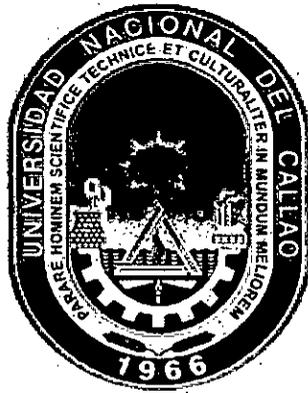


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES ADULTOS
MAYORES CON ALIMENTACIÓN POR SONDA
NASOGÁSTRICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
12 C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS, 2014 – 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

JULIA ROSA PEREYRA SÁNCHEZ

**Callao, 2017
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Julia', enclosed within a circular scribble.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO	Presidenta
DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA	Secretario
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGON	Vocal

ASESOR: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 004

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 416

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 30/10/2017

Resolución de Decanato N°2695-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. PEREYRA SÁNCHEZ JULIA ROSA

ÍNDICE

Pág.

I. INTRODUCCIÓN.....	2
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVO	5
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 ANTECEDENTES	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL	17
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	19
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	41
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	41
3.3 Procesos Realizados.....	47
IV. RESULTADOS	49
V. CONCLUSIONES.....	55
VI. RECOMENDACIONES	56
VII. REFERENCIALES.....	57
ANEXOS.....	59

INTRODUCCIÓN

La alimentación enteral o Alimentación por Sonda Nasogástrica; es el sistema de administración de alimentos artificial que más conserva el mecanismo natural, mantiene la función digestiva y hepática, y por eso es el tipo de alimentación asistida más adecuada para los pacientes geriátricos.

Las sondas nasogástrica y nasoyeyunal se utilizan cuando se prevé que su uso será inferior a las 6 semanas; en recuperaciones de cirugía, quemados, accidentes vasculocerebrales o desnutriciones severas. Cuando se pronostica que el problema de deglución o la necesidad que ha llevado a la colocación de la sonda se alargará más allá de las 6 semanas, es conveniente la colocación de una sonda de gastrostomía, ya que es menos molesta para el paciente (evita la sensación de cuerpo extraño en faringe y disminuye el riesgo de aspiraciones de las secreciones oro faríngeas). La alimentación por sonda es un método para pacientes con pérdidas prolongadas de apetito o problemas para deglutir la comida. Debido a la delicadeza del tratamiento, es importante tener en cuenta algunas recomendaciones: Valorar las necesidades calóricas. Condiciones en las que se encuentra el aparato digestivo del paciente y su capacidad de absorción. Necesidad de aportes especiales debido a la enfermedad (1)

Los Cuidados de Enfermería a considerar en la administración de alimentación por sonda nasogástrica; se considera actualmente en los pacientes inmovilizados que están siendo atendidos en casa u hospitales o por cuidadoras y/o empresas que realizan este servicio. La mayoría de estos pacientes son portadores de sondas nasogástricas. Por eso, hemos considerado interesante establecer un plan de cuidados a pacientes con sonda nasogástrica.

El presente informe de experiencia profesional titulado “Cuidado de Enfermería en Alimentación por Sonda Naso gástrica en Pacientes Hospitalizados del 12C”, tiene por finalidad describir los Cuidados de Enfermería en pacientes con este dispositivo esencial para incrementar sus nutrientes alimenticios vitales en esta etapa de vida. Contribuir a obtener mejores resultados terapéuticos, prevenir complicaciones, disminuir la estancia hospitalaria, mejorando así la calidad de vida de los adultos mayores. Según la OMS (2)

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: **El capítulo I:** describe el planteamiento del problema; descripción de la situación problemática, objetivo, justificación, **el capítulo II:** incluye marco teórico; los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III:** considera la presentación de la experiencia profesional, **capítulo IV:** resultados; **capítulo V:** conclusiones, **capítulo VI:** recomendaciones y **el capítulo VII** referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

La Alimentación por sonda nasogástrica representa un importante problema de Salud Pública ya que afecta a millones de personas; en su mayoría Adultos Mayores en el mundo, ya que perturba la estabilidad en su salud, su calidad de vida y que pueden conducir a la discapacidad o a la dependencia de otra persona para darle la atención respectiva.

Hoy en día se ha evidenciado según estudios a nivel internacional la preocupación por este tema, especialmente porque se cree que la mayoría (90%) de los deterioros para la deglución en Adultos Mayores son evitables y aún más que otro porcentaje importante (60%) de estas serían prevenibles a través de la educación para la salud o la orientación que se brinde a la familia, en la administración de dieta o alimentación por SNG y así evitar complicaciones.

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ubicado en el distrito de Jesús María; en el servicio de Medicina Interna 12C, se observa que a lo largo de mi experiencia profesional la administración de alimentación por SNG son uno de los problemas que aquejan a la gran mayoría de los pacientes hospitalizados, agregados a sus enfermedades asociadas.

Según datos estadísticos realizados en nuestro hospital la mayoría de las personas que se hospitalizan son pacientes adultos mayores con

enfermedades crónicas como insuficiencias cardíacas congestivas, diabetes, ACV, VIH, Enfermedades Respiratorias y pulmonares, con secuelas neurológicas, obesidad y por necesidad de camas en el servicio de emergencia recibimos también pacientes neurológicos post operados y de traumatología; todo esto contribuyen a la disminución de la movilidad e inmovilidad del paciente adulto mayor trayendo como consecuencia la necesidad del Cuidado de Enfermería. Tenemos casos de pacientes adultos mayores que ingresan al servicio de medicina con Sondas nasogástricas o sondas Nasoyeyunales colocados en su domicilio o en el servicio de Emergencia de Adultos y otras colocadas para inicio en el mismo servicio.

Por ello, la enfermera cumple un papel importante en cuanto a los cuidados de Enfermería en pacientes adultos mayores con sondas nasogástricas; debemos dirigir nuestras acciones en forma sistematizada, utilizando las evidencias científicas actuales utilizando los protocolos y guías de atención para brindar una mejor calidad de vida, un trato digno al paciente y educación a la familia y su entorno.

1.2 OBJETIVO

Describir la experiencia laboral profesional en los cuidados de enfermería a pacientes adultos mayores con alimentación por sonda nasogástrica del servicio de Medicina Interna 12C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2014 – 2016.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe de Experiencia Profesional titulado "Cuidado de Enfermería a Pacientes Adultos mayores con Alimentación por Sonda Nasogástrica del servicio de Medicina Interna 12C ", tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con dificultad para administrar su alimentación por si mismos; así mismo contribuirá en la calidad de vida y atención primaria que necesiten estos, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos, prevenir complicaciones, disminuir la estancia hospitalaria.

Nivel Teórico: El presente informe servirá para profundizar los conocimientos relacionados con las funciones dependientes a enfermería en cuanto al cuidado a tener en la administración de la alimentación por sonda nasogástrica, así también como la prevención de las mismas. Se brindara educación al familiar acompañante y cuidador del paciente hospitalizado sobre los cuidados a considerar.

Nivel Social: El informe beneficiara a las enfermeras que atienden a los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y a los familiares, ya que la limitación de actividades impide y vulnera la calidad de vida de los pacientes afectados y familiares, ya que se inicia una secuencia de situaciones a las que debe ser sometido el paciente, algunas de ellas son la colocación de estas; para iniciar dieta o tratamiento, el cambio de las sondas según fecha de

colocación, administración de antibióticos, que repercuten en la dimensión emocional y social por el estado de salud que presenta el paciente.

Nivel Práctico: El presente informe permitirá aumentar los conocimientos de los enfermeros, paciente y familia sobre la prevención, cuidados y complicaciones en la administración de alimentación por sonda nasogástrica y de esa manera se beneficiarán, porque se reducirán los factores que desencadenan las complicaciones, disminuyendo su estadía hospitalaria.

Nivel Económico: Los pacientes que se hospitalizan con diferentes patologías y que tienen dificultad para deglutir o alimentarse, generan gastos económicos directos en cuanto al tiempo en estancia hospitalaria, recursos humanos, medicamentos e indirectos que afectan al paciente y cuidador.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

ALKHAWAIA S. MARTIN C, BUTLER RJ, GWARDRY – SRIDHAR F. Estudio sobre **“Alimentación por sonda pos pilórica versus gástrica en pacientes adultos en estado grave.04 de agosto del 2015”**. Se realizaron búsquedas en las bases de datos hasta octubre de 2013 y se identificaron 14 estudios (ensayos controlados aleatorios) con un total de 1109 participantes. Se repitió la búsqueda el 4 de febrero de 2015 y se considerará un estudio de interés cuando se actualice la revisión. Se investigaron los efectos beneficiosos de la alimentación por sonda pos pilórica para reducir la tasa de la neumonía, disminuir el número de días que el paciente necesita depender de una máquina respiratoria, aumentar el porcentaje de nutrientes que se le pueden administrar al paciente y reducir el número de muertes. También se investigaron las complicaciones potenciales que pueden ocurrir durante la inserción de la sonda, como la hemorragia gastrointestinal, y las complicaciones que surgen durante el mantenimiento de la sonda, como la necesidad de reemplazar la sonda.

