



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO
EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM APLICADO A
UN ADULTO JOVEN CON CÁNCER DE RECTO. EN EL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
“DR. EDUARDO LICEAGA”.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

Antonio Israel Meza González
NO. DE CUENTA: 411047106

DIRECTOR ACADÉMICO

DRA. NORA CLARISSA CASTRO ESCUDERO

CIUDAD DE MÉXICO

2016.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer:

A Dios por haberme dado la sabiduría, la fortaleza, el coraje y la salud en este camino, ya que me ha colmado de bendiciones y me ha permitido llegar al término de este gran proyecto profesional en mi vida.

A mi Madre a la Sra. Alicia González Linares, ya que con su ejemplo de vida y apoyo incondicional pude culminar esta etapa profesional en mi vida. Gracias por todo lo que me has dado y por tu amor Madre.

A mi padre Antonio Meza Bonilla, sea donde te encuentres sé que estarás muy orgulloso de mi

A mi Padrastro José del Carmen Trinidad Cruz, por todo el apoyo que me brindaste en estos años de estudio.

A ti Carlos Salinas Ortiz que me brindaste tu amor, tu cariño, tu comprensión y apoyo incondicional, para que pudiera lograr mi meta.

A mis familiares y amigos que de una u otra forma, fueron pieza fundamental en el logro de esta meta alcanzada.

A mis profesores de carrera, que son parte fundamental en mi formación académica, y que gracias a ellos y sus conocimientos soy un profesional de Enfermería.

A mis asesoras de titulación Dra. Nora Clarissa Castro Escudero, Mtra. Bertha Alicia Camacho Villacaña y Mtra. Teresa Sánchez Estrada que fueron una pieza fundamental en cumplir este objetivo. Les estaré eternamente agradecido.

A mi alma máter la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por abrirme las puertas, recibirme y brindarme tan valioso conocimiento. Soy Puma de corazón.

“Por mi raza hablara el espíritu”

ÍNDICE

I. Fundamentación	6
1.1 Introducción	6
1.2Objetivos	8
1.2.1 Objetivo General	8
1.2.2 Objetivos Específicos	8
II. Marco Teórico	9
2.1 Conceptualización de enfermería	9
2.2 Corrientes de pensamiento	9
2.2.1 Escuela de la Necesidades	9
2.2.2 Escuela de la Interacción	10
2.2.3 Escuela de los efectos deseables	10
2.2.4 Escuela de la Promoción de la Salud	11
2.2.5 Escuela del Ser Humano Unitario	11
2.2.6 Escuela de Caring	12
2.3 Paradigmas de Enfermería	12
2.3.1 Paradigma de la categorización	13
2.3.2 Orientación centrada en la Salud Pública	13
2.3.3Orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica	14
2.3.4 Paradigma de la Integración	15
2.3.5 Paradigma de la Transformación	15
2.4 Teoría de Dorothea Elizabeth Orem	16
2.4.1 Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem	18

2.4.2 Teoría del Autocuidado	19
2.4.3 Requisitos de Autocuidado	20
2.4.4 Requisitos de Autocuidado Universales	20
2.4.5 Requisitos de Autocuidado de Desarrollo	24
2.4.6 Requisitos de desviación de la salud	25
2.5 Teoría del Déficit de Autocuidado	26
2.5.1 Demanda de Autocuidado Terapéutico	26
2.5.2 Déficit de Autocuidado	27
2.5.3 Actividad de Enfermería	27
2.5.4 Diseño Enfermero	28
2.6 Teorías del Sistema de Enfermería	28
2.6.1 Sistemas de Enfermeros Básicos	29
2.6.2 Sistema completamente compensador	29
2.6.3 Sistema de Apoyo Educativo	30
2.7 Crítica Interna	30
2.7.1 Metaparadigma	30
2.8 Crítica Externa	31
2.8.1 Epistemológica	31
2.9 Práctica de la teoría de Dorothea Orem	31
2.10 Proceso de Atención Enfermería (PAE)	32
2.10.1 Beneficios del Proceso Enfermero	32
2.10.2 Propiedades del Proceso Enfermero	33
2.11 Relación de la teoría de Dorothea Elizabeth Orem y el Proceso Enfermero	55

2.12 Aplicación de la Metodología de la Teoría de Orem	58
2.13 Descripción de la patología	62
III. METODOLOGÍA	74
3.1 Historia clínica	74
IV. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERO	78
4.1 Exploración física	78
4.2 Valoración Focalizada	81
4.3 Relación entre déficit y capacidad de autocuidados	84
4.4 Jerarquización de los requisitos universales	85
4.5 Jerarquización de los diagnósticos de enfermería	86
4.6 Plan de cuidados	87
V. PLAN DE ALTA	100
5.1 Visita domiciliar	102
VI. CONCLUSIÓN	105
VII. SUGERENCIAS	106
VIII. BIBLIOGRAFÍA	107
IX. ANEXOS	112

I.FUNDAMENTACIÓN.

1.1 Introducción.

El cáncer colorrectal es la segunda causa principal de muerte por cáncer en México y el tercero más frecuente dentro de la patología oncológica en la población general, afectando en igual proporción a hombres y mujeres. A pesar de ser una neoplasia ubicada en pacientes de edad avanzada con una media de diagnóstico de 50.8 años, cada día se detectan casos en gente más joven, de ahí la importancia de realizar un diagnóstico oportuno, lo que representa un gran reto en el conocimiento de la patología y actualización en el manejo adecuado, con la finalidad de aumentar la sobrevivencia y mejorar, en lo posible, la calidad de vida.

Se trata de una patología que crece exponencialmente en México y el mundo debido a la adopción de malos hábitos dietéticos y el mantenimiento de costumbres perjudiciales. Así mientras en 1940 las patologías neoplásicas no figuraban dentro de las 10 primeras causas de muerte. Concretamente el cáncer colorrectal pasó de ser un padecimiento exclusivo de otras naciones a ser la sexta enfermedad tumoral más frecuente y la de mayor incidencia en el sistema digestivo, pero no solo eso, ya que antes la mayor incidencia se ubicaba entre 60 y 65 años de edad, pero actualmente se han descubierto casos en personas de 40, 30 y hasta 20 años. De la misma forma, se ha incrementado su incidencia en mujeres, entre otras causas por el aumento en el tabaquismo en la población femenina. Actualmente se investiga la relación genética entre el cáncer colorrectal y los jóvenes, por lo que resulta imprescindible obtener las evidencias científicas relevantes más actuales.

El modelo o teoría utilizados ayuda a identificar la forma en que será abordado el individuo a atender, con lo cual el profesional de enfermería

rescata aspectos esenciales del individuo para su atención y con ello brinda los cuidados que requiere el individuo.

Por lo que es de suma importancia la utilización de la teoría de Autocuidado de Dorothea Orem, ya que sirve como instrumento para organizar el conocimiento, las habilidades y la valoración del proceso enfermero dando así una visión clara de los cuidados de enfermería como una disciplina científica, cuya base exige asegurar la calidad del cuidado que se le proporciona al paciente que no puede realizar por sí mismo ciertas actividades relacionadas con su salud y a su vez satisfacer su capacidad de autocuidado para lograr la independencia.

Es importante mencionar que el Proceso Atención Enfermería (PAE), es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de enfermería, el cual permite prestar de una manera integral, racional, lógica y sistemática para obtener información e identificar los problemas del individuo y su familia con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería (Marriner 2007).

