

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con neoplasia maligna gástrica, del Servicio de Hospitalización del Área de Cirugía de un instituto especializado de Lima, 2018

Por:

Mónica Cárdenas Vásquez

Asesor:

Mg. María Guima Reinoso Huerta

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, MARÍA GUIMA REINOSO HUERTA adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con neoplasia maligna gástrica, del Servicio de Hospitalización del Área de Cirugía de un instituto especializado de Lima, 2018.”* constituye la memoria que presenta la licenciada CÁRDENAS VÁSQUEZ MÓNICA para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Oncología ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintinueve días del mes de abril de 2019.



Mg. María Guima Reinoso Huerta

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con neoplasia maligna gástrica, del
Servicio de Hospitalización del Área de Cirugía de un instituto especializado de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en
Oncología

JURADO CALIFICADOR



Mg. Delia Luz León Castro

Presidente



Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

Secretario



Mg. María Guima Reinoso Huerta

Aesor

Lima, 29 de abril de 2019

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vi
Índice de anexos.....	vii
Símbolos usados.....	viii
Resumen.....	ix
Capítulo I: Valoración.....	10
Valoración	10
Datos generales	10
Valoración según Patrones Funcionales.....	10
Datos de valoración complementarios:	13
Exámenes auxiliares. (03/08/2018)	13
Tratamiento Médico	14
Capitulo II: Diagnóstico, Planificación y Ejecución.....	15
Diagnóstico enfermero	15
Primer diagnóstico.....	15
Segundo diagnóstico.	15
Tercer diagnóstico.	15
Cuarto diagnóstico.....	16
Quinto diagnóstico.	16
Sexto diagnóstico.	16
Séptimo diagnóstico:	17
Octavo diagnóstico:	17

Noveno diagnóstico:.....	17
Decimo diagnóstico:.....	18
Planificación.....	18
Priorización.	18
Plan de cuidados.....	20
Desequilibrio nutricional, inferior a las necesidades corporales.....	26
Dolor crónico.	28
Estreñimiento.	31
Riesgo de caídas.	33
Ansiedad.....	35
Capítulo IV: Evaluación y conclusiones.....	37
Evaluación por días de atención:.....	37
Primer diagnóstico.....	37
Segundo diagnóstico.	37
Tercero diagnóstico.	37
Cuarto diagnóstico.....	37
Quinto diagnóstico	38
Conclusiones	38
Bibliografía	39
Apéndices.....	44

Índice de tablas

Tabla 1	13
Hemograma Completo	13
Tabla 2	14
Bioquímico	14
Tabla 3	20
Diagnóstico de Enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para absorber nutrientes evidenciado por bajo peso corporal; albumina 21.5 mg/dl; hemoglobina 10 mg/dl y proteínas totales de 50mg / dl.....	20
Tabla 4	21
Diagnóstico de Enfermería: Dolor crónico relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por expresión facial de dolor, EVA de 3/10 y quejidos.....	21
Tabla 5	23
Diagnóstico de Enfermería: Estreñimiento relacionado con cambios en los hábitos alimentarios evidenciado por esfuerzo excesivo en la defecación.....	23
Tabla 6	24
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de caída factor de riesgo debilidad muscular y uso de dispositivo de ayuda (muletas).....	24
Tabla 7	25
Diagnóstico de Enfermería: ansiedad relacionado con grandes cambios en el estado de salud evidenciado por inquietud.....	25

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	44
Apéndice B: Consentimiento Informado	45
Apéndice C: Escalas De Evaluación.....	47

Símbolos usados

IMC: índice de masa corporal

PAE: Proceso de atención de enfermería

SNY: Sonda nasoyeyunal

EVA: Escala visual análoga del dolor

OA: Objetivo alcanzado

OPA: Objetivo parcialmente alcanzado

OMS: Organización mundial de la salud

SpO₂: Saturación de oxígeno

NE: Nutrición enteral

Resumen

La aplicación del presente trabajo del proceso de atención de enfermería corresponde al paciente C.H.R, ejecutado durante 3 días a partir del 1er día de su ingreso al servicio de cirugía de abdomen de un instituto especializado de Lima. El diagnóstico médico de la paciente al ingreso fue Neoplasia Maligna de Estómago. Se realizó la valoración por patrones funcionales con la guía de Marjory Gordon, luego se formularon diagnósticos, los cuales tuvieron planes de cuidados que fueron ejecutados y evaluados. Al brindarle los cuidados de enfermería se identificaron 10 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos que fueron los siguientes: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para absorber nutrientes; Dolor crónico relacionado con agentes lesivos biológicos; Estreñimiento relacionado con cambios en los hábitos alimentarios; Riesgo a caídas factor de riesgo debilidad muscular y uso de dispositivos de ayuda (muleta). Ansiedad relacionada con grandes cambios en el estado de salud evidenciado por inquietud. Los objetivos generales fueron: Paciente evidenciará equilibrio nutricional paulatinamente durante su estancia hospitalaria. Paciente presentará disminución de dolor durante el turno. Presentará ausencia de estreñimiento durante el turno. Paciente disminuirá riesgo de caídas durante el turno. Paciente disminuirá la ansiedad durante el turno. De los objetivos propuestos se alcanzaron el segundo, tercero, cuarto y quinto; el objetivo primero no fue alcanzado por el estado de la patología se encuentra avanzada. Se concluye que el proceso de atención de enfermería fue aplicado de la forma correcta, siendo de beneficio para el paciente en estudio.

Palabras claves: Proceso de atención de enfermería, neoplasia maligna de estómago, cuidado enfermero.

Capítulo I: Valoración

Valoración

Datos generales

Nombre: C.H.R.

Edad: 64

Motivo de ingreso: Paciente adulta de sexo femenino, ingresa al servicio de cirugía de abdomen del área de hospitalización del 5to piso, acompañada de familiar, somnolienta, adelgazada, con ventilación espontánea.

Diagnóstico médico: neoplasia maligna de estómago

Días de Atención de enfermería: 3 días.

Valoración según Patrones Funcionales

Patrón I: Percepción – Control de la salud

Con antecedente de intervención quirúrgica: presento 2 cesáreas. No presenta reacciones alérgicas, no consume tabaco, alcohol, drogas y con estado de higiene corporal regular. La paciente sabe de su diagnóstico de cáncer hace tres meses, el cual ella manifiesta que se hizo todos sus exámenes requeridos, que comía normal pero sus náuseas eran persistentes, pero cuando supo lo de su enfermedad hay inicio no lo creía, pero después su falta de apetito disminuyó. Y cuando comía después sentía dolor, las náuseas y vómitos persistentes, hasta que su hijo vio su bajo peso e inmediatamente me llevo al hospital, a su vez yo manifesté: "...yo no tengo antecedentes de familiares que hayan tenido...Cáncer".

Patrón II: Nutricional – Metabólico

Adulto de sexo femenino presenta; piel tibia y palidez, dolor en el abdomen, abdomen distendido, cavidad bucal: incompleta, en regular estado de higiene (se observa sarro dental).

