

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE PACIENTES EN PERÍODO PRE-OPERATORIO DE CIRUGÍA ESOFÁGICA

Ana Elisa Ricci Lopes¹

Daniele Acalá Pompeo²

Silvia Rita Marin da Silva Canini³

Lídia Aparecida Rossi⁴

Este estudio tuvo como objetivos identificar y analizar los diagnósticos de enfermería de pacientes en el período pre operatorio de cirugías de esófago. Los datos fueron recolectados por medio de un instrumento fundamentado en el Modelo Conceptual de Horta. El grupo estudiado fue constituido por 20 pacientes internados en el Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirao Preto, en Brasil, para ser sometidos a cirugía esofágica. Los pacientes fueron sometidos a una entrevista y a un examen físico. Los diagnósticos de enfermería identificados con una frecuencia mayor que 50% fueron: acción de deglutir perjudicada (100%), riesgo de infección (100%), conocimiento deficiente sobre la enfermedad y período peri operatorio (95%) y dolor crónico (75%). Esos diagnósticos fueron analizados considerando los factores relacionados, las características de definición o los factores de riesgo, de acuerdo con el tipo de diagnóstico, y las respuestas a la patología esofágica.

DESCRIPTORES: diagnóstico de enfermería; atención perioperatoria; enfermería

NURSING DIAGNOSES OF PATIENTS IN THE PREOPERATIVE PERIOD OF ESOPHAGEAL SURGERY

This study aimed to identify and analyze the nursing diagnoses of patients in the preoperative period of esophageal surgeries. Data were collected by means of an instrument, based on Horta's Conceptual Model. The study group consisted of 20 patients hospitalized at the Ribeirão Preto Medical School Hospital das Clínicas, who would undergo esophageal surgery. The patients were submitted to an interview and a physical examination. The nursing diagnoses identified at frequencies of more than 50% were: impaired swallowing (100%); risk for infection (100%); knowledge deficit about disease and perioperative period (95%), and chronic pain (75%). These diagnoses were analyzed in view of the related factors, defining characteristics or risk factors, according to the type of diagnosis and the responses to the esophageal disease.

DESCRIPTORS: nursing diagnosis; perioperative care; nursing

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES EM PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ESOFÁGICA

Este estudo teve como objetivos identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgias esofágicas. Os dados foram coletados por meio de instrumento fundamentado no Modelo Conceitual de Horta. O grupo estudado foi constituído por 20 pacientes internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Brasil para serem submetidos a cirurgia esofágica. Os pacientes foram submetidos à entrevista e exame físico. Os diagnósticos de enfermagem identificados com frequência maior que 50% foram: deglutição prejudicada (100%), risco para infecção (100%), conhecimento deficiente sobre a doença e período perioperatório (95%) e dor crônica (75%). Esses diagnósticos foram analisados considerando-se os fatores relacionados, as características definidoras ou fatores de risco, de acordo com o tipo de diagnóstico, e as respostas à patologia esofágica.

DESCRIPTORES: diagnóstico de enfermagem; assistência perioperatória; enfermagem

INTRODUCCIÓN

Enfermería perioperatoria es una expresión utilizada para describir una variedad de funciones de la enfermería asociadas a la experiencia quirúrgica. El período preoperatorio corresponde a la primera fase del período perioperatorio; este tiene inicio cuando la intervención quirúrgica es decidida y termina cuando el paciente pasa para la mesa de cirugía. En esa fase, son realizadas orientaciones acerca de los procedimientos relacionados al período perioperatorio y se procede a una cuidadosa preparación del paciente, de acuerdo con cada tipo de cirugía, cuya finalidad es identificar, solucionar o amenizar problemas que puedan interferir en los períodos posteriores, intra y postoperatorio, y disminuir el riesgo de complicaciones⁽¹⁾.

El foco de interés de este estudio es identificar los diagnósticos de enfermería de pacientes en el período preoperatorio de cirugías de esófago.

