme submocoso, 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
- Duodenites leve

Comentario: No hay sangrado activo

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 parestesia 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.

VI. PATRÓN COGNITIVO – PERCEPTIVO:

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 lesión por "acumulo de tensión".

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, práctica 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.

Lo más importante para ella es "estar en paz con Dios, evitar chismes, criticas, 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 cloríhidrico.

## 3.4 PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NOMBRE: E.M.M. SEXO: Femenino No. DE CAMA: 13 FECHA DE INGRESO: 14 de enero del 2000.
SERVICIO: Cirugía mujeres DX. MÉDICO: Hernia hiatal EDAD: 59 años. TRAT. MÉDICO: Farmacoterapia y dietoterapia

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA | OBJETIVOS PARA LA USUARIA | INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | EJECUCIÓN DELEGACION | INDICADORES DE EVALUACIÓN | RESULTADOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 dolor, incomodidad, protección de abdomen, postura semierguida y facies de dolor. | Controlará y expresará de forma verbal disminución del dolor en 3 días. | *Valoración de intensidad del dolor con escala númerica del 0 al 10, para el 15 de enero del 2000.<br><br>*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.<br><br>*Demostración de un plan alimenticio dividido en cuartos: 8-10-14-18hrs<br><br>*Indicarle que permanezca de pie durante una hora después de cada alimento: 9-11-15-19hrs.<br><br>*Demostración de elevación de cabecera de la cama con bloquesque formen un ángulo de 30 - 45 °.<br><br>* Centralizar la atención en otras actividades de su preferencia como: dialogar, leer, y/o tocar temas de su intéres.<br><br>* Proporcionar un ambiente terapéutico en base a cambios de ropa, de cama y de vestir; evitar ruidos inecesarios<br><br>* Proporcionar una posición cómoda brindando apoyo para el logro de la misma.<br><br>* Medir signos vitales: diaforesis, palidez e hipotensión. | Pasantes de enfermería<br>Claudia Rubalcaba<br>Paola Acosta<br><br>Médico responsable | Facie de relajación.<br>Expresión verbal de comodidad. | El dolor disminuyó a un nivel de 5 en escala del 0 al 10. |

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA | OBJETIVOS PARA LA USUARIA | INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | EJECUCIÓN DELEGACION | INDICADORES DE EVALUACIÓN | RESULTADOS |
|---|---|---|---|---|---|
| Riesgo de aspiración<br>R/C incompetencia del esfinter Esofágico y aumento de la presión intragástrica. | No presentará signos ni sintomas de aspiración durante su padecimiento. | *Fraccionar la ingesta y masticar bien los alimentos antes de deglutirlos, hasta 10 veces.<br><br>*Enseñarle: a comer con la espalda erguida para facilitar el tránsito esofágico.<br><br>*No acostarse hasta 2 horas después de comer.<br><br>*Evitar ropas comprensivas.<br><br>*Evitar decúbito supino sobre todo después de comer porque horizontaliza el esófago.<br><br>*Comer con la espalda erguida.<br><br>*Evitar extreñimiento y obesidad, por lo que esto conlleva a un aumento de la presión abdominal, estimulándole a beber líquidos de uno a dos litros diarios.<br><br>*Dormir con la cabezera de la cama en posición de fowler.<br><br>*Evitar posturas que impliquen la hiperextensión de la cabeza.<br><br>*Orientar en caso de aspiración maniobra de Heimlich en sesión demostrativa de 30 minutos durabte 2 días. | Pasantes de enfermería<br>Claudia Rubalcaba<br>Paola Acosta. | Identifica más de 5 intervenciones principales para evitar la aspiración.<br>Incrementa su acervo de cuidados a cerca de su padecimiento. | Se logra al 100 porciento |

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | OBJETIVOS PARA LA USUARIA | INTERVENCIONES DE ENFERMERIA | EJECUCION DELEGACION | INDICADORES DE EVALUACION | RESULTADOS |
|---|---|---|---|---|---|
| Retención urinaria R/C inhibición voluntaria del reflejo de micción M/P globo vesical, micciones con escasa orina, dolor y ardor. | Recuperará el patrón de eliminación urinaria habitual dentro de la primera semana. | *Orientación sobre ejercicios de los musculos elevadores del ano para identificación del reflejo de micción, 2 c/24 por 3 minutos diariamente.<br><br>*Registro diario de la ingesta de líquidos en un listado elaborado conjuntamente para el día 15 de Enero.<br><br>*Registro de las micciones durante el tiempo estipulado.<br><br>*Registro de las micciones durante el tiempo para estimular el reflejo de micciones.<br><br>*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.<br><br>*Asegurar una elimulación intestinal regular mediante una dieta rica en residuos y fibra ya que la presencia de heces en el recto puede ejercer presión sobre la vegiga 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. | Pasante de enfermería<br><br>Médico responsable | Ausencia de globo vesical. Presenta cuatro micciones al día y una diuresis en 24hrs. de 1200 a 1500 ml, sin dolor. | Se logro en un 70 ya que la usuaria comenta requerir de más tiempo para un cambio total de sus hábitos de eliminación urinaria. |