Paciente refiere a ver pesado 40kg hace 3 meses antes de ser diagnosticada su enfermedad y ahora pesa: 30 Kg, talla: 1.33cm. con un IMC de 17.04 Kg/m (bajo peso). Teniendo en cuenta sus valores de albumina de 21.5 mg/ dl hemoglobina de 10 mg/dl y proteínas totales de 50mg / dl, evidenciando anemia leve, Así mismo refiere; "... yo nunca me enfermado, pero me dolía el estómago y lo que comía lo vomitaba...", refiere que su apetito ha disminuido estos días, con indicación médica de nada por vía oral.

Patrón III: Eliminación

Intestinal: esfuerzo al momento de la defecación y no realiza deposiciones hace 3 días.

Vesical: Realiza micción espontanea, orina de clara con una frecuencia de 4 veces durante el día.

Patrón IV: Actividad ejercicio:

Aparato respiratorio: Frecuencia respiratoria de 20 por minuto, ventilación espontanea, saturación de oxígeno (SpO₂) de 98%, durante la auscultación se evidencia el paso de aire en ambos campos pulmonares.

Actividad circulatoria: Frecuencia cardiaca de 83 por minuto, ritmo cardiaco regular, pulso normal, llenado capilar < 2 segundos; presión arterial de 90/60 mmHg normotensa; porta catéter venoso central yugular de 3 lúmenes permeable con fecha de inserción 05/08/2018 cubierto con apósito con transparente, pasando hidratación de Dx 5% 1000 cc + 2HS + 1K (I Frasco), no edema en miembros inferiores.

Auto cuidado: Parcialmente dependiente. utiliza muletas como apoyo para moverse. Paciente refiere: "se me adormecen mis piernas, solo un poco...pero si puedo caminar poquito...".

Patrón V: Descanso – Sueño

Según historial clínico y referencias de familiar, la paciente no utiliza medicación para conciliar el sueño. duerme un promedio de 5 a 6 horas durante la noche. Refiere: “me despierto en la madrugada solo para orinar y hay veces por el dolor en el estómago”.

Patrón VI: Perceptivo – Cognitivo:

Paciente se comunica en forma clara, nivel de conciencia: despierta, orientada en espacio, tiempo y persona, Glasgow 15 puntos: Apertura Ocular (4) Respuesta Verbal (5) y Respuesta Motora (6). Escala Visual Análoga del Dolor: 3/10 solo emite quejidos y demuestra facies de dolor a la movilización en cama y a la deambulación.

Patrón VII: Autopercepción - auto concepto

Presenta un grado de rechazo por su imagen corporal y lo que le preocupa, de todo es su vida en el futuro. Reconoce que se adaptara a su nueva situación. Además, tiene momentos de tristeza e inquietud, pensando en ello sobre todo cuando se queda sola en la habitación.

Manifestando lo siguiente: ¿Cuánto tiempo más estaré así?

Patrón VIII: Relaciones-rol

Adulta con estado civil viuda, no labora actualmente, pero realizaba labores en el campo (siembra de papa, tomate, etc.) ocasionalmente; vive actualmente con 2 de sus hijos, quienes se encuentran comprometidos con el estado de salud de la misma, visitándola, cuidándola y quedándose a diario con ella. Refiere lo siguiente: “...tengo buena relación con su familia y cuento con su apoyo”.

Patrón IX: Sexualidad reproducción

No evidencia de secreciones en genitales.

Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés

Paciente con estado emocional intranquila manifestando: “quiero saber si el médico me va a decir si me voy a sanar o falta algo más...”

Patrón XII: Valores creencias:

Religión Católico

Datos de valoración complementarios:**Exámenes auxiliares. (03/08/2018)**

Tabla 1
Hemograma Completo

Análisis-hematología	Resultado	rango de referencia
Glóbulos blancos	4,000 /mm ³	4,500-11,000
segmentados	94%	50-70
Eosinofilos	0%	2.0-4.0
Basófilos	0%	0.0-1.0
Monocitos	4%	2.0-8.0
Linfocitos	5%	25.0-40.0
Glóbulos rojos	3,410,000/mm ³	4,100.000-5.100.000
Hemoglobina	10 gr/dl	12.3-15.3
Hematocrito	30,3%	35.0-47.0
vol. corpuscular medio	80fl	80.0-96.0
hemo. corpuscular media	27pg	27-31
Recuento de plaquetas	140,000/mm ³	150.000-450.000
vol. plaquetario medio	6.5fl	6.5-9.5

Fuente: Laboratorio clínico

Interpretación: Anemia leve.

Tabla 2
 Bioquímico

Análisis-hematología	Resultado	rango de referencia
Albumina	21.5	35 – 50
Globulinas	28.5	28 – 32
Proteínas totales	50	63 – 82
hemoglobina	104	Muj 115 – 149; Var 128- 170

Fuente: Laboratorio clínico.

Interpretación: hipoalbuminemia y hipoproteinemia

Tratamiento Médico

(03/08/2018 al 05/08/2018)

NET x SNG - VT: 700cc en 20 hrs x SNY.

Dx 5% 1000 cc + HS (2amp) + K (1amp) – I Frasco en 24 hrs

Ketoprofeno 100mg EV C/8 hrs

Metoclopramida 10 mg EV C/8hrs

Enaxoparina 40mg SC 24 horas

Nacl 0,9% 250 cc + Fosfokalium – pasar en 6 horas

Simeticona 30 gotas C/8 horas.

Capítulo II: Diagnóstico, Planificación y Ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: peso 30kg inferior con respecto de hace tres meses, de albumina 21.5 mg/dl; hemoglobina 10 mg/dl y proteínas totales de 50mg / dl.

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

Factor relacionado: Incapacidad para absorber los nutrientes por patología.

Enunciado diagnóstico: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para absorber nutrientes evidenciado por bajo peso corporal; albumina 21.5 mg/dl; hemoglobina 10 mg/dl y proteínas totales de 50mg / dl.

Segundo diagnóstico.

Características definitorias: inquietud

Etiqueta diagnóstica: ansiedad

Factor de riesgo: grandes cambios en el estado de salud.

Enunciado diagnóstico: ansiedad relacionado con grandes cambios en el estado de salud evidenciado por inquietud.

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: Expresión facial de dolor; escala visual análoga del dolor: 3/10 y quejidos.

Etiqueta diagnóstica: Dolor crónico

Factor relacionado: Agentes lesivos biológicos.

Enunciado diagnóstico: Dolor crónico relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por expresión facial de dolor, escala visual análoga puntuación de 3/10 y quejidos.

Cuarto diagnóstico.

Características definitorias: Esfuerzo excesivo en la defecación, no realiza deposiciones hace 3 días.