El tracto gastrointestinal (GI) es el trayecto que se extiende de la boca a través del esófago, estómago, intestino y ano. El esófago está localizado en el mediastino, en la cavidad torácica, anterior a la columna y posterior a la traquea y al corazón. Su función es transportar los alimentos de la boca para el estómago, la cual es facilitada por dos esfínteres: el esfínter esofágico superior, que está localizado en la unión de la faringe con el esófago y el esfínter esofágico inferior, también llamado esofagogástrico, que está localizado en la unión del esófago con el estómago⁽²⁾.

Los tipos más comunes de cirugías de esófago son: cirugía hiatal, esofagostomía, cardiomiectomía y Serra Doria. La *cirugía hiatal* es indicada para pacientes que poseen hernia de hiato. Se trata de una protuberancia anormal de cualquiera estructura abdominal para dentro de la cavidad torácica, a través del hiato esofágico. La cirugía consiste en restablecer la unión cardio-esofágica para la posición anatómica correcta en el abdomen⁽²⁾.

La *esofagostomía* remueve totalmente o parcialmente el esófago de pacientes con diagnóstico de cáncer en ese órgano. La localización y el tamaño del tumor son los determinantes de la extensión de la resección. Se trata de una cirugía de gran porte, con altas tasas de morbilidad y mortalidad (10 a 40%) una vez que el diagnóstico de la enfermedad es realizado, comúnmente, en etapas avanzadas, además del hecho de que varios pacientes son fumadores, alcohólicos y desnutridos. Además de eso,

el cáncer de esófago es el tercero en frecuencia entre los tumores del aparato digestivo e incide principalmente a partir de la sexta década y raramente antes de los 30 años⁽²⁾.

La *cardiomiectomía* consiste en la miotomía de la unión esofagogástrica, que se realiza para corregir la obstrucción del esófago resultante de cardioespasmo. La enfermedad generalmente asociada a esa cirugía es la acalasia, también denominada megaesófago, en que existe ausencia de peristaltismo en el cuerpo esofágico y ausencia de la abertura del esfínter inferior del esófago en respuesta al acto de deglutir⁽²⁾. La acalasia presenta como sus síntomas: disfagia, regurgitación, dolor retroesternal, ardor, sialorrea y adelgazamiento⁽²⁾.

La *Serra Doria* consiste en la realización de amplia anastomose esofagogástrica, consiguiéndose, de esa forma, facilitar la desocupación esofágica a través de cardioplastia y gastrectomía parcial en Y-de-Roux⁽³⁾.

Los diagnósticos de enfermería en grupos específicos de pacientes han sido foco de diversos estudios; sin embargo, pocos han enfocado los diagnósticos de pacientes en el período preoperatorio, independientemente de la cirugía. Entre los estudios encontrados, los diagnósticos más frecuentes fueron: riesgo de infección (100%), riesgo de función respiratoria alterada (66,6%), ansiedad (66,6%) y riesgo de aspiración (63,3%)⁽⁴⁾; ansiedad (86,6%), movilidad física perjudicada (3,3%) y manutención de la salud alterada (3,3%)⁽⁵⁾.

Algunas investigaciones sobre los diagnósticos de enfermería de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos específicos revelaron diagnósticos comunes a la situación quirúrgica, y algunos relacionados a cirugías específicas como: *cirugía cardíaca* - intolerancia a la actividad, riesgo para la disfunción neuro vascular periférica, riesgo de infección, déficit de conocimiento, estándar respiratorio ineficaz, perfusión tisular cardiopulmonar alterada, dolor, estándares de sexualidad alterados y disturbios en el estándar del sueño⁽⁶⁾, miedo, ansiedad, riesgo de infección, déficit de conocimiento, intolerancia a la actividad, riesgo de déficit de volumen de líquidos, integridad de la piel perjudicada, sexualidad alterada, disturbio del estándar del sueño y angustia espiritual⁽⁷⁾; *laringectomía* - ansiedad, miedo, nutrición alterada (menos que las necesidades corporales), acción de deglutir perjudicada, comunicación verbal perjudicada, control ineficaz del

régimen terapéutico, riesgo de infección, riesgo para la tensión debido al papel de cuidador y comportamiento para elevar el nivel de salud⁽⁸⁾; *cirugía para corrección de la abertura palatina* - déficit de conocimiento, disturbio de la auto-imagen, disturbio del estándar del sueño y acción de deglutir perjudicada⁽⁹⁾. Sin embargo, no fueron encontrados estudios enfocando los diagnósticos de enfermería de pacientes en el período preoperatorio de cirugía esofágica.

