



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A
PACIENTE CON HEMOFILIA "A" BASADO EN EL
MODELO DE DOROTHEA OREM EN EL HOSPITAL
GENERAL DE MEXICO
"DR. EDUARDO LICEAGA"

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

**CERERO MORALES CYNTHIA GABRIELA
NO. DE CUENTA: 308015252**

DIRECTORA ACADÉMICA



MTRA. EVA OLIVIA SALAS MARTÍNEZ

MÉXICO. D.F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Esta tesis significa un gran logro en mi vida, ya que en este trabajo se ve plasmado el gran esfuerzo y empeño que realice durante la carrera para poder obtener el título de Lic. En enfermería y obstetricia, esfuerzo en el cual tuve el apoyo de muchas personas.

A las primeras personas a quienes quiero agradecer todo lo que soy es a mis padres, Rebeca y Josué, quienes siempre confiaron en mí, siempre me apoyaron y me impulsaron a realizar mis sueños, a cumplir mis metas y quienes me enseñaron el significado de la familia, del cariño y que tan lejos puedo llegar, a ellos dedico todos mis logros con mucho amor.

También debo agradecer a mis hermanos Miguel y Josué, ellos que siempre han estado ahí, aunque en ocasiones peleamos y nos molestamos unos a los otros, pero siempre estamos juntos y sabemos que siempre nos apoyaremos, los quiero mucho. También mencionare a mis sobrinos, Yokebed y Dylan, esos pequeñines que alegran mis días con sus travesuras y sus ocurrencias, ellos que me demuestran día a día que todo se puede lograr y que cada día se aprende algo nuevo.

A Roberto, mi novio quien siempre estuvo junto a mí, quien me apoyaba y me animaba a seguir adelante, quien se desvelaba conmigo cuando tenía trabajos que entregar y quien siempre confió en mí.

Mis amigos con quien comparto muchas experiencias buenas y malas, experiencias personales y académicas, ellos quienes nos animábamos unos a los otros, estudiábamos juntos, reímos, lloramos y pasamos mucho tiempo juntos, gracias Sarahí, Paulina, Dulce, Jesica, Lalo, Raquel, Yareli, etc. Gracias por sus consejos, su ayuda y sobre todo por su amistad.

Por último y no por eso menos importante, debo agradecer a mis profesores quienes me enseñaron todo lo que se, quienes me guiaron durante mi formación y por los cuales se el verdadero significado de Enfermería, en especial quiero

agradecer a mis sinodales y asesora de tesis la Maestra Eva Olivia, quien me enseñó lo que es Obstetricia, y con quien concluyo una de las mejores etapas de mi vida que fue el Servicio Social, gracias por sus asesorías, por mostrar interés en nosotros y por guiarme en la elaboración de este trabajo.

Cabe mencionar que también me siento agradecida con la UNAM y con la ENEO, ya que sin estas grandes instituciones no habría logrado concluir mis estudios.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS	3
III.	MARCO TEÓRICO	4
IV.	METODOLOGÍA	14
V.	VALORACIÓN INICIAL	16
VI.	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA INICIALES	24
VII.	PLAN DE CUIDADOS INICIALES	25
VIII.	VALORACIÓN FOCALIZADA N°1	48
IX.	VALORACIÓN FOCALIZADA N°2	51
X.	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA FOCALIZADAS	54
XI.	PLAN DE CUIDADOS VALORACIONES FOCALIZADOS	56
XII.	PLAN DE ALTA	84
XIII.	CONCLUSIONES	85
XIV.	SUGERENCIAS	86
XV.	REFERENCIAS	87
XVI.	ANEXOS	91

I. INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería, es el encargado de proporcionar al paciente, familia o comunidad los cuidados necesarios para preservar el bienestar, ya sea realizando actividades de prevención o actividades enfocadas a mejorar el estado de salud de la persona que ya presenta alteraciones en su salud, por ello es importante que enfermería proporcione intervenciones específicas, de acuerdo a las necesidades de cada paciente por lo cual se utiliza un método enfermero, llamado Proceso Atención de Enfermería.

Dicho proceso es un método sistemático y continuo, que como ya se mencionó, el personal de enfermería emplea para poder dar un cuidado integral e individualizado al paciente, para así poder lograr su mayor independencia y mejorar su calidad de vida y bienestar.

En enfermería existen diversas teorías, las cuales nos ayudan a tener un concepto del quehacer de enfermería, de acuerdo al enfoque que propone dicha teoría, enfocándonos en esta ocasión en la “Teoría del Autocuidado”, propuesta por Dorothea Orem, ya que esta teoría está enfocada a que la persona pueda cuidar de sí misma, por lo cual enfermería puede tener tres tipos de actividades respecto a los cuidados del paciente, llamados sistemas de enfermería, los cuales se describirán más adelante, cabe señalar también que bajo dicha teoría, se trabaja en el Hospital General De México.

Sabiendo lo anterior, en el siguiente trabajo se presentara el Proceso Atención de Enfermería de José, paciente del servicio de Hematología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en dicho trabajo se desarrollaran planes de cuidados basados en la alteración que presenta el paciente, para poder lograr su mejoría.

El trabajo se realizó mediante la recolección de datos, por medio de un instrumento de valoración, se realizó una exploración física por aparatos y sistemas, una valoración inicial, esto con el objetivo de poder localizar los requisitos alterados que presentaba el paciente y así poder realizar diagnósticos

de enfermería, plan de atención y ejecución de los cuidados de enfermería de cada uno de los requisitos alterados y finalmente poder evaluar si los cuidados brindados fueron de ayuda para el paciente o de lo contrario modificarlos.

Así mismo se realizaron valoraciones focalizadas para poder dar seguimiento a la evolución que tuvo durante su estancia hospitalaria, ya que su enfermedad (Hemofilia A) lo llevo a estar más de tres meses hospitalizado, y en reposo absoluto, lo cual deterioro su actividad física y deambulacion, sin embargo, gracias a las intervenciones de enfermería y del equipo interdisciplinario que atendió, este mejoro notablemente su estado de salud, más adelante se mostraran las intervenciones que se realizaron y la evolución que fue presentando el paciente.

Posteriormente se realizó una visita domiciliaria para poder evaluar en qué estado de salud se encontraba el paciente, como también poder conocer el entorno en el que se desarrolla y poder brindarle a José y su familia información sobre cuidados y actividades que pudieran realizar para mejorar su estado de salud y prevenir complicaciones que pudiera desarrollar su enfermedad, sin embargo esto no se pudo realizar ya que el paciente no se encontraba en su domicilio y ya no fue posible localizarlo, por lo que las actividades planeadas para la visita no se pudieron realizar.

Es importante agregar, que este trabajo se desarrolló durante el Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y se obtuvo la autorización del paciente y familiar mediante el consentimiento informado, para utilizar la información obtenida con fines académicos.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

- Desarrollar planes de cuidado, con el fin de cubrir los requisitos del paciente y lograr su mayor independencia.

Objetivos específicos

- Ejecutar los cuidados planeados para mejorar la salud del paciente.
- Evaluar si las acciones realizadas han mejorado su salud o de lo contrario planear nuevas acciones.
- Realizar visita domiciliaria y poder realizar planes de cuidados para que el paciente se encuentre con un mejor estado de salud en casa.
- Crear un ambiente óptimo enfermera-paciente, así como también proporcionar educación para la salud al paciente y familia.

III. MARCO TEORICO

Para poder comprender mejor de que tratara el presente trabajo, comenzaremos por definir que es enfermería, la cual su principal actividad es el proporcionar atención y cuidados específicos que ayuden al paciente, familia o comunidad a cubrir los requerimientos que este no sea capaz de cubrir por sí mismo.

Es por ello que se emplea un método enfermero el cual es “ordenado y sistemático para poder obtener información e identificar los problemas del individuo, familia o comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar”¹ el cuidado que brinda el personal de enfermería, dicho método se conoce como Proceso Atención de Enfermería (PAE), en el cual se requieren conocimientos, habilidades, toma de decisiones y observación por parte del personal de enfermería, para brindarle al paciente atención de calidad.

El PAE se caracteriza por ser un método individualizado, continuo, flexible y con un objetivo determinado, además de que se basa en un marco teórico y científico para que el cuidado brindado al paciente sea proporcionado adecuadamente y con los mejores resultados.

Como se mencionó anteriormente, este método es sistemático por lo cual consta de cinco etapas; la primera es la valoración en donde se “identifican los factores y situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles”² los cuales se reflejan en el estado de salud de la persona, estos factores se pueden identificar a través de la observación, la entrevista ya sea directa o indirecta, historia clínica y la exploración física.

La segunda etapa son los diagnósticos de enfermería los cuales son un “juicio clínico sobre la respuesta de un individuo a sus problemas de salud”³ dichos diagnósticos son la base para la selección de intervenciones que realizara enfermería para lograr sus objetivos. Debemos mencionar que existen diferentes tipos de diagnósticos, ya sean de bienestar, en donde el individuo o comunidad se encuentran en un punto determinado de bienestar y se pretende continuar con este o llegar a un punto más alto; diagnósticos reales, los cuales se refieren a que

el problema ya se encuentra presente y que hay ciertas características que lo demuestran y finalmente los de riesgo o potenciales, los cuales se refiere a los problemas que se pudieran presentar en un grupo o persona vulnerable a estos.

La planeación es la tercera etapa en la cual de “determinan las intervenciones o actividades conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados en base a los diagnósticos de enfermería”². La penúltima etapa se refiere a la ejecución, la cual se refiere a poner en práctica las intervenciones planeadas, tener registro y de quienes participaron en estas; la última etapa y una de las más importantes es la evaluación, en la cual se determinara si las intervenciones aplicadas al paciente fueron la adecuadas, en caso de no ser así realizar una nueva planeación para poder obtener mejores resultados.

Estas etapas del proceso enfermero son las que nos ayudan a proporcionar mejores cuidados a la familia, comunidad o persona ya que nos ayuda a organizar y priorizar las intervenciones que debemos realizar, además de poder evaluar si estas acciones realmente ayudan a lograr nuestros objetivos.

Además para poder realizar el PAE, debemos de trabajar bajo una teoría de enfermería, para así poder tener una base y un concepto específico del quehacer de enfermería, por lo cual se decidió trabajar con la teoría propuesta por Dorothea Orem, ya que tiene como objetivo principal el autocuidado, además de que en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” se trabaja bajo esta teoría.

Es importante mencionar que existen diversas teorías las cuales son un conjunto de conceptos que nos permiten describir, explicar y predecir el fenómeno del cuidado, los cuales llevan consigo investigaciones y fenómenos empíricos que ayudan a tener una explicación más amplia del quehacer de enfermería.

A continuación explicaremos el modelo de enfermería de Orem, el cual se conforma por tres teorías, la primera es la *teoría del autocuidado*, la cual Orem la define como “la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir”,⁴ es decir que las personas deben tener la capacidad para

poder identificar situaciones o acciones que puedan perjudicar su salud o bienestar y de esta manera poder prevenir o dar solución de manera oportuna a dichas situaciones.

Para poder desarrollar el autocuidado esta teoría menciona tres principales requisitos, los cuales son: requisitos de autocuidado universal, que son “actividades que tienen por objeto promover las condiciones necesarias para la vida y maduración y prevenir la aparición de condiciones adversas” ⁷.

Estos requisitos universales son: mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua, alimentos, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano y por último promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

Estas actividades son de gran importancia para poder lograr el autocuidado ya que contemplan a la persona de una manera holística, es decir que abarcan elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales que son esenciales para la vida, cabe mencionar que dichas actividades siempre se encontrarán ligadas entre sí, ya que si alguna de estas actividades se afecta, es casi seguro que las demás también.

Los requisitos de desarrollo, los cuales se relacionan con el desarrollo humano en sus diferentes etapas, estos requisitos se dividen en: etapas específicas de desarrollo, donde se observan condiciones específicas del individuo desde su concepción hasta la vejez, ya que en ciertas etapas se requieren de cuidados específicos para que la vida prevalezca y por último las condiciones que afectan el desarrollo humano, el cual se refiere a cuidados que se deben tener en condiciones que pudieran afectar desarrollo humano, como puede ser un entorno o efectos negativos.

Por último esta teoría habla de los requisitos del autocuidado en la desviación de la salud los cuales aparecen cuando la persona no es capaz de autocuidarse y ya se encuentra enferma, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo algún cuidado médico, para prevenir la desviación de la salud es importante la prevención, la cual Orem clasifica en: prevención primaria, que hace referencia a la satisfacción efectiva del autocuidado universal; la prevención secundaria, hace referencia a evitar la incapacidad prologada después de una enfermedad y finalmente la prevención terciaria, se refiere a cuando ya existe una rehabilitación después de una incapacidad.

La segunda teoría, es considerada el eje central del modelo de Orem, la cual es el *déficit del autocuidado*, que se describe como “la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas de cuidado necesarias para cubrir los requerimientos.”⁷

Además pueden existir demandas adicionales para el individuo que rebasen su capacidad de realizar el autocuidado, por lo cual deberá adaptarse o acudir a nuevas medidas para cubrir sus requisitos de autocuidado e incluso solicitar ayuda.

Es en este momento cuando enfermería tiene un papel importante, ya que cuando las personas ya tienen demandas que exceden su capacidad de autocuidado debemos proporcionar cuidados que ayuden al paciente a poder prevalecer con salud y bienestar.

La tercera teoría, es de sistemas de enfermería la cual explica como enfermería ayudara al individuo a lograr la independencia “mediante la sustitución de las actividades que no pueden realizar por sí mismas a través de la educación y con la colaboración de la misma persona hasta recuperar su salud o lograr la adaptación de sus limitaciones.”⁶

Cabe mencionar que esta última teoría engloba las anteriores, como López A señala en el artículo Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem, esta teoría se encarga de señalar la “manera como la enfermería

contribuirá para superar el déficit y que el individuo logre recuperar su autocuidado”⁸.

Los sistemas de enfermería que Orem propone son: totalmente compensatorio (TC), en el cual la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente, es decir, el paciente es dependiente totalmente; el sistema parcialmente compensatorio (PC), en donde la enfermera debe actuar como un apoyo, ya que el paciente está más implicado en su propio cuidado y finalmente el sistema de apoyo o educación (A/E), en donde enfermería ayuda a tomar decisiones y transmite conocimientos y habilidades.

Es por ello que para poder brindarle cuidados adecuados al paciente, debemos conocer a fondo la patología y así podremos determinar en qué aspectos necesita más atención, que haremos para lograr su mejoría y si esas actividades están logrando su objetivo, como se mencionó anteriormente el PAE se realiza para valorar todos estos aspectos, además de que con base a la teoría utilizada podremos saber, por ejemplo, que sistema de enfermería se empleara de acuerdo al grado de autocuidado que el paciente presenta.

De acuerdo a la enfermedad, que el paciente elegido para la elaboración de este trabajo padece, se comentarán algunos aspectos relevantes acerca del padecimiento.

La Hemofilia es de “origen genético recesiva y ligada al cromosoma X, en el cual se encuentran los genes que codifican los factores hemostáticos VIII y IX”.⁹

Es decir que puede existir una alteración o deficiencia del factor VIII, el cual recibe el nombre de Hemofilia A o hemofilia clásica, también existe la hemofilia B, también conocida como enfermedad de Christmas la cual afecta al factor hemostático IX, sin embargo nos enfocaremos a la hemofilia A ya que es el tipo de hemofilia que presenta José.

Este tipo de hemofilia tiene una frecuencia estimada de aproximadamente 1 caso por cada 10,000 nacimientos; según las estimaciones que surgen de las

encuestas mundiales que realiza la Federación Mundial de Hemofilia (FMH)¹¹ cada año, la cantidad de personas con hemofilia en el mundo es de aproximadamente 400,000 individuos.

La hemofilia tipo A es más frecuente que la hemofilia tipo B y representa entre el 80 y el 85% de la población total de personas con hemofilia.

En México no se cuenta con estadísticas exactas, ni recientes de la prevalencia de Hemofilia A, sin embargo la FMH en 2011 publicó un artículo de “Estudio de las variaciones en los informes de prevalencia de la hemofilia alrededor del mundo”¹⁶ en el cual se encuentra que México en 2006 presentaba 5.6 casos de hemofilia A por cada 100, 000 varones.

Cabe mencionar que en otro artículo reciente emitido por la Gaceta Medica de México, se encontró que en México aproximadamente hay 4,527 varones con hemofilia A, siendo una población total de 112, 468,853 habitantes aproximadamente.⁹

Es importante señalar, que dichas cifras se obtienen por medio del registro que hacen las personas con tal padecimiento en FMH, es decir que quizá existan más personas con esta enfermedad, pero no se cuenta con su registro.

La hemofilia se puede clasificar de acuerdo a los niveles de factor VIII en plasma, expresados en porcentajes determinan la severidad de la hemofilia en tres grados y de acuerdo a cada grado es la hemorragia manifestada.¹²

- Grave (<1%)
- Moderada (1-5%)
- Leve (>5-<40%)

La enfermedad debe sospecharse en los varones con antecedentes familiares por línea materna de hemofilia. La edad de inicio de la sintomatología está relacionada con el nivel de factor presente, como se mencionó anteriormente.

Clasificándose en: Hemofilia grave la cual “puede presentar síntomas desde el periodo de recién nacido manifestándose como un hematoma en la región de punción para administración de vitamina K, hasta una severa hemorragia intracraneal. En periodo de lactante aparecen equimosis en las zonas de presión y al iniciar la marcha comienzan la aparición de hematomas de magnitud exagerada para traumatismos leves y las hemartrosis”.¹³

Hemofilia moderada, la cual puede iniciarse a temprana edad, incluso con presencia de hemartrosis y hematomas, pero en general las manifestaciones son evidentes frente a cirugías y traumas.

Es importante mencionar que el tipo de hemofilia del paciente es moderada, ya que su aparición fue tardía (18 años de edad) y presenta hematomas, hemartrosis, además de los niveles del factor que se encuentra en plasma.

Hemofilia leve en la cual la clínica es muy escasa, puede haber antecedentes de “epistaxis, equimosis fáciles o simplemente asintomático. Generalmente la sospecha diagnóstica es por exámenes preoperatorios de rutina, o bien cuando han sufrido traumas de cuantía o en relación a cirugía”.¹³

Las manifestaciones clínicas que se pueden presentar pueden ser diversas pero principalmente podemos encontrar hemartrosis, hematomas musculares profundos y hemorragias cerebrales las cuales constituyen 95% de las hemorragias del hemofílico, aunque pueden afectar a cualquier parte del cuerpo.

La hemorragia de la hemofilia suele ser tardía, es decir, no sigue inmediatamente a la lesión, sino que “inicia unos minutos después del traumatismo; esto es porque el paciente tiene íntegra la hemostasia primaria”.⁹

Los pacientes con hemofilia grave presentan hemorragia espontánea de repetición; las grandes articulaciones como, el codo, rodilla, cadera, tobillos, son los más afectados, en la hemofilia moderada o leve, por lo general la hemorragia no es espontánea y los sangrados se presentan posteriores a traumatismos leves.

Los diagnósticos de hemofilia con frecuencia se realizan como parte de una investigación familiar a través de la historia clínica, ya que como se mencionó, es una enfermedad hereditaria, debido a que su origen radica en los cromosomas.

Sin embargo, su existencia se puede corroborar con datos de laboratorio, los cuales se mencionaran a continuación: “El laboratorio muestra un tiempo de tromboplastina parcial (TTP) prolongado, con un tiempo de protrombina (TP) normal. En muy raras ocasiones y sobre todo en los pacientes con enfermedad leve o moderada, el TTP puede ser normal y esto se explicaría por un aumento compensador en otros factores procoagulantes”.¹⁰

Los resultados de laboratorio característicos de la hemofilia son: “recuento de plaquetas y morfología plaquetaria normales, tiempo de sangrado normal, tiempo de coagulación normal o levemente prolongados, tiempo de tromboplastina parcial diferencial anormal: con suero envejecido cuando es deficiencia de factor IX, tiempo de protrombina normal y por ultimo las pruebas específicas (factores VIII y IX) son diagnosticas de la enfermedad”.¹⁰

Para poder entender un poco más esta enfermedad, describiremos cómo reacciona esta enfermedad dentro del organismo humano.