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | OBJETIVOS PARA LA USUARIA | INTERVENCIONES DE ENFERMERIA | EJECUCION DELEGACION | INDICADORES DE EVALUACION | RESULTADOS |
|---|---|---|---|---|---|
| Deterioro de la deglución<br>R/C incompetencia del esfinter esofágico<br>M/P referencia verbal de no poder tragar bien alimentos sólidos. | Informará y demostrará una mejoría de su capacidad de deglución gradualmente en 3 semanas.<br><br>La familia explicará la forma de actuar en caso de aspiración de alimentos durante la ingesta, para el día 16 de Enero. | *Determinar conjuntamente que alimentos son los que generan más problemas y confeccionar una dieta equilibrada que se ajuste a las limitaciones existentes.<br><br>*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.<br><br>*Fraccionar la ingesta y masticar bien los alimentos antes de deglutirlos.<br><br>*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.<br><br>*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.<br><br>*Durante el horario de las comidas mantener un entorno tranquilo, sin prisas ni distracciones.<br><br>*Motivarla para que se concentre en el acto de comer y piense en cada uno de los pasos que está realizando.<br><br>*Valorar si es preciso explicar-demostrar:<br>- Pasos del proceso de deglución<br>- Signos y síntomas de problemas respiratorios secundarios a la broncoaspiración. | Pasantes de enfermería.<br><br>Familia de M.M.E.B.<br><br>Personal de nutrición. | Describe el tipo de alimentación que debe ingerir y la forma en que debe hacerlo.<br><br>La familia identifica las situaciones de riesgo de aspiración y las precausiones que han de tomar para evitar la misma.<br>Ausencia de vómitos y disminución de reflujo gastroesofágico | Se logro el 95 porciento, debido a que aún presenta periodos de vómito ocasionalmente. |

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA | OBJETIVOS PARA LA USUARIA | INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | EJECUCIÓN DELEGACION | INDICADORES DE EVALUACIÓN | RESULTADOS |
|---|---|---|---|---|---|
| | | *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. | | | |

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA | OBJETIVOS PARA LA USUARIA | INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | EJECUCIÓN DELEGACION | INDICADORES DE EVALUACIÓN | RESULTADOS |
|---|---|---|---|---|---|
| Fatiga R/C aumento de los requerimientos de energía para realizar las actividades de la vida diaria, excesiva demanda social y de rol cuidador.<br>M/P expresión facial, corporal y verbal de cansancio y necesidad de reposo constante. | Experimentará una reducción del nivel de fatiga al realizar las actividades de la vida diaria en un plazo de una semana.<br><br>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. | *Identificación de las causas de la fatiga.<br><br>*Llevar un registro diario de las actividades que la causan.<br><br>*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 fácil de quitar y poner, etc.)<br><br>*Comprobar si existen actividades que aumenta la sensación de fatiga realizando 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.<br><br>*Determinar si algunas de ellas pueden omitirse.<br><br>*Planificación actividades que se van a realizar en un listado en charla el día 30 de enero del 2000,<br><br>*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.<br><br>*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. | Pasante de enfermería<br><br>Médico responsable | Identifica 3 actividades que le causan fatiga.<br><br>Expresión verbal de vigor y comodidad.<br><br>T/A 110/60- 120/85.<br><br>F.C. 62-70 x' y F.R. 20-28 x'.<br><br>Lleva a cabo el programa de actividades planeadas. | Se logró en un 80 porciento en el tiempo planeado debido a una deficiente interacción familiar. |

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | OBJETIVOS PARA LA USUARIA | INTERVENCIONES DE ENFERMERIA | EJECUCION DELEGACION | INDICADORES DE EVALUACION | RESULTADOS |
|---|---|---|---|---|---|
| | | *Recomendación del cese de las actividades físicas por lo menos dos horas antes de acostarse.<br><br>*Animar a realizar de manera indpendiente todas las actividades que tolere; no apurarla, darle el tiempo que necesite, proporcionar la ayuda necesaria evitando la sobreprotección dando una orientación fidedigna en base a lo investigado.<br><br>*Elaborar conjuntamente un programa para el aumento gradual de la actividad física de tal manera que se incremente la tolerancia; evaluar periodicamente los logros obtenidos, ajustando el programa de acuerdo a los resultados.<br><br>*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 sedente, etc.<br><br>*Llevar un registro diario de los signos vitales y la aparición de cambios físicos después de cada actividad, todos los turnos. | | | |

