



Universidad Nacional Autónoma de México

**Escuela Nacional de Enfermería y
Obstetricia**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO
A PACIENTE CON TUMOR VESICAL E INSUFICIENCIA RENAL
AGUDA BASADO EN EL MODELO DE DOROTHEA OREM
EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO
LICEAGA”

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

P R E S E N T A

**ANGON SARMIENTO GUADALUPE
NO. DE CUENTA: 30 8184497**

DIRECTOR ACADÉMICO

MTRA. EVA OLIVIA SALAS MARTÍNEZ

MÉXICO. D.F.

2016





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, porque a pesar de que el tiempo de enseñanza es poco, han creado en nosotros ese pensamiento de hacer siempre las cosas bien, han logrado que amemos más esta hermosa carrera y más aun a las personas. Porque nos ha enseñado que el camino no es fácil, pero tampoco imposible. Por guiarnos en este camino y acercarnos al profesionalismo y ser nuestro ejemplo a seguir.

A la Maestra Eva Olivia Salas Martínez porque a pesar de ser poco el tiempo de conocerla, se preocupó por guiar mi carrera profesional, por ser mi asesora y con sus conocimientos, experiencia y paciencia me oriento en el proceso de atención de enfermería y así ayudo a mi objetivo profesional.

Al Médico Especialista Mario Alberto Cruz Ugalde porque a pesar de ser poco el tiempo de conocerlo, se preocupó por guiar mi carrera profesional, por su colaboración en este trabajo, su tiempo y aportaciones.

A la Maestra Leticia Hernández Delgado por sus correcciones, consejos y aportaciones ayudo a la culminación de este trabajo.

A la Maestra Bertha Alicia Camacho Villicaña por su apoyo incondicional en los momentos más difíciles de la carrera, por sus consejos y apoyo que siempre demostró hacia mi persona.

DEDICATORIAS

Para mí querida familia quien fue parte importante en cada etapa de desarrolló de mi vida:

A mis padres Bacilio y Juana, por darme la vida, y hacer de mí una buena persona, por su amor incondicional, su confianza, sus regaños, por protegerme aun cuando ya soy un adulto, por todo lo que han dado de más, siempre con un plus para impulsar mis sueños y cumplir mis metas, gracias papás por permitirme ser su hija y siempre cuidar mis pasos.

A mis hijos Brandon y Dylan por ser el mayor tesoro que poseo, porque sin duda son la mayor bendición que Dios me dio, por regalarme sus sonrisas en mis peores momentos, por brindarme su amor sin reproche alguno, por permitirme ser su madre, porque a ustedes les dedicare todos y cada uno de mis logros, gracias por llegar a mi vida le dieron un sentido.

A mi esposo Edmundo Manuel por ser mi compañero de vida, por su apoyo incondicional, por el amor que me brinda, por su paciencia y dedicación a nuestra relación cuando todo me estresaba, por ser esposo, amigo, consejero, y buen padre, que animo e impulso cada meta profesional y personal. Gracias por ser el amor de mi vida.

A mis hermanos Alfredo y Fernando por hacer de mi niñez una etapa llena de recuerdos maravillosos, por ser unas excelentes personas, por ayudarme, aconsejarme, y brindarme su cariño en cada etapa de mi vida, por ser los mejores tíos con mis niños, por aprender a cuidarlos cuando ustedes no han sido padres, gracias por todo lo que han hecho por nosotros.

A mis suegros Humberto y Marisela por abrirme la puerta de su casa, de su vida y de su familia, por ser unas maravillosas personas con migo y los niños, por su cuidado y dedicación que han demostrado hacia nosotros, por soportar mi carácter sin juzgarme, por impulsar mi sueños y apoyarme en todo momento, gracias por permitirme ser parte de su familia.

A mis amigos Alejandra, Gaby, Noemí, Josefina, Deisy, Gris y Alberto por brindarme su cariño, confianza y apoyo, a pesar de que los conocí en momentos diferentes forman parte importante de mi vida, por los consejos, risas y emociones que viví a su lado, gracias por ser unos verdaderos amigos.

Y a todas las personas que ayudaron a mi desarrollo profesional y personal y que no menciono muchas gracias.

Contenido

I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- OBJETIVOS	3
GENERAL.....	3
ESPECIFICO	3
III.- METODOLOGIA	4
IV.- MARCO TEORICO	4
V.- HISTORIA CLINICA	13
VI.- VALORACIÓN INICIAL POR REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	15
VII.- VALORACION FOCALIZADA 1	19
VIII.- VALORACIÓN FOCALIZADA 2	21
IX.- HOJA DE DIAGNÓSTICOS	23
X.- PLAN DE ATENCIÓN	25
XI.- PLAN DE ALTA	53
XII.- CONCLUSIONES.....	55
XIII.- SUGERENCIAS	56
XIV.- BIBLIOGRAFÍA	57
XV.- ANEXOS	61

I.- INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería requiere que se actualicé constantemente para ofrecer cuidados actuales acordes con las necesidades de una población, con el fin de mejorar el estado de salud de la misma, que motiven a las personas sanas o enfermas a realizar su propio autocuidado de una manera crítica y reflexiva para reubicarlos en la medida de lo posible en un estado óptimo de salud de acuerdo con sus condiciones económicas y sociales, teniendo en cuenta que es una persona y la misma debe aprender a cuidarse en todos los aspectos de su vida.

Para aplicar los conocimientos adquiridos por el profesional de enfermería es importante trabajar con el Proceso Atención de Enfermería (PAE), el cual cuenta con bases científicas propias de la profesión que nos permite realizar actividades de enfermería encaminadas hacia el cuidado del individuo con un razonamiento lógico. En este caso se trabajará con el modelo de Dorothea Orem, que nos guiara para identificar las necesidades más vulnerables o que requieran de orientación con el fin de reintegrar a la persona a su ámbito familiar. Es por ello, que el presente Proceso de atención de enfermería fue aplicado a un paciente con tumor vesical que se complicó con insuficiencia renal aguda, este proceso está basado en el modelo de Dorothea Orem mismo que fue realizado en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

Este trabajo, inicia con la valoración del paciente, que se realiza por medio de la aplicación de un instrumentó de recolección de datos, este mismo tiene un apartado donde se detallan los datos relevantes de la exploración física, misma que nos permite conocer el estado general del paciente, que se complementa con las valoraciones focalizadas, en las cuales se recaba información diaria o por semana de acuerdo con las necesidades que el paciente reporte. En un segundo punto, se detallan los diagnósticos de enfermería que se identificaron posterior a la valoración, en donde se encontraron 8 diagnósticos de los cuales 6 son reales y 2 de riesgo. Por otro lado de manera conjunta, se realiza la planeación para efectuar las intervenciones pertinentes en donde se plasman los cuidados para mejorar su estado de salud basados en intervenciones con una fundamentación científica y una evaluación que marcara el logro de nuestros objetivos. El plan de alta especifica los cuidados y prevenciones para continuar su atención en casa, tratando de mantener su estado de salud estable y tratando de lograr la mayor comodidad por su situación.

Por último, el trabajo contiene una serie de referencias bibliográficas que fueron utilizadas a lo largo de este trabajo para fundamentar aspectos importantes en

este. Así como un apartado de anexos que contiene el instrumento de valoración, valoraciones por medio de escalas como son: visual análoga, de riesgo de caídas, riesgo de úlceras por presión, para la fuerza muscular, estudios de laboratorio del paciente, y trípticos y folletos que se le entregaron para explicar sus dudas.

II.- OBJETIVOS

GENERAL

Generar conciencia de la importancia del autocuidado, así como del apego al tratamiento, ayudándolo a mejorar su estado emocional y espiritual mediante pláticas de acompañamiento, donde logre expresar todos sus temores y se detallen los cuidados tanatológicos para él y su familia.

ESPECIFICO

Brindar cuidados específicos de enfermería, para mejorar en la medida de lo posible el estado de salud actual.

III.- METODOLOGÍA

Para el presente plan de atención, se escogió al señor Guadalupe, porque mostraba un claro desinterés hacia su autocuidado, él estaba ubicado en el servicio de Urología 105-A del Hospital General de México, se trabajó con el paciente en el periodo del 3 al 7 de noviembre del 2014.

Para recabar los datos se utilizó un instrumento que retoma la teoría de Dorothea Orem, ya que el HGM Dr. Eduardo Liceaga trabaja con esta teoría en sus hojas de enfermería las cuales se encuentran estandarizadas.

Los instrumentos para realizar las valoraciones fueron los siguientes; Instrumento de valoración de Orem (anexo 1); Escala Visual análoga (Anexo 2), escala de riesgo de caídas J.H. Dawnton (Anexo 3), escala de riesgo de úlceras por presión Braden Bergstrom (Anexo 4), escala MRC (Medical Research Council) para fuerza muscular (Anexo 5).

Para fines éticos y de confidencialidad al paciente se le dio a firmar el consentimiento informado, mismo que da a conocer los procedimientos que se le realizarían, así como que la información recabada solo sería utilizada para fines educativos sin dañar o perjudicar su integridad, por el contrario ayudar mantener una calidad de vida adecuada. (Anexo 6)

En otro orden de ideas, se planeó realizar una visita domiciliaria sin embargo debido a sus complicaciones el paciente falleció.

El presente trabajo abordara el proceso de atención de enfermería, da una visión de la importancia sobre cuidados a personas para mejorar su estado de salud.

Acerca del proceso atención de enfermería es importante iniciarlo desde su definición para establecer los términos generales y específicos que contiene. En este sentido, Reina G. (2010) lo define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el que se proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”¹. Por otro lado, González J. (2011) menciona que es la “Aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales de Enfermería prestar cuidados que se nos demandan, de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática”². Se recalca la importancia de brindar los cuidados con calidad donde se formalicen los cuidados otorgados con una metodología que confirme y evidencie la veracidad de su aplicación. Se realiza de una forma cíclica ya que tiene 5 etapas las cuales se irán desarrollando periódicamente de forma organizada y controlada que da inicio en la valoración y termina con la evaluación, mismas que se irán describiendo.

La primera etapa es la valoración en esta se concentra la mayor información del paciente, detalla sus hábitos, costumbres, cultura y todo aquello que nos proporcione información para conocer el desarrollo de su vida.

La importancia de esta etapa radica en la recolección de información proveniente de diversas fuentes ya sea directa o indirecta, donde el objetivo principal será recabar información como: la ficha de identificación, antecedentes heredofamiliares, antecedentes patológicos y no patológicos; así como el examen físico y exploración por aparatos y sistemas o de forma céfalo caudal, con el fin de no omitir ningún dato que sea de importancia para conocer el estado de salud de la persona.

Como segundo punto está la etapa de Diagnostico, una vez que ya se revisó y analizo todos los datos obtenidos en la Valoración, se continua con las manifestaciones del problema ya sean reales, potenciales de riesgo o de bienestar para la persona, los cuales necesitan intervención por parte de enfermería para ayudarlo a reintegrarse a su núcleo familiar. Para Pérez M. (2002) “un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuos, familia o comunidad a problemas de salud procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería”³ este nos sirve para visualizar los pros y contras que tenga la persona en torno a su estado de salud para ayudarlo a llevar a cabo un régimen de tratamiento planeado que se lleva a cabo en la tercera etapa que es la de

Planeación, durante esta fase se determinan los objetivos para mejorar el problema identificado a través de intervenciones enfermera-paciente las cuales son adaptadas a las necesidades de la persona, con el fin de priorizar, organizar y realizar un plan de cuidados que se irá actualizando con base en la respuesta benéfica o negativa que la persona tenga durante la aplicación de las intervenciones de enfermería.

Continuando con la cuarta etapa que es la Ejecución, donde se realizan las intervenciones propuestas en la etapa anterior y el cuidado de enfermería es específico e interdisciplinario, se establecen las intervenciones más apropiadas con el fin de mejorar el estado de salud del paciente a través del cuidado de enfermería. En esta etapa es importante la intervención de la familia para que conozca cómo mejorar aspectos de su salud de su paciente cuando retorne a su ámbito familiar.

Por último se evaluarán las intervenciones aplicadas a la persona para conocer su evolución, aunque cabe mencionar que todas las etapas trabajan en conjunto y se aplican constantemente en el desarrollo de las mismas, para obtener una mejor respuesta el estado de salud de la persona y así constatar si el objetivo planteado tuvo éxito o no y de qué manera se podría corregir. Lo que nos permitirá verificar y garantizar que los cuidados de enfermería se basan en evidencia científica sin perder la visión humanista para la persona y que aplican en cualquier modelo teórico, como es el caso de este trabajo.

La teoría de Dorothea Orem, se aborda en este proceso debido a que en el Hospital General de México, trabaja con el modelo que esta implementado en las hojas de enfermería que el personal maneja, así como por la factibilidad que proporciona la teoría para dar un cuidado holístico.

Para hablar de La teoría de Dorothea Orem se harán algunas aproximaciones, esta teoría se constituye por 3 teorías: teoría de sistemas de enfermería, teoría de déficit de autocuidado y teoría del autocuidado. Este modelo teórico surge por la necesidad de "...crear un cuerpo de conocimientos enfermeros estructurados y organizados mediante las experiencias de enfermería. Donde buscará una finalidad propia en su área, tomando en cuenta el equilibrio entre el conocimiento y habilidades prácticas..."⁴. Esto deriva de la incapacidad de la personas por cuidarse, por lo tanto la enfermera deberá brindar un servicio específico para la recuperación de la salud de esta persona.

Se busca enfatizar en la comprensión y uso del autocuidado en los individuos para un funcionamiento estable de su organismo como cita Dorothea Orem "...el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces

de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado...”⁴.