“La generación de trombina es un evento fisiológico de alto valor biológico, ya que esta enzima forma parte del complejo molecular que mantiene a la sangre dentro de los vasos luego de una lesión.

En la fase fluida de la hemostasia, el factor VIII funciona como catalizador enzimático que acelera en varios ordenes de magnitud las reacciones que culminan en la generación de trombina. El factor IX se une al factor VIII en un ambiente lipídico rico en factor tisular (FT) y forma un complejo llamado “diezasa intrínseca”, en el cual genera trombina con una eficiencia 10 veces mayor que la de los factores VIII y IX por separado. Este complejo también supera a la “diezasa extrínseca”, rica en factor VII, en un orden de 50 veces para activar al factor X. En términos netos, la diezasa intrínseca produce 90% de la trombina generada ante cualquier daño tisular”⁹.

Esto explica por qué la ausencia de los factores VIII y IX se traduce clínicamente en las manifestaciones hemorrágicas características del hemofílico.

“La función de la trombina es que convierte al fibrinógeno (soluble) en fibrina (insoluble), propiedad que permite una acción inicial puramente mecánica en la hemostasia. Por el contrario, la fisiología de la trombina es mucho más compleja, ya que se trata de una enzima potente y pleiotropica, con efectos inclusive antagónicos y altamente organizados, los cuales permite mantener el equilibrio hemostático y fibrinolítico, además de promover la cicatrización y controlar la velocidad, amplitud y autolimitación de la actividad enzimática”⁹.

Esta capacidad de magnificar, controlar la velocidad, y mantener la generación de trombina según los requerimientos fisiológicos no la pueden alcanzar los pacientes hemofílicos debido a la ausencia de los factores VIII y IX.

Es por esto que la base del tratamiento del paciente hemofílico lo constituye la administración intravenosa de los concentrados del factor deficiente, aplicándose dos modalidades básicas, a demanda o profilaxis. “Se considera tratamiento a demanda la infusión de factor después de un sangrado con el objetivo de resolverlo, mientras que profilaxis es la infusión rutinaria de factor VIII o IX acorde a un plan prescrito para prevenir los sangrados y sus complicaciones, principalmente la artropatía hemofílica, así como los sangrados intracraneales”.¹²

Cada unidad de FVIII por kilogramo de peso corporal infundida intravenosamente elevará el nivel plasmático de FVIII en 2% aproximadamente. La vida media es alrededor de 8 a 12 horas. Debe verificarse la dosis calculada midiendo el nivel de factor del paciente.

Para poder determinar la cantidad del factor VIII que se administrara al paciente, se requiere de una formula, la cual consiste en “multiplicar el peso en kilos del paciente por el nivel de factor deseado, por 0.5 veces, lo que indicará el número de unidades de factor necesarias”¹⁷

El FVIII debe infundirse lentamente por vía intravenosa, a una tasa que no exceda 3 ml por minuto en adultos y 100 unidades por minuto en niños pequeños.

Además del tratamiento con el FVIII, existen otras opciones, las cuales son más comunes, debido a que el FVIII es muy costoso y muchas instituciones de salud no cuentan con este, por lo cual se recurre a los siguientes tratamientos: *Crioprecipitado*, No se recomiendan las preparaciones normales de crioprecipitado porque no han sido inactivadas viralmente. El contenido promedio de FVIII por bolsa es de 60-100 unidades".¹⁴

La Desmopresina (DDAVP), La desmopresina, un vasoconstrictor análogo sintético, y el Stimate® (fórmula intranasal de la desmopresina) son útiles en el tratamiento de personas con hemofilia leve que tienen un nivel de FVIII de 5% o mayor y que, mediante pruebas previas, han demostrado que responden a su infusión"¹⁷

La desmopresina libera el FVIII almacenado en combinación con FvW al sistema circulatorio e incrementa su nivel de dos a tres veces, lo que generalmente es suficiente para proporcionar hemostasis en caso de episodios hemorrágicos menores.

IV. METODOLOGIA

El presente trabajo se desarrolló durante el servicio social, realizado en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

Por este motivo el trabajo se desarrolló en éste hospital, en el servicio de Hematología, lugar en donde se eligió al paciente José quien presenta un absceso en el muslo izquierdo a consecuencia de su patología, Hemofilia tipo A; José fué seleccionado para realizar dicho trabajo, ya que al investigar esta patología, se encontraron estadísticas que indican que esta enfermedad no es común en México y en el momento en que se realizó este trabajo José era el único paciente hospitalizado con esta enfermedad.

El día 09 de octubre del 2014, se realizó la valoración inicial, la cual consta de interrogatorio por aparatos y sistemas, historia clínica, exploración física céfalocaudal y el instrumento de valoración basado en los requisitos universales del modelo de Dorothea Orem (Anexo 1), este último es aprobado por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) y proporcionado por la asesora de este trabajo.

Con la información obtenida en esta primera valoración, se inicia el desarrollo del PAE, para continuar con la elaboración de los diagnósticos iniciales de enfermería, planeación de las intervenciones, las cuales se realizaron de acuerdo a la prioridad que estas requerían, tomando en cuenta la alteración que presentaba José; posteriormente se realizó la ejecución de estas y por último se evaluaron dichas intervenciones, de esta manera se determina si las intervenciones realizadas por el personal de enfermería, obtuvieron un resultado positivo.

Posterior a esta se realizan valoraciones focalizadas, las cuales consisten en una valoración diaria del paciente, las cuales tienen como principal objetivo, poder desarrollar todas las etapas del Proceso Atención de Enfermería, para así proporcionar cuidados específicos al paciente.

Dichas valoraciones focalizadas inician el día 10 de octubre del 2014 concluyendo el día 28 de octubre del 2014, de esta manera se logro dar seguimiento a las intervenciones planeadas y modificarlas de acuerdo a la evolución que el paciente presentara durante las valoraciones realizadas.

Además es importante mencionar, que para realizar adecuadamente las valoraciones y evaluación de los cuidados de enfermería, se utilizaron escalas de valoración reconocidas y validadas a nivel internacional por los servicios de salud las cuales son: Escala Visual Análoga (EVA), Escala de riesgo de úlceras por presión (Braden Bergstrom), Escala de Glasgow y por último la Escala de Riesgo de Caídas, las cuales se encuentran en el apartado de anexos.

Además el paciente aceptó que se llevara a cabo una visita domiciliaria, para poder evaluar la evolución de su tratamiento, después de su alta domiciliaria; desafortunadamente esta evaluación no se pudo realizar, ya que cuando se visitó el domicilio, el paciente no se encontraba y fue imposible volver a tener comunicación con él o su familia, motivo por el cual se canceló esta última evaluación, la cual hubiera proporcionado información importante acerca de su entorno familiar.

Cabe señalar que este trabajo se elaboró bajo el consentimiento informado (anexo 7) del paciente y de su familiar, con la cual autorizan que la información proporcionada se utilizara con fines académicos, únicamente con el objetivo de poder desarrollar el PAE para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

V. VALORACION INICIAL

Historia clínica

Se trata de José, de sexo masculino de 44 años de edad, con fecha de nacimiento de 23 de junio de 1970, con escolaridad hasta secundaria, actualmente se dedica al hogar, estado civil soltero, originario de Villa Victoria, Estado de México, de religión católica, proveniente de una familia nuclear. Actualmente vive con sus padres y hermanos.

Antecedentes heredofamiliares

Hipertensión, diabetes mellitus, cardiopatías y cáncer negados.

Antecedentes de hemofilia tipo "A" por línea materna, hermano menor presenta dicha patología, tíos finados por la misma.

Antecedentes personales no patológicos

José habita en casa propia que cuenta con 3 habitaciones y cocina de leña, 1 baño (letrina), construida a base de adobe y láminas, en dicha casa habitan 6 personas; no cuenta con todos los servicios básicos intradomiciliarios, cuenta con letrina, luz eléctrica, sin agua potable (utilizan agua de manantial), alimentación probablemente inadecuada en calidad y cantidad, zoonosis positiva con perros y 2 caballos. Baño y cambio de ropa cada tercer día, lavado de dientes diario 1 o 2 veces al día.

Toxicomanías, tabaquismo y alcoholismo negados.

José pertenece a una familia nuclear, formada por sus padres y cuatro hermanos, la comunicación con ellos es buena y refiere tener una buena relación con cada miembro de su familia.

Antecedentes personales patológicos

Diabetes, hipertensión, cáncer, cardiopatías negadas; hemofilia tipo "A" moderada diagnosticada hace 26 años; traumatismos y procedimientos quirúrgicos negados.

Transfusiones positivas de concentrados eritrocitarios; alergias negadas. Hemartrosis y artropatía en rodillas y codos.

Padecimiento actual

Aproximadamente hace 5 meses (en marzo), el paciente inicia con dolor en muslo izquierdo, con edema, sin cambios de coloración y sin traumatismos referidos; por tal motivo acude al hospital Centro Médico Adolfo López Mateos localizado en Toluca, Edo. De México; donde le diagnosticaron hematoma realizándole drenaje quirúrgico y aseo quirúrgico de dicho hematoma manejándolo con sistema Vac y drenaje compresivo, administrándole crioprecipitados, negando la administración de Factor VIII. Egresando del hospital en abril por mejoría, regresando diez días después para retiro de puntos y administración de crioprecipitados, dando seguimiento por consulta externa donde se observa que no se ha logrado el cierre de la herida, por lo que es trasladado al Hospital General de México el día 11 de junio 2014 por nuevamente la formación de hematoma, presentando fiebre desde 15 días atrás, con hemocultivo positivo, manejándose con levofloxacino y Factor VIII.

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Síntomas generales: Pérdida de peso, fatiga, somnolencia durante el día, en ocasiones presenta dolor en muslo izquierdo.

Aparato respiratorio: Sin alteraciones, no presenta problemas respiratorios, en ocasiones refiere sentir dolor en el pecho debido a reposo prolongado. Presenta 20 respiraciones por minuto.

Sistema cardiovascular: Llenado capilar 3", pálidez generalizada, hematoma en muslo izquierdo con drenaje a derivación. Presenta 94 latidos por minuto y una presión arterial de 98/58 mmHg.

Aparato gastrointestinal: Refiere tener apetito aun cuando ya ingirió su dieta. Presenta mucosas deshidratadas, en ocasiones presenta náuseas. Su peso es de 60 kg, talla 1.75, un índice de masa corporal (IMC) 19.60.

Aparato genitourinario: Sin alteraciones.

Sistema endócrino: Pérdida de peso, piel seca, somnolencia.

Sistema nervioso: En ocasiones presenta cefálea y mareos.

Ojo y visión: Sin alteraciones visuales.

Oído, nariz y garganta: no presenta problemas para escuchar, ronca durante la noche.

Piel: piel pálida y seca.

Sistema musculo esquelético: Dolor y rigidez y en ocasiones edema articular.

Hematológico: presenta hemofilia A y anemia.

Exploración física

Paciente masculino, con edad aparentemente igual a la cronológica, cráneo normocéfalo, cuero cabelludo seco y quebradizo con caída constante; simetría de párpados sin ptosis. Ojos simétricos, pupilas isocóricas y normorreflecticas; nariz central, sin desviación de pirámide nasal, sin dolor a la palpación. Pálidez de conjuntivas; labios íntegros, mucosas deshidratadas; oídos simétricos bien implantados con presencia de cerumen en el conducto auditivo; tráquea central y desplazable, sin presencia de dolor a la palpación, sin presencia de masas visibles ni palpables; tórax simétrico, sin deformaciones evidentes, movimientos respiratorios simétricos, sin dolor a la palpación, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos rítmicos sin presencia de soplos. Abdomen plano, blando y depresible a la palpación sin presencia de dolor, movimientos peristálticos presentes, sin presencia de organomegalia; genitales de acuerdo al sexo, vello púbico de distribución regular, genitales sin presencia de inflamación ni secreciones; miembros inferiores con deformidad por hemartrosis, muslo izquierdo con hematoma moderado, con coloración rojiza, con presencia de drenaje y con

absceso roto, con presencia de dolor a la palpación y al movimiento; presenta vendaje compresivo, observándose gasas llenas de sangre.

Requisitos de autocuidado

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Hábitos de salud: Realiza limpieza de fosas nasales cada que siente la necesidad; no fuma ni convive con fumadores; el lugar donde vive no puede afectar su oxigenación.

Revisión por sistemas: Aparato respiratorio: nariz central, no se observan deformidades, mucosas orales deshidratadas. Con una frecuencia respiratoria por minutos de 20. Frecuencia cardiaca de 95 por minuto, tensión arterial de 80/50 mmHg y temperatura de 36.3°C

Tórax y pulmones: forma simétrica, movimientos de amplexión y amplexación presentes normales, a la auscultación no se encuentran sibilancias ni estertores. No se observa dificultad respiratoria.

Sistema cardiovascular: latidos con ritmo y frecuencia normales, a la auscultación no se encuentran soplos, pulso presente.

Sistema vascular periférico: extremidades superiores e inferiores se encuentran eutermicos, color pálido, llenado capilar de 3". En muslo izquierdo de encuentra con edema ++ y presenta hematoma con sistema de drenaje funcional.

2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Hábitos de salud: Acostumbra tomar agua de manantial, en el día toma aproximadamente 3 litros de agua.

Revisión por sistemas: Mucosas orales deshidratadas, cabello seco y quebradizo, piel seca y pálida.

Líquidos parenterales: solución salina de 250ml para 24 horas.

3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Hábitos de salud: Al día realiza 2 comidas (almuerzo y comida)

A la semana consume: Leche dos veces a la semana, carne en ocasiones solo un día a la semana, dos veces a la semana consume huevo, verduras las consume por lo regular cuatro días a la semana, la fruta la consume en ocasiones, consume una pieza de pan diario, el queso lo consume aproximadamente de 2 a una vez a la semana, refiere consumir poca sal y azúcar.

Refiere el paciente que todos los alimentos son de su agrado. El aporte económico para su alimentación es de \$100 pesos diarios.

Come y almuerza en compañía de sus padres y hermanos, almuerzan a las 11 o 12 horas y comen a las 15 o 16 horas.

En ocasiones consume suplementos vitamínicos como: caseinato de calcio y supportain drink.

Revisión por sistemas: Boca: presenta todas las piezas dentarias, algunas de estas tiene caries (2 muelas) así como también sarro. No presenta problemas para masticar o deglutir.

Ruidos peristálticos presentes, abdomen blando y depresible a la palpación.

4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.

Intestinal: evacua 1 vez al día, refiere que las características de sus heces son normales. Presenta tenesmo, sin embargo, no ha necesitado de laxantes u otros medicamentos para ayudar a la eliminación.

Vesical: micción aproximadamente 8 veces al día, diuresis de características normales. No presenta problemas para miccionar.

5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.

Hábitos de salud: No trabaja, en casa ayuda haciendo labores de limpieza que no requieren de mucho esfuerzo, además ayuda en el campo alimentando a los animales.

Frecuentemente realiza caminatas en el campo de corta distancia ya que presenta dolor en muslo izquierdo y articulaciones de codos y rodillas, presentando también inflamación de estas.

Destina entre una hora y hora y media para descansar. Duerme 8 horas aproximadamente. Logra dormir fácilmente, refiere roncar sin embargo refiere no presentar disnea durante la noche.

6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Hábitos de salud: Comunicación verbal, directa, clara y abierta.

Habita con sus papas y 4 hermanos, con los cuales refiere tener buena comunicación y conviven armoniosamente.

No presenta problemas para comunicarse con las personas, ni para relacionarse con ellas.

Refiere nunca estar solo en casa, no tiene pareja sentimental actualmente.

Revisión por sistemas: Oído: no presenta dolor, no presenta salida de secreciones, refiere no tener problemas para escuchar.

Ojos: no presenta dolor, no presenta lagrimeo ni salida de secreciones.

Ojos simétricos, pupilas isocóricas, sin presencia de edema palpebral.

Visión: sin alteraciones.

7.- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.

Prácticas de seguridad personal: refiere conocer medidas de prevención de accidentes.

Refiere tener alterado su auto-imagen debido al absceso que presenta en su muslo izquierdo, ya que no puede flexionar la pierna y le produce dolor.

Refiere no tener toxicomanías, ni exposición a actividades riesgosas debido a su estado de salud.

Cuenta con todo su esquema de vacunación completa, refiere realizarse autoexploración cada que se baña (cada tercer día).

No tiene vida sexual activa.

8.- Autoconcepto y aceptación.

Hábitos de salud: Baño y cambio de ropa cada tercer día. Higiene dental dos o una vez al día.

Lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.

Revisión por sistemas: Piel: presenta piel reseca y pálida, hematoma en muslo izquierdo.

Cabello: abundante, opaco y quebradizo, presenta caída constante.

Datos de laboratorio

Con base a los resultados de laboratorio (anexo 6), el paciente es portador de desnutrición crónica, ya que las proteínas totales y albuminas se encuentran por debajo de su valor normal, que son marcadores séricos para evaluar la presencia o no de desnutrición.

De acuerdo a los valores de electrolitos séricos, presenta hiponatremia moderada, asociado a una hipocalcemia, la cual nos traduce a un desequilibrio hidroelectrolítico con repercusión clínica, también se puede apreciar que

probablemente José cursaba obstrucción de vías biliares, por la presencia de elevación de la fosfatasa alcalina, la cual se muestra elevada en estos procesos.

También se observa la presencia de anemia severa, con elevación de leucocitos lo cual pudiera sugerir la presencia de un foco infeccioso, además de cursar con una trombocitopenia severa, con alargamiento de tiempo del TTPa, lo cual indica defectos de la coagulación, asociados a su enfermedad y que ponen en alto riesgo la vida, motivo por el cual el paciente es politransfundido con crioprecipitados y se indica reposo absoluto, con el mínimo esfuerzo posible, para disminuir el riesgo de sangrado, el cual en estos pacientes es elevado.