Etiqueta diagnóstica: Estreñimiento

Factor relacionado: cambios de los hábitos alimenticios

Enunciado diagnóstico: Estreñimiento relacionado a cambios en los hábitos alimentarios evidenciado por esfuerzo excesivo en la defecación.

Quinto diagnóstico.

Características definitorias: no tiene

Etiqueta diagnóstica: riesgo de caídas

Factores de riesgo: usos de dispositivos de ayuda (muletas) y debilidad muscular.

Enunciado diagnóstico: riesgo de caídas relacionado a usos de dispositivos de ayuda (muletas) y debilidad muscular.

Sexto diagnóstico.

Características definitorias: Evita mirar el propio cuerpo.

Etiqueta diagnóstica: Trastorno de la imagen corporal

Factor relacionado: alteración de la función corporal (enfermedad)

Enunciado diagnóstico: Trastorno de la imagen corporal relacionado con alteración de la función corporal (enfermedad) evidenciado por evita mirar el propio cuerpo.

Séptimo diagnóstico:

Características definitorias: conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía del paciente.

Etiqueta diagnóstica: Afrontamiento familiar comprometido

Factor relacionado: enfermedad prolongada que agota la capacidad de la persona de referencia

Enunciado diagnóstico: Afrontamiento familiar comprometido relacionado con enfermedad prolongada que agota la capacidad de la persona de referencia evidenciado por conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía del paciente.

Octavo diagnóstico:

Características definitorias: Impaciencia

Etiqueta diagnóstica: Cansancio del rol de cuidador.

Factor relacionado: Aumento en las necesidades de cuidados

Enunciado diagnóstico: Cansancio del rol de cuidador relacionado con aumento de las necesidades de cuidados evidenciado por impaciencia.

Noveno diagnóstico:

Características definitorias: actitud triste, inquietud, angustia, preocupación.

Etiqueta diagnóstica: deterioro de la regulación del estado de ánimo

Factor relacionado: ansiedad

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la regulación del estado de ánimo relacionado con ansiedad evidenciado por actitud triste, inquietud, angustia y preocupación

Decimo diagnóstico:

Características definitorias: perfil hematológico anormal.

Etiqueta diagnóstica: protección ineficaz

Factor relacionado: cáncer

Enunciado diagnóstico: Protección ineficaz relacionado con cáncer evidenciado por perfil hematológico anormal.

Planificación**Priorización.**

1. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para absorber nutrientes evidenciado por baja peso corporal; albumina 21.5 mg/dl; hemoglobina 10 mg/dl y proteínas totales de 50mg / dl.
2. Dolor crónico relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por expresión facial de dolor, Escala visual análoga dando una puntuación de 3/10 y quejidos.
3. Estreñimiento relacionado con cambios en los hábitos alimentarios evidenciado por esfuerzo excesivo en la defecación
4. Riesgo de caída factor de riesgo uso de dispositivo de ayuda (muletas) y debilidad muscular.
5. Ansiedad relacionado con grandes cambios del estado de salud evidenciado por inquietud.
6. Protección ineficaz relacionado con cáncer evidenciado por perfil hematológico anormal.

7. Trastorno de la imagen corporal relacionado con alteración de la función corporal (enfermedad) evidenciado por evita mirar el propio cuerpo.
8. Afrontamiento familiar comprometido relacionado con enfermedad prolongada que agota la capacidad de la persona de referencia evidenciado por conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía del paciente.
9. Cansancio del rol de cuidador relacionado con aumento de las necesidades de cuidados evidenciado por impaciencia
10. Deterioro de la regulación del estado de ánimo relacionado con ansiedad evidenciado por actitud triste, inquietud, angustia, preocupación.

Plan de cuidados

Tabla 3

Diagnóstico de Enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para absorber nutrientes evidenciado por bajo peso corporal; albumina 21.5 mg/dl; hemoglobina 10 mg/dl y proteínas totales de 50mg / dl.

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		03/08/18			04/08/18			05/08/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Paciente evidenciará equilibrio nutricional paulatinamente durante su estancia hospitalaria.	1. Administrar nutrición enteral en infusión de 20 horas, con VT 700cc.	10:00am	4:00pm		10:00am	4:00pm				7: 00pm
Resultados esperados:	2. Administrar de modulo proteico por SNY.	9:00am	5:00pm		9:00am	5:00pm				7:00pm
1. Paciente mejorará su de hemoglobina.	3. Controlar la glicemia cada 8 horas		4:00pm			4:00pm				10:00pm
2. Paciente mejorara sus proteínas.	4. Controlar de albumina	→	→		→	→				→
3. Paciente mejorara sus niveles albumina	5. Control de peso diario.	→	→		→	→				→
4. Paciente aumentara su peso.	6. Educar al paciente	→	→		→	→				→

Tabla 4

Diagnóstico de Enfermería: Dolor crónico relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por expresión facial de dolor, EVA de 3/10 y quejidos.

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		03/08/18			04/08/18			05/08/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general:	1. Valorar las manifestaciones no verbales de la paciente frente al dolor.	9:00am	4:00pm		9:00am	4:00pm				12:00am
Paciente presentará disminución de dolor durante el turno.	2. Valorar características del dolor: localización, intensidad, duración por medio de la expresión verbal de la paciente, aplicando escala de EVA	9:00pm	2:00pm		9:00pm	2:00pm				10:00pm
Resultados esperados:										
1. Paciente referirá disminución de dolor en una escala de 0 según el EVA	3. Administrar Analgésico Ketoprofeno 100 mg. Vía endovenoso diluido y lento aplicando medidas de bioseguridad.	10:00am	6:00pm		10:00m	6:00pm				2:00am
2. Paciente presentara fascias de alivio.										
3. Paciente disminuirá la presencia de quejidos	4. Favorecer una posición antálgica.	→			→					→
	5. Incentivar a realizar ejercicios de relajación y meditación.	→			→					→
		→			→					→

6. Presentar factores
distractores; música,
TV, pintar, dibujar,
caminar.

Tabla 5

Diagnóstico de Enfermería: Estreñimiento relacionado con cambios en los hábitos alimentarios evidenciado por esfuerzo excesivo en la defecación.