El PAE permite ser el eje o guía de las actividades de enfermería; es una base sólida que ayuda a brindar el cuidado necesario en el individuo atendido, siguiendo una corriente de pensamiento mediante la utilización de un modelo o teoría de enfermería, lo cual permite delimitar la forma de actuar en el desarrollo de las actividades.

Par la realización de este estudio de caso, se aplicaron las cinco etapas del PAE que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

A continuación se describe un Proceso Atención de Enfermería aplicado a un paciente en el preoperatorio con Cáncer de Recto, basado en el Modelo de Dorothea Orem, el cual fue realizado en el Servicio de Coloproctología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

1.2 Objetivos.

1.2.1 Objetivo general.

- ✓ Desarrollar el presente Proceso Atención de Enfermería, basado en la teoría de Dorothea Orem, aplicado a un adulto joven con Cáncer de Recto, con la finalidad de mostrar la atención brindada hacia el paciente.

1.2.2 Objetivos específicos.

- ✓ Elaborar y desarrollar el Proceso Atención de Enfermería con las bases científicas y metodológicas que utiliza la profesión de enfermería.
- ✓ Exponer el presente Proceso de Atención de Enfermería mostrando la relevancia que tiene hacia la atención del paciente atendido.
- ✓ Realizar una valoración al adulto joven, con alteraciones en los déficit de autocuidado.
- ✓ Realizar Diagnósticos de Enfermería Reales, de Riesgo y de Bienestar para la Salud.
- ✓ Poner en marcha el Plan de atención de cuidados de enfermería.

II. MARCO TEORICO

2.1 Conceptualización de Enfermería.

Según las bases filosóficas y científicas podemos agrupar las concepciones de la disciplina enfermera en seis escuelas que explican y comprenden los modelos conceptuales de enfermería en la atención al paciente en donde garantice un lenguaje en común y concepciones similares respecto a los paradigmas enfermeros, personas, salud, entorno, cuidados que caracterizan el rol profesional, por lo que se menciona los diferentes enfoques de enfermería en a las siguientes escuelas: escuela de las necesidades de los efectos deseados y de la promoción de la salud, todas orientadas hacia la persona y las escuelas el ser humano y del caring caracterizadas por una apertura hacia el mundo.

Nightingale (1859-1969) fue la primera en presentar una concepción de la disciplina enfermera que ha guiado la práctica, la forma y la gestión de los de los cuidados enfermeros durante varias generaciones. Hubo que esperar hasta principio de los 50 para que otras enfermeras teorizadoras propusieran las concepciones de la disciplina enfermera.¹

2.2 Corrientes de pensamiento.

2.2.1 Escuela de las Necesidades.

Según estos modelos el cuidado está concentrado en la independencia de la persona, en las satisfacciones de sus necesidades fundamentales o en su capacidad de llevar acabado su autocuidado. La enfermera reemplaza a la persona que durante un tiempo no puede realizar por si misma ciertas actividades relacionadas con su salud, y ayuda a la persona a recuperar su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de su autocuidado.

Por el hecho de reservar un lugar importante a la enfermedad y a los problemas de salud, las concepciones de la escuela de las necesidades han marcado el origen de un centro de interés específico de la disciplina enfermera o una orientación hacia la persona. Las principales teorizadoras de esta escuela son: Virginia Henderson, Dorothea Elizabeth Orem y Faye Abdellah.

2.2.2 Escuela de la Interacción.

Apareció a finales de los años 50 y principio de los 60. Varios acontecimientos políticos y socioculturales, así como el resurgir económico y cultural de América Norte, han favorecido el desarrollo de esta escuela. Hay una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas. Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción de la fenomenología y del existencialismo.

Según la escuela de la interacción el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidades de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda. Con el fin de poder ayudar a otra persona la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado. Las teorizadoras de esta escuela son: Hildegart Peplau, Josephine Paterson y Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King.²

2.2.3 Escuela de los efectos deseables.

Este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros. Considerando que el objetivo

de los cuidados consiste en restablecer un equilibrio, una sensibilidad, una homeostasia o en preservar la energía y esta escuela propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros, destinados a la persona que es vista como un sistema.

Las enfermeras teorizadoras de esta escuela son: Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Neuman.

2.2.4 Escuela de la promoción de la salud.

A pesar de esta centrada sobre el que de los cuidaos enfermeros la promoción de comportamientos de salud de esta escuela se interesa en como logramos y a quien va dirigidos los cuidados enfermeros. Según esta escuela de la promoción de la salud, el punto de mira de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.

Una teorizadora canadiense ha elaborado para la disciplina enfermera un modelo orientado hacia la promoción de la salud de la familia llamada Moyra Allen y su modelo es considerado como modelo conceptual y de intervención.

2.2.5 Escuela del ser humano unitario.

Esta escuela se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación. Es gracias a la escuela de ser humano unitario que el holismo ha conseguido todo su significado.

Martha Rogers presenta una concepción de la disciplina enfermera que se desmarca de otras por su originalidad y propone una visión de la persona y de los cuidados enfermeros que procede de trabajos filosóficos de teorías de la física u de la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy.

Las teorizadoras de esta escuela son: Martha Rogers, Margaret Newman y Rosemarie Rizzo Parce.

2.2.6 Escuela de Caring.

Las teorizadoras de la escuela de caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad e los cuidados de las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad (Watson 1985-1988), cultura (Leininger 1988) y si integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.

Esta escuela que tiene por conceptos centrales el caring y la cultura se sitúa también en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación.³

Según las diversas concepciones y escuelas de enfermería los conceptos centrales de la disciplina enfermera, tiene significados variados y reflejan una visión global de la persona, para Orem sus interacciones con varias enfermeras teorizadoras han sido un fuente de inspiración de tal manera que su modelo entra en la escuela de las necesidades donde menciona que el cuidado está centrado en la independencia de la persona o en la capacidad de llevar a cabo su autocuidado y cuando se limita la enfermera reemplaza temporalmente los cuidados de esa persona hasta que pueda independizarse y satisfacer sus necesidades.

2.3 Paradigmas de Enfermería.

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera se han tomado en cuenta los contextos que han marcado su evolución de tal manera que las aportaciones de las grandes corrientes del pensamiento han sido llamadas paradigma, estos preparan al profesional de enfermería que

pretende ejercer esta profesión y que conformara la base de su práctica ya que la disciplina académica de enfermería depende de la existencia de un conocimiento teórico para todas las áreas, tanto en el campo de la asistencia como en la docencia, como son la gestión e investigación.

PARAGIGMA: Son de contenido abstracto y de ámbito general, intentan explicar una visión útil para la comprensión de los conceptos y principios.

La clasificación de los modelos de enfermería, aplican conceptos meta paradigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermedad. En este sentido se presentan tres paradigmas: categorización integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.⁴

2.3.1 Paradigma de la categorización.

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual, eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad que a su vez está unida a la práctica médica.

2.3.2 Orientación centrada en la salud pública.

Se sitúa entre los siglos XVIII y XIX, está caracterizado por la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios.

Persona: Posee la capacidad de cambiar su situación.

Entorno: Comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.

Salud: Es “la voluntad de utilizar bien la capacidad de que tenemos”. Solo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza para que este pueda desarrollar plenamente su efecto de curación.

Cuidado: Es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.⁵

2.3.3 Orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

Surge cuando comienza a poder controlarse las enfermedades infecciosas a partir del siglo XIX y se considera como:

Persona: Es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además no participa en su cuidado.