VI. DIAGNOSTICOS INICIALES

Requisito	Diagnostico	Prioridad
Agua	Alteración en el volumen de líquidos r/c baja ingesta de agua m/p sequedad de las membranas mucosas sequedad de la piel, hiponatremia e hipocalcemia.	5
Alimentación	Desequilibrio nutricional r/c una ingesta inferior a las necesidades m/p caída excesiva de cabello, ruidos abdominales hiperactivos, palidez de membranas mucosas, anemia.	4
Eliminación	Riesgo de alteración de la eliminación intestinal r/c tenesmo.	7
Actividad y reposo	Trastorno del patrón del sueño r/c ambiente hospitalario m/p insatisfacción con el sueño e insomnio.	8
	Deterioro de la movilidad física r/c destrucción tisular en miembro pélvico izquierdo m/p limitación en la amplitud de movimientos, absceso y salida de material serohemático.	3
	Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física	6
Soledad e interacción social	Deterioro de la interacción social r/c baja autoestima m/p soledad.	9
Peligros para la vida	Riesgo de sangrado en la región de absceso r/c tiempo de coagulación mayor a 180 segundos.	2
Normalidad	Deterioro de la integridad cutánea r/c absceso en miembro pélvico izquierdo m/p salida de material serohemático, destrucción de las capas de la piel.	1

VII. PLAN DE CUIDADOS INICIALES

Requisito:	Agua		
Diagnóstico:	Alteración del volumen de líquidos r/c baja ingesta de agua m/p sequedad de las membranas mucosas, sequedad de la piel, hiponatremia e hipocalcemia.		
Definición del diagnóstico:	Deshidratación o pérdida de agua, con cambio en el nivel de electrolitos séricos, que pueden comprometer la salud.		
Objetivo:	Favorecer el equilibrio de calcio y sodio sérico para así prevenir las complicaciones por sus bajos niveles y orientar al paciente sobre la importancia que tiene el estar hidratado.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Toma y registro de signos vitales	TC	<p>Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo.²⁷</p> <p>Los 4 principales signos vitales son: frecuencia cardiaca, sus valores normales en adulto son de 60-80 latidos por minuto; El patrón respiratorio normal se caracteriza por ser suave, regular, con frecuencia de 12 a 20 respiraciones/minuto en el adulto; Presión arterial, sus valores normales son 100-140mmHg en sístole y 60-90mmHg diástole y finalmente la temperatura sus</p>	<p>Los signos vitales se tomaron y registraron en dos ocasiones durante el turno matutino, en la primera, el paciente presentaba los siguientes parámetros, frecuencia cardiaca (FC) 94 lpm, frecuencia respiratoria (FR) 20 rpm, Presión arterial (T/A) 98/58 mmHg y una temperatura (T°) de 36°C. Mientras que en la segunda ocasión: FC 90 lpm, FR 20 rpm, T/A 100/60 mmHg y T° 36°C.</p> <p>Por lo cual encontramos que el paciente presenta taquicardia e hipotensión, ya que es un efecto</p>

		valores normales se encuentran en el adulto se encuentran entre los 36-37°C. ²⁷	secundario a la terapia intravenosa de sustitución de calcio y sodio. Por lo cual se dio notificación al médico tratante.
Vigilar estado de conciencia del paciente, empleando la escala de Glasgow (anexo 4).	TC	Se empleara la escala de coma de Glasgow ya que es una valoración del nivel de conciencia consistente, con la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. ³⁷ Se evaluara este criterio ya que una manifestación clínica de la hipocalcemia es la ansiedad, confusión, delirio, irritabilidad e incluso alucinaciones, además de tener sensación de hormigueo en la punta de los dedos, pies o boca. Así como también la hiponatremia se manifiesta con estado mental alterado además de producir cefalea, fatiga, temblores, debilidad muscular, calambres, vómito, diarrea, piel fría y húmeda. ¹⁸	El paciente se evaluó dos veces en el día, presentando en las dos ocasiones una puntuación de 15 puntos en la escala de Glasgow, lo cual se refiere a que el paciente no presenta alteraciones en el estado de conciencia. Además el paciente no refiere sentir ningún malestar de los antes mencionados debido a la hiponatremia o hipocalcemia. Se pidió al familiar y a José, que en caso de sentir alguno de los síntomas ya antes mencionados, lo notificaran de inmediato.
Favorecer la ingesta de líquidos, orientar al paciente y familia sobre la importancia de	A/E	Aunque deshidratación se refiere solo a la pérdida de agua, en la práctica médica el estado de deshidratación, es el cuadro clínico resultante de la pérdida por el	José y su familia comprendieron la importancia que es el estar bien hidratado, por lo cual el paciente se comprometió a ingerir un mínimo de

mantenerse hidratado.		organismo tanto de agua como de sodio. ²⁰ De acuerdo a los síntomas que el paciente manifiesta se considera que tiene una deshidratación moderada, ya que cuando ocurre una pérdida de peso del 6-30% del peso corporal, hay sed, sequedad de la piel y mucosas, oliguria, pérdida de la turgencia, náuseas y vomito. ²⁰ Es por ello que se le pide al paciente que ingiera un mínimo de 2 litros al día, ya que debería consumir 2.4 litros de acuerdo a la siguiente fórmula: 0.04L/kg de peso.	2 litros de agua al día, consiguiendo ingerir 1.5 litros.
Vigilar ingresos y egresos de líquidos.	TC	A consecuencia de la deshidratación y la hiponatremia el paciente puede sufrir de oliguria e incluso de anuria ¹⁸ , por lo cual es importante tener un buen control de líquidos, para saber si el paciente presenta alguno de estos problemas.	Se realizó el balance hídrico que presentó el paciente durante 8 horas, en el turno de la mañana en el cual se obtuvo un balance positivo con 300ml. Total de ingresos: 700ml, Total de egresos: 400ml, Balance total: +300ml. De acuerdo a estos datos la diuresis del paciente se encuentra normal ya que de acuerdo a esta fórmula: 0.87ml/Kg de peso/hora. El paciente en 8 horas debe tener una diuresis de 417ml.

Requisito:	Alimentación		
Diagnóstico:	Desequilibrio nutricional r/c una ingesta inferior a las necesidades m/p caída excesiva de cabello, ruidos abdominales hiperactivos, palidez de membranas mucosas, anemia.		
Definición del diagnóstico:	Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.		
Objetivo:	Mejorar el estado nutricional del paciente.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Ajustar la dieta a las necesidades del paciente.	TC	<p>No es necesaria una dieta especial para las personas afectadas de hemofilia; es necesaria una dieta equilibrada y procurar no tener sobrepeso.</p> <p>Una dieta normal cubriría los requerimientos nutricionales del paciente. Los refrigerios o colaciones son alimentos que se consumen entre las principales comidas del día (desayuno, comida y cena) y forman parte de una alimentación saludable.</p> <p>Los expertos en nutrición recomiendan consumir cinco comidas al día, las tres principales (desayuno, comida y cena) y dos refrigerios entre cada una de ellas, uno entre el desayuno y la comida y otro</p>	<p>Se sugirió al médico tratante que se le indicara una dieta normal al paciente, ya que la prescripción era de una dieta blanda, por lo cual el medico corrigió el tipo de dieta y el paciente indico que se sentía satisfecho, ya que en los días anteriores se quedaba con hambre, por la dieta inadecuada que se le proporcionaba.</p> <p>Así mismo se recomendó al familiar que le diera dos colaciones durante al día, para que de esta manera José sintiera saciedad.</p>

		más entre la comida y la cena.	
Orientar al paciente para consumir alimentos ricos en fibra.	A/E	Alimentos son ricos en fibra los cuales fomentan la actividad peristáltica y evacuaciones regulares. ²² El consumo de frutas de temporada, una adecuada hidratación.	El paciente y el familiar comprendieron lo importante que es la fibra, ya que de esta manera se prevendrá el estreñimiento, por lo que el familiar se comprometió a pedir o conseguir alimentos ricos en fibra.
Ministración de caseinato de calcio y supportain drink.	A/E	Caseinato de calcio, es una fuente concentrada de proteínas de alta calidad, la cual puede ser usada para aumentar el contenido proteico de la dieta diaria en personas con una ingesta inadecuada de proteínas. ²⁴ Supportain drink indicado para pacientes oncológicos, caquexia cancerosa, enfermedad catabólica crónica con riesgo de desnutrición y elevadas necesidades de energía y proteínas: Radioterapia y/o quimioterapia Obstrucción tracto Gastrointestinal Superior Disfagia Alteración de la masticación y deglución. Libre de lactosa. Sin purinas. Sin gluten. Bajo en colesterol. Bajo en sodio. ²⁴	El polvo de caseinato de calcio puede ser mezclado con cereales, vegetales, guisos, agua o leche; cuando se agrega a líquidos deberá mezclarse con una pequeña cantidad de líquido (1/3 de vaso) y mezclar hasta hacer una pasta homogénea e ir agregando gradualmente el resto del agua o leche agitando vigorosamente. Supportain drink Administrar a temperatura ambiente. Una vez abierto, utilizar en el plazo máximo de 24 horas. Utilizar como única fuente de alimentación o como suplemento. Se recomienda no añadir medicamentos al producto. José ingería estos nutrientes una o dos veces por semana.

Requisito:	Eliminación		
Diagnóstico:	Riesgo de alteración de la eliminación intestinal r/c tenesmo.		
Definición del diagnóstico:	Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.		
Objetivo:	Prevenir el estreñimiento		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Asegurar la privacidad del paciente, corriendo las cortinas alrededor de la cama del paciente.	A/E	<p>La privacidad del paciente ayudara a disminuir la vergüenza. También el encender el televisor o la radio para disimular los ruidos ayuda a que el paciente se relaje y facilite la evacuación. 22</p> <p>Cuando los pacientes se encuentran hospitalizados, es frecuente a que sufran de estreñimiento debido a la poca privacidad que se tiene y del estrés que sufre el paciente por el entorno hospitalario.</p>	<p>La familia de José entendió que es importante que José tenga privacidad al momento en el que sienta la necesidad de hacer del baño, ya que por la vergüenza en muchas ocasiones las personas se abstienen de defecar u orinar en el momento en el que sienten la necesidad, lo cual aumenta el riesgo de padecer estreñimiento.</p> <p>Se sugirió a José y su familia que corran las cortinas, que mantengan el cómodo cerca de la cama del</p>

		A continuación se definirá que es el estreñimiento la cual se da cuando uno no está eliminando las heces con la frecuencia con la cual normalmente lo hace. Las heces se vuelven duras y secas, y es difícil evacuarlas.	paciente y que si es posible se ponga música, para evitar ruidos que hagan sentir incomodo al paciente.
Fomentar un aumento en la ingesta de alimentos ricos en fibra.	PC	Fomentar la ingesta de fruta de temporada consumirla con la piel, salvado, frutos secos, semillas, pan y cereales integrales; ya que estos alimentos son ricos en fibra los cuales fomentan la actividad peristáltica y evacuaciones regulares ²² .	El paciente y el familiar comprendieron lo importante que es la fibra, ya que de esta manera se prevendrá el estreñimiento, por lo que el familiar se comprometió a pedir o conseguir alimentos ricos en fibra.
Fomentar un aporte hídrico adecuado mínimo 2 litros de agua al día.	A/E	Un aporte hídrico adecuado ayuda a mantener la consistencia correcta de las heces en el intestino y estimula la regularidad de las evacuaciones. ²² Se le pide al paciente que ingiera un mínimo de 2 litros al día, ya que debería consumir 2.4 litros de acuerdo a la siguiente formula: 0.04L/kg de peso. ²⁰	El paciente entendió que tenía que incrementar el aporte hídrico gradualmente. Logrando ingerir 1.5 litros de agua al día y se le sugirió que estableciera horarios para que recordara ingerir agua, en caso de que le sea difícil ingerirla debido a que no solía hidratarse adecuadamente.

<p>Indicar al paciente que defecue en cuanto sienta la necesidad, para establecer una regularidad intestinal.</p>	<p>A/E</p>	<p>El peristaltismo intestinal suele reducirse por falta de actividad física, deshidratación y falta de fibra en la dieta.</p> <p>Además el debilitamiento de los músculos abdominales y la posición antinatural que supone la defecación en decúbito dificultan la evacuación intestinal, lo que contribuye que las heces permanezcan más tiempo en el intestino grueso, así la absorción de agua resulta mayor, lo cual deshidrata las heces y hace que la evacuación sea más difícil.³⁹</p>	<p>Se enseñó al paciente a darse masaje abdominal, el cual consiste el masajear en forma circular, comenzando del lado derecho a izquierdo, para que de esta manera el peristaltismo intestinal mejore un poco.</p> <p>El paciente entendió que es importante que defecue en el momento en el que siente la necesidad para disminuir el riesgo de estreñimiento.</p> <p>José logro defecar una vez al día, sin necesidad de realizar esfuerzo.</p>
---	------------	---	--

Requisito:	Actividad y reposo		
Diagnóstico:	Trastorno del patrón del sueño r/c ambiente hospitalario m/p insatisfacción con el sueño e insomnio.		
Definición del diagnóstico:	Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.		
Objetivo:	Facilitar ciclos regulares de sueño.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Orientar al paciente y familia sobre medidas que faciliten la relajación y de esta manera disminuir el insomnio.	A/E	En muchas ocasiones a los pacientes se les dificulta el poder dormir de noche, debido al movimiento, ruido y el estrés de encontrarse en un hospital. Es por ello que se les debe ofrecer un ambiente tranquilo y oscuro, permitir que el paciente vista ropa de cama (pijama), esto facilitara la relajación y comodidad del paciente.	Se le permitió al paciente el vestir su propia pijama, de esta forma él se sintió más cómodo, lo cual ayudó a que pudiera descansar un poco más, de lo que generalmente lo hacía.
Sugerir a los médicos y enfermeras de la velada que planeen	A/E	Para sentirse descansada normalmente una persona, debe completar un ciclo completo de sueño (80-100 minutos) 4 o	Esta actividad no se logró realizar, ya que no se tuvo contacto con el personal de la velada, sin embargo

<p>sus actividades para minimizar las veces que se despertara al paciente.</p>		<p>5 veces cada noche ²².</p> <p>Por ello e importante que en este caso, los pacientes descansen adecuadamente, además de que si la persona se encuentra cansada, su sistema inmunológico baja, por lo cual es más susceptible a enfermarse.</p>	<p>el paciente les hizo la sugerencia al personal, los cuales le notificaron que harían el esfuerzo de organizar sus actividades y de que apoyaban la idea de que los pacientes tuvieran un mejor descanso.</p>
<p>Enseñar al paciente y a su familia medidas que puedan ayudar a favorecen el sueño.</p>	<p>A/E</p>	<p>Si el paciente cena antes de dormir, que preferentemente sean alimentos ricos en proteína (queso, leche), ya que la digestión de proteínas produce triptofán, el cual tiene un efecto sedante.</p> <p>Y evitar la cafeína ya que estimula el metabolismo e impide la relajación. ²¹</p> <p>El hecho de escuchar música del agrado de la persona, favorece el sentirse relajado y cómodo.</p>	<p>El paciente y su familia comprendieron que en ocasiones la dieta perjudica a que puedan descansar adecuadamente, además José menciona que escucharía música para tratar de relajarse, además de que la música en ocasiones le recuerda a su familia y su hogar.</p>

Requisito:	Actividad y reposo		
Diagnóstico:	Deterioro de la movilidad física r/c destrucción tisular en miembro pélvico izquierdo m/p limitación en la amplitud de movimientos, absceso y salida de material serohemático.		
Definición del diagnóstico:	Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.		
Objetivo:	Aumentar la movilidad física del paciente.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Antes de la actividad, evaluar la presencia de dolor y tratarlo. Y fomentar la actividad física.</p> <p>El paciente contaba con una infusión analgésica con 200mg de tramadol en 250ml de solución salina para 24 horas.</p> <p>Ketorolaco 30mg iv en caso de dolor intenso.</p> <p>Paracetamol 1gr VO o IV en caso de dolor o</p>	TC	<p>La inmovilización prolongada, puede causar contractura muscular, la cual supone una dolencia en la que existe una contracción de las fibras musculares que provoca un aumento de la resistencia al movimiento pasivo del musculo.³⁹</p> <p>El dolor limita la movilidad y frecuentemente es exacerbado por el movimiento.²²</p> <p>Tramadol: Dolor de moderado a severo.²⁴</p>	<p>El paciente contaba con una infusión de analgésicos ya que presentaba dolor continuamente, además de tener prescritos más analgésicos en caso de seguir presentando dolor, sin embargo este día solo fue necesario la ministración de la infusión, ya que presentaba 0 puntos en la escala de EVA (anexo 2).</p> <p>Cabe señalar que el paciente no soportaba mucha actividad física debido al absceso que presentaba en el muslo izquierdo y el cual le</p>

fiebre.		<p>Ketorolaco: es un agente antiinflamatorio no esteroideo con actividad analgésica y débil actividad antiinflamatoria y antitérmica.²⁴</p> <p>Paracetamol: Analgésico y antipirético.²⁴</p>	provocaba dolor al realizar algún esfuerzo.
Evaluar las habilidades de movilidad en cama.	TC	<p>Las habilidades del paciente deben ser evaluadas para determinar la mejor manera de facilitar los movimientos.²²</p> <p>Ya que por el reposo prolongado el paciente puede presentar contracturas musculares, las cuales dificulten le dificulte el realizar algunos movimientos.</p>	<p>El paciente tiene muy limitada su movilidad en cama, ya que si lo hace su pierna izquierda le produce dolor a causa del absceso que presenta, por lo cual él prefiere no moverse, o si lo realiza se mueve muy lentamente.</p> <p>Sin embargo se le explico a José que tratara de moverse más, ya que el movimiento ayudara a que la contractura muscular disminuya.</p>
Ejercicios activos y pasivos (anexo 8)	PC	El movimiento ayuda a mejorar el estado de salud del paciente y a disminuir el riesgo de sufrir contracturas musculares, además de disminuir también el riesgo de desarrollar úlceras por presión.	Se realizaron ejercicios pasivos en el miembro pélvico izquierdo ya que es la parte afectada y se le explico al paciente de qué forma le ayudarían estos ejercicios.

		<p>Los movimientos pueden ser pasivos en los cuales una persona mueve las articulaciones del paciente sin que este realice su esfuerzo.</p> <p>El propósito principal de los ejercicios pasivos es evitar contracturas y formación de bridas permanentes; mientras que en los movimientos activos el paciente realiza los movimientos, contrae y relaja voluntariamente los músculos que controlan un movimiento en particular.²⁵</p>	<p>Además de que se le indico al paciente que realizara movimientos activos con el resto del cuerpo para disminuir la contractura muscular y además ayudar a la circulación sanguínea.</p>
Prevenición de caídas y valoración de la escala de riesgo de caídas. (anexo 5)	PC	<p>En los pacientes que se encuentran en reposo prolongado, las caídas son frecuentes, ya que al querer realizar alguna actividad, debido a la debilidad secundaria al reposo, no cuentan con la fuerza necesaria para poder sostenerse a sí mismos, es por ello que el uso de barandal es importante.</p> <p>Además del barandal se debe verificar que la cama este en posición baja y con el freno puesto y mantener una iluminación adecuada.</p>	<p>Se evaluó el riesgo de caídas que presenta José con ayuda de la escala, desarrollada por J. H. Downton, en la cual José presento 3 puntos los cuales indican que se encuentra en un riesgo moderado de sufrir una caída.</p> <p>Además la familia del paciente se comprometió a vigilar constantemente a José para prevenir una caída.</p>

<p>Cambiar de posición al paciente cada 2 horas de manera continua (anexo 10)</p>	<p>A/E</p>	<p>El periodo crítico para que se produzca una alteración del tejido por presión es entre una y dos horas tras el cual pueden ocurrir cambios irreversibles.</p> <p>El riesgo de desarrollar una úlcera por presión puede atenuarse reduciendo la carga mecánica sobre el tejido.</p> <p>Esto puede conseguirse utilizando sistemas de reducción de la presión.²²</p>	<p>Se informó al paciente y al familiar lo importante que es el estar continuamente cambiando de posición para prevenir las úlceras por presión, se solicitó al paciente su ayuda para que por sí mismo tratara de mantener diferentes posiciones, así como también realizara ejercicios pasivos y activos.</p>
<p>Realizar una valoración de riesgo de úlceras por presión, con ayuda de la escala de Braden Bergstrom (anexo 3)</p>	<p>TC</p>	<p>Las úlceras por presión (UPP) son un evento adverso hospitalario, por lo cual es importante poder valorar el riesgo que el paciente presenta de desarrollarlas, es entonces cuando se realiza una valoración con la escala de Braden.³²</p>	<p>Se realizó la valoración del riesgo de úlceras por presión que presenta el paciente, de acuerdo a la escala de Braden, con la cual se obtuvo una puntuación de 13, es decir, que el paciente tenía un riesgo moderado de desarrollar úlceras por presión.</p>

Requisito:	Actividad y reposo		
Diagnóstico:	Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física		
Definición del diagnóstico:	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño.		
Objetivo:	Reducir el riesgo de caídas, mejorar el entorno para prevenir dicho riesgo.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Evaluación del riesgo de caídas, con la escala de J. H. Downton.	TC	Se evaluó el riesgo de caída de acuerdo con la escala de riesgo de caída de J. H. Downton. La cual evalúa caídas previas, medicamentos, déficit sensorial, estado mental y la deambulación. ³¹ Es importante el riesgo que el paciente tiene de padecer una caída, ya que de esta manera podemos prevenirla.	Se evaluó el riesgo de caída del paciente, teniendo una puntuación de 3, que de acuerdo a la escala, el paciente presenta un riesgo moderado de padecer una caída por los factores de riesgo que presenta. Por esta razón se le pidió al familiar que permanezca al cuidado del paciente para prevenir una caída.
Orientar al familiar y al paciente sobre mantener los barandales en alto y	A/E	Los barandales en alto previenen que el paciente caiga de la cama, además si el paciente sufre una caída, la probabilidad de sufrir un traumatismo fuerte en cabeza	Los barandales se mantuvieron en alto, durante todo el día y se vigiló que la cama tuviera el freno y se mantuvo en una altura baja, por lo

mantener la cama en posición baja.		se reduce si la cama se encuentra en una posición baja. ²³	cual no se reportó ningún accidente.
Identificar factores de riesgo que se encuentren en el ambiente.	A/E	<p>Colocar objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.¹⁹</p> <p>En muchas ocasiones los pacientes para evitar molestar a sus familiares o al personal del hospital, intentan alcanzar o hacer las cosas por sí mismos, poniéndose en riesgo de sufrir una caída.</p>	<p>Se orientó al paciente sobre lo importante que es estar pendiente de las necesidades del paciente para de esta forma minimizar los esfuerzos.</p> <p>Así mismo, el paciente se comprometió a pedir ayuda cuando lo requiera y a informar al personal del hospital o a su familia si necesita algo, para que de esta manera, esté no haga esfuerzos y así evitar algún accidente.</p>

Requisito:	Soledad e interacción social		
Diagnóstico:	Deterioro de la interacción social r/c baja autoestima m/p soledad.		
Definición del diagnóstico:	Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.		
Objetivo:	Que el paciente no sienta soledad y exprese sus sentimientos.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Animar al paciente a compartir los sentimientos y a analizar los hábitos de socialización.	PC	Solo el paciente puede determinar si los hábitos de socialización son satisfactorios o no. A algunas personas les gusta pasar gran parte de su tiempo a solas, a otras, no ²² .	El paciente refirió que no se sentía solo, ya que siempre estaba acompañado de algún familiar, además de que se creó una buena relación entre enfermeras, médicos y demás personal del hospital debido al tiempo que llevaba hospitalizado. Cabe mencionar que su familia siempre mostro interés, apoyo y cariño hacia el paciente.
Identificar las barreras para el contacto social: dolor, disminución de la movilidad.	PC	Los problemas de movilidad entorpecen normalmente la socialización, pero muchas dificultades asociadas pueden superarse con la planificación ²² . El reposo prolongado favorece la aparición de sentimientos de inutilidad, falta de confianza en uno mismo, vacío y desesperanza. ³⁹	El paciente a pesar del dolor que en ocasiones era muy fuerte y de la dificultad de moverse, siempre se mostraba muy positivo e interactuaba con las personas que se encontraban a su alrededor.