SEBASTIAN PEREZ SILVIA DRA. ROSA GARCIA- ORELLAN (Directora del Proyecto) Proyecto Fin de Máster – **“Protocolo en Nutrición Enteral. Pamplona, Setiembre 2014”** La desnutrición afecta alrededor del 5% de la población general. Afectando al 60% de las personas ingresadas en

instituciones/residencias y al 40% de los pacientes hospitalizados. La desnutrición aumenta las cifras de morbilidad, mortalidad, ingresos hospitalarios y duración de la estancia e incrementa el coste (al 50%). Muchos de los pacientes necesitan nutrición enteral. Por ello necesitamos de unos cuidados excelentes por parte de los profesionales sanitarios. Se presenta el diseño de un protocolo intrahospitalario de nutrición enteral. Se ha realizado en la práctica basada en la evidencia, a través del Proceso de Atención en Enfermería (PAE), conjuntamente, con los diagnósticos enfermeros de la Taxonomía NANDA, NOC y NIC. Basado en el meta paradigma interpersonal. Este trabajo contiene una revisión del tema de la mejor evidencia posible y ofrece líneas generales que incluye las modalidades de esta forma de nutrición artificial, las indicaciones para su uso, la forma de acceder al aparato gastrointestinal. Centrándose en sondas que van desde la nariz hasta el estómago o intestino, la utilización de un correcto uso del material, las formas de infusión del nutriente enteral, el monitoreo del esquema, y el tratamiento de las posibles complicaciones. También se ha valorado la matriz DAFO y el estudio causa-efecto, para verificar la necesidad de implantar dicho protocolo y para evaluar la calidad, se han creado unos indicadores de estructura, proceso y resultado. Indicadores relevantes y factibles, que sirven para la autoevaluación del protocolo. Ayudando así a un buen control del gasto sanitario, contribuyendo a la sostenibilidad de la unidad. Aumentar la

calidad de los cuidados prestados, para el beneficio del paciente, y a disminuir la incertidumbre del profesional, teniendo una sólida seguridad

GARCÍA DE LORENZO Y MATEOS, J. ÁLVAREZ Y DE MAN F.

“Envejecimiento y desnutrición; un reto para la sostenibilidad del SNS; conclusiones del IX Foro de Debate Abbott-SENPE”.

La desnutrición afecta al 60% de las personas ingresadas en instituciones/residencias y al 40% de los pacientes hospitalizados y alrededor del 5% de la población general. Aumentando las cifras de morbilidad, mortalidad, ingresos hospitalarios y duración de la estancia e incrementa el coste (al 50%). Estas cifras más elevadas suponen lógicamente un aumento del uso de recursos sanitarios. Según la Organización Europea de Nutrición European Nutrition Health Alliance (ENHA), hay 20 millones de personas que sufren desnutrición y se estima en un gasto de aproximadamente 171 x 109 € por año. La malnutrición es una enfermedad resultado de una nutrición inadecuada, y varía de la obesidad a la desnutrición. Relacionada con la enfermedad, se produce entre otras cosas por déficit de nutrientes, por ingesta inadecuada, por aumento de las pérdidas o por aumento de los requerimientos de nutrientes. La prevalencia de desnutrición relacionada con la enfermedad varía mucho según el nivel asistencial: 2% en ancianos sanos en residencia pública, 5-8% de los ancianos en domicilio, 50% de los ancianos enfermos institucionalizados, hasta 44% de ancianos ingresados en hospital por patología médica y hasta 65% de los ancianos ingresados

por patología quirúrgica. Sólo en hospitales la estancia media de un paciente anciano desnutrido es de 11 días con un coste medio de 4.682 € por estancia, lo que supone un total de 3.247.257.284 €. La vía digestiva puede abordarse, bien a través de sondas nasointeróicas o bien, a través de ostomías creadas por vía quirúrgica o endoscópica. Dentro del concepto de NE también se incluye la administración oral de fórmulas comerciales como dieta total (dietas completas) o como complemento de la dieta habitual (suplementos). El derecho a una prestación en el tratamiento por desnutrición, queda reflejado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, orden de 15 de diciembre del 2000, por la que se fijan condiciones de identificación de los alimentos destinados a usos médicos especiales susceptibles de financiación por el Sistema Nacional de Salud. La NE está indicada en aquellos pacientes que no pueden satisfacer sus requerimientos nutricionales con la dieta oral habitual. Como único requisito, se precisa que el paciente tenga un aparato digestivo con una mínima capacidad motora y funcional. Esto se puede concretar en la existencia de 10 centímetros de yeyuno o 150 centímetros de íleon funcionantes, a ser posible con válvula íleocecál indemne, y la presencia de unos cuantos centímetros de colón. En la evaluación nutricional: se realiza un abordaje integral para definir el estado nutricional, contemplando varios métodos objetivos y subjetivos a saber: Métodos Objetivos: Antropometría, bioquímicos e inmunológicos. Métodos Subjetivos: Historia médica nutricional y Valoración Global subjetiva. Está

contraindicada en casos de diarrea severa, vómitos persistentes, hemorragia digestiva aguda, íleo completo, desproteinización severa, shock y negativa expresa y consciente del paciente. En pacientes terminales puede contraindicarse, o en su defecto, limitarse a un mínimo aporte incluso para hidratación, siempre que la dieta no suponga mayores problemas para el paciente. Los cuidados paliativos terminales, no pretenden ni alargar ni acortar la vida, sino que la naturaleza lleve su curso. Una vez implantado dicho protocolo, se evaluarán los resultados, haciendo una revisión a los seis meses de su implantación, con los indicadores de estructura, proceso y resultado, para una mejora continua.

E. GENTO PEÑA, E. MARTIN DE LA TORRE y A. MIJAN DE LA TORRE.

Visión Nutrición artificial y pancreatitis aguda: revisión y actualización. Universidad de Valladolid. ESPAÑA. 2008 Uno de los objetivos principales del tratamiento de la pancreatitis aguda es limitar la secreción pancreática. Esto condujo a la creencia generalizada de que el “reposo intestinal” podría ser útil como tratamiento. Esta medida disminuye el dolor en los pacientes con pancreatitis aguda, pero no existen ensayos clínicos que hayan mostrado que disminuya la morbi-mortalidad de la enfermedad^{40,41}. La opinión de que el “reposo pancreático” es beneficioso explica, probablemente porqué el ayuno constituyó durante muchos años el pilar del tratamiento de la pancreatitis aguda. No existían entonces estudios controlados que demostraran los beneficios del soporte nutricional establecido de forma temprana, y se

conocían las potenciales complicaciones de la nutrición artificial^{42,43}. Es de destacar un ensayo clínico de Sax y cols. en el que compararon la NP frente al ayuno en la pancreatitis aguda leve o moderada, observando que la NP, administrada en las primeras 24 horas, prolongaba la estancia hospitalaria y tendía a aumentar los días necesarios para iniciar la alimentación oral⁴³. Estudios posteriores mostraron un aumento en la morbi-mortalidad cuando la respuesta inflamatoria sistémica se prolonga y combina con malnutrición. La NP se convirtió entonces en la vía preferida para la administración de nutrientes en los pacientes con pancreatitis aguda, como método para evitar la estimulación pancreática. Recientemente, Xian-Li y cols. han comparado la NP frente al ayuno en pacientes con pancreatitis grave, en los que la NP se iniciaba a las 24-48 horas de conseguir una adecuada reposición de la volemia. En este estudio, la NP mejoró de forma significativa la evolución de los pacientes, reduciendo el número de complicaciones totales, la estancia hospitalaria y la mortalidad⁴⁴. Ensayos clínicos recientes han sugerido que la NE, frente a la NP, mantiene la integridad de la barrera intestinal y modula la respuesta inmune sistémica, influyendo de forma favorable en la evolución de la pancreatitis⁴⁵. Indicaciones de la nutrición artificial en la pancreatitis aguda

Los objetivos que persigue hoy en día la nutrición artificial en la pancreatitis aguda son:

- disminuir la secreción pancreática ("reposo pancreático")
- tratar la malnutrición asociada y/o prevenir la malnutrición en una situación de necesidades nutricionales aumentadas
- modular la

respuesta inflamatoria • prevenir el desarrollo de infecciones sistémicas³⁷. El estado nutricional y la gravedad del episodio de pancreatitis condicionan el tipo de nutrición a utilizar, así como el momento de su inicio. Para evaluar el estado nutricional de los pacientes se utilizan diversas escalas, como el SGA (Subjective Global Assessment), mientras que la gravedad de la pancreatitis aguda se define según los criterios de la Conferencia de Atlanta de 1992. La mayoría de los casos de pancreatitis aguda son leves y auto limitados, con recuperación de la actividad enzimática normal en 2-4 días. Es infrecuente la aparición de complicaciones en este grupo de pacientes, que habitualmente puede reiniciar la alimentación oral en 3-7 días. En estos casos, se aconseja un breve periodo de ayuno, hasta que cesa el dolor y descienden los valores de amilasa y lipasa, durante el que se administran fluidos y electrolitos por vía parenteral. Una vez que ha cedido el dolor, se aconseja una dieta rica en hidratos de carbono y pobre en grasas (menos del 30% de las calorías totales), siendo además preferibles las de origen vegetal. No existen, sin embargo, ensayos clínicos aleatorizados que apoyen esta recomendación. Puede incrementarse progresivamente la dieta si se tolera adecuadamente. La presencia de complicaciones, o la incapacidad de conseguir una adecuada ingesta de nutrientes (al menos el 50% de los requerimientos) en la primera semana de ingreso, serían motivos para comenzar la nutrición artificial. También los pacientes malnutridos Nutr Hosp. 2007;22(1):25-37 E. Gento Peña y cols. 04. NUTRICION

ARTIFICIAL 29/11/06 08:55 Página 28 previamente, y que no van a poder iniciar una dieta oral en los días siguientes al ingreso podrían beneficiarse del soporte nutricional. En los pacientes con pancreatitis aguda grave hay que iniciar el tratamiento nutricional precozmente, dentro de las primeras 72 horas de ingreso según la mayoría de los autores³⁷. Vía de soporte nutricional Existe una tendencia creciente, sobre la base de los últimos estudios publicados, a administrar NE de forma precoz en los brotes graves de pancreatitis. No obstante, cada una de las vías de acceso tiene sus ventajas e inconvenientes (tabla I). Debe tenerse en cuenta que la NE y la NP no son técnicas excluyentes y, en muchas ocasiones, pueden ser complementarias. Así, se puede iniciar el tratamiento con NP en aquellos casos en los que la NE no sea posible (aumento del dolor abdominal, elevación significativa de las enzimas pancreáticas o íleo paralítico). La NE podrá iniciarse conforme estos eventos se resuelven, retirando simultánea y progresivamente la NP.