Pensamos que el conocimiento de los problemas de la salud de un grupo de pacientes con características comunes puede orientar la asistencia de enfermería, entregando subsidios para elaborar planos de cuidados, implementar intervenciones, entrenar y calificar al equipo. La identificación de los diagnósticos de enfermería de un grupo de pacientes posibilita el conocimiento de las respuestas humanas alteradas, contribuyendo, así, para el desarrollo de intervenciones de enfermería dirigidas e individualizadas. "Los diagnósticos de enfermería comunes a un grupo de individuos trazan el perfil de este grupo, permitiendo dar una dirección global a las intervenciones de enfermería"⁽¹⁰⁾.

Así, los objetivos de este estudio fueron identificar y analizar los diagnósticos de enfermería de pacientes en el período preoperatorio de las cirugías de esófago.

MÉTODOS

La investigación fue desarrollada en las Unidades de Internación Quirúrgica y Clínica del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de San Pablo (HCFMRP-USP), que posee 13 camas destinadas a la especialidad de gastrocirugía. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de esa institución.

Se seleccionó una muestra por conveniencia, constituida por 20 pacientes mayores de 18 años, independiente del género, internados en el referido hospital para ser sometidos a cirugías de esófago electivas de gran o medio porte y que estuvieron de acuerdo en participar del estudio, mediante la firma de un término de consentimiento libre y esclarecido. Los criterios de exclusión fueron: estar en preoperatorio de cirugías de esófago en carácter de urgencia o emergencia, no conseguir comunicarse verbalmente o presentar trastornos mentales, recusarse a participar de la investigación y estar en

preoperatorio de cirugía para corrección de estenosis cáustica, debido a las peculiaridades presentadas por ese tipo de paciente.

El instrumento de recolección de datos fue elaborado, usando el marco teórico de Wanda Horta, que contiene preguntas abiertas y cerradas. Para obtener los datos, se utilizó: entrevista, observación y mensuración. Los datos complementares fueron obtenidos por medio de consultas a las fichas de los pacientes. El instrumento fue compuesto por cuatro ítems principales: identificación, necesidades psicobiológicas, psicosociales y psicoespirituales.

Después de la elaboración del instrumento, se procedió a validar la apariencia y contenido con tres especialistas en enfermería quirúrgica y diagnósticos de enfermería. Las sugerencias fueron acatadas, contribuyendo para el perfeccionamiento del instrumento. Fue también realizada una prueba piloto con pacientes, que no resultó en alteraciones.

Después de cada recolección de datos, con cada paciente, se realizó el análisis y la síntesis de los datos obtenidos, por medio de un proceso de raciocinio diagnóstico establecido en la literatura⁽¹¹⁾. Los datos fueron clasificados en categorías y las lagunas y los datos divergentes fueron identificados. Estos, cuando presentes, determinaron la necesidad de volver a la etapa de recolección de datos. Los datos clasificados en categorías fueron agrupados, de modo a establecer estándares de comportamiento del cliente relativos a una inferencia diagnóstica⁽¹¹⁾. Esos agrupamientos fueron comparados con conceptos, modelos o teorías. Con base en esa comparación, fueron elaboradas hipótesis diagnósticas acerca de las necesidades básicas de salud no satisfechas⁽¹¹⁻¹²⁾.