Requisito:	Normalidad		
Diagnóstico:	Deterioro de la integridad cutánea r/c absceso en miembro pélvico izquierdo m/p salida de material serohemático, destrucción de las capas de la piel.		
Definición del diagnóstico:	Deterioro de la epidermis, dermis o ambas.		
Objetivo:	Curación de herida, medidas para proteger y sanar la piel.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Monitorizar la zona de deterioro cutáneo.	TC	Se monitorizara la zona de deterioro cutáneo para detectar cambios de color, enrojecimiento, hinchazón, calor, dolor u otros signos de infección. ²³	El absceso presenta, eritema, calor, cicatrización retardada, tejido de granulación; los bordes del absceso se encuentran adheridos, con una longitud de 2cm X 2cm de anchura, profundidad de 1.5cm. El paciente refería dolor cada vez que se manipulaba la zona que abarca el absceso.
Proporcionar cuidados del drenaje localizado en muslo izquierdo.	TC	Mantener la permeabilidad del drenaje, mantener el recipiente de drenaje a nivel por debajo de la zona de inserción, ya que de esta manera se previene que	Se mantuvo en vigilancia el sitio de inserción del catéter para el drenaje, se realizó mantenimiento del drenaje y se explicó al familiar

		<p>el contenido tenga retorno hacia el absceso, disminuyendo el riesgo de infección además se debe vaciar el contenido del dispositivo, inspeccionar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo.¹⁹</p> <p>El drenaje con el que contaba el paciente es, una sonda nasogástrica adaptada, la cual realizaba la recolección del drenaje en un contenedor de agua inyectable vacía.</p>	<p>y paciente los cuidados que debe tener el drenaje.</p> <p>El drenaje contenía material serohemático, drenando 100ml.</p>
Realizar una adecuada curación del absceso.	TC	<p>La curación de una herida es de gran importancia debido a que existe el riesgo de que los gérmenes se introduzcan en el organismo y provoquen infecciones.²⁶</p> <p>Para realizar la curación de la herida, se debe retirar cuidadosamente el apósito viejo, posteriormente con una solución salina, o una solución jabonosa se debe empapar una gasa o apósito con la cual e limpiara la herida comenzando del centro a la periferia, de limpio a sucio,</p>	<p>Se realizó una interconsulta al servicio de clínica de heridas, por lo cual la curación de la herida se realizó por personal de dicha clínica, cabe mencionar que el experto en heridas coloco un apósito especial (apósito de plata y alginato), el cual ayudara a prevenir infecciones y ayudara a mejorar la cicatrización.</p> <p>Dicho apósito puede durar 7 días en la herida, para tener un efecto positivo.</p>

		<p>con esto se tratara de eliminar todo el drenaje o sangre que se pueda encontrar acumulada en la piel, posteriormente se irrigara la herida con solución salina para de esta manera enjuagar la herida, después con ayuda de gasas o apósitos se secura perfectamente la herida, para evitar que la humedad ayude a la proliferación de microorganismos y finalmente se cubrirá la herida con gasas o apósitos sosteniéndolos con un vendaje compresivo.</p>	<p>Por lo cual clínica de heridas realizara una visita semanal al paciente para el cambio del apósito y para valorar los resultados de dicho apósito.</p>
<p>Enseñar al paciente a lavarse las manos con regularidad.</p>	<p>TC</p>	<p>Lavarse las manos adecuadamente dificulta la propagación de microorganismos.²²</p>	<p>La familia y José comprendieron que es importante el tener una higiene constante, y sobre todo el tener un buen lavado de manos, ya que esta es la principal fuente de contaminación.</p>

Requisito:	Peligros para la vida		
Diagnóstico:	Riesgo de sangrado en la región de absceso r/c tiempo de coagulación mayor a 180 segundos.		
Definición del diagnóstico:	Aumento del número de días del postoperatorio requeridos por una persona para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.		
Objetivo:	Brindar cuidados que minimicen la estancia hospitalaria del paciente y prevenir las probables consecuencias de la destrucción tisular y prevenir hemorragias.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Toma y registro de signos vitales	TC	<p>Vigilar la frecuencia cardiaca ya que si existe pérdida de sangre mayor de 500ml el pulso aumenta.²⁷</p> <p>Las cifras tensionales sistólicas oscilan entre 90 y 110 mmHg; se considera disminución del gasto cardiaco en pacientes con hipovolemia.²⁷</p> <p>Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones).</p> <p>Expresan de manera inmediata los</p>	<p>Los signos vitales se tomaron y registraron en dos ocasiones durante el turno matutino, en la primera, el paciente presentaba los siguientes parámetros, frecuencia cardiaca (FC) 94, frecuencia respiratoria (FR) 20, Presión arterial (T/A) 98/58 y una temperatura (T°) de 36°C.</p> <p>Mientras que en la segunda ocasión: FC 90, FR 20, T/A 100/60 y T° 36°C.</p> <p>Por lo cual encontramos que el paciente presenta taquicardia e hipotensión.</p>

		cambios funcionales que suceden en el organismo. ²⁷	
<p>Transfusión de crioprecipitados</p> <p>La transfusión de criopresipitados es un tratamiento que se le proporciona a los pacientes con deficiencia de los factores de la coagulación, VIII, Von Willebard.^{28 (97)}</p>	TC	<p>La transfusión de crioprecipitados debe conservarse con un control de temperatura (habitualmente 4°C) y no debe usarse una unidad que lleve fuera de estas condiciones más de 3 horas.</p> <p>Fracción proteica precipitable que se obtiene del plasma fresco congelado y que se mantiene precipitada al descongelarse en condiciones controladas.</p> <p>En un volumen de 5 a 25 ml contiene un mínimo de 80 UI de factor VIII en al menos el 75% de las unidades estudiadas; de 150 a 250 mg de fibrinógeno; del 20 al 30% del factor XIII y del 40 al 70% del factor von Willebrand presente en el plasma originario, además de fibronectina.</p> <p>Cada bolsa de crioprecipitado tiene en promedio 100 UI de F VIII.</p> <p>Al momento de recibir la unidad a transfundir se deberá verificar que el componente sanguíneo cuente con los</p>	<p>Se debe verificar que el grupo sanguíneo del Crioprecipitado sea igual al del receptor, pero no necesariamente ya que el contenido de anticuerpos sanguíneos es muy bajo debido al proceso de obtención.</p> <p>No requiere pruebas de compatibilidad.</p> <p>En el banco de sangre cada bolsa de crioprecipitado se descongela en baño maría entre +30 y +37 °C dentro de una bolsa de plástico.</p> <p>Deben de transfundirse antes de las siguientes seis horas después de descongelarse.</p> <p>Realizar la transfusión a una velocidad que no exceda de 10 ml/min, no administrarse con medicamentos u otra solución y mantener el sistema cerrado y suspender de inmediato ante una</p>

		siguientes datos: fecha de extracción, fecha de caducidad, número de identificación de la unidad, tipo de anticoagulante, volumen, tipo de producto, grupo sanguíneo ABO y Rho D, serología negativa para VIH, HVB, HVC, sífilis y las que se implementen con el tiempo o en razón de la región geográfica y que no presente datos de hemólisis, coágulos u otras alteraciones. ⁴⁰	reacción transfusional Durante la transfusión no se presentó ninguna reacción anafiláctica.
Vigilancia y prevención de hemorragias.	TC	Los pacientes con hemofilia pueden sufrir hemorragias principalmente en articulaciones (hemartrosis), músculos, en especial en los compartimientos profundos (iliopsoas, pantorrilla y antebrazo), mucosas de la boca, encías, nariz y tracto genitourinario e intestinal.	Es por ello que se recomendó al paciente y familiares mantener una buena salud oral para prevenir las enfermedades periodontales y caries, que predisponen al sangrado de encías, evitar practicar deportes de alto impacto. Durante su estancia hospitalaria no se presentaron hemorragias.

VIII. VALORACIÓN FOCALIZADA N°1

Con el fin de poder tener un seguimiento y una evaluación más precisa de la evolución que ha presentado el paciente, con el tratamiento médico y los cuidados de enfermería brindados durante la realización de este trabajo, se llevaron a cabo valoraciones diarias, las cuales se elaboraron clasificando las alteraciones que presentaba José, de acuerdo a los requisitos universales que propone Orem.

Cabe mencionar que estas valoraciones se desarrollaron en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en el servicio de Hematología. Las primeras valoraciones abarcan un periodo del día 10 de octubre del 2014 al 17 de octubre del 2014.

En estas valoraciones, se encontró en el requisito de *aire*, campos pulmonares bien ventilados, se observan movimientos de amplexión y amplexación normales, no se auscultaron estertores.

El paciente se encontraba principalmente con taquicardia e hipotensión, de acuerdo a los signos vitales registrados: el 10 de octubre presentó T/A 110/70 mmHg FC 83 latidos por minuto (lpm) FR 20 respiraciones por minuto (rpm) T° 36 grados centígrados (°C); 13 de octubre, T/A 98/58 mmHg FC 94lpm FR 20rpm T° 36°C; 14 de octubre T/A 89/60 mmHg FC 80lpm FR 20rpm T° 36.3°C; 16 de octubre T/A 105/72 mmHg FC 72lpm FR 20rpm T° 36°C y por último el 17 de octubre T/A 106/77 mmHg FC 74lpm FR 18rpm T° 36.4°C. Es decir que los días 13 y 14 de octubre el paciente presentó hipotensión.

En el requisito de *agua* encontramos que José presentaba cabello seco, quebradizo, con caída constante, mucosas orales deshidratadas, piel seca y pálida, a consecuencia de la deshidratación que presentaba.

El paciente contaba con un catéter periférico, con una solución salina de 250ml para 24 horas, además contaba con una infusión de analgésicos con tramadol 200mg en 250ml de solución salina para 24 horas.

Además contaba con medicamentos como: omeprazol 40mg vía oral cada 24 horas, naproxeno 250mg vía oral cada 12 horas, Ondasetrón 8mg en caso de ser necesario, Ketorolaco 30mg en caso necesario, paracetamol 1gr intravenoso en caso de presentar fiebre o dolor, Etamsilato 500mg vía oral cada 24 horas y factor VIII recombinante 4000UI cada 12 horas, este último medicamento no se le ministraba debido a que el hospital no cuenta con este y los familiares no podían solventarlo.

Con respecto a la *alimentación*, el paciente cuenta con todas sus piezas dentales, en las cuales se observó sarro en su mayoría, no presenta problemas para masticar ni para deglutir, a la auscultación abdominal, se encuentran ruidos peristálticos hiperactivos, abdomen blando y depresible a la palpación.

La dieta de José era blanda, la cual consta de atole, pan y gelatina, algunas veces le daban huevo o verduras. A causa de la dieta inadecuada que se le proporcionaba, José comenta que en muchas ocasiones se sentía con hambre, ya que la comida que le daban no era suficiente para saciar su apetito.

En la *eliminación* no se detectaron alteraciones, ya que el paciente no refiere sentir molestias para orinar, ni para defecar, sin embargo se detecta el riesgo de sufrir estreñimiento a causa de la inmovilización que presenta.

Cuenta con un sistema de drenaje a derivación en el muslo izquierdo, debido al absceso, en dicho drenaje se recolecta material serohemático en el cual la cantidad que se drena es variable: el 10 de octubre del 2014 se drenaron 100ml, el 13 de octubre 300ml, el 14 de octubre no se pudo cuantificar el material serohemático, ya que no se encontraba funcional el drenaje, el 16 de octubre se cuantificaron 350ml y el 17 de octubre se drenaron 300ml.

Por otra parte, en la *actividad y reposo*, José se encuentra somnoliento, refiriendo que no puede descansar durante la noche a causa del ruido, además es importante mencionar que se encuentra en reposo absoluto con el cual ha durado más de 3 meses.

El día 16 de octubre el paciente se encontraba adolorido, además de que se observaba con mucha fatiga y somnolencia, ya que un día anterior le colocaron sonda para drenaje en el muslo izquierdo, debido a que el anterior se encontraba disfuncional.

Soledad e interacción social, no se presentan problemas de comunicación, sin embargo, José refiere que le gustaría poder salir de su habitación, ya que solo puede interactuar con su hermano y su compañero de habitación. Con respecto a su *autoconcepto y aceptación*, menciona que a pesar de su reposo prolongado, no se siente solo, triste o deprimido, ya que cuenta con el apoyo de toda su familia y que durante su estancia hospitalaria ha conocido personas que le han ayudado a pensar de una forma positiva y que debe agradecer el estar vivo.

En *peligros para la vida*, presenta el riesgo de desarrollar úlceras por presión a consecuencia del reposo prolongado, sin embargo, José y su familia esta consiente de esto, por lo cual han accedido a realizar movimientos pasivos y activos para poder disminuir dicho riesgo. Además José en ocasiones presenta dolor intenso, por ejemplo; los días 13 y 16 de octubre presento dolor, con una puntuación de 4 en la escala de EVA.

Debido a la patología que presenta José, frecuentemente recibe transfusiones de Crioprecipitados, como tratamiento a la deficiencia de factor VIII. Siendo transfundido los días: 15, 16 y 17 de octubre, no se presentaron reacciones anafilácticas, sin embargo, se mantuvo en vigilancia el estado de conciencia, signos vitales y molestias que pudiera presentar.

Se realizó un balance de líquidos, englobando los 5 días descritos en esta valoración, encontrando que el paciente tuvo un total de ingresos vía oral de: 2000ml; total de ingresos intravenoso: 1864ml; un total diuresis de 1550ml, total de material serohemático 850ml.

Teniendo un total de ingresos de 3864ml; total de egresos 2400. Por lo cual se obtuvo un balance total +1464ml.

IX. VALORACIÓN FOCALIZADA N° 2

En esta valoración se englobaron las últimas 7 valoraciones, llevadas a cabo del 20 al 28 de octubre del 2014, que se le realizaron al paciente, a continuación se mencionaran los datos obtenidos.

Aire: se encontraron campos pulmonares bien ventilados, movimientos respiratorios rítmicos y simétricos, sin presencia de estertores ni sibilancias. Los signos vitales de José eran: el 20 de octubre presentó T/A 112/71 mmHg FC 71lpm FR 22rpm T° 36°C; el 21 de octubre José presento hipotensión T/A 98/70 mmHg FC 83lpm FR 20rpm T° 36.5°C; el 22 de octubre su T/A se encontraba dentro de los valores normales T/A 120/72 mmHg FC 94lpm FR 18rpm T° 37°C; 23 de octubre T/A 96/58 mmHg FC 78lpm FR 20rpm T° 36.5°C; 24 octubre T/A 92/52 mmHg FC 82lpm FR 19rpm T° 36°C y finalmente el 27 de octubre T/A 90/60 mmHg FC 82lpm FR 20rpm T° 36.2°C.

En el requisito de *agua*, José presentaba cabello quebradizo con caída constante, piel pálida, la sequedad y la deshidratación de las mucosas orales fueron disminuyendo, conforme el paciente mejoraba su hidratación.

Contaba con una solución fisiológica de 250ml para 24 horas, también se le ministraba una infusión de analgésicos con tramadol 200mg en 250ml de solución fisiológica para 24 horas. Además contaba con medicamentos como: omeprazol 40mg vía oral cada 24 horas, naproxeno 250mg vía oral cada 12 horas, Ondasetrón 8mg en caso de ser necesario, Ketorolaco 30mg en caso necesario, paracetamol 1gr intravenoso en caso de presentar fiebre o dolor, Etamsilato 500mg vía oral cada 24 horas y factor VIII recombinante 4000UI cada 12 horas, este último medicamento no se le ministraba debido a que el hospital no cuenta con este y los familiares no podían solventarlo.

Alimentación: contaba con todas las piezas dentarias, el sarro disminuyó ya que José mejoro su aseo bucal; a la auscultación se encontraron ruidos peristálticos presentes, a la palpación el abdomen se encontraba blando y depresible.

La dieta del paciente cambio, de blanda a dieta normal, con la cual el paciente se sentía satisfecho, además de que consumía colaciones entre comidas.

En la *eliminación* no presentaba alteraciones, no presentaba molestias para evacuar ni para miccionar. Presentando una o dos evacuaciones por día.

El día 20 de octubre el paciente dreno 200ml de material serohemático, cabe señalar que días antes se le realizo cambio de la sonda para derivación.

El 22 de octubre fue retirado el drenaje del muslo izquierdo, ya que al hacer la curación del absceso por clínica de heridas, se salió de su sitio de inserción, por lo cual se colocaron apósitos y se realizó vendaje compresivo.

Actividad y reposo: el día 20 octubre tiene indicada iniciar deambulacion asistida, sin embargo, José solo pudo sentarse en la orilla de la cama, ya que se sentía cansado y débil.

El 21 de octubre José logro ponerse de pie, por primera vez después de 3 meses de permanecer en reposo absoluto, por esta ocasión solo se puso de pie a lado de su cama, ya que se sentía fatigado, por el esfuerzo, además con ayuda de su hermano pudo bañarse en regadera, permaneciendo sentado en una silla.

El 22 de octubre, con ayuda de un andadero José comienza a deambular, dentro del servicio de hospitalización, con ayuda y supervisión de su hermano, debido al esfuerzo presenta dolor, con una puntuación de 6 en la escala de EVA.

Continúa con la deambulacion asistida, sin embargo, el 23 de octubre, presentó dolor desencadenado por esta actividad, con una puntuación de 5 en la escala de EVA, menciona también que se siente con menos fatiga y debilidad conforme su actividad física va mejorando, además de que el dolor también disminuye, teniendo una puntuación de 2 en la escala de EVA, además de que el día 27 ya podía deambular sin utilizar la andadera. Sin embargo, el paciente continuo con el absceso y con el retraso de cicatrización ya que este no ha disminuido de tamaño, continúa con eritema y calor.

Soledad e interacción social: no presenta problemas para comunicarse, refiere que siente alegría al poder interactuar con más personas, ya que ha empezado la deambulaci3n, que desde hace m3s de 3 meses no lograba.