Entorno: Es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.

Salud: Es la ausencia de enfermedad es decir un estado deseable.

Cuidado: Es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona.

2.3.4 Paradigma de la Integración.

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irán transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería.

Persona: Es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí.

Entorno: Supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.

Salud: Adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.

Cuidado: Amplia su Objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integridad y en interacción constante con el entorno.⁶

2.3.5 Paradigma de la transformación.

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo.

Persona: Es un todo invisible que orienta los cuidados según sus prioridades.

Salud: Es un valor y una experiencia que vive cada persona desde una perspectiva diferente va más allá de la enfermedad pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas.

Entorno: Es limitado, es el conjunto del universo.

Cuidado: Se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define.

Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones que puede utilizarse para la descripción y el análisis.

Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión, pues están condicionados para la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención.⁷

Las características de cada paradigma han influido en el desarrollo de la disciplina de enfermería como en el resto de las disciplinas, pues generan un conocimiento autónomo y mantienen una continuidad por encima de los cambios en la orientación del conocimiento en general que nos identifica dentro de un equipo de salud. Pero para que la aplicación en la práctica de un modelo de enfermería tenga éxito, es necesario tener en cuenta los tres tipos de modelos teórico, mental y sustituto, y que estos se alineen adecuadamente.

2.4 Teoría de Dorothea Elizabeth Orem.

Dorothea Elizabeth Orem es una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland en 1914. Su padre era un constructor que le agradaba pescar y madre era ama de casa que le gustaba leer es la menor de dos hermanas. Muere el 22 de Junio del 2007 a la edad de 94 años.

Inicia su carrera de enfermera en la escuela de enfermería en el Providence Hospital en Washington D.C. Se gradúa en enfermería a principio de los treinta y recibió posteriormente un BSNE, de la Católica University of America CUA en 1939 y en 1946 obtuvo un MSNE en la misma universidad.⁸

Sus experiencias enfermera incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado, tanto domiciliario como hospitalario, miembro del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche de urgencias y profesora de ciencias biológicas.

Ostento el cargo de directora de la escuela de enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949, tras marcharse de Detroit, paso siete años en Indiana, de 1949 a 1957 trabajando en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Durante este tiempo desarrollo su definición de la práctica de enfermería.

En 1957, Orem se trasladó a Washington DC, donde trabajo en el Office of Education, en el USA Department of Health, Education and Wekfare (DHEW), como asesora de programas de estudio de 1958 a 1960. En 1959 se publico Guidlenis for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses.

En 1959 inicio su labor como profesora colaboradora de educación de enfermería en al CUA y continuo desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado. El Members of the Nursing Models Comité de la CUA y el grupo Improvenment in Nursing que se convirtió en el Nursing Developmen Conference Group (NDCG), contribuyeron al desarrollo de la teoria. Orem apporto el lideraz intelectual por medio de estos intentos de colaboración, además que ella era la editora de la NDCG. En 1970 Orem abandono la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora.⁹

El primer libro publicado por Orem fue Nursing: Concepts of Practice en 1971, mientras preparan y revisaron Concep Formalización in Nursing: Procces and Produc.

La Georgetown University le confirmo el titulo honorario de Doctor of Science en 1976, recibió el premio Alumno Association Award for Nuring Theory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se incluyen el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980, el Doctor of Humans Letters, Ilinois Wesleyan University (IWU) EN 1988, el Linda Richard Awar, National League for Nursing en 1991, y el Honorary Fellow of the American Academia of Nursing Honoris Causae en la Universidad de Missouri en 1998.

Se han publicado ediciones posteriores de Nursing: Concepts of Practice en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001.

A un que no reconoce haber recibido ninguna influencia importante, cita mucho de los trabaos de otras enfermeras según su contribución a la enfermería entre ellas Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levie, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehi, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach.

2.4.1 Teoría del déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría del auto cuidado, que describe por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas, la teoría del déficit de autocuidado, que explica como la enfermería puede ayudar a la gente y a la teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que para mantener para que se produzca la enfermería.

2.4.2 Teoría del autocuidado.

El Autocuidado: Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando, inicia y lleva a cabo en determinados periodos de tiempo por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y así continuar con el desarrollo personal y el bienestar.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino las psicológicas y espirituales y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que se anormal para él. Un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades.

- Apoyo de procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normal.
- Prevención o control de los proceso de enfermedad o lesión.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.

Agente de Autocuidado: Es la persona que lleva acabo las acciones de autocuidado. Cuando las acciones van desde la persona con capacidad de autocuidado (niños, ancianos con discapacidad, enfermos en coma, etc.) la conceptualización como Agente de Autocuidado es dependiente y cuando se habla en términos de cuidados especializados nos referimos a la Agencia de Autocuidado.¹⁰

2.4.3 Requisitos de Autocuidado.

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que deben llevar acabo, porque se consideran necesarias para la regulación del funcionamiento y desarrollo humano ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende:

1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal.
2. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado, expresan los resultados deseados, (los objetivos del autocuidado).

2.4.4 Requisitos de Autocuidado Universales.

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser válido sobre la integridad estructural y funcional humana en las diferentes etapas del círculo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.

6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Los factores que intervienen en la satisfacción de este requisito están organizados:

- a) Interferencia ambiental, disponibilidad y composición del aire.
 - Composición y presión parcial de oxígeno del aire atmosférico en desacuerdo con el requisito fisiológico.
 - Disponibilidad de aire.
- b) Interferencias con el proceso de ventilación pulmonar.
 - Obstrucción de las vías aéreas por objetos y material extraño.
 - Anomalías asociadas con cambios en la adaptabilidad (compliance) pulmonar y la capacidad pulmonar vital.
- c) Factores asociados con cambios en la adaptabilidad (compliance) pulmonar y la capacidad pulmonar vital.
 - Alteración del tejido pulmonar que afectan a la adaptabilidad pulmonar o a la capacidad vital.
- d) Interferencia en la óptima ventilación alveolar con o sin deterioro de la difusión.
- e) Interferencia en el mantenimiento del equilibrio gaseoso entre el aire alveolar y la sangre pulmonar.
- f) Disminución de la capacidad de oxígeno de flujo sanguíneo pulmonar.

- g) Factores que afecten los mecanismos reguladores nerviosos centrales y neuroquímicos de la respiración.
- h) Cambios de la respiración normal asociados con estados fisiológicos y psicológicos seleccionados.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos.

- a) Interferencias en la ingestión y mantenimiento de agua y alimentos en la boca.
 - Por condiciones de comunicación de acceso.
- b) Características del agua y alimentos disponibles que provocan reticencia o rechazo a ingerir o mantener en la boca el agua y los alimentos.
- c) Condiciones internas y externas que interfieren la atención o suprimen el deseo o la disponibilidad para ingerir, recibir o mantener en la boca los alimentos y el agua.
- d) Condiciones y circunstancias que interfieren el proceso natural de ingestión y mantenimiento del agua y los alimentos den la boca.
- e) Posiciones del cuerpo que entorpecen la ingestión y el mantenimiento en la boca del agua y los alimentos incluyen las posiciones.
- f) Interferencia en la masticación.
 - Condiciones que interfieren en el aplastamiento y desmenuzamiento de los alimentos.
 - Condiciones de los músculos de la masticación.
 - Condiciones que entorpecen la mezcla de los alimentos con la saliva y su composición.
 - Condiciones de los músculos de la lengua y mejillas que interfieren con la colocación de los alimentos entre los arcos dentales.

g) Interferencias en la deglución.