Planificación		Ejecución								
Objetivo /	Intervenciones	03/08/18			04/08/18			05/08/18		
Resultados		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general presentará ausencia de estreñimiento durante el turno.	1. Evaluar los patrones de eliminación (frecuencia, cantidad, consistencia, color y presencia de sangre).	—————→			—————→			—————→		
Resultados esperados	2. Valorar la actividad funcional del paciente para moverse, comer, beber, habilidades cognitivas.	10:00am	4:00pm		10:00am	4:00pm				11:00pm
Paciente realiza sus deposiciones sin esfuerzos durante el turno	3. Estimular al paciente a tomar líquidos por sonda nasoyeyunal para su hidratación.	10:00am	4:00pm		10:00am	4:00pm				11:00pm
	4. Administrar lactulosa de 30cc, cada 8 horas durante las 24 horas.	10:00am	04:00pm		10:00am	4:00pm				8:00pm

Tabla 6

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de caída factor de riesgo debilidad muscular y uso de dispositivo de ayuda (muletas)

Planificación		Ejecución								
Objetivo /	Intervenciones	03/08/18			04/08/18			05/08/18		
Resultados		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Paciente disminuirá riesgo de caídas durante el turno.	1. Ayudar a la deambulación del paciente.	11:00am	3:00pm		11:00am	3:00pm				9:00pm
	2. Proporcionar dispositivos de ayuda (muleta) para conseguir una deambulación más estable.	→	→		→	→			→	
	3. Colocar los objetos personales al alcance del paciente sin realizar esfuerzos.	→	→		→	→			→	
	4. Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse.	→	→		→	→			→	
	5. Colocar la cama en la posición más baja y con barandas.	→	→		→	→			→	
	6. Proporcionar al paciente medios de solicitud de ayuda (timbre).	→	→		→	→			→	

Tabla 7

Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad relacionado con grandes cambios en el estado de salud evidenciado por inquietud.

Planificación		Ejecución								
Objetivo / Resultados	Intervenciones	03/08/18			04/08/18			05/08/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo:	1. Valorar los factores que causan ansiedad en el paciente (cambios en el estado de salud).	→			→					→
Paciente disminuirá la ansiedad durante su estancia hospitalaria	2. Enseñar terapias de relajación como: ejercicios respiratorios como parte de su rutina.	→			→					→
Resultados	3. Proporcionar un ambiente favorable, libre de ruidos y de interrupciones	→			→					→
Paciente manifestará sus temores, preocupaciones y percepción sobre su estado de salud.	4. Animar a la paciente para que exprese sus emociones, sentimientos, preocupaciones, percepciones, sobre cambios en su estado de salud.	→			→					→
	5. Escucharla de forma activa.	→			→					→

Capítulo III: Marco teórico

Desequilibrio nutricional, inferior a las necesidades corporales

El desequilibrio nutricional se define cuando ingerimos de forma insuficiente los nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades metabólicas. Esto puede ser por la incapacidad de absorber los nutrientes debido a los diferentes factores. (Quijada 2017).

Según, NANDA (2017) refiere es el consumo de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

En la paciente del presente estudio con diagnóstico de neoplasia maligna de estómago, presenta un desequilibrio nutricional por ello el factor relacionado para este diagnóstico es incapacidad para absorber nutrientes, según De Nicola (2007), refiere; el cáncer de estómago interfiere en el proceso de digestión y absorción y que se caracterizan por su vínculo con la desnutrición y que está relacionada al tipo y estadio de la neoplasia, así como a la terapia antineoplásica aplicada.

También Peña (2009) refiere el cáncer de estómago, en la mayoría de veces se debe a los trastornos nutricionales por efectos del tumor que en su generalidad se ubican en el tubo digestivo lo más común es la obstrucción en algún punto del tracto digestivo; provocando disfagia, vómitos y dolor abdominal y que estas dificulten o impidan la alimentación ante esto es necesario iniciarles la nutrición enteral.

De igual manera Flores (2007) manifiesta que el factor relacionado en la mayoría de los pacientes oncológicos es la pérdida de peso, considerándolo lo más frecuente en tumores sólidos; de acuerdo a un estudio en el que se evaluó esta incidencia de pérdida de peso en cáncer gástrico fue de 83 a 87 %, siendo estos pacientes los que presentaron la incidencia más alta. La pérdida de

peso involuntaria de más del 5% del peso habitual o bien durante los últimos seis meses se considera clínicamente significativa. Siendo este un pronóstico de menor respuesta a la terapéutica antineoplásica, así como disminución en la calidad de vida.

La ejecución de las intervenciones de enfermería fue direccionadas a la recuperación de la paciente en estudio para progresar en un estado nutricional adecuado; para ello la American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (2010), recomendó en pacientes que requieren soporte nutricional individualizado y no ingiere los nutrientes necesarios para cubrir sus requerimientos la administración de nutrición enteral.

Así mismo Martínez y Martínez (2006) refiere que los alimentos enterales como los nutrientes energéticos se encuentran en su forma macromolecular intacta . Su utilización requiere que el intestino delgado del paciente mantenga una capacidad motora, digestiva y absorbiva mínima. Suelen ser preparados de osmolaridad y sabor aceptables, de forma continúa siendo administrados de dos a tres veces al día.

Según Abbott (2014) hace referencia sobre el control de la glucemia capilar en este tipo de pacientes, ya que nos permite obtener información puntual del valor de glucosa en sangre, es fundamental para tratar de evitar, minimizar y/o retrasar las complicaciones que pueden provocar de forma aguda el desequilibrio de sus valores.

Por ello Vallejo y Castro (2016) manifiestan que la valoración del estado nutricional permite al cuidador a determinar el equilibrio entre la ingesta y las necesidades energéticas y nutritivas del organismo que requiera el paciente y prevenir el déficit de nutrientes cuya clasificación sería de: desnutrición, sobrepeso, obesidad y deficiencia de nutrientes; el control de albumina en pacientes con neoplasia maligna.

Asimismo, Merino (2007) refiere la albumina es una proteína de síntesis hepática que transporta en suero multitud de metabolitos y que estas contribuyen a mantener una presión oncótica en plasma, esta disminución de concentración plasmática en albumina refleja que la desnutrición es de larga duración en el paciente teniendo complicaciones por desnutrición durante las estancias hospitalarias prolongadas.

Finalmente, Valenzuela (2012) refiere el control de peso se realiza en el paciente oncológico de forma diaria y estricta que se presenta un en estadio avanzado y con ello la desnutrición; siendo el origen de complicaciones del cáncer gástrico la disminución de peso se debe a la pérdida de masa grasa con el riesgo a morbimortalidad.

Dolor crónico.

El dolor crónico se define como un dolor que persiste durante largos periodos de tiempo, incluso después de cesar la causa que lo provocó, el cual se origina por a una enfermedad crónica continua que es el cáncer. (Blanco, 2004).

De la misma manera, Khosravi (2007) refiere que el dolor es un síntoma muy frecuente en el paciente oncológico, apareciendo hasta en el 90%. Siendo este un problema complejo y de gran importancia, que requiere un tratamiento multidimensional.

El paciente del presente estudio con diagnostico medico neoplasia maligna manifestó antes de ingresar al servicio de hospitalización presentar dolor hace más de 4 meses por el estado de su enfermedad es por ello el factor relacionado es por agentes lesivos biológicos, Monleón (2017) refiere que el dolor encontramos diferentes dominios o perspectivas de estudio, como pueden ser: la intensidad del dolor, la calidad del dolor, la localización del dolor, el comportamiento debido al dolor, interferencia del dolor, funcionalidad física general, antecedentes de enfermedades oncológicas, por ello se evalúa el dolor con instrumentos fiables y

válidos para ayudar a entender cómo es ese dolor y cómo influye en la persona y su entorno. Siendo la intensidad el dominio que más frecuentemente se mide lo que nos permite conocer las variaciones de dolor que haya tenido.