Peligros para la vida: en ocasiones presentaba dolor debido al esfuerzo que realiza para poder mejorar su deambulaci3n, sin embargo, refiere a que el dolor es tolerable, gracias a los ejercicios activos y pasivos que realizaba en cama, ya que estos le ayudaron a mejorar su movilidad y a disminuir la atrofia muscular que presentaba.

Autoconcepto y aceptaci3n: Jos3 se siente agradecido con Dios por permitirle estar vivo, adem3s de que poco a poco le ha permitido mejorar en su estado de salud. A pesar de que su enfermedad le ha llevado a tener grandes problemas de salud, a estar lejos de su familia y a permanecer mucho tiempo hospitalizado, acepta su enfermedad, porque ha podido superar todos los problemas con ayuda de su familia y de las personas que lo estiman.

Por 3ltimo se realiz3 un balance total de l3quidos de los d3as valorados, teniendo un total de ingresos v3a oral de 3400ml, ingresos intravenoso 2460, diuresis 2700, sangrado 500ml y evacuaciones 600ml; obteniendo un balance positivo de 2060ml.

Es importante mencionar que el paciente durante todas sus valoraciones realizadas desde el 10 de octubre mantuvo una puntuaci3n de 15 en a escala de Glasgow, lo cual indica que no tuvo alteraciones en el estado de conciencia.

Tambi3n se mantuvo con un riesgo moderado de ca3da, de acuerdo a la escala de riesgo de ca3das de J. H. Downton y finalmente del d3a 10 al 20 de octubre el paciente obtuvo una puntuaci3n de 13, en las escala de riesgo de 3lceras por presi3n, lo cual indica que se encontraba en un riesgo moderado de desarrollar estas y a partir del 21 al 28 de octubre el riesgo disminuy3, teniendo un riesgo bajo con una puntuaci3n de 11.

X. DIAGNÓSTICOS VALORACIONES FOCALIZADAS

Requisito	Diagnostico	Prioridad	Fecha de inicio y de termino
Agua	Alteración en el volumen de líquidos r/c baja ingesta de agua m/p sequedad de las membranas mucosas sequedad de la piel, hiponátrema e hipocalcemia.	6	10/oct/14 al 22/oct/14
Alimento	Desequilibrio nutricional r/c una ingesta inferior a las necesidades m/p caída excesiva de cabello, ruidos abdominales hiperactivos, palidez de membranas mucosas, anemia.	5	10-13/oct/14 20-22/oct/14
	Alteración de la alimentación r/c irritación gástrica m/p aumento de la salivación, sensación nauseosa.	7	20/oct/14
Actividad y reposo	Trastorno del patrón del sueño r/c ambiente hospitalario m/p insatisfacción con el sueño e insomnio.	9	10-14-16/oct/14
	Deterioro de la movilidad física r/c destrucción tisular en miembro pélvico izquierdo m/p limitación en la amplitud de movimientos, absceso y salida de material serohemático.	2	10/oct/14 al 23/oct/14

	Déficit de autocuidado r/c deterioro musculoesquelético m/p incapacidad para acceder al cuarto de baño.	10	10/oct/14 al 20/oct/14
	Intolerancia a la actividad física r/c absceso en miembro pélvico izquierdo m/p dolor a la deambulación y al movimiento con una escala de EVA 5	3	13-16-22-23- 27/oct/14
	Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física	8	10/oct/14 al 28/oct/14
	Déficit de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades m/p verbalización del paciente de sentirse aburrido.	11	10/oct/14 al 13/oct/14
Peligros para la vida	Riesgo de sangrado en la región de absceso r/c tiempo de coagulación mayor a 180 segundos.	4	10/oct/14 al 26/oct/14
Normalidad	Deterioro de la integridad cutánea r/c absceso en miembro pélvico izquierdo m/p salida de material serohemático, destrucción de las capas de la piel.	1	10/oct/14 al 28/oct/14

XI. PLAN DE CUIDADOS VALORACIONES FOCALIZADAS

Periodo:	10/oct/14 al 22/oct/14		
Requisito:	Agua		
Diagnóstico:	Alteración en el volumen de líquidos r/c baja ingesta de agua m/p sequedad de las membranas mucosas sequedad de la piel, hiponatremia e hipocalcemia.		
Definición del diagnóstico:	Deshidratación o pérdida de agua, con cambio en el nivel de electrolitos séricos, que pueden comprometer la salud.		
Objetivo:	Favorecer el equilibrio de calcio y sodio sérico para así prevenir las complicaciones por sus bajos niveles y orientar al paciente sobre la importancia que tiene el estar hidratado.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Toma y registro de signos vitales.	TC	<p>Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo.²⁷</p> <p>Los 4 principales signos vitales son: frecuencia cardiaca, sus valores normales en adulto son de 60-80 latidos por minuto.</p>	Los signos vitales se tomaron y registraron 2 veces por turno, encontrando que el paciente padecía la mayoría de veces de, taquicardia e hipotensión, los signos vitales se encontraban entre los rangos de: FC 94-80 lpm, FR 18-20 rpm, T/A 110/70 – 89/60 mmHg y una T° de 35.8 – 36.5°C.

		<p>El patrón respiratorio normal se caracteriza por ser suave, regular, con frecuencia de 12 a 20 respiraciones/minuto en el adulto; Presión arterial, sus valores normales son 100-140mmHg en sístole y 60-90mmHg diástole y finalmente la temperatura sus valores normales se encuentran en el adulto se encuentran entre los 36-37°C.²⁷</p>	<p>Cabe mencionar que la presión arterial fue mejorando gradualmente, conforme el estado de salud del paciente mejoraba.</p>
<p>Vigilar estado de conciencia del paciente, empleando la escala de Glasgow.</p>	<p>TC</p>	<p>Se empleara la escala de coma de Glasgow ya que es una valoración del nivel de conciencia consistente, con la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.³⁷</p> <p>Se evaluara este criterio ya que una manifestación clínica de la hipocalcemia es la ansiedad, confusión, delirio, irritabilidad e incluso alucinaciones, además de tener sensación de hormigueo en la punta de los dedos, pies o boca.</p> <p>Así como también la hiponatremia se manifiesta con estado mental alterado además de producir cefalea, fatiga,</p>	<p>El paciente se evaluó dos veces en el día, presentando en las dos ocasiones una puntuación de 15 puntos en la escala de Glasgow, lo cual se refiere a que el paciente no presenta alteraciones en el estado de conciencia.</p> <p>Durante todos los días que se valoró al paciente, su estado de conciencia no se vio afectado, manteniéndose lucido todo el tiempo.</p> <p>Además el paciente no refirió sentir ningún malestar de los antes mencionados debido a la hiponatremia o hipocalcemia.</p>

		temblores, debilidad muscular, calambres, vómito, diarrea, piel fría y húmeda. ¹⁸	Se pidió al familiar y a José, que en caso de sentir alguno de los síntomas ya antes mencionados, lo notificaran de inmediato.
Favorecer la ingesta de líquidos, orientar al paciente y familia sobre la importancia de mantenerse hidratado.	A/E	<p>Aunque deshidratación se refiere solo a la pérdida de agua, en la práctica médica el estado de deshidratación, es el cuadro clínico resultante de la pérdida por el organismo tanto de agua como de sodio. ²⁰</p> <p>De acuerdo a los síntomas que el paciente manifiesta se considera que tiene una deshidratación moderada, ya que cuando ocurre una pérdida de peso del 6-30% del peso corporal, hay sed, sequedad de la piel y mucosas, oliguria, pérdida de la turgencia, náuseas y vomito. ²⁰</p> <p>Es por ello que se le pide al paciente que ingiera un mínimo de 2 litros al día, ya que debería consumir 2.4 litros de acuerdo a la siguiente formula: 0.04L/kg de peso.</p>	<p>José fue aumentando gradualmente la ingesta de agua, llegando a ingerir más de 2 litros de agua al día, anteriormente se había establecido horarios para que bebiera agua, ya que le era difícil hacerlo, sin embargo ahora bebe constantemente, sin necesidad de seguir un horario.</p> <p>El paciente comenta que desde que comenzó a hidratarse se ha sentido mejor aparte de que esto es notorio, ya que sus mucosas orales ya no se encuentran deshidratadas, y la sequedad de su piel ha disminuido.</p>

<p>Vigilar ingresos y egresos de líquidos.</p>	<p>TC</p>	<p>A consecuencia de la deshidratación y la hiponatremia el paciente puede sufrir de oliguria e incluso de anuria ¹⁸, por lo cual es importante tener un buen control de líquidos, para saber si el paciente presenta alguno de estos problemas.</p>	<p>Diariamente se realizaba un balance hídrico, en el cual se reportaba que José no presentaba problemas de retención de líquidos o el excretar más de los que consumía.</p> <p>Comparemos el balance hídrico del día 10 de octubre Total de ingresos: 700ml, Total de egresos: 400ml, Balance total: +300ml con el balance del día 27 de octubre</p> <p>Total de egresos: 1000ml, total de ingresos: 750ml, Balance: -250ml Éste último balance fue negativo ya que este día el paciente tuvo abundante cantidad de materia serohemático en el drenaje del muslo izquierdo.</p>
--	-----------	---	--

Periodo:	10-13/oct/14 al 20-22/oct/14		
Requisito:	Alimento		
Diagnóstico:	Desequilibrio nutricional r/c una ingesta inferior a las necesidades m/p caída excesiva de cabello, ruidos abdominales hiperactivos, palidez de membranas mucosas, anemia.		
Definición del diagnóstico:	Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.		
Objetivo:	Mejorar el estado nutricional del paciente.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Ajustar la dieta a las necesidades del paciente.	TC	No es necesaria una dieta especial para las personas afectadas de hemofilia; es necesaria una dieta equilibrada y procurar no tener sobrepeso. Una dieta normal cubriría los requerimientos nutricionales del paciente. Los refrigerios o colaciones son alimentos que se consumen entre las	El paciente mejoro su alimentación, ya que anteriormente se le comunico al médico, que la dieta blanda, no era la adecuada para José, ya que el paciente se quedaba con hambre, además de que el paciente requería una dieta normal para aprovechar los

		<p>principales comidas del día (desayuno, comida y cena) y forman parte de una alimentación saludable.</p> <p>Los expertos en nutrición recomiendan consumir cinco comidas al día, las tres principales (desayuno, comida y cena) y dos refrigerios entre cada una de ellas, uno entre el desayuno y la comida y otro más entre la comida y la cena.</p>	<p>nutrientes que esta le aporta.</p> <p>Además José en ocasiones consumía colaciones dos colaciones por día para así sentirse satisfecho además de que menciona que se siente con más energía y su apetito ha mejorado.</p>
Orientar al paciente para consumir alimentos ricos en fibra.	A/E	<p>Alimentos son ricos en fibra los cuales fomentan la actividad peristáltica y evacuaciones regulares.²²</p> <p>El consumo de frutas de temporada, una adecuada hidratación.</p>	<p>El paciente, consumió frecuentemente alimentos ricos en fibra, ya sea que se los proporcionaba el hospital o en ocasiones su familiar le brindaba los alimentos, además menciona que ha notado que su digestión ha mejorado gradualmente.</p>
Ministración de caseinato de calcio y supportain drink.	A/E	<p>Caseinato de calcio, es una fuente concentrada de proteínas de alta calidad, la cual puede ser usada para</p>	<p>El polvo de caseinato de calcio puede ser mezclado con cereales, vegetales, guisos, agua o leche;</p>

		<p>aumentar el contenido proteico de la dieta diaria en personas con una ingesta inadecuada de proteínas.²⁴</p> <p>Supportain drink indicado para acientes oncológicos, caquexia cancerosa, enfermedad catabólica crónica con riesgo de desnutrición y elevadas necesidades de energía y proteínas:</p> <p>Radioterapia y/o quimioterapia</p> <p>Obstrucción tracto Gastrointestinal Superior</p> <p>Disfagia Alteración de la masticación y deglución. Libre de lactosa. Sin purinas. Sin gluten. Bajo en colesterol. Bajo en sodio.</p>	<p>cuando se agrega a líquidos deberá mezclarse con una pequeña cantidad de líquido (1/3 de vaso) y mezclar hasta hacer una pasta homogénea e ir agregando gradualmente el resto del agua o leche agitando vigorosamente.</p> <p>Supportain drink Agitar antes de usar. Administrar a temperatura ambiente. Una vez abierto, utilizar en el plazo .máximo de 24 horas. Utilizar como única fuente de alimentación o como suplemento. Se recomienda no añadir medicamentos al producto, el paciente ingería estos suplementos alimenticios una o 2 veces por semana.</p>
--	--	--	---

Periodo:	20/oct/14		
Requisito:	Alimentación		
Diagnóstico:	Alteración de la alimentación r/c irritación gástrica m/p aumento de la salivación, sensación nauseosa.		
Definición del diagnóstico:	Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.		
Objetivo:	Prevenir y aliviar la sensación nauseosa. Que el paciente ingiera sus alimentos sin riesgo de sentir náuseas.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Determinar la causa que desencadena la sensación nauseosa.	TC	En muchas ocasiones los alimentos muy condimentados, el dolor y algunos medicamentos pueden causar la sensación nauseosa ²¹ . Otros factores son el ver, oler o sentir cosas o texturas desagradables, encontrándose en un entorno hospitalario, es frecuente que los pacientes observen situaciones a las cuales no están acostumbrado y les causa desagrado.	Con ayuda del familiar se logró retirar objetos desagradables u olorosos que pudieran provocar las náuseas, disminuyendo así la sensación nauseosa. Se le pidió a los familiares que retiraran los cómodos o ropa sucia del área donde se encuentra el paciente para de esta manera disminuir la el desagrado y prevenir la náusea.
Evitar los alimentos durante la sensación nauseosa.	E/A	Evitar los alimentos con fuerte olor, si es difícil beber agua tome pequeños sorbos durante el día, coma de 5-6 porciones	Para que el paciente lograra alimentarse durante el día, se le indico que comiera poca cantidad de

		pequeñas durante el día, en lugar de 3 porciones grandes ²¹ .	comida, según como fuera tolerando la dieta, lo cual fue de gran ayuda ya que el paciente lograba alimentarse y las náuseas no se presentaban.
Brindar alimentos que sean fácil de digerir	A/E	Jugos de arándano o uva, arroz blanco, pollo, pan tostado, plátano, galletas saladas, paletas de hielo, yogurt natural. ²¹	El paciente por lo regular prefería comer la paleta de hielo sabor limón y refería que de esta manera sentía una sensación de bienestar y las náuseas disminuían.
Intentar distraer de la sensación nauseosa utilizando música suave y televisión.	A/E	La distracción puede ayudar a desviar la atención de la sensación nauseosa. La musicoterapia ha demostrado disminuir las náuseas y vomito. ²²	El paciente logro relajarse y distraerse conforme escuchaba música de su agrado por medio de su celular, además de que también veía programas de televisión los cuales le divertían de tal forma se pudo controlar el malestar nauseoso.
Ministrar medicamento para prevención y alivio de nauseas.	TC	En muchas ocasiones la nauseas no persisten, por lo cual es necesario el uso de medicamentos, en este caso el medicamento indicado para mejorar las náuseas era: Ondasetrón: control de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia citotóxica y radioterapia, y prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios. ²⁴	No fue necesaria la ministración del medicamento, ya que las náuseas desaparecían con ayudad de las actividades antes mencionadas, sin embargo se mantenía en vigilancia, para que de ser necesario se ministrara dicho medicamento.

Periodo:	10-14-16/oct/14		
Requisito:	Actividad y reposo		
Diagnóstico:	Trastorno del patrón del sueño r/c ambiente hospitalario m/p insatisfacción con el sueño e insomnio.		
Definición del diagnóstico:	Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.		
Objetivo:	Facilitar ciclos regulares de sueño.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Enseñar al paciente y a su familia medidas que puedan ayudar a favorecer el sueño.	A/E	<p>Si el paciente cena antes de dormir, que preferentemente sean alimentos ricos en proteína (queso, leche, etc.), ya que la digestión de proteínas produce triptofán, el cual tiene un efecto sedante.</p> <p>Y evitar la cafeína ya que estimula el metabolismo e impide la relajación.²¹</p> <p>El hecho de escuchar música del agrado de la persona, favorece el sentirse relajado y cómodo.</p>	<p>El paciente consiguió descansar mejor, lo cual ayudo a que se sienta con más energía y a no estar con insomnio durante el día.</p> <p>Menciona el paciente que el escuchar música es una forma fácil de relajarse, ya que es como un arrullo para él.</p>

<p>Sugerir a los médicos y enfermeras de la velada que planeen sus actividades para minimizar las veces que se despertara al paciente.</p>	<p>A/E</p>	<p>Para sentirse descansada normalmente una persona, debe completar un ciclo completo de sueño (870-100 minutos) 4 o 5 veces cada noche ²².</p> <p>Por ello es importante que en este caso, los pacientes descansen adecuadamente, además de que si la persona se encuentra cansada, su sistema inmunológico baja, por lo cual es más susceptible a enfermarse.</p>	<p>Debido a que el paciente hablo con el personal de la noche, estos se comprometieron a apoyar el que los pacientes descansen, buscando estrategias para lograr esto.</p> <p>Por lo que el paciente, reconoce que si se ha hecho un esfuerzo por que su descanso mejore, ya que el ruido disminuyo, y su descanso aumento.</p>
--	------------	--	---

Periodo:	10/oct/14 al 23/oct/14		
Requisito:	Actividad y reposo		
Diagnóstico:	Deterioro de la movilidad física r/c destrucción tisular en miembro pélvico izquierdo m/p limitación en la amplitud de movimientos, absceso y salida de material serohemático.		
Definición del diagnóstico:	Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.		
Objetivo:	Aumentará la movilidad física del paciente.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Antes de la actividad, evaluar la presencia de dolor y tratarlo. Y fomentar la actividad física.</p> <p>El paciente contaba con una infusión analgésica con 200mg de tramadol en 250ml de solución salina para 24 horas.</p> <p>Ketorolaco 30mg iv en caso de dolor intenso.</p> <p>Paracetamol 1gr VO o</p>	TC	<p>La inmovilización prolongada, puede causar contractura muscular, la cual supone una dolencia en la que existe una contracción de las fibras musculares que provoca un aumento de la resistencia al movimiento pasivo del musculo. ³⁹</p> <p>El dolor limita la movilidad y frecuentemente es exacerbado por el movimiento. ²²</p> <p>Tramadol: Dolor de moderado a severo.</p> <p>Ketorolaco: es un agente antiinflamatorio no esteroideo con actividad analgésica y débil actividad</p>	<p>El paciente presentaba mucho dolor al realizar algún movimiento y al aparecer este se le ministraba algún analgésico, sin embargo se le indicaron movimientos pasivos y activos para que de esta manera el dolor debido a la contractura muscular, fuera disminuyendo, teniendo un resultado favorable, ya que a medida de que el paciente realizaba más actividad el dolor disminuía.</p> <p>al comienzo presentaba una puntuación de 6 en escala de</p>

IV en caso de dolor o fiebre		antiinflamatoria y antitérmica. ²⁴ Paracetamol: Analgésico y antipirético. ²⁴	EVA, y posteriormente presentaba dolor de 2 en escala de EVA.
Aplicar ejercicios de amplitud de movimiento (ROM).	PC	Empezar con ejercicios pasivos, manejando las articulaciones con movimiento de abducción, aducción, flexión y extensión. Luego ayudar al paciente a practicar movimientos activos, en los que el personal de enfermería sujetara las articulaciones mientras el paciente inicia contracción muscular. a medida que la condición física del paciente mejore, aumentar la actividad, estando alerta de una posible aparición de hipotensión ortostática. ⁴¹	El paciente accedió a realizar movimientos pasivos, se comenzó con 5 minutos de ejercicio, de acuerdo a la tolerancia que el paciente presentaba se realizaban de 2 a 4 veces los ejercicios. Posteriormente se fue aumentando la intensidad logrando alcanzar 15 minutos de ejercicio con 4-6 repeticiones al día. el paciente expreso su mejoría, ya que su movilidad aumento y se siente con mayor fuerza, además de que su estado emocional mejora, ya que se sentía más útil, al no depender tanto de su familia, o de personal de enfermería.
Prevención de caídas y valoración de la escala de riesgo de caídas.	PC	En los pacientes que se encuentran en reposo prolongado, las caídas son frecuentes, ya que al querer realizar alguna actividad, debido a la debilidad	Se evaluó el riesgo de caída de acuerdo a la escala de Downton en el cual se continuó con la puntuación de 3, riesgo moderado