Enseguida, fueron establecidos los diagnósticos de enfermería, por la primera autora del estudio, con base en la Taxonomía II de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁽¹³⁾, con excepción del diagnóstico de enfermería dolor crónico, que fue establecido con base en la interpretación propuesta por otra autora⁽¹⁴⁾, esto para adecuar mejor el diagnóstico al cuadro presentado por los pacientes. Esas etapas fueron registradas en un cuadro. Para cada inferencia diagnóstica fueron registrados los datos correspondientes, la comparación con la literatura y los factores asociados a esos diagnósticos. Los cuadros con la descripción del raciocinio diagnóstico, juntamente con los respectivos diagnósticos formulados y los

instrumentos de recolección de datos se entregaron a tres enfermeras con experiencia en la temática de diagnósticos de enfermería (enseñanza, asistencia e investigación), para que confirmasen los diagnósticos identificados por la primera autora del estudio, o incluyeran nuevos diagnósticos. Los diagnósticos que no fueron confirmados o los nuevos diagnósticos fueron revisados por la alumna y su orientadora.

RESULTADOS

Del total de 20 pacientes, ocho eran hombres y doce mujeres. Las edades variaron de 24 a 75 años. En relación a la escolaridad, tres pacientes eran analfabetos, doce poseían enseñanza fundamental incompleta, uno tenía enseñanza media incompleta,

tres, enseñanza media completa y uno poseía enseñanza superior completa.

De los seis pacientes que presentaron diagnóstico médico de megaesófago chagásico, cinco eran provenientes de la zona endémica de la enfermedad de Chagas.

En relación al diagnóstico anterior a la cirugía, se encontraron: seis pacientes con diagnóstico de megaesófago chagásico, tres con neoplasia del esófago, siete con reflujo gastroesofágico, tres pacientes con acalasia idiopática y uno con estenosis esofágica y hernia hiatal. Las cirugías propuestas fueron: cardiomiectomía (seis), esofagostomía (tres), hernioplastia hiatal (siete), cirugía de hernia hiatal con puntos (uno), Serra-Doria (dos) y *esofagogastrectomía* (uno).

En la Tabla 1 se presentan los diagnósticos de enfermería de todos los pacientes evaluados.

Tabla 1 - Categorías diagnósticas identificadas en pacientes adultos en el período preoperatorio de cirugías de esófago. Ribeirao Preto, SP, 2007

Categoría diagnóstica	Pacientes																				Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	n	%
Acto de deglutir perjudicado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20	100
Riesgo para infección	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20	100
Conocimiento deficiente sobre la enfermedad y período perioperatorio	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	x	19	95
Dolor crónico	x	x	-	x	x	x	-	x	x	-	x	-	x	x	x	x	x	x	x	x	16	75
Nutrición desequilibrada: menos que las necesidades corporales	x	x	-	-	x	-	x	x	x	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	8	40
Constipación	x	x	-	-	-	-	x	x	-	x	-	-	x	-	-	-	-	x	-	-	7	35
Náusea	x	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	x	-	x	x	7	35
Nutrición desequilibrada: más que las necesidades corporales	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	x	x	-	-	x	x	-	-	x	-	6	30
Ansiedad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-	x	-	x	-	-	-	5	25
Integridad de la piel perjudicada	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5
Percepción sensorial perturbada	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5
Riesgo de aspiración	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5
Riesgo para trauma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5
Ambulación perjudicada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5
Estándar de sueño alterado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	1	5
Dolor agudo	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5

x = indica presencia del diagnóstico de enfermería
- = indica ausencia del diagnóstico de enfermería

Fueron identificados 16 diagnósticos de enfermería distintos, siendo 13 diagnósticos de tipo real y tres diagnósticos de riesgo. De esos, 13 se refieren a las necesidades psicobiológicas y tres a las necesidades psicosociales.

Los diagnósticos: acto de deglutir perjudicado y riesgo para infección, presentaron 100% de frecuencia. El diagnóstico conocimiento deficiente

sobre la enfermedad y período perioperatorio fue observado en 19 de los 20 pacientes. El diagnóstico dolor crónico fue observado en 16 pacientes y el de nutrición desequilibrada (menos que las necesidades corporales), en ocho pacientes.