Según Marcos (2004) refiere el dolor en el enfermo con cáncer es una de las manifestaciones más temidas y frecuentes. Para la OMS (2010), refiere el impacto en la calidad de vida de los pacientes con dolor y cáncer aparece en un 38-40% en todas las fases de la neoplásica avanzada, aumentando el dolor y la frecuencia al 60-80% al progresar la enfermedad, alcanzando el 87-90% en el último año de vida. Los cánceres que más frecuentemente producen dolor son los óseos (85%) y leucemias (5%).

Asimismo, Silva (2105) refiere en primer lugar, tenemos que señalar que el dolor en el paciente oncológico puede tener distintos orígenes, por lo que su aparición no tiene que ser un signo de progresión de la enfermedad y en algunos casos por la presión que ejerce el crecimiento del tumor sobre tejidos como los huesos, los nervios u otros órganos del cuerpo.

NANDA (2017) manifiesta a su vez que el dolor es definido como una experiencia sensorial o emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado.

La ejecución de las intervenciones de enfermería fue direccionadas a la disminución del dolor para ello la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2017) manifiesta que el dolor dentro de un proceso oncológico es variable, y depende del tipo, extensión de la enfermedad, así como de la propia tolerancia individual al dolor de cada persona. Se calcula que el dolor es el síntoma principal siendo un 40% de los pacientes recién diagnosticados con cáncer y el 75% en enfermedad avanzada.

Asimismo, Pernía y Torres (2000) refiere que se basan en valorar las manifestaciones no verbales del paciente frente al dolor. y deben ser evaluados a través de indicadores conductuales (movimiento, expresiones faciales y postura), por ello el dolor dentro de un proceso oncológico variable que depende del tipo y extensión de la enfermedad, así como de la propia tolerancia individual de cada persona.

Según Clarett (2012) manifiesta el valorar las características del dolor: localización, intensidad, duración por medio de la expresión verbal de la paciente, aplicando escala de EVA, la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso. El paciente en estudio se le evalúa su escala de dolor cuyo objetivo es controlar con la escala análoga visual manifestando tener un dolor leve (0-3).

Como medida, Vademecum (2000) refiere administrar analgésico Ketoprofeno 100 mg por vía endovenoso diluido y lento aplicando medidas de bioseguridad es un fármaco antiinflamatorio no esteroideo y tiene una potente actividad analgésica. antiinflamatorio propiónico no esteroideo de vida media corta. presenta un uso y perfil similar a otros del grupo (ibuprofeno, naproxeno...). El ketoprofeno muestra actividad antiinflamatoria (a altas dosis) y analgésica (a dosis bajas). se le administra cada 8 horas con el objetivo que no presente dolor dando como resultado favorable evidenciando el control del dolor.

Así manifestando la Organización Mundial de La Salud (OMS, 2000); manejar una posición antálgica donde brinde disminución del dolor y comodidad para consigo mismo.

Por finalidad American Society of Clinical (ASCO, 2019) refiere los ejercicios de respiración suaves pueden mejorar la relajación, reducir la tensión y disminuir el dolor y también las técnicas distractoras resultan útiles para el dolor y las molestias relacionadas con el tratamiento. Posteriormente bien puede beneficiarse de imaginar una escena apacible, revivir un recuerdo favorito o crear una imagen mental de una luz sanadora que se lleva el dolor. En el paciente en estudio se le brinda la comodidad y confort con el objetivo de mejorar su estancia hospitalaria de manera más agradable y evitando incomodidad aparte de la sobrecarga de la propia enfermedad.

Estreñimiento.

Estreñimiento se define como la emisión infrecuente de heces, normalmente menos de tres veces por semana, anormalmente duras y secas y que el individuo tiene dificultad para expulsar (Cordero, 2008).

Según Mearin (2001) los pacientes que presentan neoplasia maligna de estómago, evidencian el síndrome de disfunción intestinal siendo más frecuente en mujeres (en una proporción 3:1) y afecta a un 40% de pacientes con enfermedad avanzada, aumentando al 90% en pacientes bajo tratamiento analgésico.

Según Del mar (2011); también nos refiere que el estreñimiento consiste en un trastorno del hábito intestinal definido como una disminución en la frecuencia evacuatoria de heces demasiado duras o difíciles de expulsar con presencia de molestia o dolor abdominal.

En relación al factor relacionado con cambios en los hábitos alimenticios, Syrop (2008) refiere en los casos de cáncer, el estreñimiento ocurre más probablemente debido al cáncer mismo o como efecto secundario del tratamiento esto ocurre por el consumo insuficiente de líquidos y fibra. Muy poca actividad física y el no poder ir al baño cuando se requiera hacerlo

todo esto contribuir al estreñimiento. Ciertas enfermedades aumentan la probabilidad del estreñimiento (cáncer) puede producirse por los fármacos de la quimioterapia o los medicamentos para el dolor.

Según NANDA (2015 -2017) manifiesta que es la disminución de la frecuencia normal de las deposiciones, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta y eliminación de heces excesivamente duras y secas.

La ejecución de las intervenciones de enfermería direccionadas a mejorar las necesidades básicas del paciente durante su estancia hospitalarias fue por López (2009) manifestando: se basan en evaluar los patrones de eliminación (frecuencia, cantidad, consistencia, color y presencia de sangre). que también varía mucho de unas personas a otras considerando también el ser adulto mayor y tener una enfermedad patológica crónica, y se presentan varias veces al día hasta tres veces a la semana. El paciente en estudio se le evalúa la presencia de evacuación de heces sin embargo lo llega a realizar solo a la ingesta lactulosa (laxante) que está indicado cada 8 horas cuyo objetivo se llega a realizar.

Asimismo, Lama (2015) refiere: valorar la actividad funcional del paciente para moverse, comer, beber, habilidades cognitivas haciendo actividad física prolongada en el tiempo y de intensidad moderada. Esto significa entre 10 minutos y 30 minutos de trabajo aeróbico (caminar un poco más rápido de lo que hacemos habitualmente cuando vamos por la calle; correr, pero sin superar las 130 ó 150 pulsaciones por minuto; nadar; bailar; hacer aeróbico o cualquiera de sus variantes). El paciente en estudio se logra establecer este tipo de rutinas siempre y cuando la intensidad no sea muy alta con el objetivo de favorecer la motilidad intestinal evitando el estreñimiento.

Como resultado final López (2009) manifiesta estimular al paciente a la ingesta de líquidos por sonda nasoyeyunal para si mejorar la hidratación luego, dependiendo de la duración del mismo y la temperatura del ambiente debemos mantener la ingesta de líquido en pequeñas cantidades, poco a poco y espaciado. Esto también nos ayudara a mejorar esos incómodos “atascos” intestinales.

Riesgo de caídas.