Este autocuidado se verá influenciado por diversos factores como lo son los 8 requisitos de autocuidado universal que son los siguientes: Mantenimiento de o aporte suficiente de aire; Mantenimiento de un aporte suficiente de agua; Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos; Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos; Mantenimiento del equilibrio dentro la actividad y el reposos; Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social; Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano; Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Cada uno de estos elementos determinaran un buen funcionamiento de cada organismo y abarcan la esfera psicosocial y espiritual que determinara que estilo de vida está adoptando cada humano.

De igual forma requisitos de desarrollo y de la desviación de salud, intervendrán en el estado de salud de una persona ya que estos determinaran cuando una persona está en un riesgo potencial de perder su salud en conjunto con los requisitos de autocuidado universal debido a que intervendrán el todas las etapas de desarrollo y crecimiento que tendrá una persona en su vida y por todos los cambios de salud que le sucedan y se vea en la necesidad de solicitar ayuda de un profesional de enfermería. Para que así, este individuo aprenda a satisfacer sus requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud con ayuda de la enfermera y logre un balance en su organismo.

La teoría de autocuidado se enfoca básicamente en la responsabilidad que los individuos deben adoptar para su propio cuidado siendo de una forma constante, deliberada conforme a sus necesidades que surjan de su vida cotidiana

Debido al tipo de patología de la persona y a su estado de salud se enfocara la teoría en el Déficit de Autocuidado ya que necesitara de apoyo en áreas de conocimientos, para que el conozca y aprenda de la enfermedad que tiene para que aprenda a vivir con ella y mejorar su calidad de vida.

Esta teoría pretende informarnos de como el agente de enfermería será un pilar esencial para el establecimiento de su salud, ya que de él dependerán cuidados para lograr restablecer el daño por el cual cursa y está afectando su desarrollo de vida.

Por lo tanto la enfermera se ven en la necesidad de adoptar sistemas de enfermería⁴ que la ayuden a alcanzar objetivos de salud específicos de cada individuo dependiendo su estado de salud. Los cuales son, Totalmente compensatorio: “Sistema requerido cuando la enfermera realiza el papel compensatorio para el paciente debido a que el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo hasta el momento en el que el paciente pueda reanudar su propio cuidado”. Parcialmente compensatorio: “La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción”. De apoyo-educación: “este sistemas es apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender adaptarse a las nuevas situaciones pero actualmente necesita ayuda de la enfermería”⁴

El uso de sistemas de enfermería nos ayudaran debido a que “...activaremos los componentes de poder de la persona que están constituidos para mantener la atención de la persona, razonar, tomar decisiones, adquirir conocimientos y hacerlo operativo, ordenar acciones de autocuidado para el logro de objetivos para realizar e integrar operaciones y habilidades de autocuidado en las actividades de la vida y el nivel de motivación...”⁵

Debido a que “...Orem considera que la persona es un todo integral dinámico que funciona biológicamente, simbólicamente socialmente con la facultad de utilizar las ideas, las palabras para pensar reflexionar y sobre su propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente...”⁵ considera que este es capaz de llevar acciones encaminadas al cuidado de su salud que se ven influenciadas por factores externos donde se determinara si esta persona ejerce practicas en pro de su salud o tiene medidas de autocuidado deficiente.

La principal fuente de cuidados la determinara la cultura en un proceso de desarrollo de la persona, dentro los cuales iran adoptando nuevas conceptos e ideas para el cuidado de salud lo que nos dara pauta a que se presenten problemas de salud o lleven una practica de autocuidado dependiente.

Por lo tanto se aplicara la teoria de Orem a una persona con una desviacion de salud importante, ya que esta comprometiendo la cavidad de vejiga y gran parte de la red linfatica por su clasificacion de $T_{3b}N_2M_0$, por lo cual es necesario ayudarlo a crear una armonia entre su estilo de vida y su enfermedad o en su caso un buen morir.

Para comprender el caso del Sr. Guadalupe es necesario hacer alusión a su patología, la cual dio origen a los problemas que tuvo durante su estancia hospitalaria y en su hogar, la cual es tumor vesical T_{b3}N₂M₀ más Insuficiencia Renal Aguda.

La American Cancer Society, señala “las células en algún parte del cuerpo comienzan a crecer de manera descontrolada para formar nuevas células anormales y así lograr formar un tumor”,⁶ la OMS lo define como: “un proceso de crecimiento y desmanación incontrolados de células”⁷. Por lo cual se entiende como aquella enfermedad de crecimiento de células muertas que se diseminan y forman masas (tumores) de manera incontrolada que afectan a aquella parte del cuerpo donde se desarrollan.

Jiménez M, et al. (2011), señala: “La incidencia en Europa es de 19.5 x 100,000 y mortalidad 7.9 x 100,000 habitantes por año; 70% se presenta en pacientes mayores de 65 años de edad, en USA se presentan 6 9000 casos y 14 000 muertes en 2008, y según el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México de 2003 se presentaron 2,272 casos de cáncer de vejiga que representaron 2.06% de las neoplasias en general”⁸.

Para entender qué tipo de cáncer es el T_{3b}N₂M₀ es necesario consultar la clasificación de TNM de UICC 2009⁹ (Anexo 7) que de acuerdo en la clasificación, el tumor T_{3b}N₂M₀ se encuentra en un estadio IV, debido a que existe una invasión macroscópica, ha hecho metástasis en más de un ganglio en zona pélvica sin embargo no hay presencia de metástasis a distancia. Por lo cual se puede asumir que es un tumor de gran tamaño que ha hecho una obstrucción total en vejiga, el cual puede traer problemas subsecuentes y desarrollar nuevas enfermedades agregadas.

Para la American Cancer Society las causas que tienden a ser factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de vejiga son: el tabaquismo, la exposición ambiental u ocupacional principalmente con aminas aromáticas, infecciones crónicas de la vejiga (principalmente por el equistosomiasis: infección con un gusano parasitario llamado Schistosoma hematobium), defectos congénitos de la vejiga, antecedentes familiares y el deficiente consumo de líquido. Lo cual se entiende que es un problema multifactorial el apareamiento del problema sin embargo es importante que se conozca ya que podría presentarse nuevamente.

Para comprender mejor la invasión del cáncer en la vejiga será necesario hablar de la vejiga, el cual es un órgano hueco dentro de la pelvis encargado de almacenar la orina antes que esta se expulse del cuerpo. Para la American Cancer Society debido a la función que desempeña este órgano tiene paredes musculares

flexibles, conformados por 4 capas las cuales son: Urotelio o Epitelio de Transición: es la capa más interna del órgano y se compone de células de transición u uroteliales; Lamina propia: capa delgada compuesta por tejido conectivo, vasos sanguíneos y nervios; Muscularis propia: es una capa gruesa de músculo. Por último se encuentra una capa de tejido graso conectivo, que se encarga de separar a este órgano con los adyacentes.

En el tumor vesical, Mohan menciona que microscópicamente se pueden desarrollar 3 tipos de cáncer que dependerá del tipo de células que se invadan.

En los Tumores de células de transición, que es una alteración en la capa más interna de la vejiga. Se dividen en:

Papiloma de células de transición: estos son de apariencia pequeña, única o múltiple y con patrón ramificado. A semejanza de una célula de transición no hay mitosis y se mantiene una temperatura basal.

Carcinoma in situ: “se caracteriza por células malignas, que se localizan en la capa superficial de la membrana basal de la mucosa vesical.”¹⁰

Carcinoma de células de transición: es el cáncer más común de vejiga y se distinguirá debido “al aumento en la celularidad, acumulación nuclear, alteración de la polaridad celular, variación de tamaño y de la forma de las células, figuras mitóticas y células gigantes.”¹⁰

Continuando con la clasificación se encuentra el Carcinoma de células pavimentosas: “su característica principal será que son sésiles, nodulares, infiltrativos y ulcerados. El carcinoma se puede diferenciar por la formación de perlas de queratina o puede ser anaplásico.”¹⁰

Otro tipo es el Adenocarcinoma: “es la exostrofia de la vejiga con metaplasia glandular o puede originarse de restos uracales, periuretrales y glándulas peri prostáticas.”¹⁰

Los principales signos y síntomas que se presentan para el tumor vesical serán la hematuria: que puede presentarse de manera macroscópica y microscópica, disuria y polaquiuria. Aunque en un cáncer avanzado se agregaran síntomas como anuria, dolor en flanco, edema de extremidades y pérdida de peso. Aunque cabe resaltar que estos síntomas no son específicos de un cáncer de vejiga y suele confundirse con otra patología.

Las pruebas diagnósticas que ayudan a diferenciar un tumor vesical con otra patología puede presentar la misma sintomatología. Son las que el autor Stenzl A, et al. (2010), menciona: “Ecografía: la ecografía transabdominal posibilita la

caracterización de masas renales voluminosas, la detección de hidronefrosis y la visualización de defectos de llenado intraluminales en la vejiga.”; “Urografía: la urografía por tomografía computarizada (TC) multidetector es la modalidad de imagen de elección para el diagnóstico y la estadificación del cáncer de vías urinarias superiores y de vejiga.”; “Citoscopia: técnica que se utiliza para ver el interior de una vejiga por medio de un endoscopio, para así realizar una descripción meticulosa de los hallazgos, que ha de incluir la consignación del lugar, tamaño, número y aspecto (papilar o sólido) de los tumores, así como una descripción de las alteraciones de la mucosa.”; “Citología urinaria: se encarga de buscar de células cancerosas exfoliadas tiene una sensibilidad elevada en los tumores de alto grado.”¹¹

Para el tratamiento según la Guía de Práctica Clínica en diagnóstico y tratamiento contra el cáncer de vejiga la primera opción será: “Terapia intra vesical adyuvante: se maneja a partir de inmunoterapias (BCG) y quimioterapias (Mitomicina C) con esquema de inducción y mantenimiento.” “RTUV: nos ayudara para el evaluar lesiones sospechosas de vejiga y/o realizar control por medio de la biopsia para el tratamiento. En caso de lesiones de bajo grado es suficiente este procedimiento para eliminar el tumor.”; “Radioterapia: terapia que emite por rayos X para la destrucción de células cancerosas.”¹²

Dentro de las complicaciones que presenta una persona al tener un cáncer de vejiga, se encuentra la IRA desarrollada a partir de una obstrucción en su circuito de salida. Para validar dicha afirmación fue necesario confirmar por medio de la escala de AKIN (anexo 8) si en efecto hubo daño renal u no. Para Tenorio M, et al., (2010) la escala de AKIN califica niveles de creatinina sérica y el flujo urinario, teniendo en cuenta que el segundo se deberá medir con estricta precisión para una mejor diagnóstico, según este mismo autor “la clasificación AKIN incluye, en su estadio 1 pequeños incrementos de la creatinina sérica (0,3 mg/dl) y los cambios observados en la función renal deben producirse en 48 horas. Añade dos premisas: 1.- Los criterios diagnósticos únicamente deben aplicarse después de optimizar el estado de volemia del paciente; 2.-Cuando sólo consideremos la oliguria como criterio diagnóstico, previamente se debe descartar la existencia de uropatía obstructiva.”¹³

Como se expuso en párrafos anteriores, este tipo de tumor es característico por su gran tamaño, el cual está afectando de manera significativa el flujo urinario por lo cual habrá una complicación de tipo renal, esto se debe a la obstrucción total de la vejiga, por consecuente no hay una eliminación de la orina a lo que se originará una gran acumulación de toxinas en el cuerpo, según Díaz de León M, et al. (2013), “durante las primeras horas de la obstrucción continua el flujo glomerular,

lo que produce aumento de la presión intraluminal por arriba del sitio de la obstrucción. Como resultado de dicha presión hay distensión gradual del uréter proximal, pelvis y cálices renales que finalmente genera una caída en el filtrado glomerular.”¹⁴

Este dato nos dará pie para hablar de un daño importante para otro órgano, pero las complicaciones aumentarán conforme pase el tiempo, debido a que empezará a ver una acumulación de productos nitrogenados, principalmente de urea y creatinina los cuales podrán ocasionar problemas como litiasis renal y alteraciones en otros órganos de regulación importantes para el cuerpo humano.

Por lo cual se concluye que un tumor con diagnosticado tardío y tratado ineficientemente podrá traer problemas a diferentes órganos sin necesidad de invasión por metástasis.

V.- HISTORIA CLINICA

Se realizó el día 03 de noviembre de 2014, en el servicio de Urología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Se trata de GAM masculino de 45 años de edad, escolaridad primaria, religión católica, oficio Sastre, casado y residente del Estado de México.

Antecedentes Heredofamiliares

Madre con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión.

Antecedentes No Patológicos

Habita en casa rentada construida con materiales perdurales, cuenta con buena ventilación y servicios básicos y de urbanización. Niega zoonosis y hacinamiento. Tabaquismo positivo durante 20 años a razón de 1 cajetilla semanal. Alcoholismo negado. Tipo de sangre O+, y refiere contar con esquema completo de vacunación.

Antecedentes Personales Patológicos

Niega alergias, transfusiones, enfermedades crónicas degenerativas y cirugías. Solo menciona haber sufrido una fractura de radio distal en la infancia.

Padecimiento Actual

Refiere inicio del padecimiento hace 6 meses con cuadro de dolor tipo cólico en zona lumbar izquierda, acompañada de hematuria con coágulos amorfos, por lo cual acude a facultativo quien inicia antibioticoterapia sin remisión de sintomatología. Refiere pérdida ponderal de peso 10 kg en 4 meses. Hace 2 meses inicia con episodio de hematuria macroscópica, formadora de coágulos, acude el día 14/10/14, astenia, adinamia y malestar general, acompañado de disuria y tenesmo.