- Condiciones que interfieren el movimiento de los líquidos y alimentos masticados y humedecidos desde la boca al espacio entre la base de la lengua y la pared posterior de la faríngea (fase oral, voluntaria de la deglución).
- Por la fase del reflejo faríngea de la deglución o reflejo esofágico de la deglución.
- Condiciones obstructivas fisiológicas.

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

a) Evacuación intestinal.

- Cambios en los patrones de evacuación intestinal, heces fecales y su integridad.
- Sensaciones y emociones asociadas con la evaluación.

b) Micción.

- Cambios en los patrones de micción en la orina y en la integridad de los órganos.
- Cambios en la integridad estructural o función de los órganos.

c) Respiración.

- Cambio de los patrones normales de sudoración en condiciones y circunstancias especificadas.

d) Estriación.

- Cambio del patrón normal de la menstruación o supresión de la misma.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

- a) Factores humanos que interfieren en el equilibrio entre la actividad y el reposo.

- b) Factores ambientales como el entorno social, físico y situación ambiental.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

- a) Condiciones de vida como aislamiento o interacción con otras personas.
- b) Factores humanos ya sea factores personales o interferencias específicas.
- c) Factores ambientales que facilitan o dificultan.

Mantenimiento de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar.

- a) Factores humanos, estados o inferencias específicas.
- b) Factores ambientales como peligros físicos, condiciones sociales, recursos y grupo social.

Estos ocho requisitos representa las clases de acciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantienen la estructura y funcionamiento humano que a su vez apoyan el desarrollo y maduración humana.¹¹

2.4.5 Requisitos de autocuidado de desarrollo.

Los requisitos de autocuidado de desarrollo promueven los procesos de la vida y la madurez y previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos. Este grupo se asocia con las etapas específicas del desarrollo y son:

1. Vida intrauterina y nacimiento.
2. Vida neonatal (parto o termino, prematuro, con peso normal o de bajo peso).
3. Lactancia.
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.

5. Etapas de desarrollo de la edad adulta.
6. Embarazo ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Cada etapa de desarrollo debe considerar a los requisitos de autocuidado universal y las demandas específicas de salud a cusa del nivel prevalente de desarrollo del individuo.¹²

Los requisitos de autocuidado de desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar el desarrollo humano para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas se incluyen:

1. De privación educacional.
2. Problemas de adopción social.
3. Perdida de familiares, amigos y colaboradores.
4. Perdida de posesiones o de trabajo.
5. Cambio súbito en las condiciones de vida.
6. Cambio de posición social o económica.
7. Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
8. Enfermedad terminal o muerte esperada.
9. Peligros ambientales.

2.4.6 Requisitos de desviación de la salud.

Estos existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades y para los individuos que están sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de la salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras duran.

Las medidas tomadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o

de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según las necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo de determinado.¹³

2.5 Teoría del déficit de Autocuidado.

2.5.1 Demanda de autocuidado terapéutico.

Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona.

Según las condiciones existentes y las circunstancias se utilizan métodos adecuados para:

1. Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano, suficiente: agua, aire, comida.
2. Cubrir el elemento de actividad de la necesidad: mantenimiento, promoción, prevención y provisión.

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento:

1. Describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente.
2. Tienen un alto grado de eficacia instrumental derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente al paciente o los factores de su entorno.¹⁴

Agencia de Autocuidado: Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras o que están madurando que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

Agente: Es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción.

Agente de cuidado dependiente: Es el adolescente o el adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él o que regula el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas.

2.5.2 Déficit de autocuidado.

El déficit de autocuidado es una relación en la propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes.

2.5.3 Actividad de Enfermería.

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y dentro del marco de una relación interpersonal legítima para actuar, saber y ayudar a las personas de esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad a su cuidado.

2.5.4 Diseño enfermero.

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura.

2.6 Teorías del sistema de Enfermería.

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

- **Totalmente Compensatorio:** Todos los cuidados son asumidos por el personal de enfermería.
- **Parcialmente Compensatorio:** Se comparten las acciones de autocuidado entre la persona afectada y el profesional de enfermería.
- **Sistemas de Apoyo Educativo:** La persona realiza las acciones de autocuidado con la orientación y la supervisión del personal de enfermería para perfeccionar el mismo.¹⁵

La teoría de sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados, diseñados y producidos, por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada que abarcan las

intenciones ya las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regularización. La figura siguiente muestra los sistemas enfermeros básicos organizados según la relación entre las acciones del paciente y la de la enfermera. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado de componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado dependiente para familias u otros grupos personales.

2.6.1 Sistemas enfermeros básicos.

Acción de la enfermera	Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente.
	Compensa la incapacidad del paciente de comprometerse a desempeñar un autocuidado.
	De apoyo al paciente y lo protege.

2.6.2 Sistema completamente compensador.

Acción de la enfermera	Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente.	Acción del paciente
	Compensa las limitaciones de autocuidado del paciente.	
	Ayuda al paciente como es debido.	
	Regula la actividad de autocuidado.	
	Desempeña algunas medidas de autocuidado.	
	Acepta el cuidado y la ayuda de la enfermera.	

2.6.3 Sistema de apoyo educativo.

	Cumple con el autocuidado.	
Acción de la enfermera	Regula el ejercicio y el desarrollo de la actividad de autocuidado.	Acción del Paciente

2.7 Critica Interna.

2.7.1 Metaparadigma.

La enfermera, según Orem, debe ser capaz de lograr que el individuo participe de forma activa en la planificación e implementación de su propia atención de salud, teniendo en cuenta los factores básicos condicionantes del autocuidado la edad, estado de salud y los conocimientos que poseen de esta, la pertenencia al grupo social y los hábitos del medio cultural, la falta de habilidades y hábitos, el concepto de sí mismo y la madurez de la persona.

Persona: Es un ser que tienen funciones biológicas, simbólicas y sociales, con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado si no fuese así, serán otras personas las que proporcionen los cuidados.

Entorno: Son aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios que pueden influir e interactuar en la persona.

Salud: El estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales.

Enfermería: Es la disciplina que “ayuda a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de

autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

2.8 Critica externa.

2.8.1 Epistemología.

La intuición espontanea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería e hizo posible después de razonamientos deductivos sobre la enfermería.

Asunción del Modelo

- Presupone que el individuo tienden a la normalidad.
- El paciente tiene capacidad y puede participar en el autocuidado.

2.9 Practica de la teoría de Dorothea Elizabeth Orem.

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en la decisión del autocuidado de salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador.

La solución de los conflictos éticos que se plantean en la práctica de enfermería está mediatizada por el marco de regencia adoptado por el profesional. En dependencia de cuál sea nuestra concepción del Hombre, la salud, el entorno, enfermería y la función de las enfermeras, así será nuestro modelo de responsabilidad ética.

2.10 Proceso de Atención Enfermería (PAE).

La teoría es esencial para poder comprender las prácticas enfermeras ya que nos ayuda a examinar, organizar, analizar e interpretar los datos del paciente de tal manera que nos facilite tomar decisiones sobre su cuidado mediante un proceso enfermero.