I. La nutrición enteral (NE)

Indicaciones Puesto que no existen contraindicaciones específicas conocidas para la NE, y al no existir estudios prospectivos, se aconseja intentar siempre la NE en los pacientes con pancreatitis aguda que precisan soporte nutricional. La NE puede incluso utilizarse en presencia de complicaciones de la pancreatitis grave, como fístulas, pseudoquistes o ascitis de origen pancreático. No hay estudios controlados que comparen las distintas vías de nutrición artificial en pacientes con pancreatitis aguda y obstrucción gástrica, por lo que no pueden darse

recomendaciones generales, aunque habitualmente se aconseja la NE a través de una sonda de alimentación colocada distalmente a la obstrucción⁷ . En el caso de distensión gástrica pueden ser útiles las sondas de doble luz, que permiten la infusión yeyunal de nutrientes y aspiración simultánea del contenido gástrico, lo que facilita la tolerancia a la NE en algunos pacientes. La presencia de íleo parcial, limitado al estómago e intestino grueso, es frecuente en los pacientes graves, en los que puede mantenerse, sin embargo, la capacidad funcional del intestino delgado, permitiendo el uso de la NE. Por lo tanto, la ausencia de auscultación de ruidos peristálticos no contraindica por sí sola la aplicación de NE. No obstante, la administración de NE en los pacientes con pancreatitis grave debe ser cautelosa, debiendo realizarse una estrecha vigilancia que permita detectar signos de intolerancia a la dieta o complicaciones³⁷. Los estudios prospectivos indican que la NE es factible en la mayoría de los casos de pancreatitis grave. Sin embargo, estudios más generales, con grupos más amplios de pacientes, no muestran los mismos resultados. Por ejemplo, Oleynikow y cols. comunicaron no haber podido administrar NE a 25 de 26 pacientes con pancreatitis aguda grave, en la mayoría de los casos debido a la existencia de importantes cambios inflamatorios retroperitoneales⁴⁸. Los grupos de expertos aconsejan iniciar la NE lo más precozmente posible, principalmente en los casos de etiología etílica, que se asocian frecuentemente a malnutrición.

Inicialmente se administrarán fluidos, electrolitos y micronutrientes por vía intravenosa, que se reducirán gradualmente según se aumenta la NE

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Durante mi labor como Enfermera Asistencial las Teorías que han facilitado mi labor en la atención del paciente han sido la Teoría de Jean Watson y la Teoría de Virginia Henderson.

A continuación se detallará las características de este cuidado.

Teoría del cuidado humano de Jean Watson (3)

Watson sostiene en su teoría que el cuidar es el núcleo de la profesión de enfermería: el cuidado en el mantenimiento o recuperación de la salud, así como el apoyo en el proceso de la vida y en el momento de la muerte. La teoría del cuidado humano guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas que son un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. La calidad de las intervenciones de la enfermera se basa en la participación de la enfermera y en el paciente en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, necesidades, esfuerzos y límites, y en su saber reconfortar, tener compasión y empatía.

En esta teoría el profesional de Enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida; teniendo en consideración que el cuidado de los enfermos es un

fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. La teoría de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos en la atención a los pacientes.

Esta teoría se relaciona con el presente estudio dado que los cuidados que los profesionales de Enfermería utilizan en los pacientes con administración de dieta por sonda nasogastrica; teniendo en consideración los postulados del cuidado humano expuestos en esta teoría.

Teoría de las necesidades humanas básicas.(4)

Fue desarrollada por Virginia Henderson, quien en esta teoría concibe el papel del profesional de enfermería como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer; dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.

Las actividades que el profesional de enfermería realiza para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente, describiendo la relación enfermera – paciente en tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

En relación al presente estudio, la influencia de la teoría de las necesidades humanas consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo del profesional de Enfermería por necesidades de cuidado, facilitando la definición del campo de actuación enfermero, y la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las 14 necesidades humanas básicas, enfatizando la nutrición, higiene y movilización en los pacientes que presentan o están expuestos hacia alguna dificultad para la administración de dieta en forma normal y por ello conlleva la necesidad de s alimentación por sonda naso gástrica(5)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Para el Portal FEMORA. Servicio Gallego de Salud; define a la Administración de la nutrición enteral por sonda, como una técnica especial de alimentación que consiste en administrar los diferentes nutrientes a través de una sonda, colocada en un tramo del tracto

digestivo, suprimiendo las etapas oro faríngea y esofágica de la deglución.(6)

Se define como nutrición enteral a la administración de nutrientes por vía digestiva a través de una sonda de alimentación. Se administra en aquellos casos en que la alimentación oral no es posible pero el tracto gastrointestinal está apto en su función digestiva parcial o totalmente.

Alimentación Enteral.- Consiste en la administración de los nutrientes a través de una sonda, uno de sus extremos quedara al exterior y el otro en uno de los distintos tramos del tubo digestivo. En este caso, la alimentación salta algunas fases del proceso digestivo, como son la fase bucal y la esofágica. Este tipo de alimentación se utiliza cuando no es posible la alimentación voluntaria y el aparato digestivo sigue manteniendo su funcionalidad.

Nutrición Enteral (NE).- Técnica de soporte nutricional consistente en la administración de mezclas nutritivas para infundir directamente en el estomago o intestino a través de una sonda, ostomía o por via oral.

Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG).- Es una técnica endoscópica que permite la colocación de una sonda flexible para crear una comunicación tempopral o permanente entre la pared abdominal y la cavidad gástrica, asegurando de este modo, la alimentación directa al tubo digestivo del paciente.

Sonda nasogastrica/nasoenteral.- Tubo flexible que se inserta por la nariz hasta el estomago.

Yeyunostomia.- Se trata de la comunicación percutánea del yeyuno con el exterior. Se emplean sondas similares a las de la gastrostomía con calibre ligeramente inferior. Sus indicaciones son las mismas con la ventaja de un menor incidente en episodios de reflujo.

La complicación más grave es la salida de liquido nutricional a la cavidad peritoneal con la peritonitis consiguiente.

Definición del nivel de cuidado del profesional de Enfermería. (7)

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las diversas corrientes del pensamiento a través de la historia. El cuidado en enfermería comienza desde los inicios de la vida y se han destacado cuatro etapas en este proceso hasta convertirla en profesión: la etapa doméstica, vocacional, técnica y profesional

Aproximadamente en el siglo XIX Nightingale definió al cuidado como "un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él"; dando comienzo a la profesionalización de Enfermería.

Benner y Wrubel, por su parte afirman que el cuidado es elemento esencia de la relación enfermera – paciente y la capacidad de la

enfermera para empatizar, representa la característica principal de las relaciones profesionales. (8)

Sánchez, define al cuidado como un acto de interacción humana, recíproco e integral.

Según Françoise el cuidado de Enfermería abarca desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo los periodos de enfermedad y la salud, basándose esta actividad en un compromiso moral entre la persona cuidada y quienes profesan el cuidado; para lograr esto, el profesional de Enfermería debe ser competente en el dominio del conocimiento científico, la aplicación de técnicas y/o conflictos biomédicos, caracterizándose por una actitud con alto valor moral para lograr el bienestar integral de las personas que cuida. (9)

CUIDADOS DEL PACIENTE CON SONDA NASOGASTRICA



El sondaje nasogástrico es una técnica que consiste en la introducción de una sonda desde uno de los orificios nasales hasta el estómago. El sondaje también puede ser oro gástrico, es decir la introducción de la sonda por la boca hasta el estómago.

TIPOS DE SONDAS

LEVIN La sonda es un tubo de material plástico más o menos flexible que normalmente se coloca por vía nasal, aunque también se puede colocar por vía oral. Las hay de distintos materiales, como el polivinilo, la silicona o el poliuretano. Las de polivinilo son gruesas y rígidas, por lo que son muy útiles para la succión. Las de silicona y las de poliuretano son más finas y elásticas, preferibles para sondajes de larga duración. Con respecto a su calibre, hay que decir que también éste es variable, que se mide en French y que un número 14 suele ser válido para la mayoría de los casos (a mayor número, mayor calibre).

Las sondas que más se utilizan en la actualidad son de doble luz (tipo Anderson) para dar paso al aire y evitar que al aplicar succión permanente el sistema se convierta en uno cerrado.