Exploración Física

Masculino de 45 años de edad aparente a la cronológica se encuentra tranquilo, orientado, cooperador, Glasgow 15, con palidez de tegumentos temperatura de 37.4°C.

Cráneo normocéfalo sin hendiduras o deformaciones, implantación de cabello normal y presencia de alopecia en zona frontal, ojos alineados presencia de

hendiduras palpebrales, pupilas isocóricas, presencia de reflejo fotomotor; pabellón auricular con implantación normal, labios alineados y simétricos cuenta con todas las piezas dentales, mucosas orales hidratadas, presencia de halitosis. Cuello sin dolor a los movimientos de flexión, extensión, lateralización y rotación, sin presencia de masas, no se observa ni palpa glándulas tiroideas, sin ingurgitación yugular. Pulso de 85 por minuto. Tórax simétrico de tipo longilíneo, con movimientos simétricos y sincrónicos, se observan movimientos respiratorios tranquilos y sin esfuerzo 19 respiraciones por minuto. Tonos cardíacos normales sin presencia de soplos, frecuencia cardíaca de 89 latidos por minuto, tensión arterial de 120/70. Abdomen plano depresible, no doloroso a la palpación que sigue movimientos respiratorios, timpanismo abdominal normal; no hay presencia de viceromegalias, peso de 62 Kg, Talla 1.75 cm IMC de 20.26. Columna vertebral sin alteraciones, a nivel lumbar se localiza nefrostomía bilateral, la del lado izquierdo no se encuentra funcional por presencia de fuga. Genitales íntegros, presencia de vello púbico, con distribución acorde a edad y sexo sin presencia de alteraciones. Extremidades superiores con piel reseca, sensibilidad presente, fuerza 5/5. Extremidades inferiores con piel reseca, sensibilidad presente, edema +++ en miembro izquierdo, fuerza miembro derecho de 5/5 e izquierdo de 4/5.

VI.- VALORACIÓN INICIAL POR REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Características de la Familia

Vive en una familia nuclear integrada por su esposa y 2 hijos son 4 integrantes incluyéndolo, la comunicación que tiene con su esposa la considera buena, al igual que la comunicación con sus hijos, y la comunicación con otros familiares la considera regular.

Se reúne con su familia en la toma de alimentos y solo platican de anécdotas relevantes en su día o ven la televisión juntos.

El señor Guadalupe es el sustento de la familia con un ingreso mensual de 3500 a 4000 pesos.

Características del Ambiente

Vive en una casa rentada con una buena ventilación e iluminación, cuenta con 3 cuartos y 3 ventanas hecha de material perdurable. Utilizan gas como combustible y cuentan con todos los servicios básicos y de urbanización.

1. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire.

No presenta deformaciones, obstrucciones en la narinas, sus fosas nasales se encuentran permeables, refiere asearlas diario una vez por día. Tórax simétrico de tipo longilineo, con movimientos simétricos y sincrónicos con una frecuencia respiratoria de 19x', se observan movimientos respiratorios tranquilos y sin esfuerzo. Tonos cardiacos normales sin presencia de soplos con una frecuencia cardiaca de 82 latidos x' y una tensión arterial de 130/90 mmHg.

Extremidades superiores y pélvicas integras, eutermicas con temperatura de 36°C, buena coloración de tegumentos, llenado capilar de 3 seg., sin presencia de varices, uñas rosadas, edema en miembro pélvico izq. de +++.

Menciona no fumar ni convivir con estos, sin embargo refiere haber consumido por 20 años 1 cajetilla al día.

2. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Agua.

En casa acostumbraba a consumir agua de fruta natural, en 24 horas realizaba un consumo de un litro al día. Prefiere el agua de sabor que la potable. Menciona que hace 2 meses dejo las bebidas gaseosas y realizaba un consumo diario de 500ml diarios.

Dentro de la estancia hospitalaria consume de 1litro a 1.500 ml al día.

Su piel se encuentra reseca de nota que no la lubrica, sus mucosas orales están hidratadas. Tiene una solución salina al 0.9% para 8 horas.

Ingresos: V.O 200ml IV 300ml ; Egresos: 650 ; Perdidas Insensibles: 310ml ;
Total de ingreso: 500ml total de egreso: 910ml Balance Parcial: - 460ml.

3. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Alimentos.

En casa realizaba 3 comidas al día con la siguiente frecuencia:

Leche 3/7; Carne 6/7; Huevo 0/7; Verduras 4/7; Frutas 3/7, Tortillas 7/7; Pan 5/7;
Quesos 4/7; Embutidos 4/7; Sal 7/7; Azúcar 7/7.

Le desagrada el huevo. Consumía una capsula de complejo B1al día.

No presentaba problemas para la digestión o ingestión.

El significado que tiene la alimentación que tiene para él es de supervivencia, las comidas la realiza en compañía de su familia.

Cuenta con todas sus piezas dentarias, presenta halitosis, no utiliza prótesis no presenta caries.

4. Provisión de Cuidados Asociados con los Procesos de Eliminación y los Excrementos.

La eliminación intestinal es cada tercer día con heces formadas y secas, no ha realizado ninguna actividad para mejorarlo.

La eliminación vesical es diario con un aproximado de 600 a 700 ml cada 8 horas, por medio de las nefrotomías bilateral, presentando disfunción (fuga del punto de inserción) del lado izquierdo.

Consume furosemida 40mg cada 8 horas.

5. Mantenimiento del Equilibrio Entre la Actividad y el Reposo.

En casa no realizaba ninguna actividad física deportiva, sin embargo menciona que dejo el ciclismo hace un año, debido a los malestares que comenzaba a presentar (cansancio, debilidad).

Trabaja en su mismo domicilio, su oficio es sastre y le dedica tiempo completo solo realizaba pausas para tomar sus alimentos y dormir.

En casa dormía de 3-4 horas debido a la nicturia que presentaba.

En su estancia hospitalaria no realizaba ninguna actividad la mayor parte del turno permanecía acostado. Solo realizaba caminatas para ir sanitario. Menciona dormir de 4-5 horas por la sensación de humedad ocasionada por la disfuncionalidad de la nefrotomía. Durante el día dormía de 1-2 horas.

6. Mantenimiento del Equilibrio Entre la Soledad y la Interacción Social.

La comunicación que presenta es directa pero escasa y precisa sin embargo el contacto visual es escaso, cruza los brazos ante la conversación y la mayoría de las preguntas duda al contestar. Cuando se encuentra su esposa de visita en hospitalización, ella es la que responde.

No pertenece a ningún grupo social, deportivo o cultural.

Dentro del hospital su interacción es escasa debido a que se la pasa recostado la mayor parte del turno, su visita por parte de familiares es escasa, su única visita es por parte de su esposa por un lapso de 2 horas ocasionalmente.

Manifiesta sentir estrés por la larga estancia hospitalaria.

7. Prevención de Peligros para la Vida, el Funcionamiento y el Bienestar Humano.

Tiene conocimientos de prácticas de seguridad en la calle, de incendios y temblor.

No acostumbra a tener revisiones de salud en ninguna área, menciona solo acudir al médico cuando tiene algún malestar.

Las tensiones que presenta en su vida son el enfado y estrés y las maneja por medio del auto enfado, enfado con los demás, ansiedad, baja autoestima, lectura y escuchar música.

No considera que allá sufrido algún cambio físico que allá alterado su imagen corporal.

Menciona no consumir alcohol, tabaco o drogas.

El concepto de su imagen lo duda, sin embargo menciona que se considera una persona agradable y que es aceptado por los demás.

En el medio hospitalario presenta un riesgo alto de ulcera por presión debido a la disfuncionalidad que tiene su nefrotomía.

8. Promoción del Funcionamiento y Desarrollo Humano dentro de los Grupos Sociales de Acuerdo con el Potencial Humano, las Limitaciones Humanas Conocidas y el Deseo Humano de Ser Normal.

Menciona bañarse cada tercer día y el cambio de ropa interior y exterior lo realiza con la misma frecuencia. Su aseo bucal lo realiza 2 veces por día. Su aseo genital durante el baño. La frecuencia con la que lava sus manos es mínima ya que solo lo hace antes de tomar alimentos y después de ir al sanitario.

El significado de limpieza para él es una buena imagen corporal.

Considera su comunicación buena con los demás, aunque menciona no tener una comunicación buena con sus hermanos.

Requisitos de Autocuidado según las Etapas de Desarrollo

Se trata de un adulto mayor, independiente, casado con 2 hijos, su oficio es sastré, satisfecho con su vida actual. Sus antecedentes son IVISA a los 17 años, con una pareja sexual, negando infecciones de transmisión sexual.

Requisitos de Autocuidado ante una Desviación de Salud

Su consulta de primera vez en el HGM fue el día 14 de octubre por hematuria, dolor en zona lumbar izquierda tipo cólico, y alza térmica de 15 días no cuantificada.

Su comprensión de su alteración es mínima ya que refiere mencionar que su padecimiento desaparecerá después del tratamiento.

Sus sentimientos son de angustia, estrés y tristeza debido a su enfermedad y a la falta de visita por parte sus familiares, su adaptación es escasa ya que no convine con sus familiares ni con los demás pacientes

Su estrés lo refiere principalmente al que él es el proveedor en su familia, y debido a su proceso menciona no saber quién cubrirá los gastos en el hospital.

Laboratorios: biometría hemática, general de orina, determinación de gases en sangre arterial y cultivos de líquidos (Anexo 9); Estudios: leucocitosis, endoscopia y de paleografía bilateral (Anexo 10).

VII.- VALORACION FOCALIZADA 1

1. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire.

No presenta deformaciones, obstrucciones en la narinas, sus fosas nasales se encuentran permeables, refiere asearlas diario una vez por día. Tórax simétrico de tipo longilineo, con movimientos simétricos y sincrónicos, se observan movimientos respiratorios tranquilos y sin esfuerzo presentando una frecuencia de 18 respiraciones por minuto. Tonos cardiacos normales sin presencia de soplos manifestando un 75 latidos por minuto con una tensión arterial de 110/60 mmHg.

Se obtiene una temperatura corporal de 36.7°C. Extremidades superiores y pélvicas íntegras, eutermicas, buena coloración de tegumentos, llenado capilar de 3 segundos, sin presencia de varices, uñas rosadas, edema en miembro pélvico izquierdo de +++.

2. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Agua.

Dentro de la instancia consumió menos de 200 ml en el turno

Su piel se encuentra reseca, se nota que no la ha lubricado, sus mucosas orales están hidratadas. Tiene una solución salina al 0.9% para 8 horas.

Ingresos: V.O 500ml I.V 350ml; Egresos: 750ml; perdidas insensibles: 310ml; Total de ingresos: 850ml; Total de Egresos: 1060ml; Balance parcial: - 210ml

3. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Alimentos.

Tiene una dieta para nefropata la cual consume en un 50%, debido a las náuseas que presenta.

4. Provisión de Cuidados Asociados con los Procesos de Eliminación y los Excrementos.

La eliminación intestinal es cada tercer día con heces formadas y secas, ha realizado las actividades encomendadas, pero aun así no mejora.

La eliminación vesical fue en un aproximado de 700-800 ml durante el turno.

5. Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y el Reposo.

En su estancia hospitalaria no realiza ninguna actividad, la mayor parte del turno permanecía acostado. Solo realizo caminata para ir sanitario. Menciona dormir de 4-5 horas por la sensación de humedad ocasionada por la disfuncionalidad de la nefrostomía. Durante el día dormía de 1-2 horas.

6. Mantenimiento del Equilibrio entre la Soledad y la Interacción Social.

Dentro del hospital su interacción hacia el personal de salud y otros pacientes, es escasa debido a que se mantiene recostado la mayor parte del turno, su visita por parte de familiares es mínima; su única visita es por parte de su esposa por un lapso de 2 horas ocasionalmente.

El día de hoy su plática fue más amena y cercana empieza a mostrar confianza con mi persona.

Manifiesta sentir estrés por la larga estancia hospitalaria y el cargo de responsabilidades que le deja a su esposa.

7. Prevención de Peligros para la Vida, el Funcionamiento y el Bienestar Humano.

De acuerdo a la escala de Braden Bergstrom presenta un puntaje de 12, el cual nos indica que tiene un riesgo alto a presentar alguna de ulcera por presión.

De acuerdo a la escuela de J. Downton presenta un puntaje de 2. Lo que representa un riesgo bajo de caídas, sin embargo se vigilara estrechamente debido a que la fuerza muscular ha disminuido con un puntaje de 3 según la escala MRC, en el miembro pélvico derecho ocasionado por el edema.

8. Promoción del Funcionamiento y Desarrollo Humano dentro de los Grupos Sociales de Acuerdo con el Potencial Humano, las Limitaciones Humanas Conocidas y el Deseo Humano de ser Normal.

Menciona sentir estrés y angustia por la larga estancia hospitalaria además menciona que desconoce quién solventara los gastos de su padecimiento.

Su calidad de vida empeora y sus deseos por la vida disminuyen menciona solo no querer ocasionar preocupaciones y gastos a su familia.

VIII.- VALORACIÓN FOCALIZADA 2

1. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire.

No presenta deformaciones, obstrucciones en las narinas, sus fosas nasales se encuentran permeables, refiere asearlas diario una vez por día. Tórax simétrico de tipo longilineo, con movimientos simétricos y sincrónicos, se observan movimientos respiratorios tranquilos y sin esfuerzo presentando una frecuencia de 19 respiraciones por minuto. Tonos cardiacos normales sin presencia de soplos manifestando un 87 latidos por minuto con una tensión arterial de 15080/ mmHg.

Se obtiene una temperatura corporal de 36.3°C. Extremidades superiores y pélvicas íntegras, eutermicas, buena coloración de tegumentos, llenado capilar de 3 segundos, sin presencia de varices, uñas rosadas, edema en miembro pélvico izquierdo de +++.

2. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Agua.

Dentro de la estancia consumió menos de 400 ml en el turno

Su piel se encuentra lubricada, sus mucosas orales están hidratadas. Tiene una solución salina al 0.9% para 8 horas.

Ingresos: VO. 450ml, IV. 500ml; Egresos: 800ml; perdidas insensibles: 310ml; Total de ingresos: 950ml; Total de Egresos: 1110ml; Balance parcial: - 160ml

3. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Alimentos.

Tiene una dieta para nefropata la cual consume en un 70%, ya que menciona sentirse satisfecho.

4. Provisión de Cuidados Asociados con los Procesos de Eliminación y los Excrementos.

Presenta una evacuación escasa aproximadamente 100g es formada, color café, olor normal, sin datos de alarma.

La eliminación vesical fue en un aproximado de 800 ml durante el turno.

5. Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y el Reposo.

En su estancia hospitalaria no realiza ninguna actividad, la mayor parte del turno permanecía acostado refiriendo sentir cansancio y debilidad en ambos miembros pélvicos. Solo realiza caminata para ir sanitario. Menciona dormir de 5 horas por la

sensación de humedad ocasionada por la disfuncionalidad de la nefrostomía. Durante el día dormía de 1-2 horas.

6. Mantenimiento del Equilibrio entre la Soledad y la Interacción Social.

Dentro del hospital su interacción hacia el personal de salud y otros pacientes, es escasa debido a que se mantiene recostado la mayor parte del turno, su visita por parte de familiares es mínima; su única visita es por parte de su esposa por un lapso de 2 horas ocasionalmente. El día de hoy no recibió ninguna visita.

El día de hoy logre una logre una plática más extensa e incluso me pide que lo visite en su egreso hospitalario.

Manifiesta seguir sintiendo estrés por la larga estancia hospitalaria y el cargo de responsabilidades que le deja a su esposa.

7. Prevención de Peligros para la Vida, el Funcionamiento y el Bienestar Humano.

De acuerdo a la escala de Braden Bergstrom presenta un puntaje de 15, el cual nos indica que tiene un riesgo medio a presentar alguna de úlcera por presión.

De acuerdo a la escala de J. Downton presenta un puntaje de 2. Lo que representa un riesgo bajo de caídas, sin embargo se vigilara estrechamente debido a que la fuerza muscular ha disminuido con un puntaje de 3 según la escala MRC, en el miembro pélvico derecho ocasionado por el edema.

8. Promoción del Funcionamiento y Desarrollo Humano dentro de los Grupos Sociales de Acuerdo con el Potencial Humano, las Limitaciones Humanas Conocidas y el Deseo Humano de ser Normal.

Continúa mencionando sentir estrés y angustia por la larga estancia hospitalaria además menciona que desconoce quién solventara los gastos de su padecimiento.

Su calidad de vida empeora y sus deseos por la vida disminuyen el día de hoy menciona que él no se ve a un futuro sano, menciona solo no querer ocasionar preocupaciones y gastos a su familia.

IX.- HOJA DE DIAGNÓSTICOS

NECESIDAD ALTERADA	DIAGNOSTICOS	PRIORIDAD
Normalidad	Alteración de la normalidad del sistema inmunológico r/c baja respuesta humoral m/p leucocitosis, neutrofilia, cultivo de sangre positivo a candida albicans.	1
Eliminación vesical	Deterioro de la eliminación urinaria r/c obstrucción por tumor vesical m/p nefrostomias con uresis de 700-800ml y disminución de electrolitos séricos, sodio, potasio, magnesio.	2
Eliminación intestinal	Alteración de la eliminación intestinal r/c consumo bajo en fibra y poca actividad física m/p disminución de la cantidad y frecuencia de las evacuaciones.	3
Actividad y reposo	Alteración de la actividad y el reposo r/c estancia hospitalaria prolongada m/p dificultad para la marcha e incomodidad.	4
Soledad y la interacción social	Alteración de la soledad y la interacción social r/c poca convivencia familiar e internamiento m/p verbalización de tristeza, escasa interacción con el personal del hospital y compañeros de cuarto.	5
Prevención de peligros para la vida,	Riesgo de infección por medios invasivos r/c manejo de catéter central y mahukar.	6

Prevención de peligros para la vida,	Riesgo de ulcera por decúbito r/c exposición a constante humedad por fuga de nefrostomía, dificultad para el movimiento y debilidad, escala de Braden en 12 puntos.	7
Autocuidado	Alteración del autocuidado r/c escaso nivel de conocimientos sobre su enfermedad m/p verbalización de dudas e inquietudes.	8

X.- PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNOSTICO

Alteración de la normalidad del sistema inmunológico r/c baja respuesta humoral m/p leucocitosis, neutrofilia, cultivo de sangre positivo a candida albicans.

DEFINICION DEL DIAGNOSTICO

Disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.

OBJETIVO

Limitar y vigilar el desarrollo de futuras infecciones.

INTERVENCIONES	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Toma y registro de signos vitales.	Totalmente Compensatorio	Para la profesión de enfermería la valoración de signos vitales es la principal herramienta ya que "son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales. Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo" ¹⁵ información que nos indicara el mejor actuar ante cualquier alteración hemodinámica que se pueda presentar.	Se valoraron signos vitales con los siguientes valores: Día 3 de noviembre: TA 120/70 FC 89x' FR 19x' TEMP 37.3°C. Día 4 de noviembre: TA 130/90, FC 82x', FR 19x', TEMP. 36°C, TA 120/90. Día 5 de noviembre: TA 110/60 FC 75x' FR 18x' TEMP 36.7°C. Día 6 de noviembre: TA 150/80 FC 87x' FR 19x' TEMP 36.3°C, TA 130/80 Manifiesta alteración los días 4 y 5 de noviembre en la TA, se le da

			<p>aviso al médico sin embargo no indica medicamento para controlar esta, por lo cual se mantiene en vigilancia constante y para la toma de medio día ya se ha regularizado 110/80 mmHg.</p> <p>Dentro de los datos clínicos de infección no presento fiebre ni taquicardia.</p>
<p>Ministración de FLUCONAZOL 200 mg cada 12 horas</p>	<p>Totalmente compensatorio.</p>	<p>“Pertenece a un grupo de antimicóticos, los triazoles, que inhiben la síntesis de los esteroides en los hongos.</p> <p>La concentración plasmática máxima en ayunas se logran entre 30 y 90 minutos con una vida media plasmática de eliminación de 30 horas, siendo las concentraciones proporcionales a la dosis.</p> <p>Noventa por ciento de los niveles séricos estables se alcanzan alrededor de 4 o 5 días de su administración diaria. Su unión a proteínas es de 11 a 12 %.</p> <p>Fluconazol penetra adecuadamente a todos los líquidos del organismo, logrando concentraciones en saliva y</p>	<p>Se ministro antifungico, para un tiempo de 30 minutos, sin encontrar datos clínicos de infección, continuo con valores de leucocitosis de 42.8 10e3/uL y neutrofilia de 40.23 10e3/uL, del día 11 de noviembre.</p> <p>Teniendo en cuenta que ya no se realiza un nuevo cultivo de líquidos para tener un seguimiento del caso.</p>

		<p>esputo similares a las plasmáticas; en líquido cefalorraquídeo logra 80% de las concentraciones alcanzadas en plasma. Fluconazol alcanza concentraciones superiores a las séricas en estrato corneo, piel y glándulas sudoríparas.</p> <p>La principal vía de eliminación es renal, recuperándose aproximadamente 80% de la dosis administrada como droga sin cambio, siendo la depuración de fluconazol proporcional a la depuración de la creatinina.”¹⁸</p>	
<p>Ministración de Imipenem 500mg cada 8 horas.</p>	<p>Totalmente compensatorio</p>	<p>“Imipenem logra alcanzar un pico plasmático entre 41-58 microgramos sobre mililitro.</p> <p>Su vida media es de una hora. Se une a proteínas séricas en aproximadamente un 20%. Cerca del 70% de imipenem administrado se recupera en la orina dentro de las 10 horas siguientes.</p> <p>La actividad antimicrobiana de Imipenem es el resultado de la inhibición de la síntesis de la pared bacteriana. Tiene un gran afinidad por</p>	<p>Se ministra el antibiótico en el turno, no ha presentado datos de clínicos de infección, sin embargo se siguen encontrando incremento de los niveles de leucocitos (42.80 x10³/uL) y neutrófilos (40.23 x10³/uL).</p>

		las proteínas que son afines también a las penicilinas. Tiene un alto grado de estabilidad en presencia de betalactamasas producidas tanto por bacterias grampositivas como gramnegativas.” ¹⁸	
Evaluar laboratorios Y cultivos	Totalmente compensatorio	“La evaluación correcta de los parámetros cito morfológicos de la citometría hemática completa (CHC) ofrece información acerca de los padecimientos primarios del tejido hematopoyético, y de otros trastornos no hematológicos y permite ampliar la variedad de diagnósticos diferenciales.” ²⁹	Al revisar la serie blanca nos encontramos con alteraciones importantes que afectan su estado inmunológico. El día 31 de noviembre nos encontramos estos valores: leucocitos 22 x10 ³ /UL, neutrófilos 19,4 x10 ³ /UL, eosinofilos .44 x10 ³ /UL. El día 02 de noviembre son los siguientes resultados: leucocitos 22 x10 ³ /UL, neutrófilos 24.9 x10 ³ /UL. El día 11 de noviembre se obtuvieron los siguientes resultados: leucocitos 42.8 x10 ³ /UL, neutrófilos 40.23 x10 ³ /UL, linfocitos .86 x10 ³ /UL, monocitos .428 x10 ³ /UL, eosinofilos .43 x10 ³ /UL. Por lo cual se observa que hay una gran depresión inmunológica debido al cáncer que este presenta, así como a la candidiasis en sangre que tiene el paciente.

DIAGNOSTICO

Deterioro de la eliminación urinaria r/c obstrucción por tumor vesical m/p nefrectomías con uresis de 700-800ml y disminución de electrolitos séricos, sodio, potasio, magnesio.

DEFINICION DEL DIAGNOSTICO

Disfunción en la eliminación urinaria.

OBJETIVO

Vigilar la adecuada funcionalidad de nefrostomía, para evitar complicaciones urinarias para así mantener un balance hidroelectrolítico neutro.

INTERVENCIONES	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Cuidados a nefrostomía: -Vigilancia de datos de infección en su sitio de inserción. -Curación cada 24 horas. -Cambio frecuente de apósitos, en caso de que lo amerite en la fistula con fuga del lado izquierdo.	Parcialmente compensatorio.	“La nefrostomía consiste en insertar un catéter fino a través de la piel hasta llegar al riñón para evacuar la orina, con lo cual se podrá disminuir el compromiso de la función renal.” Por lo cual es necesario realizar cuidados óptimos a ellas (curación) para evitar así la propagación de infecciones, ya que “la principal complicación es la sepsis con un franco predominio de las infecciones el tracto urinario.” ³¹ Previniendo los signos de infección como son: calor, dolor, secreción y olor fétido del punto de inserción.	Se realizó la curación de la fistula izquierda a diario y cada que fue necesario con técnicas de asepsia, se cubrió con apósitos y vigilo la presencia de drene excesivo, del mismo modo se motivó para la preservación de auto higiene y el cuidado de la piel con cremas hidratantes. Debido al incremento que presentaba en sus glóbulos blancos se tubo a un mayor cuidado realizando el cambio de apósitos de la nefrostomía del lado izquierdo con una frecuencia de cada 2 horas debido a la falla que presentaba, así

			mismo se vigiló la coloración, la salida de orina, el olor, y la cantidad, para disminuir la posibilidad de reinfección.
Solución salina al 0.9% de 500ml cada 8 horas.	Totalmente compensatorio.	<p>“Solución que contiene iones disueltos y pasan a través de las membranas semipermeables.</p> <p>La cual nos ayudara a mantener una conservación del equilibrio ácido base corporal y también para la distribución del agua corporal”</p>	<p>Se realizaba un cambio de solución en el turno, a las 9:00 am.</p> <p>Que se controlaba por medio de una bomba de infusión la cual nos permitía llevar un control estricto de líquidos que se le introducían, así como algún dato que nos proporcionará la disfuncionalidad del lumen y nos permitía mantener un circuito cerrado para minorar la manipulación del catéter venoso central.</p>
Uresis por turno	Totalmente compensatorio.	<p>La medición de la diuresis “es importante para valorar el funcionamiento renal que permite evaluar la evolución clínica, además de que ayuda a decidir una conducta adecuada en el tratamiento para los pacientes.”³³</p> <p>Además de que nos dejara visualizar sus características.</p>	<p>El control de la diuresis, a pesar de que era un poco complicado debido a la falla que presentaba la nefrostomía solo se lograba cuantificar una, por otro lado se pesaban los apósitos o pañales con lo que cubría la nefrostomía que presentaba falla. Con lo cual lográbamos obtener una cuantificación aproximada durante el turno. La cuantificación fue de 600 a</p>