Proceso Enfermero: Es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas y va dirigido a cubrir las necesidades del paciente o del sistema familiar. Cuyo objetivo es Proporcionar un sistema dentro del cual se puede cubrir las necesidades individuales del paciente, familia y comunidad para llevar a cabo esto se requiere de cinco fases. ¹⁷

1. Valoración.
2. Diagnostico.
3. Planificación.
4. Ejecución.
5. Evaluación.

2.10.1 Beneficios del Proceso Enfermero.

- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales.

- Desarrollar un plan eficaz y eficiente en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- Evita que se pierda de vista el factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo.

2.10.2 Propiedades del Proceso Enfermero.

Intencionado: Va dirigido a un objetivo.

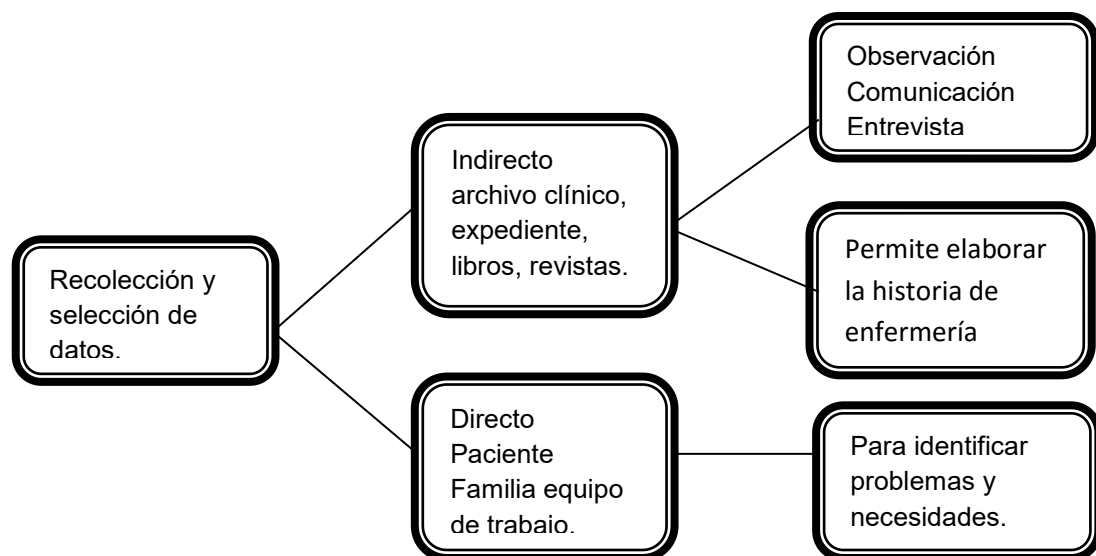
Sistemático: Utiliza un enfoque organizado para conseguir su propósito.

Dinámico: Esta sometido a continuos cambios.

Interactivo: Se basa en las relaciones que se establecen entre el profesional de enfermería, paciente, familia y otros profesionales sanitarios.

Flexibles: Se utiliza en forma consecutiva y concurrente.

Valoración.



Etapas de valoración de enfermería.

Es un proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un paciente y consta de dos componentes: recogida de datos y la documentación.

Recolección de datos.

1. Se determina por la situación o necesidad el paciente.
2. Los datos se reúnen utilizando técnicas de valoración adecuada.
3. En la recopilación de datos interviene el paciente, los familiares y los prestadores de atención sanitaria cuando se requiere.
4. Este proceso se da de manera sistemática y también de manera continua.
5. Los datos importantes se documentan de manera recuperable para quienes lo realiza.

Las fuentes de datos pueden ser: Subjetivas, Objetivas, Históricas y de Registro.

Primarias: Información directa del paciente.

Secundarias: Información obtenida de otras personas, documentos o registros.

Métodos de recogida de datos: Entrevista, Observación, y Exploración física.

La entrevista es la comunicación interpersonal establecida entre investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a los interrogantes planteados sobre el tema propuesto.

El entrevistado deberá ser siempre una persona que interese a la comunidad es decir, la persona que tiene alguna idea o alguna experiencia importante que transmitir.

El entrevistador es el que dirige la entrevista, debe dominar el dialogo, presenta al entrevistado y el tema principal, hace preguntas y cierra la entrevista.

Funciones de la entrevista

Existen tres funciones básicas y principales que cumple la entrevista en la investigación científica:

1. Obtener información de individuos y grupos.
2. Facilitar la recolección de información.
3. Influir sobre ciertos aspectos de la conducta de una persona grupo (opiniones, sentimientos, comportamientos, etc.).

Ventajas

La ventaja esencial de la entrevista reside en que son los mismos actores sociales quienes nos proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes, expectativas, etc. Cosas que por su misma naturaleza es casi imposible observar desde afuera.

Desventajas

Existen muchos temas entre las personas, algunos de los cuales producen rechazo cuando se trata de responder preguntas concretas.

Tipos de entrevista clínica de enfermería.

a) Entrevista estructurada

Llamada también formal o estandarizada. Se caracteriza por estar rígidamente estandarizada, se plantean idénticas preguntas y en el mismo orden a cada uno de los participantes, quienes deben escoger la respuesta

entre dos, tres o más alternativas que se les ofrecen. Para orientar mejor la entrevista se elabora un cuestionario, que contiene todas las preguntas. ¹⁸

b) Entrevista no estructurada

Es más flexible y abierta, aunque los objetivos de la investigación rigen a las preguntas, su contenido, orden, profundidad y formulación, se encuentran por entero en manos del entrevistador.

Dentro de la entrevista no estructurada se comentaran tres tipos: Entrevista a profundidad, Entrevista enfocada y Entrevista focalizada.

c) Entrevista a profundidad

Es una técnica para obtener que una persona transmita oralmente al entrevistador su definición personal de la situación. La entrevista comprende un esfuerzo de inmersión (más exactamente re-inmersión) del entrevistado frente a/o en colaboración con el entrevistador que asiste activamente a este ejercicio de representación casi teatral.

d) Entrevista enfocada

Es una Entrevista en profundidad, pero específicamente dirigida a situaciones concretas. Va dirigida a un individuo concreto, caracterizado y señalado previamente por haber tomado parte de la situación o experiencia definida.

e) Entrevista Focalizada

Es una forma de lleva la entrevista en profundidad en forma grupal. La entrevista en grupo ofrece unas oportunidades de conocimiento y de análisis que la entrevista individual no ofrece. La experiencia en grupo promueve un ambiente el cual se intercambian puntos de vista, los individuos encuentran una mayor facilidad de reflexión sobre el tema tratado.

La Entrevista es una técnica para obtener datos que consiste en un dialogo entre dos personas: el investigador y el entrevistado, se realiza con el fin de obtener información por parte de este, que es, una persona entendida en la materia de la investigación.

La observación científica se denomina sistematizada, continua, contante o también de acuerdo a un plan y esta sistematización ha de estar planificada de antemano.

1. **Problemas de la observación:** El problema central de la observación es el observador, porque debe asimilar la información derivada de sus observaciones y después sacar conclusiones acerca de sus construcciones hipotéticas. Puede hacer inferencias por completo erróneas. Por lo contrario, si el observador es por completo objetivo y no conoce el tema de la observación puede que el observado no se adecuado.
2. **Características de las observaciones, Que, Cuando, Donde y Como:** La primera consiste en determinar con exactitud lo que se va a observar, delimitar con precisión y sin ambigüedades lo que debe observar. Definir el constructo a valorar en términos de conductas observables y también delimitar el cómo o instrumentos que vamos a emplear en la observación; así como cuando y donde y en el momento de definir la muestra, a quien.