Cuando se emplean para alimentación se escoge la más delgada por la que puedan pasar los alimentos porque es mejor tolerada por los pacientes. En el mercado se encuentra actualmente una gran variedad de

sondas diseñadas con este fin específico, como las de Sustagen, Dobghcoff, Keofed etc.

NELATON

Diseñada por Augusto Nelaton, cirujano francés (1807-1873). Su uso en intubación nasal se limita a intubaciones nasoesofágicas o nasogástricas en niños pequeños. Se emplea para descomprimir la vejiga cuando no es necesario dejar una sonda a permanencia.

Mide 42 cm de longitud, tiene la punta cerrada y un orificio lateral cerca de ella. Viene en calibres de 8F a 20F.

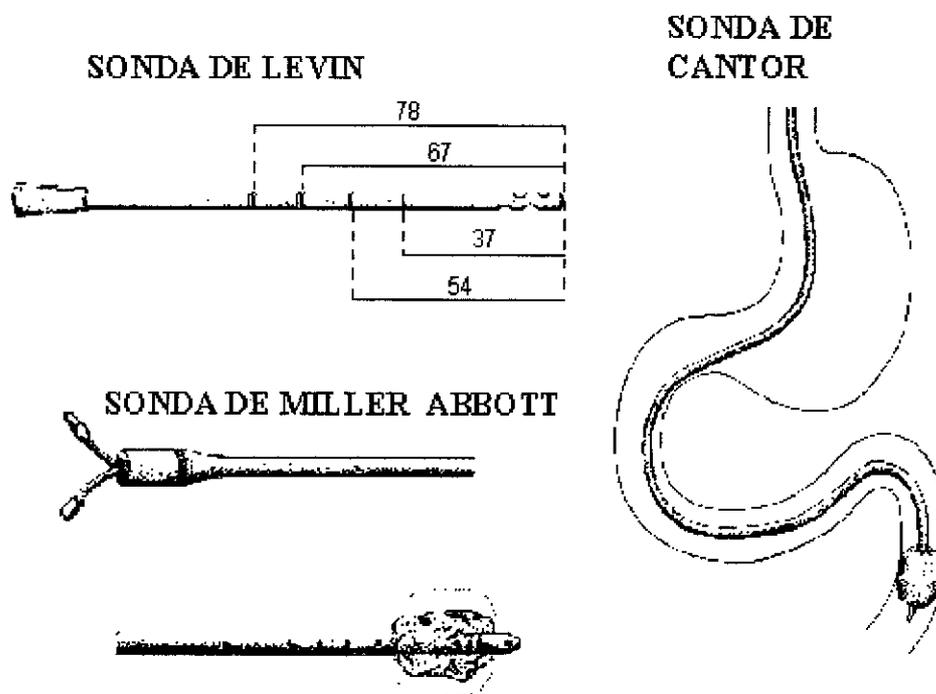
SONDAS LARGAS

Son utilizadas para intubar intestino delgado. Hay dos tipos de estas sondas: de doble lumen, uno de los cuales comunica con la luz intestinal; el otro se emplea para inflar un balón que está cerca de la punta y que sirve para propulsar la sonda. El ejemplo clásico de este tipo de sonda es la de Miller-Abbot. Otros tipos de sondas son las de lumen único que comunica con la luz intestinal, como la de Cantor que tiene en la punta una bolsa donde se coloca mercurio, la cual es impulsada por la gravedad y por la acción peristáltica.

Sonda de Miller-Abbot: Tiene 3 metros de largo y viene en calibres de 12 a 18F. La más usada es la 16F. Tiene como marcas un anillo a los 45 cm,

dos a los 60 cm y tres a los 75 cm; después del tercer anillo tiene una marca cada 30 cm. El conducto de succión es pequeño y fácilmente se obstruye.

Sonda de Cantor. Tiene una luz única más amplia que la de la sonda anterior. En el extremo de la sonda y sin comunicación con la luz hay una bolsa de látex en la que se inyecta mercurio. Esta bolsa, que es propulsada por el peristaltismo, tiene la desventaja de que una vez introducida no puede retirarse el mercurio para que no avance más. Es el mejor tubo largo para uso prolongado.



Sondas de Levin, Miller Abbott y Cantor

Existen otros tipos de sondas largas, todas con el nombre de quien las diseñó. Algunas tienen estiletes metálicos para facilitar su paso por el píloro. En general su uso está indicado cuando se quiere hacer estudios de fisiología intestinal (muestras de secreciones, determinaciones de presión, etc) y constituye una forma de tratamiento de la obstrucción intestinal.

En algunas escuelas se consideran estas sondas fundamentales en el manejo de la obstrucción intestinal, ya que los tubos cortos, como el de Levin, no son muy efectivos para extraer cantidades importantes de gas o de líquido más allá del píloro. Otras escuelas, como la nuestra, no le dan esa importancia, puesto que las sondas cortas descomprimen efectivamente el estómago, impiden que el gas deglutido avance al intestino y al evacuar el líquido que el peristaltismo retrógrado lleva hacia el estómago, ayudan a descomprimir el intestino delgado.

Por otra parte, la colocación de las sondas largas es laboriosa. Su uso, en general, tiende a ser menos frecuente

OBJETIVO

- Toma de muestras del contenido gástrico con fines diagnósticos.
- Vaciar el contenido gástrico mediante drenaje o aspiración.
- Lavado gástrico.
- Administración de alimentación enteral.

- Administración de medicamentos.
- Prevención de broncoaspiración en pacientes con disminución de conciencia.
- Diagnóstico de hemorragia digestiva alta

Indicaciones

Las utilidades del sondaje nasogástrico (levin) en atención primaria son las siguientes:

Nutrición enteral. Este procedimiento es necesario para la nutrición en aquellos paciente que no son capaces de ingerir alimentos por vía oral pero tienen las funciones del estómago adecuados.

Lavado gástrico. Es una indicación de uso restringido en atención primaria, de tal modo que solo se debe de llevar a cabo en situación de aislamiento con respecto al hospital de referencia. Se recurre a ella en casos de:

- Intoxicación oral de sustancias tóxicas o de fármacos.
- Sospecha de hemorragia digestiva alta.
- Necesidad de obtener cultivos gástricos ante la sospecha de tuberculosis.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones del sondaje nasogástrico vienen determinadas por sus indicaciones (nutrición enteral y lavado gástrico) y por las circunstancias en las que normalmente se produce dicho sondaje (programado o de urgencias).

Contraindicaciones para la nutrición enteral:

- Presencia de vómitos persistentes.
- Hemorragia gastrointestinal aguda.
- Íleo o sub obstrucción intestinal grave.
- Desproteinización visceral grave.

Contraindicaciones para el lavado gástrico:

- Obstrucción nasofaríngea o esofágica.
- Traumatismo máxilofacial severo y/o sospecha de fractura de la base del cráneo.
- Sospecha o evidencia de perforación esofágica.
- Coagulopatía severa no controlada.
- No se realizará nunca en caso de ingestión de ácidos, álcalis, otras sustancias cáusticas o derivados del petróleo.

- La presencia de varices esofágicas o de esofagitis severa no es una contraindicación absoluta, pero exige valorar muy bien su indicación en el primer nivel de atención y extremar las precauciones.
- La disminución del nivel de conciencia es una contraindicación relativa por el incremento del riesgo de aspiración. Si es necesario, se puede hacer con intubación endotraqueal, lo que aconseja su derivación al medio hospitalario.

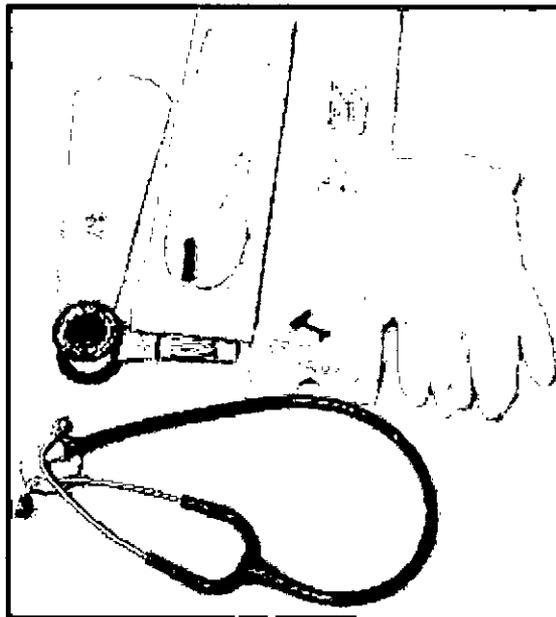
Materiales:

Antes de llevar a cabo cualquier procedimiento, se debe de preparar todo el material necesario que, en el caso que nos ocupa, consta de los siguientes elementos:

- Lubricante: El lubricante que se emplee para la inserción de la sonda ha de ser hidrosoluble, de preferencia utilizamos jalea de lidocaína o en todo caso agua hervida fría. Se han de evitar , los lubricantes con base oleosa como la vaselina .
- Un par de **guantes**, que no necesariamente han de ser estériles.
- Esparadrapo, a ser posible hipoalergénico.
- Un vaso de agua con una cañita.
- Una jeringa de 50 ml. (asepto jeringa)

- Un estetoscopio.
- Una batea.
- Una toalla o una sabanilla.
- Un tapón para la sonda y/o una bolsa colectora adaptable a la luz de la sonda elegida.