La Tabla 2 presenta los diagnósticos reales con los factores relacionados que fueron identificados en los pacientes estudiados.

Tabla 2 - Factores relacionados de cada diagnóstico real identificado en pacientes adultos en el período preoperatorio de cirugías de esófago. Ribeirao Preto, SP, 2007

Diagnostic Category	Related Factors
Acto de deglutir perjudicado	Defectos esofágicos Acalasia Falta de exposición Limitación cognitiva
Conocimiento deficiente sobre la enfermedad y período perioperatorio	Amenaza de cambio en el estado de la salud Incapacidad de ingerir la comida causada por factores biológicos Hábito de evacuación irregular Hábitos alimentares deficientes
Ansiedad	Ingestión ineficiente de fibras Ingestión ineficiente de líquidos Motilidad disminuida del tracto GI
Nutrición desequilibrada: menos que las necesidades corporales Constipación	Enfermedad esofágica Alteración del turgor Percepción sensorial alterada Ingestión excesiva en relación a las necesidades metabólicas Problemas congénitos Factor no esclarecido Trauma tisular
Náusea	Efectos del cáncer de esófago Incapacidad física crónica
Integridad de la piel perjudicada	Agentes lesivos (biológicos)

Entre los 20 pacientes que presentaron diagnóstico acto de deglutir perjudicado, los factores relacionados fueron acalasia (nueve), identificada en los pacientes con diagnóstico médico de megaesófago chagásico e idiopático y defectos esofágicos (11), identificado en los once pacientes que presentaron otras patologías de esófago.

Los pacientes con diagnóstico - conocimiento deficiente - presentaron como factores relacionados falta de exposición (19) y limitación cognitiva (1).

El factor relacionado trauma tisular fue identificado en los 16 pacientes que presentaron diagnóstico de dolor crónico, a pesar de que los diagnósticos médicos registrados en las fichas fuesen diferentes: reflujo gastroesofágico (seis), megaesófago (chagásico e idiopático) (seis) y estenosis esofágica y hernia hiatal (un). El factor relacionado efectos del cáncer de esófago fue asociado al dolor en los pacientes que presentaban diagnóstico médico de cáncer de esófago (dos). Un paciente presentó diagnóstico de dolor asociado a la incapacidad física crónica secundaria a la fibromialgia.

De los siete pacientes en los cuales fue identificado el diagnóstico de constipación, un paciente, con diagnóstico médico de megacolon, presentó como característica de definición la motilidad del trato gastrointestinal disminuida.

En la Tabla 3, se observan las características de definición de los diagnósticos reales que fueron identificados en los pacientes estudiados.

Tabla 3 - Características de definición de los diagnósticos de tipo real, identificados en pacientes adultos en el período preoperatorio de cirugías de esófago. Ribeirao Preto, SP, 2007

Diagnostic Category	Características definidoras
Acto de deglutir perjudicado	Odinofagia Recusa de alimentos Ansia de vómito Reflujo gastroesofágico Limitación del volumen de alimentos Quejas de "alguna cosa se atascó" Vómito Dolor epigástrico Hematemesis Regurgitación del contenido gástrico
Conocimiento deficiente sobre la enfermedad y período perioperatorio	Problema verbalizado
Ansiedad	Preocupación Insomnio
Nutrición desequilibrada: menos que las necesidades corporales	Relato de ingestión inadecuada de alimentos Aversión al acto de comer
Constipación	Peso corporal 20%, más, bajo que lo ideal Frecuencia disminuida Heces duras y secas Esfuerzo para evacuar Volumen de heces disminuido Dolor abdominal
Náusea	Relato de náusea Aversión a la comida
Integridad de la piel perjudicada	Destrucción de las capas de la piel
Percepción sensorial perturbada	Distorsiones auditivas Desorientación en el tiempo y en el espacio Estándar de comunicación alterado
Nutrición desequilibrada: más que las necesidades corporales	Peso 20% sobre lo ideal para la altura y complexión Nivel de actividad sedentaria
Ambulación perjudicada	Capacidad perjudicada para subir escaleras y andar distancias necesarias
Estándar de sueño alterado	Insomnio de mantenimiento del sueño Quejas verbales de no sentirse bien descansado Insatisfacción con el sueño (irritación)
Dolor crónico	Relato de dolor de hace más de seis meses Incomodidad Pérdida de peso Insomnio
Dolor agudo	Relato verbal Cambio del apetito y de la alimentación