		<p>secundaria al reposo, no cuentan con la fuerza necesaria para poder sostenerse a sí mismos, es por ello que el uso de barandal es importante.</p> <p>Además del barandal se debe verificar que la cama este en posición baja y con el freno puesto y mantener una iluminación adecuada.</p>	<p>de caída, ya que aún necesitaba ayuda para deambular.</p>
<p>Cambiar de posición al paciente cada 2 horas de manera continua.</p>	A/E	<p>El periodo crítico para que se produzca una alteración del tejido por presión es entre una y dos horas tras el cual pueden ocurrir cambios irreversibles.</p> <p>EL riesgo de desarrollar una úlcera por presión puede atenuarse reduciendo la carga mecánica sobre el tejido. Esto puede conseguirse utilizando sistemas de reducción de la presión.²²</p>	<p>Se informó al paciente y al familiar lo importante que es el estar continuamente cambiando de posición para prevenir las úlceras por presión, se solicitó al paciente su ayuda para que por sí mismo tratara de mantener diferentes posiciones, así como también realizara ejercicios pasivos y activos.</p> <p>No hubo presencia de úlceras por presión. Se le proporciono al paciente un tríptico para la prevención de úlceras por presión (anexo 9), elaborado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEA).</p>

Periodo:	10/oct/14 al 20/oct/14		
Requisito:	Actividad y reposo		
Diagnóstico:	Déficit de autocuidado r/c deterioro musculoesquelético m/p incapacidad para acceder al cuarto de baño.		
Definición del diagnóstico:	Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño / higiene.		
Objetivo:	Se realizara aseo del paciente y se enseñara como puede realizarlo con ayuda de su familiar para su mayor comodidad.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Realizar aseo personal del paciente	TC	Baño de esponja: tiene por objetivo eliminar de la piel las secreciones de las glándulas sebáceas, la descamación, el sudor, polvo, mal olor, así como estimular la circulación periférica, para proporcionar al paciente higiene y comodidad. ²⁹	Se realizó aseo al paciente con baño de esponja ya que su movilidad era muy limitada y a partir del día 22 de octubre el paciente comenzó a bañarse en el baño con regadera con ayuda de su hermano, de esta forma se mantuvo la protección eficaz de la piel, el paciente refirió sentirse cómodo.
Brindar al paciente cómodo y orinal.	A/E	El enfermo se siente incómodo cuando tiene la vejiga distendida o necesita defecar, ya que la excreción es una necesidad fisiológica básica, esencial para el funcionamiento óptimo de todos los aparatos y sistemas. ³⁰	Se orientó al paciente y familiar sobre cómo utilizar correctamente el cómodo y orinal, así como también se le comunico al familiar lo importante que es que el paciente tenga al alcance un cómodo y orinal.

Periodo:	13-16-22-23-27/oct/14		
Requisito:	Actividad y reposo		
Diagnóstico:	Intolerancia a la actividad física r/c absceso en miembro pélvico izquierdo m/p dolor a la deambulacion y al movimiento con una escala de EVA 5		
Definición del diagnóstico:	Insuficiente energía fisiológica para tolerar las actividades diarias requeridas y deseadas.		
Objetivo:	Mejorará la movilidad física y tolerara el esfuerzo físico.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Toma y registro de signos vitales	TC	<p>Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo.²⁷</p> <p>La velocidad del pulso aumenta con la actividad física y cuando existe presencia de dolor.</p> <p>Taquipnea: frecuencia respiratoria persistente superior a 20 respiraciones por minuto se presenta en personas con dolor.²⁷</p>	<p>El paciente cuando presentaba episodios de dolor, se alteraban sus signos vitales, presentando taquicardia y diaforesis, sin embargo se fueron estabilizando conforme se le administraban analgésicos.</p> <p>Así mismo el dolor fue disminuyendo conforme su actividad física mejoro, por lo cual sus signos vitales se iban estabilizando.</p>

<p>Antes de la actividad, evaluar la presencia de dolor y tratarlo. Y fomentar la actividad física.</p> <p>El paciente contaba con una infusión analgésica con 200mg de tramadol en 250ml de solución salina para 24 horas.</p> <p>Ketorolaco 30mg iv en caso de dolor intenso.</p> <p>Paracetamol 1gr VO o IV en caso de dolor o fiebre</p>	<p>TC</p>	<p>La inmovilización prolongada, puede causar contractura muscular, la cual supone una dolencia en la que existe una contracción de las fibras musculares que provoca un aumento de la resistencia al movimiento pasivo del musculo.³⁹</p> <p>Tramadol: Dolor de moderado a severo.²⁴</p> <p>Ketorolaco: es un agente antiinflamatorio no esteroideo con actividad analgésica y débil actividad antiinflamatoria y antitérmica.²⁴</p> <p>Paracetamol: Analgésico y antipirético.²⁴</p>	<p>Se ministraron los analgésicos indicados, y el dolor del paciente disminuyó quedando con una puntuación de EVA de 2 e incluso el paciente a pesar de que ya deambulaba aproximadamente a partir del 23 de octubre comenzó a tolerar el dolor sin necesidad de ministrarle analgésicos.</p> <p>Se logra realizar una comparación de las primeras valoraciones el paciente llegaba a presentar un dolor muy intenso, con una puntuación de 6 en la escala de EVA y al finalizar la valoración la puntuación era de 1-2.</p>
<p>Incrementar gradualmente la actividad y prevenir la hipotensión ortostática.</p>	<p>A/E</p>	<p>Hacer que el paciente se siente en la orilla de la cama antes de ponerse de pie ayuda a evaluar la hipotensión postural u ortostática evitando de esta manera que se maree, que tenga visión borrosa, nauseas.²³</p> <p>Prevenir la aparición de hipotensión ortostática, que puede presentarse como</p>	<p>Anteriormente se le indicaron al paciente que realizara ejercicios pasivos y activos, por lo cual se le pidió que gradualmente fuera incrementando la frecuencia de estos, así como su intensidad.</p>

		<p>resultado de una disminución del volumen plasmático y dificultad para adaptarse inmediatamente al cambio de postura.</p> <p>El uso de medias antiembolismo puede ayudar a prevenir la hipotensión ortostática.</p>	<p>El paciente entendió que es importante que permaneciera sentado durante unos minutos en la orilla de la cama ya que de esta forma evitaría el mareo, además de que tenía que incorporarse poco a poco para ponerse de pie ya que era la primera vez después de casi 4 meses que lo hacía, siendo el día 23 de octubre el día en que el paciente logro ponerse de pie y a partir de esa fecha comenzó a deambular al principio con ayuda de una andadera y posteriormente logro hacerlo sin ayuda.</p>
<p>Orientar al paciente sobre el uso del andador.</p>	A/E	<p>El dolor articular restringe l movilidad, de modo que los pacientes con dolor intenso a la actividad pueden, mejorar con apoyo de aparatos auxiliares ortopédicos, ya que el desplazamiento del peso corporal disminuye el dolor, ya que no apoyan el peso en la articulación.⁴²</p>	<p>El paciente utilizo el andador, de esta forma mejoro su deambulación y el dolor disminuyo, presentando un 2 en escala de EVA. Cabe mencionar que el paciente padece de dolor articular.</p>

Periodo:	10/oct/14 al 28/oct/14		
Requisito:	Actividad y reposo		
Diagnóstico:	Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física		
Definición del diagnóstico:	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño.		
Objetivo:	Reducir el riesgo de caídas, mejorar el entorno para prevenir dicho riesgo.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Evaluación del riesgo de caídas, con la escala de J. H. Downton.	TC	Se evaluó el riesgo de caída de acuerdo con la escala de riesgo de caída de J. H. Downton. La cual evalúa caídas previas, medicamentos, déficit sensorial, estado mental y la deambulaci3n. ³¹ Es importante el riesgo que el paciente tiene de padecer una caída, ya que de esta manera podemos prevenirla.	Se evaluó el riesgo de caída dos veces al día durante la estancia hospitalaria del paciente, dichas evaluaciones tenían una puntuaci3n de 3, lo cual significa que el paciente presentaba un riesgo moderado de caída. Así mismo el paciente y su familia comprendieron este riesgo, por lo que eran cuidadosos y participaban en la prevenci3n de este, manteniendo barandales en alto.
Identificar factores de riesgo que se encuentren en el ambiente.	A/E	Colocar objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. ¹⁹ En muchas ocasiones los pacientes para evitar molestar a sus familiares o al personal del hospital, intentan alcanzar o hacer las cosas por sí mismos,	Afortunadamente el paciente no sufrió ninguna caída, durante su estancia hospitalaria, debido al compromiso que mostraba su familia y el mismo por prevenir cualquier riesgo, que afectara su

		poniéndose en riesgo de sufrir una caída.	recuperación. Se comprendió lo importante que es el observar el entorno que lo rodea, para de esta manera lograr identificar, objetos o situaciones que pudieran ponerlo en riesgo.
Orientar al paciente y familia sobre el uso correcto del andador.	A/E	El uso de andador sirve de apoyo para el paciente, debido al reposo prolongado que tuvo, por lo cual su deambulaci3n se ve afectada, por lo cual se necesita de un apoyo, que lo ayude a mejorar su deambulaci3n, adem1s de que ayudara a prevenir caídas. Los brazos del paciente que reposan sobre los mangos del andador deben mostrar una flexi3n de los codos de 20 a 30 grados. Debe levantar el caminador, coloc1ndolo frente a 3l mientras empuja su cuerpo ligeramente hacia adelante. ³⁴	El familiar de Jos3 logro conseguir una andadera, con la cual el paciente se apoyaba para mejorar su deambulaci3n, logrando un resultado positivo, ya que el paciente logro irse de alta, deambulando por s3 solo, sin necesidad de usar el andador o alg3n otro apoyo.
Orientar al paciente sobre, como debe deambular.	A/E	Estimular al paciente para que pueda balancear los brazos, para facilitar la marcha y a levantar los pies para evitar caídas. Aconsejar al paciente que pise pasando por encima de un objeto o una l3nea imaginaria, lo cual ayudara a levantar m1s los pies y a aumentar la longitud del paso. ⁴²	El paciente no sufri3 caídas, durante su estancia hospitalaria, adem1s Jos3 menciona que estos ejercicios le ayudaron a mejorar la marcha, ya que de esta manera no tropezaba y evitaba arrastrar los pies.

Periodo:	10/oct/14 al 13/oct/14		
Requisito:	Actividad y reposo		
Diagnóstico:	Déficit de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades m/p verbalización del paciente de sentirse aburrido.		
Definición del diagnóstico:	Disminución de la participación en actividades recreativas o de ocio.		
Objetivo:	Realizar actividades recreativas para fomentar el entretenimiento, relajación y potenciar la interacción social.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Observar las habilidades que tiene el paciente para poder realizar las actividades recreativas.</p> <p>Fomentar actividades mentales.</p> <p>Proporcionar libros de chistes o de destreza mental.</p>	PC	<p>Las actividades recreativas deben adaptarse a las capacidades del paciente.</p> <p>El humor puede ayudar a los pacientes a disminuir la ansiedad ²³</p>	<p>El paciente se encuentra encamado, por lo cual las actividades recreativas no pueden ser físicas por lo cual se le proporciono un libro de chistes y uno de destreza mental.</p> <p>El paciente refería que se entretenía y que el aburrimento disminuía, además de que le gustaba contestar los crucigramas y acertijos.</p>

			Además conforme fue mejorando su deambulaci3n, el paciente solía caminar dentro del hospital, logrando de esta manera distraerse.
Facilitarle al paciente la escucha de música de su agrado.	A/E	Se ha demostrado que la música puede ayudar a disminuir la ansiedad en pacientes hospitalizados. ²³	El paciente a través de su celular escuchaba música y mencionaba sentirse relajado cuando la escuchaba, ya que le recordaba su pueblo y además se distraía fácilmente.

Periodo:	10/oct/14 al 28/oct/14		
Requisito:	Normalidad		
Diagnóstico:	Deterioro de la integridad cutánea r/c absceso en miembro pélvico izquierdo m/p salida de material serohemático, destrucción de las capas de la piel.		
Definición del diagnóstico:	Deterioro de la epidermis, dermis o ambas.		
Objetivo:	Curación de herida, medidas para proteger y sanar la piel.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Monitorizar la zona de deterioro cutáneo.	TC	Se monitorizara la zona de deterioro cutáneo para detectar cambios de color, enrojecimiento, hinchazón, calor, dolor u otros signos de infección. ²³	El absceso presenta, eritema, calor, cicatrización retardada, tejido de granulación; los bordes del absceso se encuentran adheridos, con una longitud de 2cm X 2cm de ancho, profundidad de 1.5cm; estos datos se mostraron en la valoración inicial, en la última valoración el absceso presentaba eritema, tejido de granulación, bordes adheridos, longitud de 1.7 cm, ancho 1.5cm el paciente refería dolor cada vez que se manipulaba la zona que abarca el absceso.

<p>Proporcionar cuidados del drenaje localizado en muslo izquierdo.</p>	<p>TC</p>	<p>Mantener la permeabilidad del drenaje, mantener el recipiente de drenaje a nivel por debajo de la zona de inserción, ya que de esta manera se previene que el contenido tenga retorno hacia el absceso, disminuyendo el riesgo de infección además se debe vaciar el contenido del dispositivo, inspeccionar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo.¹⁹</p> <p>El drenaje con el que contaba el paciente es una sonda nasogástrica adaptada, la cual realizaba la recolección del drenaje en un contenedor de agua inyectable vacía.</p>	<p>Se mantuvo en vigilancia el sitio de inserción del catéter para el drenaje, se realizó mantenimiento del drenaje y se explicó al familiar y paciente los cuidados que debe tener el drenaje.</p> <p>El absceso mostro una pequeña mejoría, ya que el material serohemático disminuía gradualmente, a excepción del día 28 de octubre que se cuantifico 400ml de este material.</p>
<p>Realizar una adecuada curación del absceso.</p>	<p>TC</p>	<p>La curación de una herida es de gran importancia debido a que existe el riesgo de que los gérmenes se introduzcan en el organismo y provoquen infecciones.²⁶</p> <p>Para realizar la curación de la herida, se debe retirar cuidadosamente el apósito</p>	<p>El personal de clínica de heridas continuo realizando la curación del absceso del muslo izquierdo de José, decidiendo ya no utilizar el apósito de plata con alginato, ya que el paciente no presentaba infección en la zona, además de que el apósito es costoso.</p>

		<p>viejo, posteriormente con una solución salina, o una solución jabonosa se debe empapar una gasa o apósito con la cual se limpiara la herida comenzando del centro a la periferia, de limpio a sucio, con esto se tratara de eliminar todo el drenaje o sangre que se pueda encontrar acumulada en la piel.</p> <p>Posteriormente se irrigara la herida con solución salina para que de esta manera se enjuague la herida, después con ayuda de gasas o apósitos se secara perfectamente la herida, para evitar que la humedad ayude a la proliferación de microorganismos y finalmente se cubrirá la herida con gasas o apósitos sosteniéndolos con un vendaje compresivo.</p>	<p>Cabe mencionar que se orientó al familiar y a José como realizar la curación, para que de esta manera participaran y se fomentara el autocuidado.</p>
--	--	---	--

Periodo:	10/oct/14 al 26/oct/14		
Requisito:	Peligros para la vida		
Diagnóstico:	Riesgo de sangrado en la región de absceso r/c tiempo de coagulación mayor a 180 segundos.		
Definición del diagnóstico:	Aumento del número de días del postoperatorio requeridos por una persona para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.		
Objetivo:	Brindar cuidados que minimicen la estancia hospitalaria del paciente y prevenir las probables consecuencias de la destrucción tisular y prevenir hemorragias.		
Plan atención de enfermería			
Intervenciones	Sistema de enfermería	Fundamentación	Evaluación
Toma y registro de signos vitales	T/C	<p>Vigilar la frecuencia cardiaca ya que si existe pérdida de sangre mayor de 500ml el pulso aumenta.²⁷</p> <p>Las cifras tensionales sistólicas oscilan entre 90 y 110 mmHg; se considera disminución del gasto cardiaco en pacientes con hipovolemia.²⁷</p> <p>Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que</p>	<p>Los signos vitales se tomaron y registraron 2 veces por turno, encontrando que el paciente padecía la mayoría de veces, taquicardia e hipotensión, los signos vitales se encontraban entre los rangos de: FC 94-80, FR 18-20, T/A 110/70 – 89/60 y una T° de 35.8 – 36.5°C.</p> <p>Cabe mencionar que la presión arterial fue mejorando gradualmente, conforme el estado</p>

		sucedan en el organismo. ²⁷	de salud del paciente mejoraba.
<p>Transfusión de crioprecipitados</p> <p>La transfusión de crioprecipitados es un tratamiento que se le proporciona a los pacientes con deficiencia de los factores de la coagulación, VIII, Von Willebrand.^{28 (97)}</p>	TC	<p>La transfusión de crioprecipitados debe conservarse con un control de temperatura (habitualmente 4°C) y no debe usarse una unidad que lleve fuera de estas condiciones más de 3 horas.</p> <p>Fracción proteica precipitable que se obtiene del plasma fresco congelado y que se mantiene precipitada al descongelarse en condiciones controladas. En un volumen de 5 a 25 ml contiene un mínimo de 80 UI de factor VIII en al menos el 75% de las unidades estudiadas; de 150 a 250 mg de fibrinógeno; del 20 al 30% del factor XIII y del 40 al 70% del factor von Willebrand presente en el plasma originario, además de fibronectina.</p> <p>Cada bolsa de crioprecipitado tiene en promedio 100 UI de F VIII.</p> <p>Al momento de recibir la unidad a transfundir se deberá verificar que el componente sanguíneo cuente con los siguientes datos: fecha de extracción,</p>	<p>Se debe verificar que el grupo sanguíneo del Crioprecipitado sea igual al del receptor, pero no necesariamente ya que el contenido de anticuerpos sanguíneos es muy bajo debido al proceso de obtención. No requiere pruebas de compatibilidad.</p> <p>En el banco de sangre cada bolsa de crioprecipitado se descongela en baño maría entre +30 y +37 °C dentro de una bolsa de plástico. Deben de transfundirse antes de las siguientes seis horas después de descongelarse.</p> <p>Realizar la transfusión a una velocidad que no exceda de 10 ml/min, no administrarse con medicamentos u otra solución y mantener el sistema cerrado y suspender de inmediato ante una reacción transfusional.</p>

		<p>fecha de caducidad, número de identificación de la unidad, tipo de anticoagulante, volumen, tipo de producto, grupo sanguíneo ABO y Rho D, serología negativa para VIH, HVB, HVC, sífilis y las que se implementen con el tiempo o en razón de la región geográfica y que no presente datos de hemólisis, coágulos u otras alteraciones.⁴⁰</p>	<p>Durante la transfusión no se presentó ninguna reacción anafiláctica.</p> <p>Se transfundió al paciente crioprecipitados, a falta de Factor VIII los días 15, 16, 17, 18, 25 y 26 de octubre.</p>
<p>Vigilancia y de prevención de hemorragias.</p>	<p>TC</p>	<p>Los pacientes con hemofilia pueden sufrir hemorragias principalmente en articulaciones (hemartrosis), músculos, en especial en los compartimientos profundos (iliopsoas, pantorrilla y antebrazo), mucosas de la boca, encías, nariz y tracto genitourinario e intestinal.</p> <p>Características de disminución de riego sanguíneo o hemorragia: hipoxia, inquietud, ansiedad, confusión, palidez, piel fría y húmeda, hipotensión y taquicardia.⁴²</p>	<p>Es por ello que se recomendó al paciente y familiares mantener una buena salud oral para prevenir las enfermedades periodontales y caries, que predisponen al sangrado de encías, evitar practicar deportes de alto impacto.</p> <p>Durante su estancia hospitalaria no se presentaron hemorragias y se mantuvo la vigilancia de signos de alarma.</p>

XII. PLAN DE ALTA

Se trata de José, de sexo masculino de 44 años de edad, con fecha de nacimiento de 23 de junio de 1970. Egreso hospitalario 29 de octubre 2014

Alimentación:
<p>Dieta rica en vitamina K. Entre los alimentos que contienen esta vitamina están alfalfa, brócoli, coliflor, yema de huevo, hígado, espinacas y todos los vegetales hojosos de color verde.</p> <p>Rica en calcio y vitamina D, como productos lácteos, frutos secos, brócoli, espinacas.</p> <p>Rica en fibra, las bayas, los melocotones, los albaricoques, las ciruelas, las uvas pasas, el ruibarbo y las ciruelas pasas, panes, galletas, pasta, panqueques y waffles hechos con granos integrales, algunas verduras ricas en fibra son los espárragos, el brócoli, el maíz, la calabaza y las patatas (con cáscara).</p> <p>No pele las frutas que tengan cáscaras comestibles, ya que allí hay mucha fibra Además de tener un aporte hídrico adecuado mínimo 2 litros de agua al día.</p>
Higiene:
<p>Baño diario, lavarse las manos antes de cada alimento, antes y después de ir al baño; aseo bucal por lo menos 2 veces al día.</p>
Cuidados específicos:
<p>Cuidados de herida, lavar diariamente con jabón neutro y enjuagar con agua potable, posteriormente secar perfectamente el área y cubrir con gasa estéril, cambiar la gasa según la necesidad y realizar vendaje compresivo.</p>
Signos de alarma:
<p>Acudir a urgencias en caso de tener fiebre (mayor de 38°C), presentar enrojecimiento y edema alrededor de la herida, dolor que no cede con el analgésico prescrito, salida de pus de la herida y mal olor de este.</p> <p>En caso de sangrado abundante de herida, en caso de pérdida de consciencia, desmayo, malestar general.</p>
Medicamentos:
<p>*Omeprazol 40mg vía oral una tableta antes de desayunar</p> <p>*Paracetamol 1gr vía oral en caso de presentar fiebre o dolor</p> <p>*Ketorolaco 10mg vía oral en caso de dolor intenso</p>

XIII. CONCLUSIONES

Al finalizar dicho trabajo se pudo lograr la independencia del paciente, habiendo aplicado el plan de cuidados de enfermería para los requisitos alterados del autocuidado que el paciente presentó durante su estancia hospitalaria, cabe mencionar que uno de los aspectos que mejor tuvo resultado fue la movilidad del paciente, ya que tenía aproximadamente 3 meses sin poder caminar, y gracias a ejercicios específicos que realizó, logró caminar, de esta manera mejoraron muchas de las alteraciones que presentaba.