Características de la Observación

Sirve para resumir, fijarnos en unos aspectos y no en otros. Si es no estructurada, las categorías son más abiertas que en la estructurada donde son más cerradas tres posible niveles en categorización sistemática:

- Hay una teoría previa.
- Niveles muy definidos.

- Especificarse muy bien las situaciones de partida.

Dentro del contexto de la atención de enfermería se realiza la exploración física donde se toman datos antropométricos, signos vitales de una manera integral e individual de manera céfalo-caudal, tomando en cuenta que se requiere de diversos materiales de apoyo. En la exploración física se debe realizar la inspección, palpación, percusión, auscultación.

Inspección.

Es el examen visual, se realiza usando la vista y sirve para valorar el color, las erupciones cutáneas, las cicatrices, la forma del cuerpo, las expresiones faciales que pueden reflejar emociones, y las estructuras corporales por ejemplo el fondo del ojo. La inspección es un proceso activo, no pasivo, debe ser sistemática, de manera que nada se pase por alto y se puede utilizar tanto luz natural como artificial.

Palpación.

La palpación es el examen del cuerpo mediante el uso del sentido del tacto, se utilizan las yemas de los dedos que por la concentración de terminales nerviosas son altamente sensibles y se utiliza para determinar:

- Textura.
- Temperatura.
- Vibración.
- Posición, tamaño, consistencia y movilidad de órganos o masas.
- Distensión.
- Presencia y frecuencia de pulsos periféricos.

Tipos de palpación.

Ligera: Siempre debe preceder a la palpación profunda, ya que la presión fuerte sobre las puntas de los dedos puede entorpecer el sentido del tacto.

Profunda: Se hace con ambas manos (palparon bi manual) o con una sola mano. En la palpación bimanual profunda, la enfermera extiende la mano dominante, igual que en la palpación superficial, y coloca las yemas de la mano no dominante sobre la superficie dorsal de las uniones interfalángicas distales de los tres dedos medios de la mano dominante.

Percusión.

Es un método de exploración en la cual la superficie corporal se golpea para provocar sonidos audibles o vibraciones perceptibles. Existen dos tipos de percusión que son:

Percusión Directa: Se golpea área a percutir o la extremidad de dedos y son rápidos y moviendo la mano solo por la articulación de la muñeca.

Percusión Indirecta: Consiste en golpear un objeto que se aplica al área corporal que se examina.

La percusión produce 5 tipos de sonidos:

Mate: Es un sonido extremadamente apagado, producido por tejidos muy densos, por ejemplo un músculo o el hueso.

Submate: Es un sonido sordo producido por tejidos densos, por ejemplo el hígado o el corazón.

Claro o resonante: Es un sonido hueco como el que se obtiene percutiendo sobre los pulmones llenos de aire.

Hiperresonante: No se produce en el cuerpo en condiciones normales, se describe como un sonido resonante que puede oírse en un pulmón enfisematoso.

Timpánico: Es un sonido musical o parecido al producido por un tambor y se percibe percutiendo, ejemplo un estómago lleno de aire.

Auscultación.

Consiste en escuchar los sonidos que se producen en el interior del cuerpo y puede ser directa e indirecta.

Directa: Cuando se aplica el oído directamente al cuerpo, como por ejemplo escuchar una respiración ruidosa, el ruido chirriante de articulación de movimiento.

Indirecta: Consiste en el uso de un estetoscopio que amplifica los sonidos y los transmite a los oídos de la enfermera.

Los sonidos auscultados se describen de acuerdo con su: tono, intensidad, duración, timbre.

Tono: Es la frecuencia de las vibraciones (el número de vibraciones por segundo).

Intensidad: Es la fuerza o suavidad de un sonido.

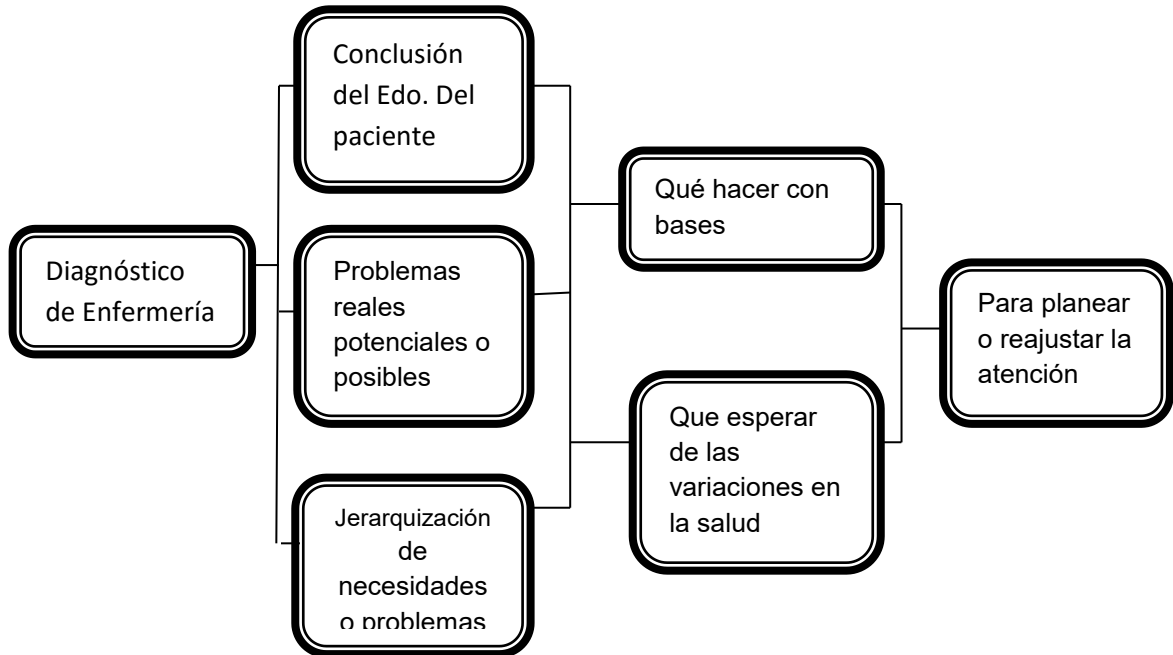
Duración: Se debe a su longitud (prolongada o corta).

Timbre: Es una descripción subjetiva del mismo, por ejemplo silbido, gorgoteo o chasquido.

Documentación.

- Favorece la comunicación y proporciona la asistencia de calidad para el paciente.
- Forma un registro legal permanente y evalúa la asistencia, además sirve como fuente de datos para una investigación.¹⁹

Diagnóstico.



Etapa de diagnóstico enfermero.

Es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales a procesos vitales, además proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es culpable y tiene 4 etapas.

Procesamiento de datos.

Clasificación: Consiste en dividir la información en clases concretas.

Interpretación: Consiste en la identificación de datos importantes, en la comparación con patrones o normas y en el reconocimiento de pautas o tendencias.

Validación: Es la confirmación de la interpretación de los datos ya sea con el paciente, los familiares u otros profesionales.

Errores del diagnóstico.

1. Datos incorrectos, problemas en la comunicación (barrera lingüística, preguntas sesgadas, ocultación de la información o distracciones).
2. Interpretación errónea.
3. Falta de conocimiento clínico o de experiencia.