En relación a las características de definición que fueron observadas con mayor frecuencia en los 20 pacientes con el diagnóstico acto de deglutir perjudicado, la regurgitación del contenido gástrico fue identificada en trece pacientes y el dolor epigástrico en diez pacientes.

El diagnóstico nutrición desequilibrada: menos que las necesidades corporales fue identificado en ocho pacientes y las características de definición con mayor frecuencia fueron relato de ingestión

inadecuada de alimentos (seis) y peso corporal 20%, o más, por debajo de lo ideal (cinco) y, entre los siete pacientes con diagnóstico constipación fueron: frecuencia disminuida (siete) y heces duras y secas (seis).

En la Tabla 4 se observan los diagnósticos de riesgo identificados, juntamente con sus factores relacionados.

Tabla 4 - Factores relacionados de los diagnósticos de riesgo, identificados en pacientes adultos en el período preoperatorio de cirugías de esófago. Ribeirao Preto, SP, 2007

Categoría diagnóstica	Factores de riesgo
Riesgo para infección	Exposición ambiental a patógenos aumentada Procedimientos invasores Enfermedad crónica Defensas primarias inadecuadas Defensas secundarias inadecuadas Desnutrición
Riesgo de aspiración	Alimentación por sondas Acto de deglutir perjudicado
Riesgo para trauma	Coordinación de los músculos reducida

Los factores de riesgo observados con más frecuencia en los 20 pacientes con diagnóstico riesgo para infección fueron: exposición ambiental a patógenos aumentada (20) y procedimientos invasores (14). La desnutrición es un factor de riesgo que fue establecido solamente en caso de diagnóstico médico de desnutrición proteica o en los casos en que el examen de albúmina sérica estaba disponible y se presentaba menor que 3,5 g/dl.

DISCUSIÓN

Se optó por discutir los diagnósticos que presentaron una frecuencia igual o mayor que 50%, y también los aspectos relacionados a las características de definición y a los factores de riesgo de los diagnósticos presentados. Se observa que esos diagnósticos reflejan las respuestas presentadas por pacientes quirúrgicos con defectos esofágicos.

El diagnóstico de enfermería *acto de deglutir perjudicado* fue identificado en ese estudio en 100% de los pacientes. Las patologías presentadas por los pacientes en preoperatorio de cirugías de esófago comprometen el acto de deglutir; como ejemplo, se puede citar los síntomas relacionados al reflujo gastroesofágico, que son el dolor epigástrico y la

regurgitación⁽¹⁵⁾. En el megaesófago idiopático así como en el chagásico existe la pérdida de los neuronios del plexo mioentérico del esófago, por esa razón, ocurre la abertura del esfínter inferior del esófago, lo que trae la disfagia, regurgitación, ardor y dolor retroesternal⁽²⁾ y, consecuentemente, dificultad para deglutir, lo que fue presentado por los pacientes estudiados. La disfagia es un síntoma común de pacientes con neoplasia de esófago, que se inicia entre tres a cuatro meses antes del diagnóstico⁽²⁾. La dificultad para tragar alimentos lleva a la regurgitación⁽¹⁶⁾. Las características de definición observadas en los pacientes están relacionadas a las señales y síntomas de las patologías de esófago presentadas por los pacientes.