Riesgo de caída se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden ocasionar un daño físico. (OMS, 2014)

Según OPS/OMS (2016) Caída se define como la consecuencia en donde el individuo se precipita al suelo contra su voluntad. Esto suele ser de forma repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el mismo paciente y/o testigos que evidenciaron el hecho.

Según la directiva sanitaria 003 – IGSS/ V. 01: rondas de seguridad y gestión de riesgo para la seguridad del paciente (2016) refiere que implementar las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en las instituciones de salud, con el de contribuir con la disminución de los riesgos durante la atención, a través de implementación de prácticas seguras.

En relación al factor de riesgo la debilidad muscular y el uso de dispositivos de ayuda (muletas) Según de Freitas (2014) manifiesta que la caída es el traslado no intencional del cuerpo hacia un nivel inferior a la posición inicial con incapacidad de corrección en tiempo, determinado por diferentes factores que comprometen la estabilidad corporal. Algunos estudios apuntan que las caídas constituyen uno de los eventos adversos más prevalentes en el ambiente

hospitalario; ante esto las caídas pueden empeorar el estado del paciente para su recuperación en otras ocasiones dando una situación clínica desfavorable.

Asimismo, NANDA (2015 – 2017) refiere que el aumento de caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.

La ejecución de las intervenciones de enfermería realizadas en la paciente del presente estudio se direccionadas a la mejora del paciente durante su estancia hospitalaria según Almonacid (2011) manifestando que ayudar a la deambulaci3n constituye una de las manifestaciones elementales del ser humano y es importante para conseguir una calidad de vida suficiente. La marcha puede verse dificultada en el paciente por diversas razones: enfermedades f3sicas o ps3quicas, el propio proceso de la enfermedad o razones de tipo social.

Asimismo, Bravo (2011) refiere proporcionar dispositivos de ayuda (muletas, bast3n, etc) ayudan que la marcha se ama estable, sin embargo, la marcha es m3s lenta y por ello requiere un mayor control de supervisi3n.

Tambi3n Reyes (2013) refiere ayudar al paciente en tener cerca sus objetos personales evitando hacer esfuerzos innecesarios que puedan complicar su estado de enfermedad.

Tambi3n Mehta (2007) instruir al paciente para que pida ayuda para movilizarse esta intervenci3n incluyen la participaci3n de los familiares en los cuidados de los pacientes dentro de su entorno y fuera de ello durante su hospitalizaci3n.

por el cual Sierra (2003) refiere colocar la cama en la posici3n m3s baja y con barandas la mayor3a de las ca3das ocurren dentro de su entrono (cama), muchos estudios utilizaron algunas intervenciones con el objetivo de evitar ca3das es asegurar que la cama est3 en una posici3n baja, que los frenos est3n bloqueados y que el paciente puede alcanzar los accesorios que requiera,

también la utilización de barandas en cama para reducir las caídas durante su estancia hospitalaria.

Por último, Syrop (2008) manifiesta el proporcionar medios de ayuda al paciente (timbre) con el fin de evitar caídas durante su estancia hospitalaria.

Ansiedad.

Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. (NANDA, 2017)

Un diagnóstico de cáncer puede tener un impacto enorme en la mayoría de los pacientes, las familias y los cuidadores. Los sentimientos de depresión, ansiedad y miedo son muy comunes y son respuestas normales a esta experiencia que cambia su vida que pueden causar estos sentimientos entre ellos los cambios en la imagen corporal pueden afectar la autoestima y la confianza. Asimismo, se pueden alterar los roles familiares y de trabajo. La gente puede sentir aflicción a causa de estas pérdidas y cambios. Los síntomas físicos, tal como dolor, náusea o cansancio extremo, probablemente causen también angustia emocional. Las personas también podrían sentir miedo a la muerte, al sufrimiento, al dolor o a todas las cosas desconocidas que podrían acontecer. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019)

En la paciente del presente estudio con diagnóstico de neoplasia maligna de estómago, presenta ansiedad por ello el factor relacionado para este diagnóstico es grandes cambios en el estado de salud, según Villarroel, B. (2008), refiere; La ansiedad es una emoción que nos prepara

para actuar en situaciones en las que vivimos una amenaza que es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos.

La ejecución de las intervenciones de enfermería fue direccionadas a la recuperación de la paciente en estudio para progresar en un estado; para ello, (Barrilero, J, 1998) manifiesta que los factores que causan la ansiedad en el paciente, estos pueden ser escuchados por el personal de salud ya que tienen el conocimiento previo de la enfermedad y dar soluciones y apoyo al usuario.

Así mismo Granda, A (2010), refiere que las terapias de relajación son instrumentos psicoterapéuticos para el tratamiento de trastornos emocionales, psicosomáticos y médicos basados en una profunda toma de conciencia del cuerpo.

Según Schultz (2013) manifiesta que la conducta ansiosa también puede verse incrementada con los factores externos.

Asimismo Rodríguez (2009) manifiesta que la enfermera debe tratar de conocer y comprender y dar apoyo, reforzar las defensas, hacerlo sentir protegido y seguro, responder a las preguntas concretas que formule, darle la información precisa y comprensible y ello facilita animar al paciente para que exteriorice sus sentimientos y reflexiones, permitirle que exprese lo que siente: miedo, ira, culpa, ansiedad, tristeza, con el fin de disminuir la frustración causada por la pérdida de la salud.

Finalizando Galindo (2014) señala que el saludo es el primer paso y la comunicación clara es una buena relación de ayuda; la acogida para la persona enferma debe ser señal clara de reconocimiento como ente individual y único; la cortesía sincera y la sonrisa ofrece acercamiento, confianza y seguridad para alguien que se enfrenta a una situación nueva, llena de incertidumbre, estrés, angustia y expectativa, como es la enfermedad.

Capítulo IV: Evaluación y conclusiones

El paciente en estudio C.H.R. fue atendido por 3 días, en la fecha de 03 de agosto del 2018 en el servicio de hospitalización del departamento de Abdomen y cuya valoración fue el 03/08/18.

El 1er día de atención fue en el turno de la mañana y se pudo identificar 2 diagnósticos.

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico.

Desequilibrio nutricional por defecto

Objetivo no alcanzado: Paciente no evidencio equilibrio nutricional al continuar con el peso disminuido, valores anormales de albumina, proteínas totales y hemoglobina en niveles bajos, esto se debe a que al estado de su enfermedad en estado avanzado.

Segundo diagnóstico.

Dolor crónico

Objetivo alcanzado: Paciente disminuyo el dolor durante el turno, manifestando disminución en los niveles de dolor en una escala de 0 puntos según el EVA, con fascias de alivio y sin la presencia de quejidos

Tercero diagnóstico.

Estreñimiento

Objetivo alcanzado: Paciente presento ausencia de estreñimiento al realizar deposiciones durante el turno.

Cuarto diagnostico

Riesgo a caídas.

Objetivo alcanzado: Paciente disminuyo riesgo de caídas al no presentar caídas durante el turno.