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | OBJETIVOS PARA LA USUARIA | INTERVENCIONES DE ENFERMERIA | EJECUCION DELEGACION | INDICADORES DE EVALUACION | RESULTADOS |
|---|---|---|---|---|---|
| Afrontamiento individual inefectivo R/C crisis económica y situaciones de transcisión y /o crisis.<br>M/P incapacidad para aceptar comportamientos de la familia. | La usuaria y su familia demostrarán conductas más positivas para afrontar la situación gradualmente. | *Determinar conjuntamente las repercuciones que la situación económica que esta viviendo ha tenido en su vida diaria y la forma de usar los recursos que dispone para reducirlas o solucionarlas.<br><br>*Mantener y establecer una relación personalizada, basada en la confianza y el respeto mutuo, en sesiones diarias de 25min. c/u.<br><br>*Crear un ambiente agradable en donde la usuaria se sienta segura; evitar comentarios que pudieran inducir a pensar que su conducta se considera poco inteligente o exagerada.<br><br>*Programación de reuniones conjuntas para obtener la colaboración de la familia, el día 16 de enero del 2000 a las 10:00a.m.<br><br>*Estimular la libre expresión de sentimientos (coraje, ira, rencor, envidia, etc.) a fin de ayudar a eliminar gradualmente las emociones negativas. | Pasante de enfermería<br>Familia de la usuaria. | Enlista 5 recursos para afrontar la situación económica.<br><br>La familia reconoce la existencia del problema y manifiestan sus deseos de participar activamente en el plan terapéutico.<br><br>La usuaria y su familia identifican la situación de disfunción familiar.<br><br>Expresan sentimientos ante la situación. | Se logró al 100 porciento. |

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA | OBJETIVOS PARA LA USUARIA | INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | EJECUCIÓN DELEGACION | INDICADORES DE EVALUACIÓN | RESULTADOS |
|---|---|---|---|---|---|
| | | *Convocar a una reunión familiar para abordar los siguientes puntos:<br><br>-Ayudar a identificar conjuntamente los factores que han generado la situación problemática y repercusiones que tiene para cada miembro de la familia.<br><br>-Establecer prioridades de la familia y redistribuir las tareas familiares.<br><br>-Pactar un acuerdo mutuo de ayuda para diseñar y seguir un plan de cuidados.<br><br>-Permitir y estimular la expresión de sentimientos como colera, culpa, frustración.<br><br>-Reconocer y elogiar las iniciativas que aporte cada miembro de la familia. | | | |

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA | OBJETIVOS PARA LA USUARIA | INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | EJECUCIÓN DELEGACION | INDICADORES DE EVALUACIÓN | RESULTADOS |
|---|---|---|---|---|---|
| Temor R/C falta de conocimiento sobre su enfermedad y rehabilitación.<br>M/P comunicación verbal constante del deseo de aprender sobre su padecimiento actual. | Referirá una disminución o desaparición del temor al adquirir los conocimientos deseados y necesarios.<br><br>Incrementará su conocimiento sobre el trastorno posteriormente a la explicación del mismo.<br><br>La familia manifestará comprensión del temor de la usuaria y demostrarán sus habilidades/ conocimientos necesarios para ayudarla en tanto disminuye o desaparece el temor. | * Ayudar a manifestar claramente su temor y el porque de éste.<br><br>*Valorar la realidad de la situación e identificar los aspectos que pueden ser cambiados y los que no.<br><br>*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.<br><br>*Favorecer que se familiarice con el entorno puesto que es un ambiente desconocido; explicarle las reglas del hospital y normas de funcionamiento.<br><br>*Prepararla física y psicológicamente para las pruebas diagnósticas, tratamiento y posible operación, comentandole todos los procedimientos que se efectuarán y el propósito que se percibe con ellos.<br><br>*Establecer conjuntamente las necesidades de aprendizaje, una vez identificadas brindar toda la información que necesite o solicite, evitando las mentiras "tranquilizadoras"<br><br>*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.<br><br>*Reconocer y reforzar los logros alcanzados y el esfuerzo realizado. | Pasante de enfermería<br>Claudia Rubalcaba<br>Paola Acosta<br><br>Médico responsable | Enlista verbalmente 3 agentes que causan la enfermedad.<br>Expresa verbalmente sus conocimientos sobre el padecimiento actual. | Se logró en un 95 porciento ya que el horario de las actividades planeadas en conjunto con la familia interfiere en el horario de su trabajo y/o escuela.<br><br>Disminuyo el temor al afrontar la situación y sentimientos.<br><br>La familia colaboro al realizar las actividades planeadas, según sus posibilidades. |

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA | OBJETIVOS PARA LA USUARIA | INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | EJECUCIÓN DELEGACION | INDICADORES DE EVALUACIÓN | RESULTADOS |
|---|---|---|---|---|---|
| | | *Favorecer el aprendizaje mediante un entorno tranquilo y sin interrupciones, retroalimentación frecuente de lo anteriormente explicado.<br><br>*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 agrado mismas que se llevarán a cabo 2 veces al día (10:00 am - 17:00 hrs.), durante 15 o 20 minutos.<br><br>*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.<br><br>*Averiguar si desea ayuda espiritual y facilitarle su obtención mediante visitas, presencia de sacerdote, intimidad para meditar, etc.<br><br>*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.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 electrólitos 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 prohibe 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 antinflamatorios 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 mastique 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 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 fías 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 nicótina reduce la secreción de bicarbonato pancréatico 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.