			800 ml aproximadamente en el turno.
Vigilancia de salida por la pared (de la falla de nefrostomía) de orina para mantener seca la área.	Totalmente compensatorio.	Se debe tener especial atención debido a que se puede producir una “maceración que es el mecanismo por el cual el tejido se ablanda al permanecer mojado o empapado de forma prolongada. Si la piel se empapa, las células se debilitan y la epidermis se erosiona con facilidad” ²³	Se mantenía una estrecha vigilancia con respecto a la humedad que presentaba debido a la fuga por pared de nefrostomía, primordialmente por el cuidado que debe haber en la piel y la incomodidad que le ocasionaba al paciente. Se realiza cambio de apósitos constantemente (cada 2 horas aproximadamente), con lo cual se lograba que la piel permaneciera con periodos de humedad prolongados.
Control de líquidos.	Totalmente compensatorio	Para el personal de salud la acción de un balance hídrico nos “ayudara a identificar si existe un equilibrio constante (o balance) entre las ingestas y las pérdidas hidroelectrolíticas”. ¹⁷ El cual nos permitirá conocer el estado de hidroelectrolítico del paciente.	Los balances del turno siempre fueron negativos dato importante ya que podría caer en una repercusión futura por los electrolitos que posiblemente este perdiendo. El día 03 de noviembre se recabo el siguiente balance de líquidos: Ingresos totales: 500ml, Egresos totales: 960ml, Balance parcial: -460ml Día 05 de noviembre se recabo el

			<p>siguiente balance de líquidos: Ingresos totales: 850ml, Egresos totales: 1060ml, Balance parcial: -210ml.</p> <p>El día 07 de noviembre se recabo lo siguiente: Ingresos totales: 950ml, Egresos totales: 1110ml Balance parcial: -160ml</p>
Valorar el nivel de electrolitos.	Totalmente compensatorio	<p>Para el personal de enfermería es importante vigilar niveles de electrolitos, debido a que el líquido corporal moléculas orgánicas, sales y gases disueltos debido a la “excreción que se maneja en el riñón de sodio, potasio, bicarbonato o hidrógenos para regular sus concentraciones intra y extra celulares para mantenerlas en límites normales”.¹⁷</p>	<p>Se realizó la valoración de electrolitos con los siguientes niveles el día 31 de octubre: urea de 1.8mg/dl.</p> <p>El día 02 de noviembre obtuvo los siguientes valores: creatinina 1.5mg/dl, sodio 130Mmol/L, calcio 10.9mg/dl</p> <p>El día 11 de noviembre con los siguientes valores: glucosa 105mg/dl, urea 66.3mg/dl, creatinina 4mg/dl, sodio 133Mmol/L, potasio 3.4Mmol/L, calcio 13.4mg/dl, fosforo 5.7mg/dl, magnesio 1.5mg/dl.</p> <p>Ambos están por debajo de los límites normales sin embargo hay que tenerlos en vigilancia ya que podrían causar un desequilibrio</p>

			mayor en su estado metabólico. No se realiza reposición.
<p>Ministración de Furosemida 40mg cada 8 horas. Por razón necesaria y previa valoración medica</p>	<p>Totalmente compensatorio.</p>	<p>La furosemida “ejerce su efecto diurético inhibiendo la resorción del sodio y del cloro en la porción ascendiente del asa de Henle. Estos efectos aumentan la excreción renal de sodio, cloruros y agua, resultando una notable diuresis. Adicionalmente, la furosemida aumenta la excreción de potasio, hidrógeno, calcio, magnesio, bicarbonato, amonio y fosfatos. In vitro, la furosemida inhibe la anhidrasa carbónica pudiendo ser este efecto el responsable de la eliminación del bicarbonato. La furosemida no es un antagonista de la aldosterona. Después de la administración de furosemida disminuyen las resistencias vasculares renales aumentando el flujo renal, ocurriendo lo mismo en las resistencias periféricas, lo que se traduce en una reducción de la presión en el ventrículo izquierdo. Si inicialmente la furosemida tiene un efecto antihipertensivo debido a una reducción de la volemia aumentando la</p>	<p>No se realizó la ministración del medicamento debido a los altos niveles de diuresis que presentaba en el turno, por lo cual no se creyó conveniente para su terapéutica.</p>

		velocidad de filtración glomerular y reduciendo el gasto cardíaco". ¹⁸	
--	--	---	--

DIAGNOSTICO

Alteración de la eliminación intestinal r/c consumo bajo en fibra y poca actividad física m/p disminución de la cantidad y frecuencia de las evacuaciones.

DEFINICION DEL DIAGNOSTICO

Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

OBJETIVO

Mejorar la eliminación intestinal

INTERVENCIONES	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Valoración intestinal	Totalmente compensatorio.	“La auscultación nos permite detectar anomalías de los movimientos peristálticos intestinales”. ³⁴	Se realiza la auscultación de ruidos intestinales reportando 5 ruidos por minuto, lo cual refleja que la ingesta de alimentos es inapropiada lo cual provoca un peristaltismo lento. Durante el desayuno la ingesta era mínima, ya que solo consumía el té, y la fruta y en ocasiones probaba el guisado (se la pasaba jugándola), la comida reportaban con una ingesta del 50 al 60 % y la cena en ocasiones la probaba.
Asegurar una ingesta de líquidos óptima.	Asistencial-educativo.	El personal de enfermería debe hacer énfasis en el consumo óptimo de líquidos “un aporte de 2 litros al día será favorecerá la formación de heces firmes. Al igual que bebe medio vaso de agua	Se menciona la importancia de hacer un consumo óptimo de líquidos, aproximadamente menciona consumir 1 litro al día. Por lo cual se recomienda realizar ingestas continuas y por tragos

		caliente antes del desayuno puede estimular la defecación”. ²³	pequeños frecuentemente.
Maniobras Marco Colonicas.	Asistencial-Educativo	“El masaje nos ayudara a favorecer el tono muscular necesario para la expulsión de heces. Además de que también incrementara el flujo sanguíneo del tubo digestivo lo cual promueve el peristaltismo y facilita la evacuación de las heces”. ²³	Se explica la técnica del masaje: Colocará las yemas de sus dedos por arriba del hueso iliaco y en rotación ira aplicando el masaje con un tiempo de 10-15 segundos ira subiendo hasta llegar al borde de las costillas y cambiara de dirección hacia la izquierda al llegar al borde de las costillas descenderá. Realizarlo de 3-5 veces al día. También se le menciona la importancia de contraer los músculos abdominales como si pujara esto lo realizara en repetidas ocasiones a lo largo del día.
Orientación sobre la importancia de una adecuada ingesta de alimentos y rica en fibra.	Asistencial-Educativo	Para el personal de enfermería es necesario explicar la importancia que tiene la alimentación en una persona debido a que “la alimentación se verá influenciado por el estado de salud con que cursa el paciente, con el fin de mantener un estado de nutrición óptima, con una ingestión adecuada de energía y los suplementos	Se le explica la importancia de aumentar su ingesta para establecer una rutina en su defecación ya que su ingesta y cantidad de líquidos consumidos intervendrán en la cantidad y frecuencia para su defecación. La dieta la consumía de un 70-80% aunque en ocasiones era menos, ya

	<p>necesarios de vitaminas y nutrientes inorgánicos. Dentro de un plan alimenticio para personas con falla renal es necesario moderar el consumo de sodio basado en las complicaciones que puede desarrollar, también será necesario que sea rica en potasio debido a las alteraciones que provoca la patología. Sera necesario cuidar las proteínas preferentemente deberá ser hipo proteica debido a la vasodilatación renal que podría ocasionarse y las proteínas que se den deberán ser de con alto valor biológico”,²⁵ por lo cual es necesario insistir en consumir la dieta indicada para el para lograr cubrir sus necesidades.</p> <p>La fibra es parte importante de la dieta. “Se obtiene a partir de los alimentos y es necesaria para la función adecuada del intestino. La fibra es la porción no digerible de los alimentos vegetales, está formada por carbohidratos complejos que las enzimas del intestino humano no</p>	<p>que mencionaba no tener apetito. Se logra conversar con la Nutrióloga y se le anexa la fibra a su dieta sin embargo no llega al pabellón y no se logra proporcionar al señor GAM.</p>
--	--	--

		<p>pueden aprovechar como nutrientes, por lo que transitan el intestino sin absorberse. La fibra actúa cambiando la naturaleza del contenido del tracto gastrointestinal y modificando la absorción de los nutrientes, ya que disminuye la absorción de algunas grasas y azúcares de los alimentos. Finalmente facilita la evacuación.”</p>	
--	--	---	--

DIAGNOSTICO

Alteración de la actividad y el reposo r/c estancia hospitalaria prolongada m/p dificultad para la marcha e incomodidad.

DEFINICION DEL DIAGNOSTICO

Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

OBJETIVO

Mejorar el descanso y sueño.

INTERVENCIONES	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Ofrecer una comunicación efectiva y ambiente terapéutico.	Parcialmente compensatorio.	<p>La comunicación es esencial para todas la persona, ya que así logran entenderse e informar adecuadamente durante cualquier proceso. “La comunicación debe ser empática para establecer un intercambio profundo de mensajes y sensibilidades. Por lo cual es importante saber escuchar y percibir las verdaderas intenciones de nuestro interlocutor, seremos capaces de dar el valor que merece esa comunicación; conseguiremos en definitiva, conocer a los demás aprender de ellos y de nosotros mismos”.¹⁹</p> <p>Por otra parte “El ambiente proporcionado es de extrema importancia ya que se debe crear como un ambiente de apertura y de</p>	<p>La comunicación en un principio fue escasa debido a la falta de confianza que le proporcionaba, pero debido a las recurrentes pláticas que sosteníamos, logramos entrar en una comunicación empática surgiendo así pláticas más constructivas y permitiéndome escuchar sus dudas, e inquietudes que estuvieran repercutiendo en su estado de salud. Aunado a la ayuda de crear un ambiente terapéutico debido a la poca comunicación que manteníamos en un principio , pero conforme pasaron los días se logró realizar un ambiente apropiado para ambos dentro de la estancia hospitalaria, conociendo así sus dudas y temores respecto a su</p>

		cuidado para que así el paciente y su familia logren expresar sus sentimientos e inconformidades”. ¹⁷	proceso de salud-enfermedad. Por lo cual cabe mencionar que el ambiente terapéutico era necesario trabajarlo día a día ya que él era una persona muy cambiante en estados de ánimo.
Entrenamiento autógeno.	Asistencial-Educativo.	Para el personal de enfermería es necesario mantener un estado de confort, por lo cual es necesario aplicar terapia de relajación como el Entrenamiento Autógeno el cual se verá influenciado para diversas “partes de nuestro organismo, por medio de representaciones mentales se consiguen distintos efectos orgánicos que permiten alcanzar distintos grados de relajación”. ¹⁹ “Lo cual nos generara reacciones que se oponen a las respuestas que generan los agentes estresantes y que se pueden identificar en aspectos como una menor frecuencia cardiaca y respiratoria o la disminución de la tensión arterial lo que contribuye a la reducción de la actividad cognitiva y emocional”. ²⁰	Se realizó el ejercicio con el siguiente patrón: Tenían que pensar que sus brazos y piernas les pesaban (30 segundos). Relajarse pensando que están tranquilos (15 segundos). Pensar que sus brazos y piernas tenían una temperatura elevada (30 segundos). Relajarse pensando que están tranquilos (15 segundos). Pensar que su corazón latía tranquilamente (30 segundos). Relajarse pensando que están tranquilos (15 segundos). Pensar que su respiración era suave y relajada (30 segundos). Relajarse pensando que están tranquilos (15 segundos). Pensar que su zona abdominal tenía una temperatura elevada y

			<p>agradable (30 segundos). Relajarse pensando que están tranquilos (15 segundos). Pensar que su frente experimentaba un frescor agradable (30 segundos). Relajarse pensando que están tranquilos (15 segundos). Eleva los brazos (15 segundos). Respirar profundamente (15 segundos). Abrir los ojos. Tiempo durante el se veía concentrado y disfrutaba de la técnica debida que al final mencionaba tener una tranquilidad.</p>
Técnicas de Respiración.	Asistencial-Educativo.	<p>Para el personal de salud es importante dar a conocer este tipo de respiraciones ya que nos “ayudará a controlar nuestras respiraciones debido a que es bastante lenta por lo cual el nervio vago se activa el cual nos ayudara a reducir la activación de las respiraciones. Debe ser regular y diafragmática, reteniendo el aire por algunos segundos”.²¹</p>	<p>Se realizó la técnica 1 vez al día con el siguiente procedimiento: Inspiración lenta y profunda por la nariz durante 5 segundos. Retención del aire de 5-7 segundos. Espiración lenta por la nariz o boca durante 10 segundos. Este procedimiento se realizó 3 veces y continuaba con su respiración normal.</p>

<p>Orientación sobre la importancia del sueño y descanso.</p>	<p>Asistencial-Educativo</p>	<p>“El sueño es una actividad de vida importante, es la fase de recuperación y restauración del ciclo circadiano. La enfermedad y los achaques reducen la calidad de sueño”.²²</p>	<p>Se explica la importancia de dormir tranquilo y por periodos prolongados de 6-8 horas al día. Disminuyendo las siestas, y cambiándolas por caminatas aumentaran sus patrones de sueño nocturno favoreciendo así su ciclo circadiano. Pero debido a la disfuncionalidad de la nefrostomia izquierda le es imposible conciliar el sueño nocturno.</p>
---	------------------------------	---	--

DIAGNOSTICO

Alteración de la soledad y la interacción social r/c poca convivencia familiar e internamiento m/p verbalización de tristeza, escasa interacción con el personal del hospital y compañeros de cuarto.

DEFINICION DEL DIAGNOSTICO

Malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás.

OBJETIVO

Aumentar la interacción social con el medio en que se rodea.