Así mismo fue de gran ayuda la información que se le fue proporcionando al familiar y al paciente, ya que gracias a esto mejoró la salud y movilidad de éste, cabe mencionar que los familiares mostraban mucho compromiso e interés en la recuperación de José.

Por otro lado el plan de realizar una visita domiciliaria al paciente, después de haberlo dado de alta no pudo llevarse a cabo, ya que en dos ocasiones que se acudió al hogar el paciente no se encontraba en su domicilio y llegándose a perder la comunicación con él y su familia.

Cabe resaltar que la mayoría de los objetivos planeados para este trabajo se lograron cumplir, gracias al apoyo del personal de salud del Hospital General de México que permitieron el tiempo y el espacio para poder llevar a cabo este trabajo, así como también al interés y compromiso del paciente y sus familiares, quienes seguían las recomendaciones que se les sugería para su mejoría y bienestar.

Además es importante mencionar que con este trabajo se me permitió aplicar, y desarrollar las habilidades adquiridas durante la formación académica, sin embargo se me permitió aprender y aplicar nuevos cuidados de enfermería, conocer más acerca de la patología, la cual no es común en México y lo más importante es el conocer como relacionarse con los pacientes, para que de esta manera se pueda tener un buen apego al tratamiento.

XIV. SUGERENCIAS

Mejorar la comunicación que el personal de salud mantiene con paciente y la familia, para un mejor entendimiento de la enfermedad, así como también comunicarles la evolución que va presentando el paciente.

También es importante comentar que el personal médico, tenga mayor interés en el bienestar del paciente, ya que en muchas ocasiones, los familiares y el paciente, mencionaron que el médico no les proporcionaba información acerca de la evolución de su padecimiento, además sería de gran apoyo que los pacientes reciban ayuda psicológica, ya que la mayoría de estos desarrollan depresión.

Es muy importante que durante la preparación académica, los profesores ayuden a comprender al alumno, la importancia que tiene el método enfermero, ya que es una herramienta básica en el quehacer de enfermería, así mismo, es importante que se trabaje con las diversas teorías de enfermería, ya que en muchas ocasiones solo se trabaja con una en específico, sin llegar a conocer a fondo las demás.

XV. REFERENCIAS

- 1.- De Jesús M. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Revista mexicana de enfermería cardiológica. 2002; 10 (2): 62-66. Págs. 62-65
- 2.- Reina G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral científico. 2010; (17): 18-23. Págs. 20-23
- 3.- González M, Mirón D, Cotiello Y, Peñacoba D, Iglesias R, Arias S, et al. Guía de metodología y diagnósticos de enfermería. Sociedad de Enfermería en Atención Primaria Asturias. 2002 Págs. 33-35
- 4.-Cavanagh S. Modelo de Orem Aplicación Práctica. España. Ediciones Científicas y Técnicas, 1993. Págs. 4-12
- 5.-Rojas A, Pérez S, Lluch A, Cabrera M. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. Rev Cubana Enfermer. 2009; 25 (4) Págs. 1-2
- 6.- Pereda, M. Explorando la teoría general de Orem. Enf Neurol. 2010; 10 (3) Págs. 165-167
- 7.- Vega O y González D. Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Ciencia y cuidado. 2003; 4 (4). Págs. 31, 32
- 8.- López A y Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. Invest. Educ. Enferm. 2006; 24 (2) Págs. 92- 96
- 9.- García J, Majluf A. Hemofilia. Gaceta Médica de México. 2013; 149. Págs. 308, 310, 311, 314,
- 10.-Jaime J, Gómez D. Hematología, La Sangre y sus Enfermedades. 2da edición. México. McGraw Hill Interamericana, 2009. Págs. 170- 176
- 11.-Srivastava A, Brewer A, Mauser E, Keg N, Kitchen S, Llinás A, at el. Guías para el tratamiento de la hemofilia. 2da edición. Canadá: FMH, 2012. Págs. 7-10

- 12.-Querol F, Pérez S, Gallach J, Devis J, Valencia A, Millán L. Hemofilia: ejercicio y deporte. Apunts Med Esport. 2011; (11) Págs. 2- 5
- 13.- Ministerio de Salud. Guía Clínica Hemofilia. Santiago: Minsal, 2013. Págs. 17
- 14.- Hemophilia of Georgia. Protocolos para el tratamiento de la hemofilia y la enfermedad Von Willebrand. FMH. 2008; (14): 1-15. Págs. 14
- 15.-Schulman S. Hemofilia leve. FMH. 2012; (41): 1-11.
- 16.-Stonebraker J, Bolton P, Michael J, Walker I, Brooken M. Estudio de las variaciones en los informes de prevalencia de la hemofilia alrededor del mundo. FMH. 2011; (8): 20-32. Págs. 5
- 17.-Consenso de médicos especialistas en hemofilia de la República Argentina. Guía de tratamiento de la hemofilia. 1ra edición. Buenos Aires: Fundación de la hemofilia, 2011. Págs. 9, 10
- 18.-Mor S, Martínez P. Hipocalcemia diagnóstico y tratamiento, 2011. Págs. 2-3
- 19.-Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ta edición. España: Elsevier; 2009. Págs. 265, 684,
- 20.-Santos M, Uriarte A, Rocha J. Deshidratación. Revista de las ciencias de la salud de Cienfuegos. 2006; 11 (1) Págs. 111-116.
- 21.-National Cancer Institute. Náuseas y vomito. NIH, 2010: 1-2.
- 22.-Carpenito L. Manual de diagnóstico enfermeros. 14ª edición, Págs., 71, 76, 78, 500, 922
- 23.-Ackley B, Ladwey G. Manual de diagnósticos de enfermería, Guía para la planificación de los cuidados. 7ª edición. Madrid: Elsevier; 2007. Págs. 81, 349, 773
- 24.- Vademécum <http://www.medicamentos.com.mx>
- 25.-Semino L. Ejercicios Terapéuticos. Medicina de Rehabilitación. Cuba 2015 recuperado 20 junio 2015
- 26.- Rifá R, Olivé C, Lamaglia M. Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería. España: Elsevier; 2012

- 27.-Penagos S, Salazar L, Vera F. Control de Signos vitales. Guías para manejos de urgencias Bogotá: 1465-1473. Págs. 1465, 1466, 1471.
- 28.- García A. Enfermería en medicina transfusional. Guías clínicas de enfermería. Gac Méd Méx. 2004; 140 (3) Págs. 95-99.
- 29.- Ledesma M. Fundamentos de enfermería. México: Limusa; 2004. Págs. 28-35.
- 30.- Castro Torres M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Principios básicos de enfermería. Cuba 2003. Págs. 35-38
- 31.- Barrientos J. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. Enfermería universitaria. México, 2013. Págs. 116
- 32.- Distrito Sanitario Málaga. Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Deterioro de la Integridad Cutánea: Úlceras por Presión, 2004. Págs. 15
- 33.- Secretaria de Salud. Prevención y control de infecciones y riesgos profesionales en la práctica estomatológica. México, 2003. Págs. 28.
- 34.- Tamayo C. Trastorno de la movilidad física: diagnóstico de enfermería e intervenciones. Universidad de Caldas. Colombia. Págs. 1-4
- 35.- Pardo C. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med. Intensiva. 2006; 3 (8) págs. 1-3
- 36.- Aguirre R. Protocolo de protección y cuidados de UPP. Osakidetza 2008
- 37.- Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Medición de Signos Neurológicos (escala de Glasgow). Madrid 2011.
- 38.- Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) 2012.
- 39.- Rayón E, Del Puerto I, Narvaiza M. Manual de enfermería médico-quirúrgica. Madrid: Editorial Síntesis; 2002. Págs. 39, 56, 74, 550.

- 40.- Asociación mexicana de medicina transfusional. Guía para el uso clínico de la sangre. 3ra edición. México: Secretaria de salud; 2007. Págs. 61-66
- 41.- Swearingen P. Manual de enfermería médico. Quirúrgica, intervenciones enfermeras. 6ta edición. España: Elsevier; 2008. Págs. 30-3332
- 42.- Husillos A, Pascual A, Fernández A, Suárez A, Guijarro A, et al. Enfermería. España: Marbán Libros, 2013. Págs. 374, 375, 707, 708.

XVI. ANEXOS

1. Instrumento de valoración mediante la “teoría de déficit de autocuidado”
2. Escala Visual Analógica (EVA)
3. Escala de riesgo de úlceras por presión (UPP)
4. Medición de signos neurológicos (ESCALA DE GLASGOW)
5. Escala de valoración del riesgo de caídas J.H. Downton
6. Laboratorios
7. Carta de consentimiento informado.
8. Ejercicios Activos y Pasivos
9. Tríptico Prevención de úlceras por presión (UPP)
10. Cambios de posición y zonas de presión

Anexo 1. Instrumento de valoración mediante la "teoría de déficit de autocuidado"

 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA PERINATAL.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

Fecha: ___/___/___ Servicio: _____ Enfermera (o) perinatal: _____

1.- DATOS GENERALES.

Nombre _____ Edad: _____ Estado Civil: _____
Ocupación: _____ Peso I/A: _____ Talla: _____ IMC: _____ Grupo Rh: _____
Religión: _____ Escolaridad _____ Ocupación: _____ Origen y Residencia: _____
Teléfono: _____
Domicilio: _____
Persona Responsable _____ Parentesco: _____ Pareja: Edad _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Trabaja actualmente: _____
Padecimiento: _____ Grupo y Rh: _____

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

Tipo de familia: Nuclear _____ Extensa _____ Integrada _____ Desintegrada _____
Con quien vive: _____ Num. de integrantes _____
Comunicación con: La pareja * Hijos: Otros familiares:
Cada cuando se reúne con su familia: _____ Actividades que realiza con la familia: _____
Quien es el sustento de la familia: _____ Ingresos: _____
*Bueno Regular Malo Nulo

3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

Vivienda: casa departamento Propia Rentada Otra _____
Tipo de Ventilación _____ Tipo de Iluminación _____
Num. cuartos _____ Cuantas ventanas: _____ Tipo de Construcción: perecedero Durable Mixta Tipo de combustible utiliza: Gas Petróleo Leña Otros: _____
Servicios intradomiciliarios: Agua Luz Drenaje Recolección de basura cada cuando/ como: _____
Pavimentación Vigilancia Teléfono público Medio de transporte Centros Educativos: Kinder prim. Sec Prep. Univ. Recreativos Comerciales Servicios Médicos Cercanos Tiempo de distancia aprox.: _____ Zoonosis: _____ Tipo: _____ Fauna nociva: _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO

1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.

1. HABITOS DE SALUD:

Higiene de fosas nasales Cada cuando _____ Convive con fumadores: Fuma Cuantos cigarrillos al día _____ Usa técnicas que mejoren su respiración (algún tipo de relajación) _____
Requiere de algún apoyo respiratorio: ¿Cual? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

FC: _____ FR: _____ T/A: _____ TEMP: _____ FCF _____
Aparato respiratorio: Nariz: (deformación, obstrucción, desviación, mucosas, u otra): _____
Tórax y pulmones: (forma y simetría, auscultación, tos, sibilancias, estertores, u otros): _____
Sistema cardiovascular: (inspección, soplos): _____
Sistema vascular periférico: extremidades superiores y pélvicas (temperatura, color, llenado capilar, varicosidades, uñas, edema periférico): _____

2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua: Garrafón: Potable: Otros: _____
Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo): _____
Líquidos que le gustan y/o desagradan: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

Hidratación de Piel y Mucosas: _____
 Líquidos Parenterales (Tipo) _____

3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

1. HABITOS DE SALUD:

Cuántas comidas realiza durante el día: _____ Días a la semana en que consume: _____

Leche	Carne	Huevo	Verduras	Frutas	Tortillas	Pan	Quesos	Embutidos	Sal	Azúcar

Alimentos que le gustan / desagradan: _____
 Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) _____
 Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) _____
 Problemas relacionados con la digestión / ingestión: _____
 Que sentido le da a la comida: Convivencia Recompensa Supervivencia Paliativo Aburrimiento

	Desayuno	Comida	Cena	Colación
¿Con quien come?				
¿Dónde?				
¿Cuanto tiempo dispone para c/comida?				
Horarios				
Alimentos				

2. REVISION POR SISTEMAS:

Boca: (dolores dentarios, sangrado en encía, úlceras en la lengua u otros sitios de la cavidad oral, pérdida del gusto, halitosis, dificultad para masticar, endodoncia, parcial o total): _____

Utiliza prótesis dental Sí No tiene caries: Sí No dientes flojos: Sí No Garganta: dolor disfagia

Observaciones _____

Aparato digestivo: náusea vómito anorexia pirosis polifagia eructos dolor abdominal

Observaciones: _____

4. PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS.

Intestinal: (describir características de la eliminación y frecuencia): _____

Ha presentado problemas en la eliminación intestinal: Sí No ¿Cuáles?: _____

Ingiere algo para mejorar su eliminación: Sí No ¿qué? _____

Vesical: (describir características y frecuencia) _____

Ha presentado problemas en la eliminación vesical: Sí No ¿Cuáles?: _____

¿Ingiere algo para mejorar su eliminación?: Sí No ¿qué? _____

Observaciones: _____

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

1. HABITOS DE SALUD

Tipo de actividad que realiza en: casa _____ trabajo _____

Realiza actividad física cual/frecuencia/tiempo: _____

Tiempo libre: _____ ¿Cuántas horas duerme? _____ Sensación al despertar _____

¿Presenta alguna dificultad para conciliar el sueño? Sí No ¿cómo lo resuelve? _____

Duerme durante el día: Sí No Cuanto tiempo: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema músculo esquelético. _____ tono muscular: _____
 Gama de movimientos _____ Dolor Sí No Fatiga Sí No Rigidez Sí No Tumefacción o Deformaciones: Sí No
 Sistema neurológico: Estado de conciencia _____ Entumecimiento Sí No Hormigueos Sí No
 Sensibilidad al: Calor Sí No Frío Sí No Tacto Sí No Mouv. Anormales Sí No Parálisis Sí No
 Vértigo Sí No Cefalea Sí No Alteraciones de la memoria Sí No Reflejos Sí No
 Observaciones: _____

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL.

1. HABITOS DE SALUD

Comunicación verbal: Directa Abierta Clara Evasiva Barreras idiomáticas tartamudeos Comunicación no verbal Contacto visual Lenguaje corporal _____ Gestos tono de voz _____
 Mecanismos de defensa Sí No Negación Inhibición Agresividad Hostilidad _____
 Interacciones sociales: Pertenece a algún grupo social, deportivo o cultural. Sí No
 ¿Cuál? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Oído: Dolor Sí No Secreción Sí No Aumento o disminución de Audición Sí No Acúfenos Sí No
Ojos: Dolor Sí No Lagrimeo Sí No Secreción Sí No características: _____
 Simetría _____ Pupilas _____ Edema Sí No
Vista: alteraciones de la visión: _____ Lentes de corrección Sí No fosfenos Sí No
 Nictalopia Sí No Daltonismo Sí No

7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

a) Prácticas de Seguridad Personal: ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Sí No trabajo Sí No casa Sí No calle Sí No Observaciones: _____
 ¿Acostumbra realizar revisiones de salud periódicas recomendados para cada edad y medidas terapéuticas? Sí No
 Papanicolau (tiempo y resultado) _____ Mamografía (tiempo y resultado) _____
 Dentista: _____ Oculista: _____ Médico: _____ ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? Sí No ¿Cuáles? _____ ¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida? Auto enfado Enfado con los demás Culpa a otros
 Habla con las personas Ansiedad Reza Lectura Escucha música Baja autoestima Sumisión
 Deportes Otro _____ ¿Ha sufrido algún cambio físico que haya alterado su auto imagen? Sí No ¿Cuál? _____ Consumé... Drogas Sí No Alcohol Sí No Tabaco Sí No Café Sí No Té Sí No Bebidas de cola Sí No Alimentos chatarra Sí No medicamentos Sí No
 ¿Cuáles? _____
 b) Concepto de su imagen. _____ Espiritualidad _____

8. PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.

1. HABITOS DE SALUD

¿Cada cuando se baña? _____ Cambio de ropa: _____ Aseo bucal: _____ Aseo perineal _____
 ¿Cuándo se lava las manos?: _____ ¿Qué significa para usted la limpieza? Buena imagen corporal Buen estado emocional Relación o comunicación con los demás _____ Productos usados para higiene personal _____

2. REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

Piel: Erupción Sí No heridas Sí No Turgente Sí No Protuberancias Sí No Masas Sí No Cambio de color Sí No
 Cambio de olor Sí No **Pelo:** Distribución _____ Cantidad _____ Parásitos _____ **Uñas:** Aspecto general _____
Mamas: Simetría _____ Tipo de Pezón _____ Secreciones _____ Ganglios _____
 Masas _____ dolor _____ **Genitales:** Aspecto General _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO

MENARCA	RITMO	DISMENORREA	GESTA	P	C	A	O	E

1. DESCRIPCIÓN GINECOLOGICA

IVSA	No. Parejas Sexuales	Circuncidados	Infecciones ginecológicas (Tratamiento)	Papanicolaou (Último) resultado.	Cirugías ginecológicas.	Sangrados anormales	Incontinencia urinaria	Tumores

Dispareunia	Satisfacción	Sangrado al coito	Ultimo método anticonceptivo	Tiempo de uso	FUM	FPP