El diagnóstico *riesgo para infección*, identificado en 100% de los casos, tuvo el tiempo de internación preoperatorio como factor de riesgo en 12 pacientes, lo que favorece la colonización de la piel por la microbiota hospitalaria. Los extremos del estado nutricional, detectados en 14 pacientes, son factores que favorecen el apareamiento, en el paciente, de una infección⁽¹⁷⁾. Otro factor de riesgo que está relacionado a ese diagnóstico, observado en 15 pacientes, fue la realización de procedimientos invasores, como la presencia de punciones venosas.

Estudios levantados en la revisión, que tratan de diagnósticos de enfermería en pacientes internados para cirugías en general^(4,6-8), identificaron el diagnóstico riesgo de infección en más de 50% de los pacientes estudiados. Así, ese diagnóstico no es específico para este tipo de cirugía, él lo es para pacientes con exposición a ambientes con gran número de patógenos.

Otro diagnóstico de enfermería, observado en 15 de los pacientes (95%), fue *conocimiento deficiente sobre la enfermedad y período perioperatorio*. El conocimiento acerca de los procedimientos es perjudicado debido a varios factores, como el bajo nivel de escolaridad del paciente. Muchas veces, los pacientes se encuentran con términos y expresiones desconocidas, informaciones insuficientes de los profesionales participantes en el cuidado y falta de preparación de los profesionales para transmitir informaciones. El contenido de la enseñanza preoperatoria debe incluir algunas informaciones como preparación quirúrgica de acuerdo con el tipo de procedimiento, secuencia de eventos a que el cliente será sometido en todo el período perioperatorio, tipo de incisión prevista, hora de la cirugía, posibilidad de medicación pre anestésica, función de los varios miembros del equipo hospitalario (cirujanos, anestesistas, enfermeros y funcionarios), finalidad y principales procedimientos realizados en la

sala de recuperación anestésica, accesorios y equipamientos instalados en el intraoperatorio y los conocimientos para la rehabilitación del paciente en la enfermería y en casa; por ejemplo, los ejercicios respiratorios, el manejo del dolor y la ambulación precoz. En el presente estudio, 13 pacientes refirieron desconocer todas esas informaciones y otros seis relataron conocer apenas parte del período perioperatorio o el procedimiento anestésico. Esas orientaciones deben ser dadas por la enfermera de la unidad o por la enfermera del centro quirúrgico, por medio de las visitas preoperatorias.

El diagnóstico dolor crónico es definido como "estado en que el individuo presenta un dolor persistente o intermitente por más de seis meses"⁽¹³⁾. El dolor crónico fue encontrado en pacientes con síntomas de dolor epigástrico (10), pirosis (7), disfagia (7) y odinofagia (3). Los pacientes relataron que presentaban esos síntomas hace algún tiempo antes de buscar atención médica y que se sometieron a tratamiento clínico antes de optar por la cirugía, prolongando el tiempo de los síntomas dolorosos. Además de eso, una paciente manifestó dolor proveniente de fibromialgia.

En la mayoría de los estudios sobre el período preoperatorio^(4-5,7-8), el diagnóstico *ansiedad* fue encontrado en más de 50% de los pacientes, lo que no ocurrió en este estudio; posiblemente, debido al largo período de convivencia del paciente con la patología y a la gran incomodidad que esta trae, la noticia de la cirugía puede provocar una sensación de alivio frente a la solución del problema, minimizando la ansiedad frente a la intervención quirúrgica. Otra hipótesis es que habría una relación entre el gran número de pacientes que presentaron el diagnóstico conocimiento deficiente y el pequeño número de pacientes que presentaron el diagnóstico

ansiedad, ya que a pesar de que el desconocimiento pueda llevar a la ansiedad, la falta de información también puede ser un factor que la minimiza, esto porque los pacientes que tienen pocas informaciones sobre el período perioperatorio no están concientes de los riesgos de someterse a un procedimiento quirúrgico o de como será el período postoperatorio y de las limitaciones que le serán impuestas, como por ejemplo, el tiempo en que podrá alimentarse por medio de una sonda naso-gástrica.