Unas cuantas gasas o bien algunos pañuelos de papel.



Realización de la técnica

Una vez preparado el material, **los pasos a seguir son:**

- **Explicarle al paciente** en qué consiste la técnica que vamos a realizar y que además va a ser necesaria su colaboración.
- Colocar al paciente en **posición de Fowler** (con el cabecero de la camilla o de la cama en posición de sentado o semisentado).
- Cubrir el pecho del paciente con la toalla y colocar cerca la batea (por si se produce algún vómito al introducir la sonda) así como todo el material que hemos preparado previamente.
- Lavarnos las manos y enfundarnos los guantes.
- Retirar las prótesis dentarias si las hubiere.
- Decirle al enfermo que se suene y examinar los orificios nasales para comprobar su permeabilidad. Le diremos al paciente que respire alternativamente por cada uno de los orificios mientras bloqueamos el contralateral. Escogeremos el orificio por el que respire mejor.
- Determinar la cantidad de tubo que debemos introducir para llegar al estómago. Para ello y, ayudándonos de la propia sonda, mediremos la distancia que va desde la punta de la nariz del paciente al lóbulo de la oreja, y de aquí al apéndice xifoides del esternón. Las sondas suelen presentar unas marcas que nos pueden servir de orientación, pero es conveniente que tras realizar la medida hagamos nosotros una señal en el lugar deseado.



A la hora de **realizar el sondaje nasogástrico**, procederemos de la siguiente manera:

- Una vez lubricado el extremo distal de la sonda, la introduciremos por el orificio nasal elegido, dirigiéndola hacia abajo y hacia la oreja del mismo lado, haciéndola progresar con un suave movimiento rotatorio. Nos ayudará que el paciente incline la cabeza un poco hacia atrás.
- Una vez hayamos pasado la resistencia de los cornetes, habremos llegado a la orofaringe, cosa que podremos comprobar pidiéndole al paciente que abra la boca. En estos instantes, el enfermo suele experimentar náuseas. Le diremos que se relaje, *que incline la cabeza hacia delante* (con este movimiento se cierra la vía aérea) y que intente tragar saliva o un sorbito de agua.
- Con la cabeza inclinada hacia delante y aprovechando los momentos en que el paciente realiza la deglución, iremos progresando suave y rotatoriamente la sonda hasta la señal previamente realizada. Si en algún

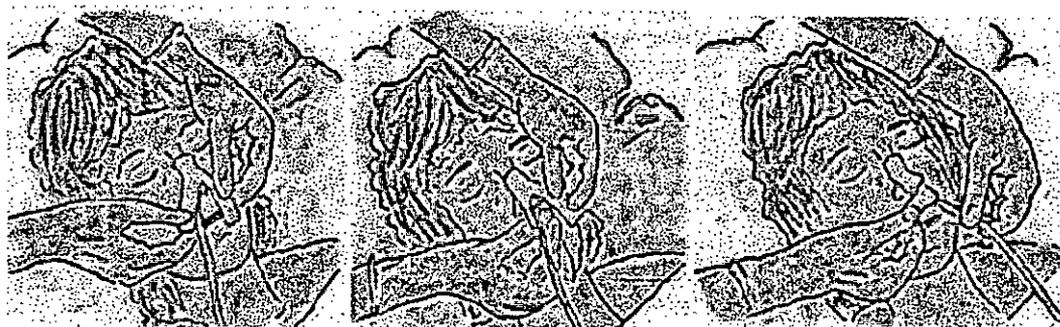
momento el paciente presenta tos, es señal de que hemos introducido el tubo en la vía respiratoria, por lo que procederemos inmediatamente a retirarlo totalmente o hasta situarnos nuevamente en la faringe para, tras unos minutos de descanso, reiniciar el procedimiento. Otro hecho que puede suceder es que la sonda se enrolle sobre sí misma y no avance, con lo cual procederemos de la misma manera: retirar, descansar y reiniciar.

- Cuando la marca que hemos hecho en la sonda llegue a la nariz, es de suponer que ésta se encuentra en el estómago. Para comprobarlo podemos hacer varias maniobras: si se consigue aspirar jugo gástrico es señal de que la sonda se encuentra en el estómago. Si se aspira un líquido amarillento, es indicio de que el tubo está en el intestino delgado o de que existe un reflujo duodenogástrico. Si el intento de aspiración resulta negativo, se puede introducir una *embolada de aire* con la jeringa y oír el burbujeo que se produce mediante un estetoscopio colocado sobre el epigastrio.



Maniobra de comprobación de la existencia de burbujeo al introducir una embolada de aire con la jeringa.

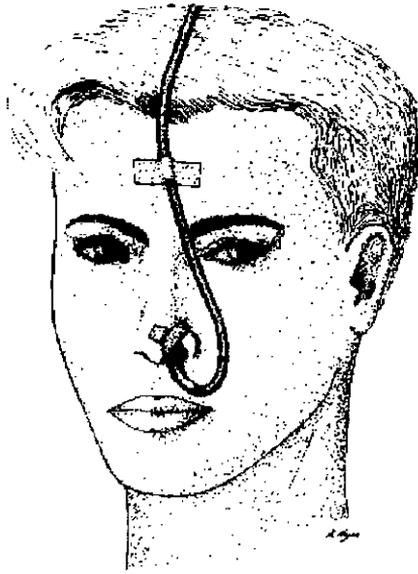
- Una vez colocada la sonda, procederemos a fijarla a la nariz con el esparadrapo, lo cual se suele hacer de la siguiente manera: se coge una tira de esparadrapo de unos 10 cm de largo y se corta longitudinalmente hasta la mitad. El extremo que no está dividido se fija a la nariz. Los extremos que están divididos se enrollan alrededor de la sonda, primero uno y luego el otro. Posteriormente tiraremos suavemente de la sonda para comprobar que no se desliza.



Fijación de la sonda en la nariz

Una vez fijada la sonda a la nariz, es conveniente también fijar el extremo abierto de la sonda en el hombro del paciente, para así evitar el arrancamiento si se produce un tirón.

- Según la finalidad del sondaje, en el extremo abierto del tubo se puede colocar un tapón, una bolsa colectora o realizar lavados.



Para retirar la sonda nasogástrica, se ejecutan los siguientes pasos:

- Lavarse las manos y enfundarse unos guantes, que no es necesario que sean estériles.
- Colocar al paciente en posición de Fowler (sentado).
- Pinzar o taponar la sonda.
- Quitar el esparadrapo de fijación.
- Solicitar al paciente que haga una inspiración profunda y una espiración lenta.
- Retirar la sonda suavemente, con un movimiento continuo y moderadamente rápido.
- Efectuar la higiene de las fosas nasales y de la boca.

Consideraciones del sondaje nasogástrico en la nutrición enteral

- Cuando la finalidad del sondaje es la nutrición enteral, en el extremo abierto del tubo se coloca un tapón. Además, se actuará de la siguiente manera:
- Se cambiará la posición de la sonda diariamente, con el fin de evitar decúbitos. Con un movimiento rotatorio, se hará que la sonda gire, retirándola o introduciéndola un centímetro.
- Con el mismo fin, se cambiará diariamente el esparadrapo, variando igualmente la zona de fijación. Se limpiarán los orificios nasales y luego se les aplicará un lubricante hidrosoluble.
- Se llevará a cabo la higiene de la boca diariamente, manteniendo los labios hidratados.
- Se mantendrá al enfermo en posición de Fowler (SENTADO) en el momento de dar el alimento y hasta una hora después.
- Antes de dar el alimento, se aspirará el contenido gástrico. Si el volumen es superior a 150 ml, es necesario volver a introducirlo y esperar a la siguiente toma, repitiendo la misma operación.
- La entrada del alimento debe ser lenta (entre 15-20 minutos según la cantidad), independientemente de si es administrado en bolo (jeringa), por declive o en bomba de infusión.

- Después de la administración de cada alimentación o medicación, conviene hacer irrigaciones de la sonda con agua, para evitar cualquier posible bloqueo del tubo.

- **El cambio de la sonda** varía según el material de ésta: cada 7-14 días para las de polietileno, cada 2-3 meses para las de poliuretano y cada 3-6 meses para las de silicona.

Consideraciones del sondaje nasogástrico en el lavado gástrico

La indicación del lavado gástrico es de uso restringido en atención primaria y sólo se llevará a cabo en situaciones de aislamiento con respecto al hospital de referencia:

En la sospecha de hemorragia digestiva alta, el sondaje nasogástrico tiene las siguientes utilidades:

- Confirmar el origen alto de la hemorragia cuando el aspirado es sanguinolento. Sin embargo, se debe tener en cuenta que un aspirado no sanguinolento excluye el origen esofágico y gástrico del sangrado, pero no el postpilórico. Por otro lado, un sondaje traumático puede originar un aspirado hemático que induzca a una falsa interpretación.

- Valorar la actividad del sangrado: la sangre roja normalmente indica un sangrado activo, mientras que la observación de "posos de café" suele indicar que la hemorragia no está activa en ese momento.

- Evacuar el contenido estomacal lo cual, por un lado, ayudará a evitar posibles broncoaspiraciones si se produjera un vómito y, por el otro, facilitará la visibilidad de la posterior endoscopia.

En la intoxicación oral y, dependiendo del tiempo transcurrido, el sondaje nasogástrico nos permitirá verificar o no el suceso.