Redacción de un diagnóstico de enfermería.

Los factores relacionados ayudan a identificar las variables que contribuyen a la presencia de respuestas humanas y sugieren intervenciones de enfermería específica que evitara corregir las respuestas.

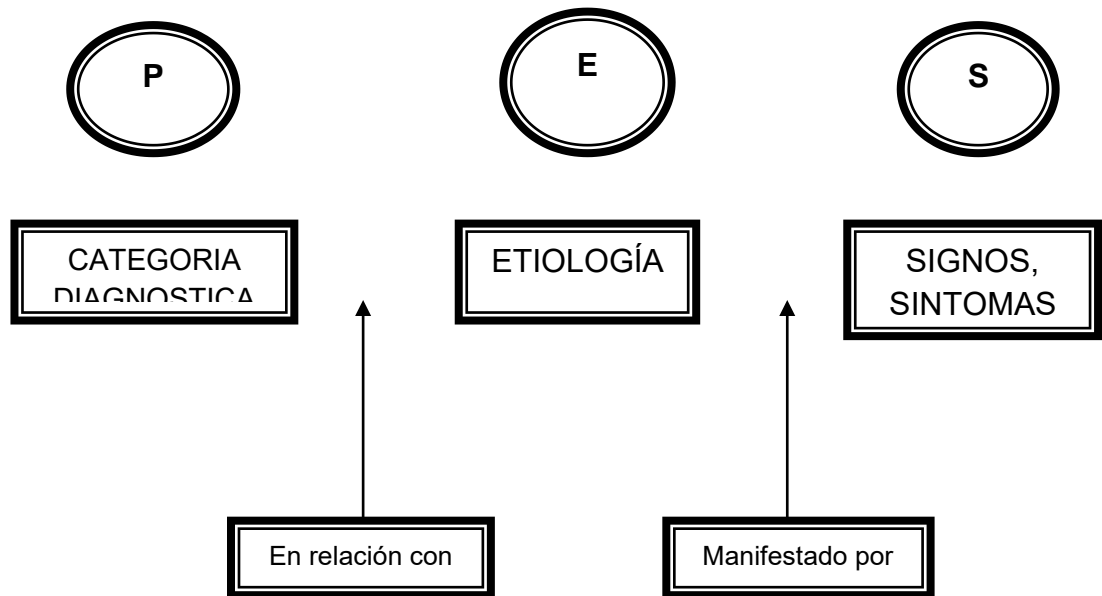
Validación del diagnóstico.

Antes de plasmar el diagnóstico en un papel es importante confirmar su exactitud para evitar errores.

Documentación.

Después de desarrollar y confirmar la exposición del diagnóstico de enfermería, el profesional de enfermería lo documentara en el registro clínico del paciente.

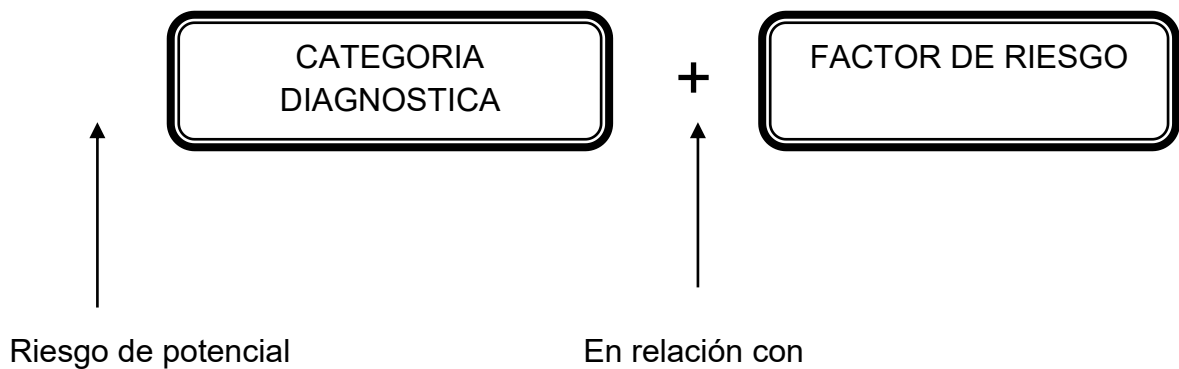
Gordon Planteo el formato P.E.S para anunciar y confirmar diagnósticos.³³



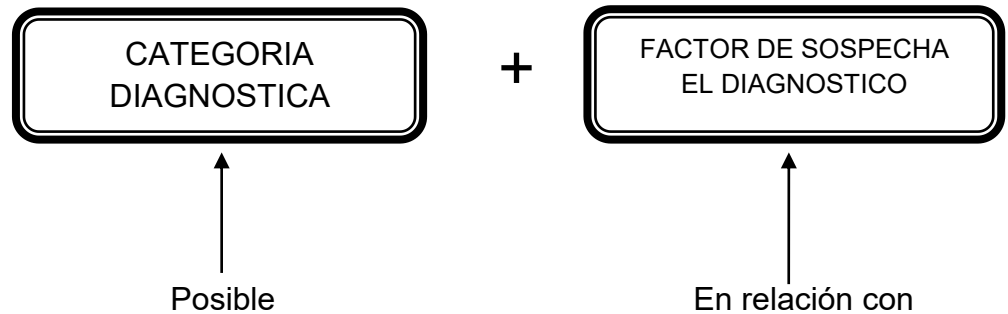
Diagnóstico Real: Es el déficit nutricional en relación con la anorexia, náuseas y vómitos manifestado por fatigas y desequilibrio electrolítico.

Diagnóstico potencial.

Riesgo de (potencial) alteración de la integridad cutánea relacionado con la movilidad.



Diagnostico Posible.



Reúna más datos para determinar si el factor de riesgo o los signos son síntomas o están presentes.

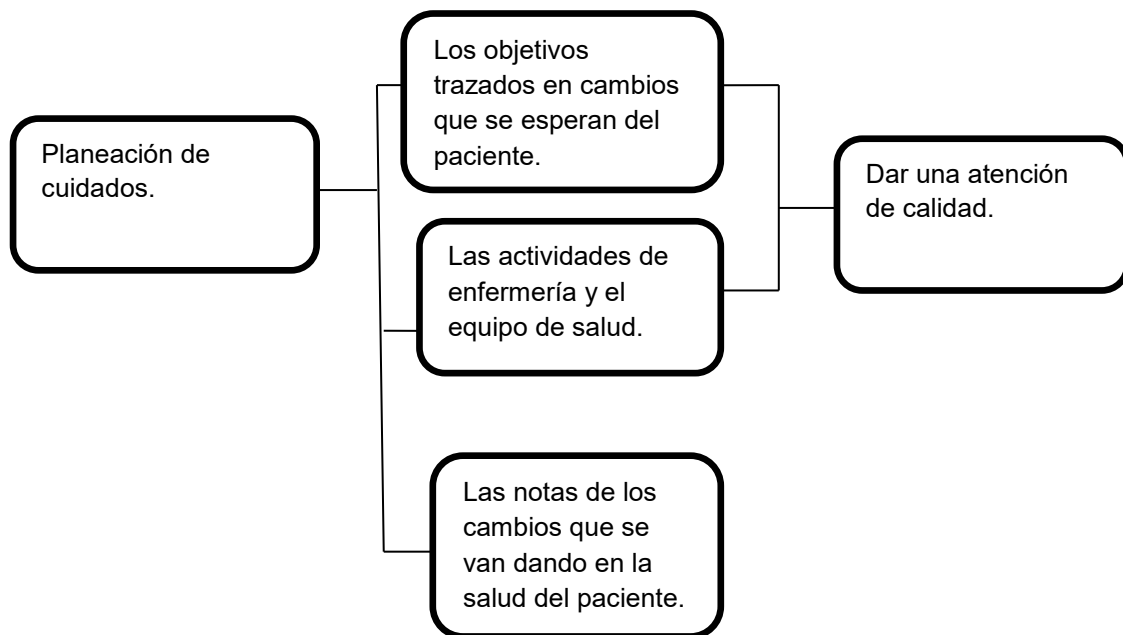
Diagnostico posible: Posible perturbación de la imagen corporal en relación con la amputación del M.S.I.