CONCLUSIÓN

En este estudio, fueron identificados 4 diferentes diagnósticos de enfermería en pacientes en el preoperatorio de cirugías de esófago con frecuencia mayor que 50%, siendo tres del tipo real y una de riesgo: deglutir perjudicado (100%), riesgo para infección (100%), conocimiento deficiente sobre la enfermedad y período perioperatorio (95%) y dolor crónico (75%). Esos diagnósticos fueron analizados considerándose los factores relacionados, las características de definición o los factores de riesgo (de acuerdo con el tipo de diagnóstico) y los factores asociados a la patología esofágica.

Conocer los diagnósticos de enfermería de los pacientes en el período preoperatorio de cirugías de esófago posibilita a los enfermeros planificar individualmente los cuidados prestados a esa clientela. La identificación de los diagnósticos de enfermería posibilita a los enfermeros establecer intervenciones específicas y fundamentadas científicamente. Los resultados de la presente investigación pueden subsidiar la implementación del proceso de enfermería al paciente en el preoperatorio de cirugías de esófago.

REFERENCIAS

1. Carpenito LJ. Planos de cuidados de enfermagem e documentação. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 1999.
2. Mincis M. Gastroenterologia & Hepatologia: diagnóstico e tratamento. 3ª ed. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 2002.
3. Ponciano H, Cecconello I, Alves L, Ferreira BD, Gama-Rodrigues J. Cardioplasty and Roux-en-Y partial gastrectomy (Serra-Dória procedure) for reoperation of achalasia. Arq. Gastroenterol. 2004 July-September; 41(3):155-61.
4. Piccoli M, Galvão CM. Enfermagem perioperatória: identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória fundamentada no Modelo Conceitual de Levine. Cascavel (PR): Edunioeste; 2004.
5. Flório MCS, Galvão CM. Cirurgia Ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. Rev Latino-am Enfermagem 2003 setembro-outubro; 11(5):630-7.
6. Galdeano LE, Rossi LA, Santos CB, Dantas RAS. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca. Rev Esc Enfermagem USP 2006 março; 40(1):26-33.
7. Suriano MLF, Barros ALBL. Nursing diagnoses and most frequent interventions during the perioperative period in patients having cardiovascular surgeries. In: Rantz MJ, LeMone P, organizadoras. Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the Fourteenth Conference. 1 ed. Glendale (CA): North American Nursing Diagnoses Association; 2002. p. 211-4.
8. Andrade AFR. O cuidar do paciente laringectomizado do pré-operatório à reabilitação: o enfermeiro com um modelo assistencial de acordo com os diagnósticos de enfermagem.[dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP; 2003.

9. Fontes CMB, Cruz DALM. Cleft lip and palate: pre and post operative nursing diagnoses.. In: Rantz MJ, LeMone P, organizadoras. Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the Fourteenth Conference. 1 ed. Glendale (CA): North American Nursing Diagnoses Association; 2002. p 106-10.
10. Cruz DALM. Os diagnósticos de enfermagem no ensino e na pesquisa. Rev Esc Enferm USP 1992 dezembro; 26(3):427-34.
11. Carvalho EC, Jesus CAC. Raciocínio clínico na formulação do diagnóstico de enfermagem para o indivíduo. In: Antunes MJ, Silva MTN, organizadoras. O uso do diagnóstico na prática de enfermagem. Brasília (DF): Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. p. 27-38.
12. Dalri CC, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):389-96.
13. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações. Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.
14. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica. 10 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.
15. Oliveira SS, Santos IS, Silva JFP, Machado EC. Gastroesophageal reflux disease: prevalence and associated factors. Arq Gastroenterol 2005 June; 42(2):116-21.
16. Spence RAJ, Johnstons PG. Oncologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2003.
17. Rodrigues EAC, Mendonça JS, Amarante JMB, Alves MBF, Grinbaum RS, Ritchtmann R. Infecções Hospitalares: prevenção e controle. São Paulo (SP): Sarvier; 1997.