En el caso de que se decida hacer el lavado, se introducirá agua a temperatura ambiente en pequeñas cantidades (100-200 ml.), dejándola fluir por gravedad o lentamente mediante la jeringa. Posteriormente, se aspira con suavidad o se desciende la sonda para que refluya el contenido. El proceso se repetirá tantas veces como sea necesario. Para el lavado el paciente debe de estar colocado en decúbito lateral izquierdo y con la cabeza elevada para evitar la aspiración. Los lavados con agua helada, que antes se empleaban habitualmente, no han demostrado su utilidad a la hora de cohibir la hemorragia.

COMPLICACIONES

Pueden ser las siguientes:

- Traumatismo y/o hemorragia nasal, faríngea o laríngea
- Atelectasia e infecciones respiratorias:** la presencia de una sonda en la faringe dificulta la expulsión de secreciones, lo cual aumenta la incidencia de atelectasias y complicaciones respiratorias. La profilaxis de

este problema está en hacer ejercicios respiratorios y cumplir las maniobras correspondientes.

•**Estomatitis y parotiditis:** por tener la nariz obstruida, estos pacientes respiran por la boca, lo que produce sequedad de las mucosas de la cavidad oral y hace que el paciente se queje de sed. Esta sequedad de las mucosas produce úlceras y fisuras en la mucosa llevando a estomatitis, ulceraciones, faringitis y parotiditis. Para evitar estos problemas se debe hacer aseo bucal varias veces al día, lavando la boca con el cepillo de dientes o con un algodón húmedo o haciendo enjuagues.

•**Ulceración y necrosis:** si una sonda se deja por mucho tiempo se puede ulcerar la nariz o el paladar y si se ha hecho una fijación inadecuada a la piel puede producirse necrosis del cartílago del ala o de la punta de la nariz. Esto puede evitarse cambiando la sonda de fosa nasal si hay evidencia de ulceración, pero, fundamentalmente, haciendo una fijación primaria adecuada.

•**Otitis media aguda:** la presencia de la sonda edematiza el ostium faríngeo de la trompa de Eustaquio pudiendo llevar a otitis media por estasis.

•**Sinusitis:** Es otra complicación relativamente frecuente, que se observa en forma de sinusitis purulentas en los pacientes en estado crítico.

•**Esofagitis por reflujo:** la presencia de una sonda que pasa por la unión cardioesofágica hace que ésta permanezca abierta todo el tiempo, originándose un reflujo de contenido gástrico que, dependiendo de la severidad y duración, puede llevar a una esofagitis.

•**Pérdida de líquidos y electrolitos:** la succión gástrica puede remover grandes cantidades de agua y electrolitos, llevando a deshidratación y desequilibrio electrolítico. La forma de evitar esto, es reemplazando volumen por volumen en forma de dextrosa al 5% en solución salina a la que se añade potasio en cantidad de 40 miliequivalentes diarios, o más si los electrolitos séricos así lo indican.

La mejor forma de evitar todas estas complicaciones es dejar las sondas nasogástricas el mínimo tiempo posible. Si durante la operación se piensa que el paciente va a estar mucho tiempo con sonda nasogástrica, es mejor hacer una gastrostomía que cumple las mismas funciones que la intubación nasal, sin los problemas de ésta y con morbilidad mínima. El empleo rutinario de sondas nasogástricas en cirugía de vías biliares y en el postoperatorio de cirugía abdominal se ha abandonado y hoy existe la tendencia a un uso más selecto

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente Informe de Experiencia Profesional, se realizó la recolección de datos utilizando la técnica de revisión de estadísticas del Servicio 12C. Y para lo cual se llevó a cabo las siguientes acciones:

-Autorización.- Se solicitó la autorización respectiva a la jefatura del servicio, a fin de tener acceso a los registros ante (estadísticas, cuaderno de registro de admisión y altas de pacientes).

-Recolección de datos.- La técnica fue el análisis documental y como instrumento: guías, historias clínicas, el control de registro de los Informes diarios de Enfermería de Enero 2014 - Diciembre 2016.

-Procesamiento de datos.- Los datos se procesaron mediante el programa Excel.

-Resultados.- Serán presentados en tablas, cuadros y gráficos

-Análisis e interpretación de datos.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Recuento de Experiencia Profesional

La Experiencia Profesional como Enfermera empieza al iniciar el SERUMS equivalente de Noviembre 2008 – Noviembre 2009 en el Policlínico Próceres de Essalud desempeñando funciones como Enfermera Asistencial en los diferentes servicios como: Emergencia,

consultorios, programas de atención primaria como: Atención al Adulto Mayor, Crecimiento - Desarrollo y Vacunas, Programa de Control de Tuberculosis(PCT), Programa de Consejería en VIH-SIDA, Tópico de Curaciones(Cirugía) e Inyectables y realización de electrocardiogramas, durante un año.

Al ser trabajadora del Hospital Edgardo Rebagliati Martins- Essalud, en febrero del 2011 se da el Cambio de Nivel logrando ser promovida. Es así como inicio la carrera Profesional de Enfermería propiamente dicha. Por espacio de 01 año rote por los diferentes servicios del Hospital.

Desde el Mes de Agosto del 2012 paso a formar parte del staff de Enfermeras del Servicio de Medicina Interna e Infectología-12C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins- Essalud, por contar con experiencia en la atención de Adultos Mayores. Desempeñando funciones como Enfermera asistencial y coordinadora de grupo de rotación.

El Hospital Edgardo Rebagliati Martins, es un Hospital de Nivel IV de Referencia a Nivel Nacional; para atender a toda la población asegurada.

3.2.1 Recuento de la Experiencia Profesional

- Recursos Humanos

El equipo de Trabajo del 12C Medicina, está conformado por 13 Enfermeras Asistenciales, 03 Enfermeras Administrativas, 12

técnicos de enfermería, en la modalidad de nombrados, contratados y CAS en turnos rotativos de mañana, tarde y noche.

Por lo general no se cuenta con reemplazos por vacaciones, licencias, renuncias o descansos médicos prolongados, por lo que los grupos de trabajo quedan incompletos, teniéndose que redistribuir la labor de enfermería.

Esta falta de recursos humanos ocasiona disminución de las horas disponibles para la Atención de Enfermería e incremento de la carga laboral que a su vez contribuye con el ausentismo mensual. .

- Infraestructura

Está conformado por un conjunto de edificios de 14 pisos y sótano. En el sótano se sitúan los consultorios externos del área de Rehabilitación y todas las áreas de Mantenimiento del Hospital. En el Primer Nivel están los consultorios externos de las diferentes especialidades, farmacia, módulo de citas, laboratorio central, banco de sangre, unidad de quimioterapia ambulatoria, Rayos X, áreas específicas de tomografía axial computarizada, resonancia magnética, acelerador lineal, Área de Emergencia Pediátrica y Emergencia de Obstetricia. A partir del segundo piso en adelante están los ambientes de hospitalización, estando dos pisos reservados a pediatría. Actualmente cuenta con un nuevo centro de Emergencia. El servicio se encuentra en el Block G y cuenta con una capacidad de 39 pacientes distribuidos en 15 ambientes

unipersonales para pacientes con problemas de inmunosupresión y grado de dependencia II y III (Servicio de Clínica Pediátrica y Especialidades) con equipos completos de oxígeno, aspiración de secreciones y monitores de cuatro funciones vitales; en los cuales se encuentran los pacientes de alto riesgo y con mayor requerimiento de cuidados de enfermería y en el Tercer Piso funciona el Servicio de Oncohematología Pediátrica(pacientes con tumores sólidos llámese osteosarcomas y tumores líquidos llámese Leucemias).

- Prestaciones

- a) Los Centros del Adulto Mayor (CAM) son espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo. Estos se descentralizan por Distritos.
- b) Los Centros de atención Integral en Diabetes e Hipertensión (CEDHI) es un centro especializado de EsSalud, integrante de la Red de Prestaciones de Salud del Seguro Social y perteneciente al II Nivel de Atención.
- c) Brinda prestaciones de salud especializada, mediante la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones secundarias de la diabetes e hipertensión

en los asegurados con patología cardiometabólica, referidos de los centros asistenciales de menor nivel resolutivo.

3.2.2 Funciones Desarrolladas en la actualidad

a) Área Asistencial

- Destreza para aplicar el Proceso de Enfermería en el paciente de Medicina.
- Actualización técnico científica para tomar decisiones oportunas y otorgar atención de enfermería eficiente y eficaz.
- Conocimiento y habilidad para la preparación y el manejo de equipos biomédicos de primera, eficiente y eficaz.
- Conocimiento y aplicación del proceso de reanimación cardiopulmonar avanzada y prolongada.
- Brinda atención de enfermería especializada, según los requerimientos del paciente.
- Maneja equipos especializados de Diagnóstico y Tratamiento.
- Administra el tratamiento médico y farmacológico prescrito integrado el conocimiento científico y su juicio crítico a las situaciones presentadas.
- Orienta el auto cuidado y brinda apoyo psicológico al paciente y familia según lo requiera durante la atención en hospitalización.