INTERVENCIONES	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Ofrecer una comunicación efectiva y ambiente terapéutico.	Parcialmente compensatorio.	La comunicación es esencial para todas la persona, ya que así logran entenderse e informar adecuadamente durante cualquier proceso. “La comunicación debe ser empática para establecer un intercambio profundo de mensajes y sensibilidades. Por lo cual es importante saber escuchar y percibir las verdaderas intenciones de nuestro interlocutor, seremos capaces de dar el valor que merece esa comunicación; conseguiremos en definitiva, conocer a los demás aprender de ellos y de nosotros mismos”. ¹⁹ Por otra parte “El ambiente proporcionado es de extrema importancia ya que se debe crear	Se logró crear una comunicación efectiva y un ambiente terapéutico, cabe mencionar que fue muy difícil debido a los cambios de amino frecuentes que presentaba, sin embargo logre crear confianza y un vínculo donde lo hice sentir importante, el cual me dio pauta a que el me expresara sus sentimientos debido a la falta de visitas de sus familiares, estaba consiente que gran parte de este problema era la falta de recursos económicos, sim embargo al estar por más de 50 días internado sentía la necesidad de cariño y atención, para lo cual le ofrecí mi amistad y escucha cuando lo necesitaba.

		como un ambiente de apertura y de cuidado para que así el paciente y su familia logren expresar sus sentimientos e inconformidades”. ¹⁷	
Convivencia durante la dieta	Asistencial-educativo	Para el personal de enfermería es importante realizar valoraciones de enfermería abarcando la esfera biopsicosocial y espiritual. “Un factor importante dentro del proceso salud-enfermedad es la convivencia ya que fortalece el estado anímico e inmunológico de las personas”. ¹⁷	Durante la estancia hospitalaria se tuvo una cercanía al paciente aunque el mostraba apatía en un inicio se logró formar empatía con lo cual logre acercamiento y expresión de sus sentimientos especialmente de la tristeza que sentía por la falta de visitas de sus familiares, por lo cual dedicaba mis tiempos libres dentro del servicio a iniciar charlas con él para lograr un ambiente más agradable, especialmente a la hora de su desayuno, con lo cual logre conocer aspectos de su vida, y hacer amena sus días en el hospital.
Mejorar su Autoestima	Parcialmente-compensatorio	Para el personal de enfermería a detectar niveles bajos de autoestima en las personas nos ayudara a crear conciencia y pronta participación para su recuperación. “La autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de la vida, consiste en: 1.- confianza en nuestra capacidad de pensar y afrontar los desafíos básicos de la vida. 2.- Confianza en nuestro derecho a ser	Durante la estancia hospitalaria se le enseñó la frase “...yo Guadalupe soy una persona importante, lo que digo y lo que hago es importante...”, el cual repetía por la mañana, tarde y noche 3 ocasiones aumentando el tono de su voz en cada frase. En un principio sentía la frase incómoda puesto a que el no creía ser importante, pero como pasaron los días la naturalidad con la que se expresaba era creíble y el

		felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos.” ³⁴	mencionaba sentirse más a gusto y era un hábito decir la frase y pensar que esto era cierto.
--	--	--	--

DIAGNOSTICO

Riesgo de infección por medios invasivos r/c manejo de catéter central y mahukar.

DEFINICION DEL DIAGNOSTICO

Aumento dl riesgo de ser invadido por organismos patógenos

OBJETIVO

Prevenir la propagación de infección

INTERVENCIONES	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Vigilancia de catéter (Central y Mahukar) ante algún dato de infección.	Totalmente compensatorio.	Se debe enfocar especial atención a “Cualquier infección que se genere de la instalación y permanencia de una línea vascular, ya sea corta, larga, permanente o transitoria, y que puede manifestarse desde una infección localizada a nivel de punto de inserción, hasta una sepsis.” ³² Signos de infección: dolor, calor secreción de material purulento del punto de inserción.	Se realizó diaria la inspección de los puntos de inserción de ambos catéteres, pero principalmente cuando se realiza la curación ya que se tiene una mejor visión y se logra detectar cualquier anomalía que llegara a presentarse; sin localizar datos de infección. Cabe mencionar que el catéter Mahukar solo se utilizó una vez, pero tomaron la decisión de su permanencia por alguna inestabilidad que presentara y se lograra resolver oportunamente.

<p>Curación de catéter venoso central y mahukar,</p>	<p>Totalmente compensatorio</p>	<p>Para el personal de salud el realizar técnicas asépticas nos ayuda a "reducir la microbiota presente, de tal manera que se pueda incidir en la disminución del desarrollo de infecciones, tanto las originadas por las propias bacterias residentes de la piel del paciente, como los microorganismos que pueden ser transportados por personas en contacto con el paciente."¹⁶ "Utilizar métodos consistentes y estandarizados que permitan la comparación de resultados. Desarrollar sistemas de vigilancia institucional y procedimientos que permitan verificar el uso seguro de los dispositivos extravasculares en todas las poblaciones de pacientes que se atienden el hospital y difundir resultados para establecer procesos de mejoramientos."³²</p>	<p>Se realiza el manejo adecuado de las líneas vasculares, con curación cada 7 días o antes si ameritaba, utilizando un circuito cerrado y cambiando las líneas de infusión cada 72 horas. Vigilando datos de infección en el punto de inserción. Se realizó lavado de manos respetando los 5 momentos y con la mayor frecuencia posible para evitar que la infección siga propagándose. Se realizó curación de catéter venoso central (el día 3-11-14) y mahukar (3-11-14), para reducir la propagación de cualquier infección. Este procedimiento se lleva a cabo por medio de un equipo de curación de catéter, para la misma, con el cual se procede a asegurar un medio limpio para el acceso vascular utilizando cubre bocas, por el paciente y la enfermera, enseguida se coloca un guante estéril en la mano dominante, y con la otra mano se descubre el acceso, se realiza un primera limpieza con alcohol y después con isodine y se</p>
--	---------------------------------	--	--

			vuelve a cubrir. Durante el proceso se examina el punto de acceso para posteriormente se realiza la bitácora para ir evaluando esos accesos vasculares y lograr una disminución de infecciones por accesos venosos centrales.
--	--	--	---

DIAGNOSTICO

Riesgo de ulcera por decúbito r/c exposición a constante humedad por fuga de nefrostomía, dificultad para el movimiento y debilidad, escala de Braden en 12 puntos.

DEFINICION DEL DIAGNOSTICO

Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

OBJETIVO

Prevenir lesiones cutáneas

INTERVENCIONES	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Orientar sobre la prevención de la ulcera por presión.</p> <ul style="list-style-type: none">-Vigilancia de los puntos de compresión ósea y la fricción sobre las partes blandas.-vigilancia y cuidados de la piel (hidratación).-Realizar cambios posturales.-Mantener seca la piel.	<p>Parcialmente compensatorio</p>	<p>Para el personal de enfermería realizar inspección en la piel para prevenir úlceras por presión resulta de las acciones más importantes para evitar lesiones.</p> <p>“La piel es la principal barrera de protección para las personas, por lo cual cuando esta barrera es dañada seriamente produce alteraciones importantes al medio interno. Durante la “inspección es necesario observar signos de enrojecimiento o cambio cutáneo principalmente en las prominencias óseas”,²⁴ acciones como limpiarla, secarla y lubricarla nos ayudara a disminuir el riesgo a úlceras.</p> <p>“La presión, cizallamiento, fricción y presión-tiempo son factores que</p>	<p>Se menciona la importancia de mantener en óptimas condiciones la piel debido a la fragilidad y rapidez con la que puede aparecer una ulcera por presión.</p> <p>Se limpia diariamente desafortunadamente no se logra mantener seca debido a la disfuncionalidad que presenta la nefrostomía del lado izquierdo. Por la falta de importancia que le dan los turnos vespertino y nocturno.</p> <p>Por lo cual se recomienda informar constantemente de su humedad para que le realicen el cambio de apósitos necesarios.</p> <p>Se habla de la importancia que se tiene al realizar cambios posturales</p>

		<p>intervienen el aparición de las úlceras por presión debido a la forma prolongada con la que actúan ya que se producida un aplastamiento tisular entre dos planos duros; uno formado por el propio tejido del paciente (generalmente zonas de protuberancias óseas) y otro formado por aquel donde descansa el tejido el paciente. Como consecuencia de este aplastamiento tisular prolongado se producirá una disminución del riego sanguíneo y por consiguiente una disminución del aporte de oxígeno a determinadas zonas que propiciarán una degeneración rápida de los tejidos”.²⁴</p>	<p>y no mantenerse sobre una sola posición por un a largo periodo, de la misma forma se explica y coloca sus cojines en zonas de riesgo para evitar lesiones en la piel. Se realizaron cambios posturales cada 2 horas para disminuir el riesgo de úlceras, de forma tal que al paciente se le hizo el hábito y el cambiaba su posición cada dos horas o antes si le fuera necesario.</p>
--	--	--	---

DIAGNOSTICO

Alteración del autocuidado r/c escaso nivel de conocimientos sobre su enfermedad m/p verbalización de dudas e inquietudes.

DEFINICION DEL DIAGNOSTICO

Carencia o deficiencia de información suficiente respecto a su enfermedad.

OBJETIVO

Disminuir sus dudas respecto a su estado de salud.

INTERVENCIONES	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Orientar sobre su patología, sintomatología alimentación y cuidados.	Totalmente compensatorio.	Es necesaria dar una orientación ya que así lograremos “activar los componentes de poder de la persona que están constituidos para mantener la atención de la persona, razonar, tomar decisiones, adquirir conocimientos y hacerlo operativo, ordenar acciones de autocuidado para el logro de objetivos para realizar e integrar operaciones y habilidades de autocuidado en las actividades de la vida y el nivel de motivación”. ⁵ Sintomatología de alarma para su estado de salud actual: Dolor insoportable que no cede ni con los analgésicos. Edema. Anuria.	Se realizó una plática sobre su patología, por medio de trípticos (anexo 11), para una mejor comprensión de cómo se iba desarrollando su enfermedad, los trípticos contenían información relacionada con su enfermedad. Los signos de alarma que nos informan de una posible recaída, se hace énfasis en el dolor insoportable, que no cede con el medicamento así como que no presente uresis por un tiempo mayor a 6 horas y que esta no contenga sangre u materia turbia. La alimentación necesaria así como un ejemplo de menú. Donde menciona alimentos que puede

		<p>Secreción purulenta en los puntos de inserción de nefrostomía. Fiebre mayor a 40°C Para el personal de enfermería es necesario explicar la importancia que tiene la alimentación en una persona debido a que “la alimentación se verá influenciado por el estado de salud con que cursa el paciente, con el fin de mantener un estado de nutrición óptima, con una ingestión adecuada de energía y los suplementos necesarios de vitaminas y nutrimentos inorgánicos. Dentro de un plan alimenticio para personas con falla renal es necesario moderar el consumo de sodio basado en las complicaciones que puede desarrollar, también será necesario que sea rica en potasio debido a las alteraciones que provoca la patología. Será necesario cuidar las proteínas preferentemente deberá ser hipo proteica debido a la vasodilatación renal que podría ocasionarse y las proteínas que se den deberán ser de con alto valor biológico”,²⁵</p>	<p>consumir y los que debe de consumir con restricción. Y los cuidados especiales que debe realizar debido a los procesos invasivos con los que tendrá que lidiar por mucho tiempo. Se le pide que explique cómo le realizaran la curación de nefrostomía y lo menciona acertadamente. Se resolvieron las dudas que surgieron ese día, sin embargo día a día se preguntaba si tenía nuevas inquietudes o temores respecto a su patología.</p>
--	--	---	--

diario y cubrirlas, al mismo tiempo de evacuar las bolsas recolectoras de orina.

Identificación de signos de alarma

Dolor que no se da con el analgésico

Hinchazón en cualquier parte del cuerpo.

Que produzca menos orina o que deje de producirla.

Secreción purulenta por parte de las nefrostomias.

Temperatura mayor a 37.5°C

Requisitos de educación

Se le explica cómo se debe realizar la curación de nefrostomias, así como el cubrirlas y desechar la orina de las bolsas recolectoras (anexo 12)

XII.- CONCLUSIONES

Para concluir este trabajo podemos observar que el déficit de autocuidado por parte de las personas puede provocar afectaciones grandes de salud aunado a la falta de compromiso que personal de salud tiene para otorgar la atención de calidad de los usuarios.

Al señor Guadalupe le sirvió la información y la compañía que le ofrecí durante su proceso de salud-enfermedad, por desgracia este ya era muy avanzado y solo le podíamos ofrecer cuidados paliativos para minimizar sus angustia durante la hospitalización.

En lo personal me sirvió para comprender y apoyar a los pacientes en sus diferentes emociones que demostraba, debido a la enfermedad que presentaba, a sensibilizarme ante aspectos que merecen más atención por parte de enfermería a no demeritar los detalles que mencionan los pacientes y a ir creciendo en mi profesión.

Se logró un gran impacto con los cuidados ofrecidos en el señor Guadalupe debido a la apatía que demostraba la gran mayoría del personal de salud, y el hecho de que yo me acercara y le diera importancia a su proceso ayudo para tener compañía y apoyo dentro de la institución.

Cabe mencionar que quedo satisfecha por el apoyo que le otorgué y la convivencia que tuvimos. Pero a pesar de todos los cuidados, no dejo de sentir nostalgia porque su patología era terminal, los objetivos que logre se cumplieron en la medida de lo posible para el paciente dejándome grandes aprendizajes.

XIII.- SUGERENCIAS

La finalidad de este trabajo, es inculcar en las personas sanas o enfermas el autocuidado, donde aprendan a ejercerlo para tener un estilo de vida saludable, para que ellos logren detectar situaciones no favorables en su vida.

Se recomienda tener un acercamiento al paciente, ya que de este modo logramos obtener su confianza y así nos logren detallar aspectos importantes que han interferido con su salud. Es importante tener en cuenta es aspecto espiritual en pacientes en fase terminal, la ayuda tanatologica, ya que así disminuyes temores y se logra a un buen morir.