Quinto diagnostico

Ansiedad

Objetivo alcanzado paciente disminuyo la ansiedad durante el turno.

Conclusiones

De los 5 objetivos propuestos se logró alcanzar el segundo, tercero, cuarto y quinto, sin embargo, el primero no se logró alcanzar.

Se aplicó el PAE, el mismo que sirvió para brindar una atención eficiente y eficaz al paciente, sabiendo que es un método sistemático y organizado, que nos permite brindar cuidados individualizados y enfocándonos a las necesidades humanas y considerando al paciente un ser biopsicosocial, para lograr as los resultados esperados, en ello permite crear un plan de cuidado y a la vez dar respuesta a sus necesidades del paciente.

Bibliografía

- Ablanedo, J., Díaz, J., Fernández, M., Fernández, C y OTROS (2011), *Prácticas Seguras Relacionadas Con Cuidados De Enfermería: Prevención De Caídas De Pacientes Ingresados*. España: Eujoa Artes Gráficas.
- A.M. Araujo., M. Gómez., J. Pascual., M. Castañeda., L. Pezonaga y J.L. Borque, (2004), *Tratamiento del Dolor en el Paciente Oncológico*. España: Sis San. vol.27 supl.3.
- Aerts, E., Derbyshire, J., Dooley, F., Struijk, W., Taylor, L., Trappmann, C., y Wadenvik, H., (2011) *Una guía práctica para enfermeras y otros profesionales de la salud – Trombocitopenia Inmune*, España: European Group for Blood and Marrow
- Arango, C., Fernández, O y Torres, B., (2000), *Ulceras por Presión – cáncer gástrico*. España: Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.5
- Arana, J y Bautista, A., (2000), *Monografía Cáncer Gástrico Cirugía General, Centro Médico Nacional, “20 de noviembre”, ISSSTE. cirugía General Endoscópica, Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”*
- Arias, F., Manterola, A., Domínguez, M., Martínez, E., Villafranca, P., Romero, J y Vera, R., (2004), *Disfagia aguda de Causa Oncológica. Manejo Terapéutico*. España: Pamplona Anales Sis San Navarra, vol.27 supl.3.
- Abril, G., Hernández, R., Arnal, P., Vicente, A., y Martínez, A., (2018), *Cuidados de la piel en el paciente oncológico - cáncer de estómago: una guía para pacientes; información para la paciente basada en la guía clínica de la ESMO (European Society for Medical Oncology)*. España: Leon.

- Camarero, E. (2009), *Consecuencias y tratamiento de la disfagia nutrición hospitalaria*. España: Grupo Aula Médica Madrid.
- Cordero, M y Sánchez, R., (2008), *Protocolo Sobre El Estreñimiento en una Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos (2008)*. España: Im. Nure Investigación, N° 35.
- De Souza, A, De Souza A, Candido, H, Frota T, De Oliveira, M , Araujo, T, (2015), *Factores clínicos predictores del riesgo para aspiración y aspiración respiratoria en pacientes con accidente cerebro vascular*. Brazil: Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2015;23(2):216-24.
- Clarett, M y Pavlotsky, V., (2012), *Escalas de evaluación del dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva - Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento*. Argentina.
- Fortún,J. (2004) *Principales infecciones en el paciente oncológico: manejo práctico*, España: Anales Sis San Navarra vol.27 supl.3 Pamplona 2004.
- Florin, Catalina., Menaes C., Salgado F y Tobar, L., (2004), *Evaluación de deglución en pacientes con accidentes vascular encefálico Agudo*, Universidad De Chile – Facultad De Medicina. Chile.
- García, C. (2013). *Actualización Del Diagnostico Y Tratamiento del cáncer gástrico departamento de cirugía*. España. [Rev. Med. Clín. Condes – 24(4) 627- 636]
- García, F., Soldevilla, J; Pancorbo, P., Verdú, J., López. P., Rodríguez, M., (2014), *Prevención de upp el documento del grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (gneaupp)*. Documento

Técnico Gneaupp N° 1 Prevención De Úlceras Por Presión, España, Logroño:
Segunda Edición.

Guerra, Jose., (2000), *Guías de Diagnóstico y Tratamiento en Oncología Cáncer de Estómago.* España.

Guirao, J, Camaño, R, Zambrana, A (2001), *Diagnóstico de Enfermería. Categorías, formulación e investigación. Brazil: Sao Paulo*

Guzmán, J y Calles J, (2018) *Asociación Americana de Diabetes, Conceso de Prediabetes – Documento de Posición de la Asociación Latinoamericana De Diabetes (Alad).*
España: Vol 8 Num 2.

Hill M, Hughes y Milford, C., (2007), *Tratamiento para las dificultades de la deglución (disfagia) en enfermedades musculares crónicas.* España: Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4

Khosravi, P., Del Castillo, A., Pérez, G., (2007), *Manejo del dolor oncológico.* España: An. Med. Interna vol.24 no.11

López, R., Muriel, C., López, S y Cabrera, M., (2017), *Intervención fisioterapéutica en las úlceras por presión del paciente oncológico.* España: Revista Enfermería Docente.

Martín, C., Tapia, M., San Roman, J., Fernández, M y Domínguez, J., (2003), *Disfagia pretratamiento en pacientes con cáncer avanzado de cabeza y cuello.* España: Servicio de ORL.

- Maldonado, M. (2013), *Infecciones en el paciente oncológico, Servicio de Pediatría*.
España: VOL. 69 N°3, Revista Española De Pediatría
- Ministerio de salud (2007) *Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I; Oficina General de Epidemiología*. Perú.
- Ministerio de salud (2016) *Rondas de seguridad y gestión para el riesgo para la seguridad del paciente. directiva sanitaria 003 – IGSS / V.1*
- Mitjà, Jordi. (2014), *Posiciones del Paciente*. España.
- Monleón, M. (2018). *Intervención enfermera en dolor crónico - Tesis Doctoral*. España.
- Morilla, J., Santos, M., Blanco, J y Morales, J., (2005). *Guía de Práctica Clínica para El Manejo del Deterioro de La Integridad Cutánea: Ulceras Por Presión*. España
- Muriel, C y Llorca, G., (2000), *Master del dolor - Conceptos generales del dolor*. España.
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
Washington, D.C., (2016).
- Quijada, A., (2017) *desequilibrios nutricionales*
<https://prezi.com/qi7rbdgaut3s/desequilibrios-nutricionales/>
- Reyes, D., Guillén, R ., Alcázar, J y Arias, M., (2004), *Epidemiología del Dolor por Cáncer*. España: Reyes et al, Cancerología 1: 233-244.
- Sánchez, I., Romero, R., Rodríguez, E y García, B., (2016), *Disfagia Sonda de Alimentación*, Chile: Editorial Área de Innovación Y Desarrollo, S. L., 1ra Edición.
- Saz, P., Ortiz, M., Saz, S., (2010), *Cuidados en el Estreñimiento, España: Medicina Naturista*, 2010; Vol. 4 - N.º 2: 66-71 I.S.S.N.: 1576-3080.
- Suescún, J., (2017). *SCP Trastorno de la deglución y su abordaje*. España: salamanca.