- Participa en la identificación y atención de los problemas de nutrición.
- Realiza actividades de rehabilitación físico- social en coordinación con el equipo multidisciplinario y/o especializado brinda atención de enfermería al paciente en fase terminal y apoyo emocional a los familiares.
- Planea, organiza, conduce, ejecuta y evalúa acciones preventivas promocionales que contribuyen de manera efectiva a disminuir los riesgos de enfermar y morir.
- Participa en el desarrollo de la prevención y control de infecciones intrahospitalarias en sus diversas fases: Vigilancia Epidemiológica, normas Universales.

b) Área Administrativa

- Capacidad de planificar, organizar, dirigir, negociar, coordinar, supervisar y controlar los cuidados de enfermería al paciente de medicina.
- Capacidad para promover, realizar, liderar los cambios necesarios para optimizar la atención de enfermería y mejorar la salud de los usuarios.
- Capacidad de resolución de problemas.

- Elaborar el plan operativo de enfermería para el servicio en base al diagnóstico situacional y de acuerdo a las normas establecidas.
- Participa en la administración de los problemas de emergencia y desastres en coordinación con los otros sectores hospitalarios.
- Establece, prioriza y formula las necesidades de recursos humanos, materiales y equipos requeridos para la presentación del servicio de enfermería al usuario.
- Supervisa, monitoriza y evalúa el avance y logro de las metas establecidas en el plan operativo.

c) Área Docencia

- Conocimiento y manejo de la metodología educativa.
- Participa en el desarrollo de programas educativos orientados al formato, prevención y recuperación de la salud.

d) Área Investigación

- Realiza investigaciones operativas, como aporte al desarrollo de la disciplina y como medio para optimizar la atención profesional.
- Participa en investigaciones multidisciplinarias.

3.3 Procesos Realizados

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un conjunto de acciones intencionadas que el personal de Enfermería, apoyándose

en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de Enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí mismo.

El uso del Proceso de Enfermería permite crear un plan de Cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de Enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad.

El Proceso de Enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva Enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. Este Proceso le da a la Enfermería la categoría de CIENCIA.

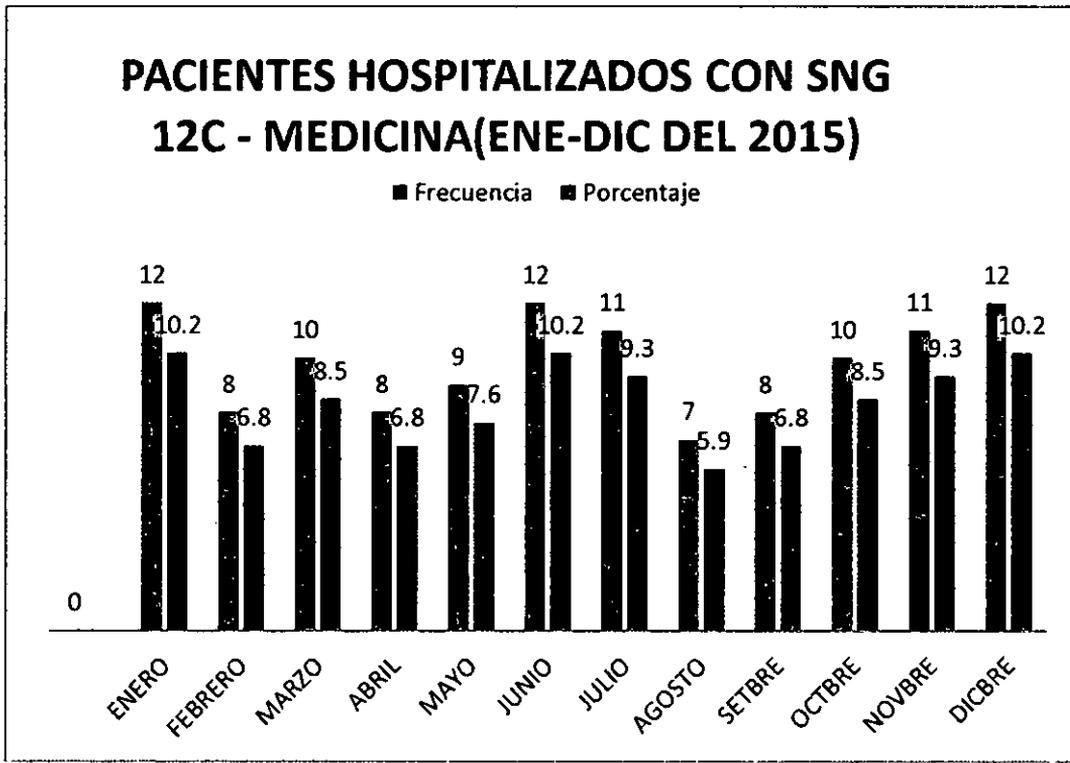
RESULTADOS

TABLA 4.1

PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SNG EN EL SERVICIO DE
MEDICINA 12C DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE
ENERO A DICIEMBRE 2015

Mes	Total (pactes.hospitaliz)	Frecuencia (Pactec/SNG)	Porcentaje
ENERO 2015	82	12	10.2%
FEBRERO	89	8	6.8%
MARZO	87	10	8.5%
ABRIL	75	8	6.8%
MAYO	88	9	7.6%
JUNIO	92	12	10.2%
JULIO	84	11	9.3%
AGOSTO	79	7	5.9%
SEPTBRE	95	8	6.8%
OCTBRE	90	10	8.5%
NOVBRE	94	11	9.3%
DICBRE	96	12	10.2%
TOTAL ---->	1051	118	100%

GRAFICO 4.1



Fuente: central de estadística del hospital HERM

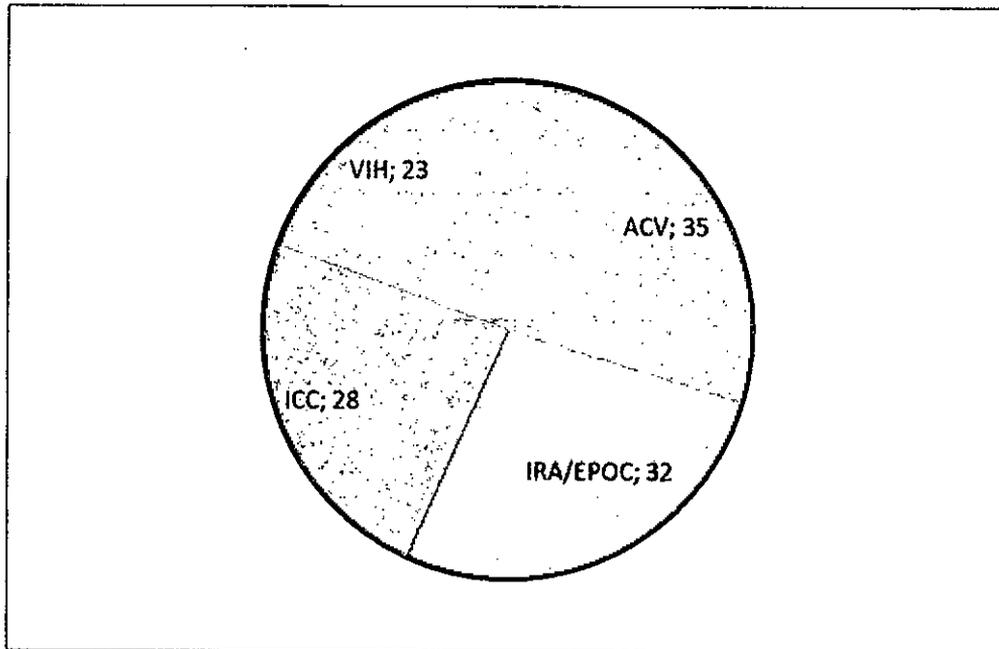
Este gráfico muestra un gran porcentaje de pacientes Hospitalizados con SNG en el servicio de Medicina Interna 12C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Enero a Diciembre 2015, observándose un 10.2% en Enero, un 6.8% en Febrero, un 8.5% en Marzo, un 6.8% en Abril, un 7.6 en Mayo, un 10.2% en Junio, un 9.3% en Julio, un 5.9% en Agosto, un 6.8% en Setiembre, un 8.5% en Octubre, un 9.3% en Noviembre y 10.2% en Diciembre 2015.