2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

Gesta	Periodo Intergenésico	PCAOE	Sexo	Peso	Complicaciones	SDG	Lactancia/tiempo	Defectos al nacimiento	Vivo/Muerto Salud actual

3. DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha	SDG	Peso	T/A	FU	Situación	Presentación	Posición	FCF	VAREFE	Edema	Medicamentos	Tratamiento

Planea utilizar algún método de Planificación Familiar Sí No ¿Cuál? _____
Numero de consultas de control prenatal: _____.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

A. DESVIACIÓN ACTUAL

1. Percepción de la desviación de salud
 - a) Inicio de consulta _____ Motivo de consulta _____
 - b) Comprensión de la alteración actual _____
 - c) Sentimientos en relación con su estado actual _____
 - d) Preocupaciones específicas _____
2. Mecanismos de adaptación
 - a) Uso previo de mecanismos de adaptación _____
 - b) Repertorio actual de mecanismos de adaptación y de adecuación de los mismos _____
 - c) Factores concomitantes de estrés (hechos cotidianos) _____
3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida
 - a) Psicológicos _____
 - b) Fisiológicos _____
 - c) Económicos _____

B. HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

Enfermedades en la edad adulta _____
 Enfermedades de la infancia _____
 Hospitalizaciones _____
 Medicamentos prescritos o por iniciativa _____
 Inmunizaciones previas: _____

C. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: _____

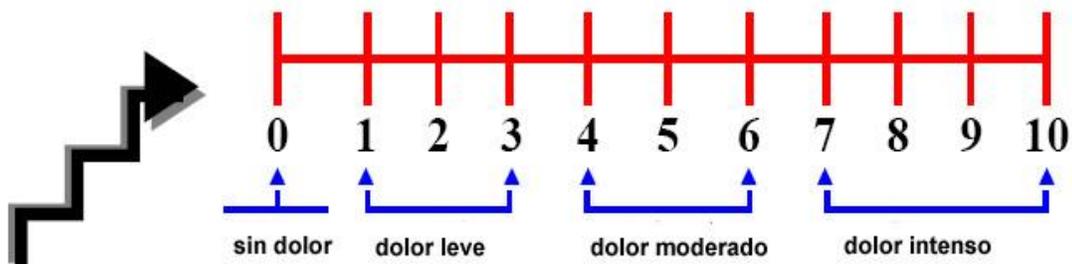
ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES:

Última revisión: Agosto de 2012 Asesorado por EEP. Patricia Márquez Torres. Alumnos de la Especialidad:
LEO. Alvarado Resendiz Argelia. LEO. Álvarez Medina Norma Angelina. LEO. Arguello Hernández Elvira. LEO.
Avalos Rosette Guadalupe. LEO. De La Rosa Rivero Ma. Del Carmen. LEO. Espinosa Javier Flor. LEO. Flores
Ramírez María Isabel. LEO. Guerra Hernández Maritza. LEO. Hernández Delgado Verónica. LEO. Hernández Morales
Mayra Xochitl. LEO. Hernández Ovando Rocío. LEO. Hernández Rojas María De Los Ángeles. LEO. Jiménez Orozco
Lázaro. LEO. Muñoz Martínez María Guadalupe. LEO. Ríos Osorio Norma Elizabeth. LEO. Rodríguez Gutiérrez
Erika. LEO. Santos Francisco Araceli.

Anexo2. Escala Visual Analógica (EVA)

Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.³⁵



Anexo 3. Escala de riesgo de úlceras por presión (UPP)

La escala que propone Braden, es una escala que mide el riesgo que existe de sufrir deterioro de la integridad cutánea debido a factores que aumentan el desarrollo de úlceras por presión ³⁶.

RIESGO DE UPP: ESCALA DE BRADEN

Pun- tos	Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Fricción/ Deslizamien- to
1	Completa- mente limitada	Siempre húmeda	En cama	Inmóvil	Muy Pobre	Problema
2	Muy limitada	Muy húmeda	En silla	Muy limitada	Probable inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasional húmeda	Camina ocasional	Ligeramente limitada	Adecuada	No hay problema
4	Sin limitaciones	Rara vez húmeda	Camina con frecuencia	Sin limitaciones	Excelente	
Pun- tos						
<input type="checkbox"/> < 12 = Riesgo alto <input type="checkbox"/> 13-15= Riesgo medio <input type="checkbox"/> >16= Riesgo Bajo						

Anexo 4. Medición de signos neurológicos (ESCALA DE GLASGOW)

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala ³⁷.

Respuesta ocular	
Espontanea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Desorientado/confuso	4
Incoherente	3
Sonido incomprensibles	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta motora	
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
ausencia de respuesta	1

Puntuación:
15 Normal
<9 Gravedad
3 Coma profundo

Anexo 5. Escala de valoración del riesgo de caídas J.H. Downton

Escala de J. H. Downton . Dicha escala recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas, siendo una escala validada, de fácil uso y aplicable en diferentes ámbitos asistenciales. Consta de 5 ítems. El punto de corte se sitúa en 3 o más, que indica alto riesgo de caídas³⁸.

Escala de riesgo de caídas (J. H. Downton)		
Caídas previas	No	0
	Si	1
	Ninguno	0
Medicación	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	0
	Ninguno	0
Déficit sensorial	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Normal	0
Deambulación	Segura con ayuda	0
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	0

Bajo riesgo	0-2 puntos
Moderado riesgo	3-4 puntos
Alto riesgo	= ó > 5 puntos

Anexo 6. Laboratorios

Examen General de Orina

Parámetro	Resultados	Valores normales
Glucosa	88 mg/dL	74-99 mg/dL
BUN	6.6 mg/dL	8-25 mg/dL
Urea	15.0 mg/dL	17.4-55.8 mg/dL
Creatinina	0.4 mg/dL	0.7-1.2 mg/dL
Ácido úrico	3.2 mg/dL	4.6-8.7 mg/dL
Bilirrubina directa	0.10 mg/dL	0.1-0.5 mg/dL
Bilirrubina indirecta	0.11 mg/dL	0-0.75 mg/dL
Bilirrubina total	0.21 mg/dL	0.3-1.2 mg/dL
Proteínas totales	4.0 g/dL	6.1-7.9 g/dL
Albumina	1.00 g/dL	3.5-4.8 g/dL

Con base a los resultados de laboratorio, el paciente es portador de desnutrición crónica, ya que las proteínas totales y albuminas se encuentran por debajo de su valor normal, que son marcadores séricos para evaluar la presencia o no de desnutrición.

Química Sanguínea

Parámetro	Resultados	Valores normales
Amino transferasa alanina (TGP) ALT	14 U/L	14-63 U/L
Amino transferasa de aspartato (TGO) AST	14 U/L	15-41 U/L
Fosfatasa alcalina	116 U/L	32-91 U/L
Gammaglutamil transferasa	26 U/L	7-50 U/L
Deshidrogenasa láctica (DHL)	146 U/L	98-192 U/L
Sodio	129.70 mmol/L	136-144 mmol/L
Potasio	4.3 mmol/L	3.6-5.1 mmol/L
Cloro	102 mmol/L	101-111 mmol/L
Calcio	6.70 mg/dL	8.9-10.3 mg/dL
Fosforo	4.4 mg/dL	2.4-4.7 mg/dL
Magnesio	1.8 mg/dL	1.8-2.5 mg/dL

De acuerdo a los valores de electrolitos séricos, presenta hiponatremia moderada, asociado a una hipocalcemia, la cual nos traduce a un desequilibrio hidroelectrolítico con repercusión clínica, también se puede apreciar que probablemente José cursaba obstrucción de vías biliares, por la presencia de elevación de la fosfatasa alcalina, la cual se muestra elevada en estos procesos.

Biometría Hemática

Parámetros	Resultados	Valores normales
Leucocitos	11.7	5-10
Neutrófilos	79.1 %	55-70 %
Hemoglobina	8.9 %	13-17 %
Plaquetas	6677 mm ³	150 000-400 000 mm ³
Volumen corpuscular medio (VCM)	92.6 fl	82-95 fl (femtolitro)
Hemoglobina corpuscular media (MHC)	29	27-31
Tiempo de protrombina (TP)	15.8/11.6 segundos	11-14 segundos
Tiempo parcial de tromboplastina (TTPa)	Mayor a 180 segundos	25-38 segundos

También se observa la presencia de anemia severa, con elevación de leucocitos lo cual pudiera sugerir la presencia de un foco infeccioso, además de cursar con una trombocitopenia severa, con alargamiento de tiempo del TTPa, lo cual indica defectos de la coagulación, asociados a su enfermedad y que ponen en alto riesgo la vida, motivo por el cual el paciente es politransfundido con crioprecipitados y se indica reposo absoluto, con el mínimo esfuerzo posible, para disminuir el riesgo de sangrado, el cual en estos pacientes es elevado.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VISITA DOMICILIARIA
INTEGRAL.**

Esta carta de consentimiento informado fue hecho por la Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia Cynthia Gabriela Cerero Morales, dirigido a la familia y al Sr. José quien fue atendido en el Hospital General de México O.D. “Dr. Eduardo Liceaga” en la unidad de Hematología con el diagnóstico de Hemofilia tipo A.

El propósito de esta Visita domiciliaria integral es darle continuidad al plan de cuidados y evaluar el plan de alta que se le otorgo al Sr. José el día que egreso de su estancia hospitalaria, también se pretende proporcionar información a él y familia en cuanto a los ejercicios de rehabilitación, alimentación, control del dolor, que fueron enseñados en el hospital así como resolver las dudas de conocimiento que aun pueda tener.

Para la realización de esta visita domiciliaria integral se informó al Sr. José y sus cuidadores primarios en qué consiste esta visita. La participación del paciente y su familia es totalmente voluntaria. Tanto si elige o no colaborar, el Sr. José seguirá el tratamiento respectivo en el Hospital General de México o la institución de salud que a él más le convenga.

En cuanto a los riesgos, el paciente no corre ningún peligro debido a que no se harán procedimientos invasivos en la visita domiciliaria.

Los beneficios que tendrá el paciente serán, plenamente, para mejorar su salud; estos serán diversos por la información que recibirá en cuanto a hábitos higienico-dietéticos y ejercicios de rehabilitación.

Los beneficios que tendrá la Pasante de servicio social Cynthia Gabriela Cerero Morales, serán únicamente para la presentación de Proceso de Atención de Enfermería y lograr, así mismo, la obtención de su título profesional, logrando el grado de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

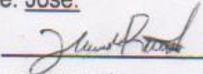
Este proceso que conlleva la visita domiciliaria ha sido revisado y aprobado por autoridades encargadas de coordinar el seminario de Titulación Mtra. Olivia Salas Martínez, Mtra. Sonia Martínez López y Mtra. Leticia Hernández Delgado. Si tiene cualquier pregunta o duda acerca de este trabajo podrá ponerse en contacto con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México comunicándose al teléfono 56 55 23 32 ext. 235 con la Coordinadora de servicio social Lic. Reyna Hurtado Ponce, dicha institución se ubica en Calzada México Xochimilco S/N Col. San Lorenzo Huipulco C.P. 14370 Tlalpan, México D.F.

He sido invitado e informado para participar en el seguimiento de un plan de cuidados conforme a mi padecimiento y necesidades alteradas, efectuado por la pasante de servicio social, Cynthia Gabriela Cerero Morales en mi domicilio. Entiendo que recibiré información acerca de los hábitos higiénico-dietéticos que debo realizar, ejercicios de rehabilitación y prevenir nuevamente lesiones o complicaciones. He sido informado que los riesgos son mínimos y el único beneficio será en pro a mi salud, no se me favorecerá ningún beneficio económico ni a la pasante Cynthia Cerero, solo académico para que logre su grado de Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Se me han proporcionado los nombres de los coordinadores, la dirección y teléfono de tan prestigiada institución para cualquier aclaración o duda.

Paciente:

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en este seguimiento domiciliario y como principal participante, no obstante entiendo que tengo el derecho de retirarme del en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Paciente: José

Firma del Paciente: 

Fecha 22 10 2014

Testigo:

He sido testigo y he leído con exactitud el documento de consentimiento informado. Confirmando que José ha dado consentimiento libremente.

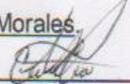
Nombre del testigo Juan Antonio R.V

Firma del testigo 

Fecha 22 10 2014

Responsable:

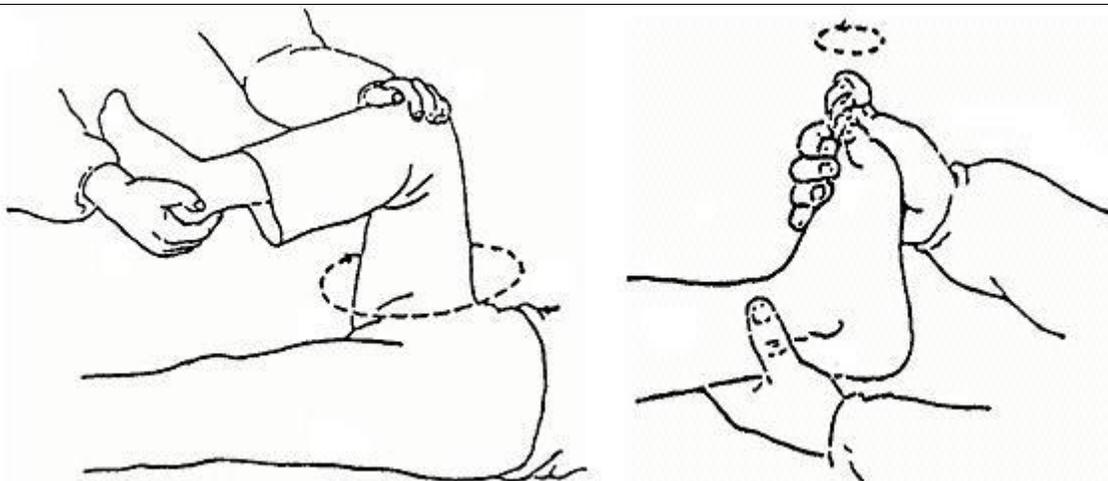
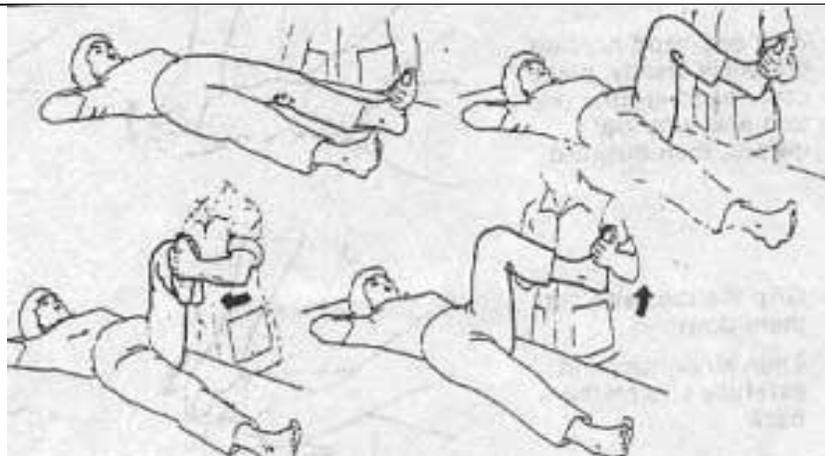
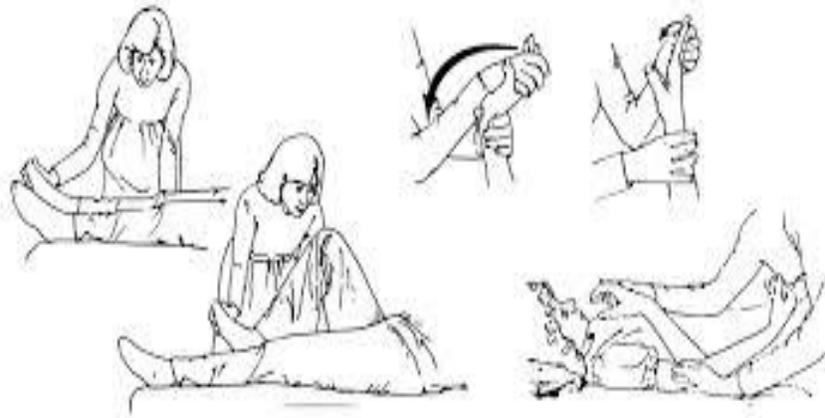
Nombre del responsable de la visita a domicilio: Pasante de servicio social de la licenciatura en enfermería y obstetricia Cynthia Gabriela Cerero Morales

Firma del responsable de la visita a domicilio 

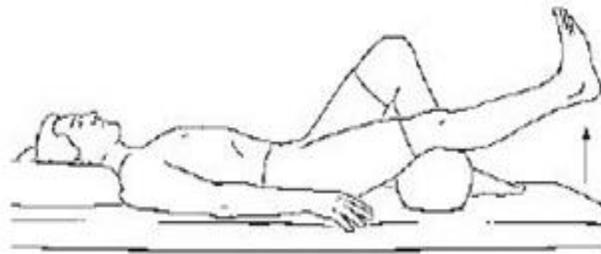
Fecha: 22 octubre 2014

Anexo 8. Ejercicios Activos y Pasivos

Pasivos



Activos



Está desaconsejado



El uso de flotadores o cojines tipo rosco



El masaje en zonas de apoyo



Dejar la humedad en pliegues de la piel



El uso de alcohol, colonia, talco



La elevación de la cama mas de 30!!



Bebes, niños y adultos inmovilizados o por dispositivos (sondas, mascarillas, etc) están expuestos a padecer úlceras.

Recuerde:
en caso de duda
¡consulte con su Enfermera!



**Personal de enfermería
tu mejor camino**



www.gneaupp.org



Grupo Seguridad **GNEAUPP**
gneaupp@arrakis.es

Grupo de Seguridad **GNEAUPP**

**Prevención
de las Úlceras
por Presión**



Para y por su seguridad

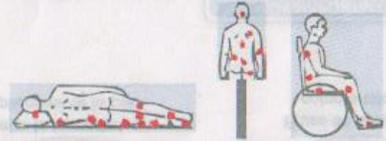


GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS

Cuando una persona enferma o anciana pasa mucho tiempo en la cama o sentada sin poder moverse, puede desarrollar heridas en la piel, conocidas como llagas, escaras o úlceras por presión.

Entre todos: sanitarios, cuidadores y pacientes podemos prevenir su aparición al menos en un 95% de todos los casos.

Zonas más frecuentes donde aparecen:



Posiciones adecuadas para evitarlas:



El cuidador: ¡pieza clave en la prevención!

¡Estas heridas son un problema que podemos evitar!

**En caso de duda:
¡Acuda a su Enfermera!**



Está indicado



Tomar una dieta completa y equilibrada



Mantenerse bien hidratado



Vigilar zonas de apoyo



Cama limpia, seca y sin arrugas



Saber cuidarse para cuidar



Paciente y cuidador: formados e informados



Es necesario



Realizar cambios posturales evitando el arrastre usando la sabana entremetida



Usar productos especiales para proteger la piel de heces y orina



Usar ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de apoyo (aceites especiales)



Cambiar el pañal cuando este mojado



Utilizar colchones/cojines especiales para el manejo de la presión

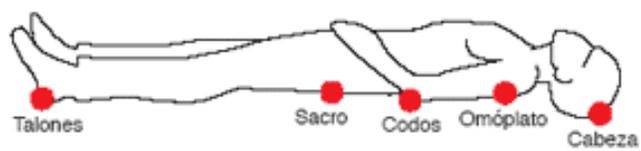


Proteger zonas de apoyo

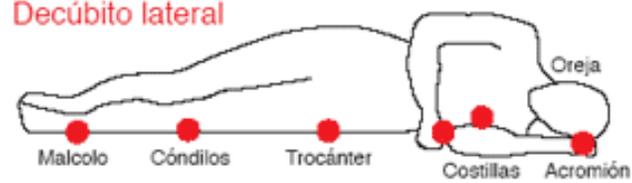
Anexo 10. Cambios de posición y zonas de presión



Decúbito dorsal



Decúbito lateral



Decúbito prono