Vaquero, M y Pérez, A., (2010). *Agua: La importancia de una Hidratación Adecuada, Manual Práctico de Nutrición y Salud - Conceptos Generales*. Perú.

Vicente, Gil., Mass, P., Mercader, J & Otros, (2013), *Guía Práctica de actuación diagnóstico - Terapéutica en estreñimiento crónico*, España: Fundación Española Del Aparato Digestivo (Fead).

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración.

CLÍNICA DELGADO SERVICIO DE OBSTETRICIA Y MATERNIDAD

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DE LA PACIENTE GESTANTE/ PUERPERA

DATOS GENERALES			
Nombre del usuario: _____	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	
Fecha de ingreso al servicio: _____	Hora: _____	Persona de referencia: _____	Tel. _____
Procedencia: _____	Consultorio ()	Emergencia ()	Otro: _____
Forma de llegada: _____	Ambulatorio ()	Silla de ruedas ()	Camilla ()
Fuente de Información: _____	Paciente ()	Familiar/amigo ()	Médico tratante: _____
Motivo de ingreso: _____	Dx. Médico: _____		
Grupo Sanguíneo: _____	Tipo de Seguro: _____	Profesional que reporta a paciente: _____	

VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
Antecedentes familiares de importancia: _____ Antecedente Personal de enfermedad y quirúrgicas: HTA () DM () Abortos () Gastritis/úlceras () TBC () Asma () VIH () VDRL () Otros _____ Intervenciones quirúrgicas: No () Si () (fechas) _____ Alergias y otras reacciones: Fármacos: _____ Alimentos: _____ Signos-síntomas: _____ Otros: _____ Factores de riesgo: Consumo de tabaco No () Si () Consumo de alcohol No () Si () Consumo de drogas No () Si () Medicamentos (con o sin indicación médica) ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis _____ Estado de higiene Buena () Regular () Mala () Requiere ayuda? Si () No () ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? _____ ¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad? _____	Formula Obstétrica: G _____ P _____ EG: N° CPN: _____ FUR: _____ FPP: _____ Mamas: turgentes () () blandas Pezones: Formados () planos () invertidos () Útero: Altura Uterina: _____ Dinámica uterina: Frecuencia: _____ Tono: _____ Intensidad: _____ Movimientos Fetales: Si () No () LCF: _____ Perdidas Vaginales: Líquido amniótico () Sangrado Vaginal: Si () No () Volumen: _____ Secreciones Vaginales: Si () No () Características: _____ Comentarios adicionales: _____
PATRÓN DE RELACIONES - ROL	PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO
Ocupación: _____ Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente () Divorciada () ¿Con quién vive? Sola () Con su familia () Otros _____ Fuentes de apoyo: Familia () Amigos () Otros _____ Abdomen grávido: Normal () Distendido () Doloroso () Ruidos hidroaéreos: Aumentados () Normales () Disminuidos () ausentes () Comentarios adicionales _____	T: _____ °C Peso: _____ Talla: _____ Glucosa: _____ Hb: _____ Piel: Coloración: Normal () Pálida () Rubicunda () Cianótica () Ictérica () Hidratación: Seca () Turgente () Integridad: Intacta () Lesiones () Especificar si hay lesiones: _____ Cavidad bucal: Dentadura: Completa () Ausente () Incompleta () Prótesis () Estado de higiene bucal: Mala () Regular () Buena () Hidratación: Si () No () Cambio de peso durante los últimos días: Si () No () Obesidad: () Bajo peso: () Otros _____ Tipo de dieta: _____ Apetito: Normal () Disminuido () Aumentado () Dificultad para deglutir: Si () No () Náuseas () Pirosis () Vómitos () Cantidad: _____
	PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS
	Estado de conciencia: Consciente () Inconsciente () Somnoliento () Estado emocional: Tranquila () ansiosa () Negativa () Temerosa () Irritable () Indiferente () Depresiva () Preocupaciones principales/comentarios: _____

Tos ineficaz: No () Si ()
 Reflejo de la tos: Presente () Ausente() Disminuido ()
 Secreciones: No () Si ()
 Características: _____
 O2: No () Si ()
 Modo: _____ l/min _____

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso periférico: _____
 Edema: No Si Localización: _____
 +() ++() +++()
 Presencia de líneas invasivas: _____
 Cateter periférico: _____

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente 3= Totalmente dependiente
 2= Parcialmente dependiente

	1	2	3
Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

Riesgo de Caidas: Bajo () Alto () Sin Riesgo ()
 Aparatos de ayuda: ninguno () S. ruedas() Otros: _____

Mano dominante: _____
 Movilidad de miembros: Conservada() Flacidez()
Contracturas() Parálisis ()
 Fuerza muscular: Conservada() Disminuida()
 Comentarios adicionales: _____

PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO

Orientado: Tiempo () Espacio() Persona ()
 Presencia de anomalías en:
 Audición: _____
 Visión: _____
 Habla/lenguaje: _____
 Otro: _____
 Dolor: No () Si ()
 Localización: _____
 Cefalea () Dinámica Uterina()
 Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales
 N° de deposiciones/día: _____
 Normal () Estreñimiento() Diarrea() Incontinencia()
Hábitos vesicales
 Frecuencia: _____ / día
Polaquíuria () Disuria() Nicturia()
Proteinuria: _____
 Albumina en orina: _____
 Otros: _____
 Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO

Horas de sueño: _____
 Problemas para dormir: Si () No()
Especificar: _____
 ¿Usa algún medicamento para dormir? Si () No()
Especificar: _____

PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS

Religión: _____
 Restricciones religiosas: _____
 Solicita visita de capellán: Si () No()
 Comentarios adicionales: _____

Nombre del enfermero:

Firma : _____
 CEP: _____
 Fecha: _____

TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:

EXAMENES AUXILIARES:

Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con neoplasia maligna gástrica, del Servicio de Hospitalización del Área de Cirugía de un instituto especializado de Lima, 2018”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales C.H.R. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Monica Cardenas Vasquez, bajo la asesoría de la Dra. Guima Reinoso Huerta. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido:

DNI: _____ Fecha:

Firma

Apéndice C: Escalas De Evaluación

Respuesta Motora		Respuesta Verbal		Apertura Ocular	
Obedece a una orden verbal	6	Habla: Orientado	5	Los ojos abren: Espontáneamente	4
Localiza el dolor	5	Desorientado	4	A una orden verbal	3
Retira al dolor	4	Palabras inapropiadas	3	Al dolor	2
Rigidez de descorticación	3	Sonidos inapropiados	2	No responden	1
Rigidez de descerebración	2	No responde	1		
No responde	1				

Escala visual análoga del dolor.