Se sugiere para las futuras generaciones de Licenciados que no prolonguen su trabajo y pierdan la continuidad del caso por periodos largos debido a que se pierde la línea de tiempo del caso y se va perdiendo información valiosa para el trabajo.

En definitiva elaborar un Proceso de Atención de Enfermería, es una experiencia inigualable, ya que al tratar por un periodo prolongado a un paciente e incluirte en totalidad a su cuidado, hace que nos empaticemos conozcamos a la persona en su totalidad. Así como nos hace crecer profesionalmente, pero sobretodo no perder el enfoque humanístico.

XIV.- BIBLIOGRAFÍA

1. Reina G. "El Proceso de Enfermería: Instrumento para el Cuidado". Umbral Científico 2010, (17) P.18-23. [20-08-15] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>.
- 2.- González J. "Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a la Salud Laboral". Prevención de Riesgos Laborales. 2011; 57 (222) 15-22 P.15-22. [20-08-15] Disponible <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n222/especial2.pdf>
- 3.- Pérez M. "Operacionalización del Proceso de Atención de Enfermería". Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2002 10 (2) P.62-66. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>
- 4.- Cavanagh S. "Modelo de Orem: Aplicación Práctica" Ediciones Científicas y Técnicas S.A., 1993 Barcelona España, P.5.
- 5.- VEGA O. "Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los Elementos Conceptuales" Ciencia y Cuidado 4 (4). Universidad de Francisco de Paula Santander, disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>
- 6.- American Cancer Society. "Cáncer de Vejiga". 2014; 1:4. [01-03-15] disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002280-pdf.pdf>
- 7.- OMS. "Temas de Salud". Cáncer. 2015. [05-03-15] disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
- 8.- Jiménez M, Solares S, Martínez C, et al. "Cáncer de Vejiga". Oncoguía. México. 2011 6; P.36. [04-03-15]. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1298054209.pdf>
9. Burgues, "Urología" Práctica. 2011: 240. [20-12-14]. Disponible en: <http://www.seattleclouds.com/myapplications/jpburgues/urologia/Tvesicaletologia.pdf>
10. Mohán H. "Patología". Ed. Panamericana. 6ta edición. Argentina, Buenos Aires. P.273-275.

11. Stenzl A, Cowan N, et al. "Guía Clínica Sobre el Cáncer de Vejiga con Invasión Muscular y Metastásico". 2010; P.272-274. [15-03-15]. Disponible en: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/03-GUIA-CLINICA-SOBRE-EL-CANCER-DE-VEJIGA-CON-INVASION.pdf>
12. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del cáncer de vejiga. IMSS; P.3. [01-03-15]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/325_IMSS_10_Cancer_vejiga/GRR_IMSS_325_10.pdf
13. Tenorio M, Galeano C, Rodríguez N, et al. "Diagnóstico Diferencial de la Insuficiencia Renal Aguda". NefroPlus. 2010: 3(2); P.20. [20-03-15]. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P3-E504/P3-E504-S2297-A10548.pdf>
14. Díaz de León M, Briones J. "Insuficiencia Renal Aguda". Revista de Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 2013.[15-12-14]. Disponible en:<http://www.amc.org.mx/web2/images/media/enfermedad/IRA.ACAD.DR.MANUEL.DIAZ.DE.LEON.pdf>
15. Penagos S, Salazar L, Vera F. "Control de Signos Vitales". Fundación Cardioinfantil. Bogotá 2009. [11-05-15]. Disponible en http://biblioises.com.ar/Contenido/600/612/Control_de_signos_vitales.pdf
16. Arreguín V, Macías J. "Asepsia uno de los Grandes Logros del Pensamiento". Revista digital Universitaria. México 2012. [11-05-15]. Disponible en <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art79/art79.pdf>
17. Reyes E. "Fundamentos de Enfermería: Ciencia, Metodología y Tecnología". Manual Moderno. México 2009. 623 pp.
18. Prestadora de servicios FARMA SA de CV. PLM. "Diccionario de Especialidades Médicas. PLM México SA de CV. 59 edición. México 2013. P.
19. Gallar M. "Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente. Thomson Editores Spain Parafino S.A. Madrid España 2004. P.459.
20. Reigal F, Videra A. "Efectos de la Técnica en la Relajación de Schultz en el Control de Pulsaciones tras un Esfuerzo Aeróbico". 20011. [15-05-15]. Disponible en <http://www.efdeportes.com/efd160/la-relajacion-en-el-contol-de-las-pulsaciones-htm>
21. García E, Fuste A, Bados A. "Manual de Entrenamiento en Respiración". Universidad de Barcelona. 2009. [17-05-15]. Disponible en

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/3941/1/MANUAL%20DE%20ENTRENAMIENTO%20EN%20RESPIRACION.pdf>

22. Hogston R, Marjoram B. “Fundamentos de la práctica de enfermería”. Mc Graw Hill Interamericana. México 2008. P.578.
23. Carpenito L. “Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la Práctica Clínica”. Mc Graw Hill Interamericana. 9° edición. España Madrid 2003. P.935.
24. Cordón F. “Ulceras por Presión para Auxiliares de Enfermería”. Formación continuada Logoss, S.L. 2010. P.153.
25. Cera E, Cruz I, “Nutrición y Alimentación en el Paciente Nefropata”. Primer nivel de atención y salud comunitaria. 2011. [26-05-15] Disponible en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/14-380-5741mwr.pdf
26. Clarett M.” Escala de Evaluación del Dolor y Protocolo de Analgesia en Terapia Intensiva”. Argentina 2012. [19-10-15] Disponible en: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>.
27. Lopetegui R. “Protocolo de Prevención De Caídas en Pacientes Hospitalizados” Ministerio de salud. Hospital Dr. Mauricio Heyermann. 2010. [19-10-15]. Disponible en: http://www.hospitalangol.cl/documentos/ACREDITACION/3.-%20AMBITO%20GESTION%20CLINICA/GCL%202.2/_PROTOCOLO%20PREVENCION%20DE_CAIDAS%20_%20ANGOL.pdf
28. “Prevención De Ulceras Por Presión”. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital universitario Reyna Sofía. 2010. [19-10-15] disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h15_1_escalabradenprevencion_.pdf
29. Ordoñez C., Ferrada R., Buitrago R. “Cuidado Intensivo y Trauma. 2ª ed. Bogota: Distribuna; 2009. P.1218
30. Castillo D, Denia A, Flores A, et al., “Cuidados Hospitalarios del Paciente Portador de Nefrostomía Percutánea Protocolo de Enfermería” Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 2013. [18-10-15] disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/a273f8170cc54478360c1463d125913d.pdf>

31. Guía de práctica clínica “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento, de las Infecciones Relacionadas a Líneas Vasculares”, IMSS, [6-11-15] Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_273_13_INFECIONLINEASVASCULARES/273GRR.pdf
32. Flores C, Padilla L, Turrado M. et al., “Medición de Diuresis”, Manual de protocolo y procedimiento de enfermería Hospital Universitario Reina Sofía, 2010, [7-11-15] disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/e1_medicion_diuresis.pdf
33. Toscano R, Buforn A, et al., “Dolor Abdominal en Urgencias”, Hospital Clínico Universitario Virgen Victoria Málaga, 2000, [7-11-15] disponible en:
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/dolorabd.pdf>
34. Branden T. “El Poder de la Autoestima”. Espasa libros S.L.U., 1993, Barcelona España.
35. Instituto Nacional de Salud Pública. México. [13-11-14] disponible en:
<http://www.inspcei/consentiminto-informado.html>

XV.- ANEXOS

ANEXOS N° 1 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION 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 cuanto 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

I. 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: Naríz: (deformación, obstrucción, desviación, mucosas, u otra):
Tórax y pulmones: (forma y simetría, auscultación, rales, sibilancias, estertores, u otros):
Sistema cardiovascular: (inspección, soplos):
Sistema vascular periférico: extremidades superiores y pélvicas (temperatura, calor, llenado capilar, varicosidades, uñas, edema periférico):

2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua: Garratón: 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 APOORTE 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 e/comida?				
Horarios				
Alimentos				

2. REVISIÓN 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. PROVISIÓN 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 Frio Sí No Tacto Sí No Mób. 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
 Papanicolaou (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. PROMOCIÓN 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?: _____ ¿Que 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 _____ Parasitos _____ 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	DISMENORRÉA	GESTA	P	C	A	O	E

I. DESCRIPCIÓN GINECOLÓGICA

IVSA	No. Partos Sexuales	Circuncidados	Infecciones ginecológicas (Tratamiento)	Papanicolaú (Último) resultado	Cirugías ginecológicas	Sangrados anormales	Incontinencia urinaria	Lutinos

Dispareunía	Satisfacción	Sangrado al coito	Último método anticonceptivo	Tiempo de uso	FUM	FPP

2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

Gesta	Periodo Inter-gestivo	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	FCP	VAREFE	Edema	Medicamentos	Tratamiento

Planea utilizar algún método de Planificación Familiar Si No ¿Cuál? _____

Número 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: _____

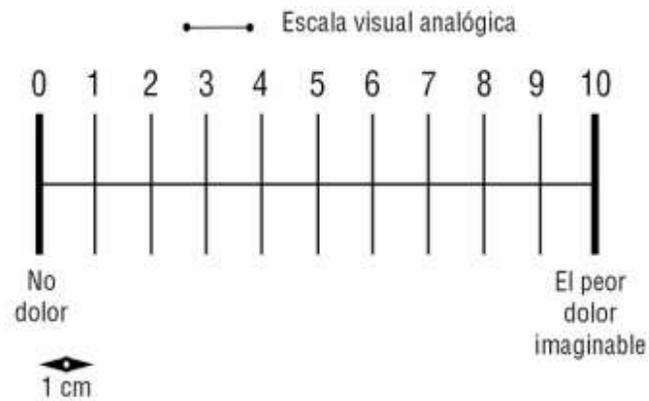
C. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: _____

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES:

Última revisión: Agosto de 2012 Asesorado por EEP, Patricia Márquez Torres. Alumnos de la Especialidad:
LEO. Alvarado Reséndiz Argelia. LEO. Álvarez Medina Norma Angelina. LEO. Arguello Hernández Elyra. LEO.
Avilos 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 Angeles. LEO. Jiménez Orozco
Lázaro. LEO. Muñoz Martínez María Guadalupe. LEO. Ríos Osorio Norma Elizabeth. LEO. Rodríguez Gutiérrez
Erika. LEO. Santos Francisco Araceli.

ANEXO N° 2 ESCALA VISUAL ANALOGA

“Es una prueba muy sencilla en la que el paciente en una escala de 1-10 marca la intensidad del síntoma que se le propone. Los estudios realizados demuestran que el valor de la escala refleja de forma fiable la intensidad del dolor y su evolución. Por tanto, sirve para evaluar la intensidad del dolor a lo largo del tiempo en una persona, pero no sirve para comparar la intensidad del dolor entre distintas”.²⁶



Fuente: Clarett M.” ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DOLOR Y PROTOCOLO DE ANALGESIA EN TERAPIA INTENSIVA”. Argentina 2012. [19-10-15] Disponible en: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>.

ANEXO N° 3 ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS J.H. DAWNTON.

Esta escala tiene el fin de establecer “criterios de prevención y cuidados a pacientes hospitalizados con riesgo de caídas para evitar la concurrencia de este evento adverso durante la estadía hospitalaria”.²⁸ La cual estará calificada por diversos parámetros que nos permitirán dividir el riesgo de las personas.

ESCALA DE RIESGO J. H. DOWNTON

Criterio de evaluación	Variables	Puntaje
Caidas previas	SI	1
	NO	0
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes	1
	Diuréticos hipotensores no diuréticos	1
	Antiparkinsonianos, antidepresivos, otros	1
Déficit sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales o auditivas	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Agitación Psicomotora	1
Deambulación	Normal	0
	Asistida con elementos de apoyo	1
	Reposo absoluto postrado	1
Total Puntaje		

NA = No Aplica.

Clasificación:

Riesgo Bajo: 0 a 2 puntos

Riesgo medio: 3 a 4 puntos

Riesgo Alto: 5 a 9 puntos

Fuente: Lopetegui R. “PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS” Ministerio de salud. Hospital Dr. Mauricio Heyermann. 2010. [19-10-15]. Disponible en: <http://www.hospitalangol.cl/documentos/ACREDITACION/3.-%20AMBITO%20GESTION%20CLINICA/GCL%202.2/PROTOCOLO%20PREVENCION%20DE%20CAIDAS%20%20ANGOL.pdf>

ANEXO N° 4 ESCALA DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN BRADEN BERGSTROM.

Esta escala nos ayudara a identificar el riesgo que una persona pueda padecer lesiones cutáneas debido a las 6 variables que califica.²⁹

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						

< 12 = **Riesgo alto**
 13-15= **Riesgo medio**
 >16= **Riesgo Bajo**

Fuente: "PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION". Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital universitario Reyna Sofia. 2010. [19-10-15] disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h15_1_escala_braden_preencion_.pdf

Anexo N° 5 ESCALA MRC (MEDICAL RESEARCH COUNCIL) PARA FUERZA MUSCULAR

Esta escala nos ayudara a medir la Fuerza Muscular, donde se evalúa el grado de fuerza muscular, y va del grado 0 al grado 5, donde el grado 0 hay una ausencia de contracción muscular y el grado 5 es la fuerza muscular normal contra resistencia completa.³⁰

Escala de valoración muscular del Medical Research Council	
0	Ninguna contracción
1	Contracción débil
2	Movimiento activo sin oposición de la gravedad
3	Movimiento activo contra la fuerza de la gravedad
4	Movimiento activo contra la fuerza de la gravedad y la resistencia del examinador
5	Fuerza normal

Fuente: Ordoñez C., Ferrada R., Buitrago R. Cuidado intensivo y trauma. 2ª ed. Bogota: Distribuna; 2009. p. 1218

Anexo N° 6 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad Nacional Autónoma de México **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia** **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Proyecto:

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA COMO TRABAJO DE TITULACIÓN

Estimado señor: Guadalupe

Introduccion/objetivo:

La Escuela nacional de enfermería y obstetricia, ofrece como opción de titulación la realización de un proceso de atención de enfermería el cual debe ser aplicada a una persona con el objetivo de mejorar la calidad de vida de esta, brindando cuidados de enfermería que lo ayuden a mejorar su estado de salud. Este trabajo se realizará en el servicio de Urología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

Procedimientos:

Si usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

Se le realizaran algunas preguntas acerca de su estilo de vida, su estado de salud y signos y síntomas de su proceso de enfermedad actual. La entrevista/el cuestionario tendrá una duración aproximada de 60 minutos. Lo entrevistaremos en el servicio de urología en el Hospital General de México en un horario de 13:00 a 14:00 hrs.