TABLA 4.2

**PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DX.MEDICOS MÁS
FRECÜENTES Y CON SNG. EN EL SERVICIO DE MEDICINA 12C DEL
HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE ENERO A
DICIEMBRE 2015.**

	ACV	IRA/EPOC	ICC	VIH
ENERO 2015	4	3	3	2
FEBRERO	2	2	2	2
MARZO	3	3	2	2
ABRIL	2	2	2	2
MAYO	3	3	2	1
JUNIO	4	3	3	2
JULIO	3	3	3	2
AGOSTO	2	2	2	1
SETBRE	2	2	2	2
OCTBRE	3	3	2	2
NOVBRE	3	3	2	3
DICBRE	4	3	3	2
total >118	35	32	28	23

GRAFICO 4.2



Fuente: central de estadística del hospital HERM

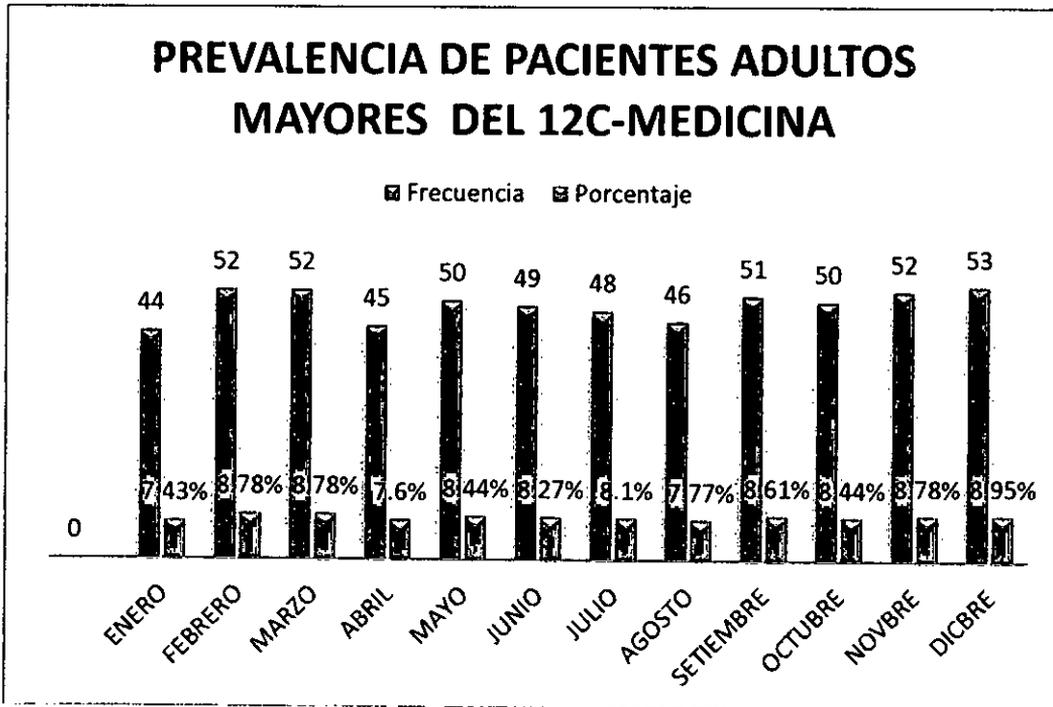
Este gráfico muestra a los pacientes Hospitalizados del Servicio de Medicina 12C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins que durante el periodo de Enero a Diciembre 2015; las enfermedades más frecuentes que utilizan SNG; Son: **ACV (35)**, **IRA/EPOC (32)**, **ICC (28)** y **VIH (23)** haciendo un total anual de 118 pacientes que usan SNG para alimentarse

TABLA 4.3

**PREVALENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE
PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015 EN EL SERVICIO DE MEDICINA
12C DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI**

MES	Total Pacientes	Frecuencia (Ad. Mayores)	Porcentaje
ENERO	82	44	7.43%
FEBRERO	89	52	8.78
MARZO	87	52	8.78
ABRIL	75	45	7.60
MAYO	88	50	8.44
JUNIO	92	49	8.27
JULIO	84	48	8.10
AGOSTO	79	46	7.77
SETIEMBRE	95	51	8.61
OCTUBRE	90	50	8.44
NOVBRE	94	52	8.78
DICBRE	96	53	8.95
TOTAL →	1051	592	100%

GRAFICO 4.3



Fuente: central de estadística del hospital HERM

Este grafico nos muestra un gran porcentaje de Pacientes Adultos Mayores durante el Periodo 2015 del Servicio de Medicina 12C del Hospital Edgardo Rebagliati, observándose un 7.43% en Enero, un 8.78% en Febrero, un 8.78% en Marzo, un 7.6% en Abril, un 8.4% en Mayo, un 8.2% en Junio, un 8.1% en Julio, un 7.7% en Agosto, un 8.6% en Setiembre, un 8.4% en Octubre, un 8.7% en Noviembre y un 8.9% en Diciembre 2015.

CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que la Enfermera desarrolle sus capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno seguro y humanizado al paciente y familia.
- b) La educación sanitaria al familiar y/o cuidador es una intervención de vital importancia para lograr una adecuada atención en la administración durante la alimentación por sonda nasogastrica a nuestros pacientes; lo cual evitara los reingresos y complicaciones.
- c) Optar por lograr acciones de sensibilización, divulgación de información científica, capacitación e implementación de prácticas adecuadas en dichos pacientes con el propósito de evitar agregar complicaciones a sus enfermedades degenerativas y/o crónicas propias del envejecimiento.

RECOMENDACIONES

a) A los profesionales.-

Capacitación y educación continua permanente desarrollando sus destrezas y habilidades y a su vez formando equipos de trabajo donde participe el equipo multidisciplinario (Enfermeros, Técnicos)

b) A la institución.-

Reforzar y actualizar las guías de atención, protocolos de administración de dieta x SNG en pacientes hospitalizados para disminuir costos a la institución y mejorar la calidad de vida de los pacientes y familias.

c) Al servicio.-

Establecer estrategias para el cumplimiento de la ingesta en administración de dieta x SNG, educación y cuidados de enfermería en pacientes con dificultad para la deglución de ingesta por vía oral.

REFERENCIALES

1. Meira Garcia Maria Jose. Enfermera del Centro Asistencial Asepeyo.Pontevedra. Alimentacion y Medicación por Sonda Nasogastrica..Asepeyo.2009.
Disponible en www.asepeyo.es
2. OMS. Envejecimiento y salud. Nota descriptiva N° 404. Septiembre de 2015. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
3.
Wattson, J. La filosofía y ciencia del cuidado Humano. Estados Unidos:Mc Graw Hill; 2008.
4. Henderson V. En: Maerriner T. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier – Mosby; 2007.
5. Henderson V. The Nature of Nursing American Journal of Nursing. New York; 1966.
6. Portal Femora. Junta de Galicia. Consejería de Salud
<https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Femora?idioma=es>
7. González G, Rosa M, Bracho L, Zambrano G, Guerra C. El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la Salud [Internet] [Consultado 2015 Setiembre 03] Disponible en:
<http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/ger/16/CROSBY.htm>.

Nightingale F. La enfermería en el control de la calidad. [Internet] [Consultado 2015 Setiembre 03] Disponible en:
<http://www.acami.org.ar/revista/calidad/htm>.
8. Benner E, Wrubel D. En: Medina J. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Madrid: Guadecon; 2005.
9. .Francoise M. El sentido de los cuidados de Enfermería. Rev Rol de Enfermeros 2005; 3 (2): 27 – 29.

10. Peña Sarabia Nicolas. Medico Geriatra. Gobierno de Cataluña. La Nutricion Enteral por Sonda en el Anciano. Fresenius Kabi.2014.ESPAÑA.
11. Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería. España: Elsevier; 2006.
12. ENVEJECIMIENTO Y SALUD.OMS/Artículos Académicos
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/. Setiembre 2015
13. Concepto de Proceso de Atención de Enfermería (PAE)
<https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/concepto.htm/r>
14. . Protocolo de atención de enfermería en Nutrición Enteral/ Pamplona - ESPAÑA; 2014. Máster Universitario en Gestión de Cuidados de Enfermería
15. Cuidados del Paciente con Sonda Nasogastrica
Email: informes@enfermerasperu.com
- 16.- Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería.
Sondas nasogastricas y Gastrostomia.Flores Almonacid Clara.
Hospital Universitario Reina Sofia.19 Abril 2011

ANEXOS

ANEXO 01
GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

1. Administración de medicamentos por vía subcutánea.
2. Administración de medicamentos por vía intradérmica.
3. Administración de medicamentos por vía intramuscular.
4. Administración de medicamentos por vía endovenosa.
5. Administración de nutrición parenteral por catéter venoso central
catéter venoso central periférico.
6. Administración de productos sanguíneos.
7. Administración de soluciones endovenosas.
8. Apoyo emocional.
9. Aspiración de secreciones de las vías aéreas.
10. Cambio de posición.
11. Canalización de vía periférica.
12. Cateterismo vesical, sonda vesical permeable.
13. **Colocación de sonda nasogástrica y orogástrica.**
14. Control de la presión venosa central.
15. Cuidados de la ostomía.
16. Cuidados de la tracción, inmovilización.
17. Cuidados de la úlcera por presión.
18. Cuidados del drenaje torácico.
19. Cuidados post mortem.
20. Curación de la zona de inserción del catéter.
21. Enema evacuante.
22. Enseñanza individual.
23. Enseñanza pre-quirúrgica
24. Escucha activa.
25. Fisioterapia respiratoria.
26. Inventario de pertenencias del paciente.
27. Manejo de historias clínicas.
28. Manejo de Kárdex.
29. Manejo de líquidos y electrolitos.
30. Manejo de vías aéreas artificiales.
31. Monitoreo de signos vitales.
32. Nebulizaciones.
33. Oxigenoterapia.
34. Preparación quirúrgica.
35. Prevención de úlceras por presión.
36. Registro y valoración hemodinámica.
37. Resucitación.
38. Transferencia del paciente.
39. Uso de la chata y urinario.
40. Vendaje de miembros inferiores.
41. Venoclisis.
42. Cuidado del paciente en cama.
43. Prevención de caídas.
44. Identificación del paciente.
45. Reporte de enfermería.
46. Alta del paciente.

47. Administración de dieta por sonda nasogástrica.
48. Administración de nutrición enteral.
49. Administración de nutrición parenteral total.
50. Balance hídrico.
51. Aspirados gástricos.
52. Control de diuresis y heces.
53. Recogida de muestras: orina, esputo, heces.
54. Recogida de muestras de exudado de heridas.
55. Recogida de muestras sanguíneas.

ANEXO 02



ANEXO 03