Beneficios:

Los beneficios recibidos de aceptar participar en la entrevista es que se le realizará un estudio de su caso y estado de salud, así como proporcionarle un plan de cuidados para la mejora de su estado de salud, además de un plan de alta y una visita domiciliaria para llevar un control del cuidado de su salud en casa posterior al alta de la hospitalización.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. En el proyecto, usted quedará identificada solo con su nombre (sin apellidos). Los resultados de este estudio serán publicados con fines didácticos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado.

Riesgos Potenciales/Compensación: no existen riesgos potenciales en su participación de este estudio. Si alguna de las preguntas le hiciera sentir incomodo, tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en el hospital.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la Pasante de Servicio Social en Licenciatura en Enfermería responsable del proyecto: PSSLE. GUADALUPE ANGON SARMIENTO al siguiente número de teléfono: 55 41 45 57 48 en un horario de 17:00 A 21:00 hrs.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del participante:

Fecha:

Día / Mes / Año

Firma: _____

Nombre Completo del Testigo:

Fecha:

Día / Mes / Año

Dirección

Firma: _____

Relación con el participante _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

Día / Mes / Año

Fuente: instituto nacional de Salud Pública. México. [13-11-14] disponible en:
<http://www.inspcei/consentiminto-informado.html>

ANEXO N° 7 CLASIFICACIÓN DE TNM DE LA UICC 2009

Clasificación de TNN (UICC, 2009)		
Tumor primario	T_x	No se puede evaluar el tumor primario.
	T₀	No hay evidencia del tumor primario.
	T_a	Carcinoma papilar no invasivo.
	T_{is}	Carcinoma <i>in situ</i> .
	T₁	Tumor que invade el tejido conectivo subepitelial.
	T₂	Tumor que invade la capa muscular <i>propria</i> .
	pT_{2a}	Tumor que invade la capa muscular <i>propria</i> superficial (mitad interna).
	pT_{2b}	Tumor que invade la capa muscular <i>propria</i> profunda (mitad externa).
	T₃	Tumor que invade el tejido perivesical.
	pT_{3a}	Invasión microscópica.
	pT_{3b}	Invasión macroscópica.
	T₄	Tumor que invade estroma prostático, vesícula seminal, útero, vagina, pared pélvica o abdominal.
	pT_{4a}	Tumor invade estroma prostático, vesículas, útero o vagina.
pT_{4b}	Tumor invade pared pélvica o abdominal.	
Ganglios	N_x	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.
	N₀	No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales.
	N₁	Metástasis en un solo ganglio regional en zona pélvica: hipogástrica, obturatriz, iliaca externa o presacra.
	N₂	Metástasis en más de un ganglio regional en zona pélvica.
	N₃	Metástasis en un solo ganglio o más en zona iliaca común.
Metástasis	M₀	No hay metástasis a distancia.
	M₁	Metástasis a distancia.
Agrupación por estadios		
Estadio 0_a	T _a N ₀ M ₀ .	
Estadio 0_{is}	T _{is} N ₀ M ₀ .	
Estadio I	T ₁ N ₀ M ₀ .	
Estadio II	T _{2a} N ₀ M ₀ y T _{2b} N ₀ M ₀ .	
Estadio III	T _{3a} N ₀ M ₀ , T _{3b} N ₀ M ₀ y T _{4a} N ₀ M ₀ .	
Estadio IV	T _{4b} N ₀ M ₀ , T ₀ -4N ₁₋₃ M ₀ y T ₀ -4N ₁₋₃ M ₁ .	

ANEXO N° 8 CLASIFICACION AKIN

Clasificación AKIN		
Estadio/Criterio	Incremento de Cr	Diuresis
I	Cr · 1,5 o Δ Cr >_0,3 mg/dl.	<0,5 ml/kg/h durante 6 horas.
II	Cr · 2.0 mg/dl.	<0,5 ml/kg/h durante 12 horas.
III	Cr · 3 o bien Cr >4 mg/dl con aumento >0,5 mg/dl o bien paciente con TRS.	<0,3 ml/kg/h durante 24 horas o anuria en 12 horas.
TRS: tratamiento renal sustitutivo.		
Cuadro 2. Clasificación de AKIN		

ANEXO N° 9 LABORATORIOS

BOMETRIA HEMATICA

FECHA	31-10-14	02-11-14	11-11-14	Valor de referencia
Leucocitos	22	22	42.80	5-10 10eD3/UL
Neutrófilos %	87	87	94.00	60-70 %
Linfocitos %	6	2.90	2.00	20-30 %
Monocitos	4	4.60	1.00	6-8 %
Eosinofilos		0.20		1-3 %
Basinofilos	1	0.30		0-1 %
Neutrófilos #	19.40	24.90	40.23	3-7 x10e3/uL
Linfocitos #		0.80	0.86	1-3 X10e3/uL
Monocitos #		1.30	0.428	0.3-0.8 10e3/uL
Eosinofilos #	0.44		0.43	0.1-0.3 X10e3/uL
Basófilos	0.22			0-0.1 X10e3/uL
Eritrocitos	3.86	3.48	3.71	4.7-6.1 X10e6/uL
Hemoglobina	10.30	9.40	10.20	14-18 g/dL
Hematocrito	32.70	29.60	31.50	42-52 %
Hemoglobina corpuscular media	26.80	26.90		27-31 pg
Concentración media de Hb	31.60	31.70	32.40	33-37 g/dL

corpuscular				
RDW (ancho de distribución de eritrocitos)	20.20	20.50	20.40	11.5-14.5 %
Plaquetas	471	517	512	130-400 X10e3/uL
Volumen plaquetario medio	8.40	8.40		7.4-10.4 fL

General de orina

	31-10-14	02-11-14	11-11-14	Valor de referencia
Glucosa			105	74-99 Mg/dl
Urea	1.8		66.3	17.4-55.8 Mg/dl
Creatinina		1.5	4.0	0.7-1.2 Mg/dl
Sodio		130	133	136-144 Mmol/L
Potasio			3.4	3.6-5.1 Mmol/L
Calcio		10.90	13.40	8.9-10.3 Mg/dl
Fosforo			5.7	2.4-4.7 Mg/dl
Magnesio			1.5	1.8-2.5 Mg/

Determinación de gases en sangre arterial

Fecha	29-10-14
pH	7.43
pCO ₂	27
pO ₂	105
HCO ₃	18.3

Cultivo de líquidos

Cultivo de líquidos	desarrollo de Candida Albicans
---------------------	--------------------------------

ANEXO N° 10 ESTUDIOS

ESTUDIO DE LEUCOCITOSIS (22-10-14)

Frotis de sangre periférica serie blanca: abundantes células de tipo de granulocitos neutrófilos en etapa de diferenciación polimorfo nucleares con un conteo celular de 80% neutrófilos, 10% linfocitos, 3% eosinofilos.

La serie roja con datos de hipocronia codocitos, se observan algunos grumos plaquetarios.

Leucocitosis asociado a proceso séptico. Se considera en base a la clínica y a los hallazgos en el frotis de sangre periférica que esta leucocitosis es reactiva y es una manifestación que forma parte de la respuesta sistémica asociada a sepsis, deberá continuar con manejo de proceso séptico.

ESTUDIO DE ENDOSCOPIO (31-10-14)

Se revisa cavidad vesical con revisión sistematizada la cual presenta importante tumoración que desplaza de izquierda a derecha, actividad con pobre llenado en capacidad, mucosa sin aparente lesión se presenta a nivel de cuello vesical presencia de importante tejido desfacelado, se toma biopsia. Se da por terminado el procedimiento.

ESTUDIO DE PIELOGRAFÍA BILATERAL (04-11-14)

Se realiza pielografía trascateter donde se encuentra presencia de catéter derecho e izquierdo (8.3Fr) con adecuada posición, hay evidencia de paso del medio de contraste a sistemas colectores pelvis y ureteros en ambos riñones, identificando fuga del medio de contraste a través de orificio de entrada del catéter izquierdo.

ANEXO N° 11 TRIPTICO DE CANCER DE VEJIGA MAS INSUFICIENCIA RENAL Y SU ALIMENTACIÓN.



Cáncer de vejiga mas Insuficiencia renal y su alimentación.

P.S.S Guadalupe Angón Sarmiento

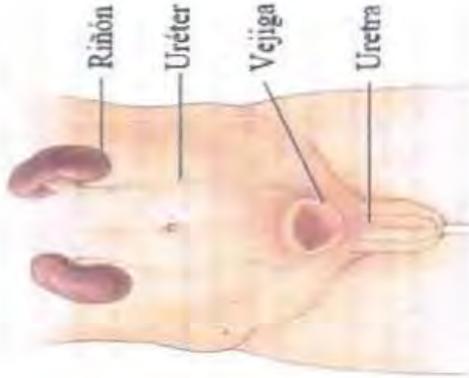
Fosforo: reducir su consumo, debido a que un nivel alto en la sangre a largo plazo afecta a los huesos. Se debe evitar el consumo de productos integrales, frutos secos y refrescos de cola.

Calcio y vitamina D: se deben consumir ya que son los encargados de proteger los huesos. Se deberá consumir moderadamente lácteos enteros: queso fresco, yogurt y leche.

Sodio y líquidos: debe controlarse su consumo ya que favorece la retención de líquidos. Por lo cual es importante cocinar sin sal o con muy poca y beber en la función que orine: 1/2 litro mas la cantidad de orina que usted produzca en 24 horas.

EJEMPLO DE CÓMO COMPONER UN MENÚ TIPO SEMANAL.

Desayuno y media mañana	<ul style="list-style-type: none"> → 1/2 vaso de leche → Cereales: tostada, galletas, etc. → Omelet, arroz, panón yerb, meringuita, etc. 	CENA	<ul style="list-style-type: none"> → Pavo
Comidas y cenas	<ul style="list-style-type: none"> → Pavo → Zanahoria 	CENA	<ul style="list-style-type: none"> → Pavo
Plato principal	<ul style="list-style-type: none"> → Cacao de Legumbres → Pavo (1 ó 2) → Arroz (1 ó 2) → Cacao de patata → Cacao de carne → Cacao de pescado 	CENA	<ul style="list-style-type: none"> → Pavo con guarnición → Pavo con guarnición → Cacao de patata con guarnición → Pavo con guarnición → Verduras con guarnición
Postre	<ul style="list-style-type: none"> → 1 pieza de fruta cruda al día → 1 pieza de fruta cocinada o en conserva el día final en conserva → Esqueleto de pavo en sopa o hervido → Esqueleto de pavo en sopa, bollitos, yogurt de sabores, muelas, arroz con leche, flan de vainilla, etc. 	CENA	<ul style="list-style-type: none"> → Verduras con guarnición
Merienda	<ul style="list-style-type: none"> → Batido pequeño → Biscuitón, maza, galletas → Desmenuzando un postre dulce 		



Alimentación

La alimentación deberá ser vital dentro de su enfermedad debido a que sus riñones no trabajarán de la misma manera tardarán mas en deshechar todo lo que usted consume por lo cual es importante que vigile su consumo de proteínas, carbohidratos, líquidos, sodio, potasio y fosforo. Debido a que:

Proteínas se deben controlar debido a que someten al riñón a un excesivo trabajo, pero son necesarias para estar bien nutridos. Por lo cual se recomienda consumir proteínas de alta calidad como son; carnes magras, huevo y pescado.

Potasio: reducir su consumo, ya que se acumula en la sangre y se eleva el riesgo de sufrir alteraciones en el corazón. Se debe evitar el consumo de: Legumbres: habas, lentejas, frijoles. Verduras: acelga, calabaza, brócoli, espinaca, acetuna. Frutas: uva negra, melón, aguacate, coco, avellano, almendra, pistacho.

CUIDADOS A LA NEFROSTOMÍA EN CASA

P.S.S. Guadalupe Angón Sarmiento

Realizar la curación 1 vez a la semana, u antes si lo requiere.



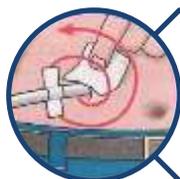
Lavarse las manos y colocarse guantes no esteriles.



Retirar el aposito suavemente, evitando tirones.



Observar signos de irritacion en la piel o salida de orina alrededor del cateter. (Si los detecta acudir con su medico.)



Limpiar con un isodine solucion, en forma circular al rededor del cateter.



Almohadillar lo con gasas y cubrirlo.

RECOMENDACIONES

- Si observa signos como: fiebre, dolor abdominal, orina maloliente o turbia, sangre en orina acuda con su médico.
- Mantener la bolsa por debajo del catéter, peros sin tocar el suelo.
- Vaciar la bolsa recolectora cuando se encuentre a dos tercios de su capacidad.
- Cambiar la bolsa semanalmente.