Aunque la mayoría de los autores recomiendan la utilización de las palabras en relación con y manifestado por, para unir la teología al problema y esta a los signos y síntomas, está formada de escribir diagnósticos no es obligado cumplimiento aunque recomendados su utilización hasta que la experiencia nos indique una forma de enunciado alternativa.

Una vez enunciado un diagnostico deberá tener en cuenta que algunos casos deberán ser modificados:

- Hayan surgido nuevos datos.
- Si las respuestas del paciente a su proceso han variado.
- Si el estadio del proceso modifica las respuestas del paciente.

Palpación.



Fuente: Elaborado por Meza González Israel. ENEO-UNAM. 2016

Etapas de la palpación.

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo, identificarlas en el diagnóstico de enfermería y comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye en la documentación real del plan de cuidados y consta de cuatro etapas.

A. Establecimiento de prioridades

jerarquía de Kalish

Richard Kalish (1983) mejoro aún más el sistema de Maslow dividiendo las necesidades fisiológicas en necesidades de supervivencia y necesidades de estimulación.²¹

Supervivencia: Alimento, aire, agua. Temperatura razonable, eliminación, descanso y superación del dolor.

Estimulación: Sexo, actividad, exploración, manipulación, innovación.

Inocuidad, seguridad y protección: Comienzan a ser especialmente preocupantes para el cliente cuando se han satisfecho las necesidades fisiológicas.

Amor y pertenencia: Capacidad de una persona para afiliarse o interaccionar con los demás de su entorno y se satisfacen mediante la participación con familiares, amigos y colaboradores.

Modelo de Maslow

Abraham Maslow (1943) describió las necesidades humanas en cinco niveles.²²

Fisiológicas: Alimento, líquidos, Oxígeno, eliminación, calor, bienestar físico.

De inocuidad o seguridad: Cosas necesarias para la seguridad física y la seguridad psicológica.

Sociales: Familiares personas significativas.

De estima: Cosas que hacen que las personas se sientan bien consigo mismas y confíen en sus propias habilidades.

De autorrealización: Necesidad de creer, cambiar y conseguir objetivos.

B. Elaboración y redacción de los objetivos

Los objetivos describen básicamente lo que se quiere lograr observar en la persona a la que se le proporciona el cuidado y estos pueden ser a corto plazo y también se desarrollan objetivos para los problemas que son medibles.

Es una declaración de lo que se espera conseguir y es importante un objetivo ya que nos ayuda a marcar claramente lo que se quiere lograr sin perderse ni divagar.

Características de un objetivo:

1. Debe ser claro, no ser ambiguo, ni dejar duda.
2. Debe ser realizable.
3. Debe ser evaluable.
4. Debe ser aplicable.

Tipos de objetivos

1. Objetivo general: Se cumple a largo plazo.
2. Objetivos específicos: Se cumple a corto plazo, se debe expresar en términos de conducta observable.

Para formular un objetivo se debe en basar en cinco componentes básicos como:

Sujeto: Que se espera que alcance el resultado establecido.

Verbo: Acción que debe hacer el sujeto para desarrollar el logro de los objetivos.

Condición: En qué circunstancias tiene la persona para llevar a cabo la acción.

Criterios de ejecución: En qué grado va a realizar la acción.

Momento para lograrlo: Cuando se espera que esta persona sea capaz de hacerlo.

Directrices para la elaboración de objetivos

Los objetivos se obtienen del diagnóstico de enfermería

Las exposiciones diagnosticas de enfermería identifican respuestas reales o potenciales que son consideradas problemáticas para el cliente y reflejan la primera mitad de la exposición diagnostica, identificando respuestas de salud alternativas que sean deseables para el cliente, ayudan también a definir conductas específicas que demuestren que se ha prevenido, reducido o corregido el problema.

Los objetivos se documentan como metas medibles. Los objetivos deben iniciar lo que el cliente hará cuando lo conseguirá y en qué grado. Unos objetivos observables y medibles definen el “que” ya hasta qué grado.

Los objetivos se formulan de forma continua con el cliente y los prestadores de cuidado, cuando es posible. Durante la valoración inicial el profesional de enfermería comienza ya hacer participar al paciente en la planificación de los cuidados. El cliente y el profesional de enfermería deben validar los diagnósticos y objetivos. La participación activa del cliente en el plan de cuidados ayudara a facilitar la consecución de los objetivos.

Los objetivos son realistas en relación con las capacidades actuales y potenciales del cliente. Entre los factores a considerar se encuentra la inteligencia del cliente, el nivel de educación y el estado físico o emocional.

Los objetivos son realizables en relación con los recursos al alcance del cliente. La capacidad del cliente para conseguir tales objetivos puede resultar afectada por numerosos factores, entre ellos los económicos, la capacidad de los cuidadores y el marco en el que se presta la asistencia.²³

Los objetivos incluyen un cálculo de tiempo para su realización. Debe establecerse el tiempo asignado para la consecución de los objetivos. Los objetivos marcan la dirección para la continuidad de la asistencia. Un objetivo elaborado con claridad favorece la comunicación entre cuidadores y favorece la continuidad de la asistencia.

C. Desarrollo de intervenciones de enfermería

Que describan como ayudar al profesional de enfermería a que el paciente con siga los objetivos propuestos y para esto se basa en la información obtenida durante la valoración y las posteriores interacciones del personal de enfermería con el paciente y la familia.

Tipos de intervenciones

Interdependientes: Definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

Independientes: Son las actividades que puede llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico como son los diagnósticos de enfermería.

Características de las intervenciones

El plan individualizado:

1. El plan individualizado mediante el enfoque en el factor relacionado.
2. El plan se centra en las fuerzas y debilidades del paciente.
3. El plan esta individualizado mediante el enfoque de gravedad y urgencia del estado del paciente.

El plan se desarrolla conjuntamente con otros:

1. Participación del paciente.
2. Participación familiar.

3. Participación de otros prestadores de atención sanitaria.

Las intervenciones de enfermería tienen una justificación científica y se desarrolla a partir de su base de conocimientos que incluyen las ciencias naturales de la conducta y de las humanidades.

El plan establece la continuidad de la atención es decir, cualquier diferencia de opinión debe ser resuelta para favorecer la continuidad de la atención.

D. Documentación del plan

Consiste en la comunicación del plan por escrito a los otros miembros de enfermería es decir el registro de los objetivos y de las intervenciones de una forma organizada. El formato de plan de ayuda a procesar la información obtenida durante las fases de valoración y de diagnóstico además se utiliza para documentar los resultados de la fase de planificación.

Características de los planes de cuidado:

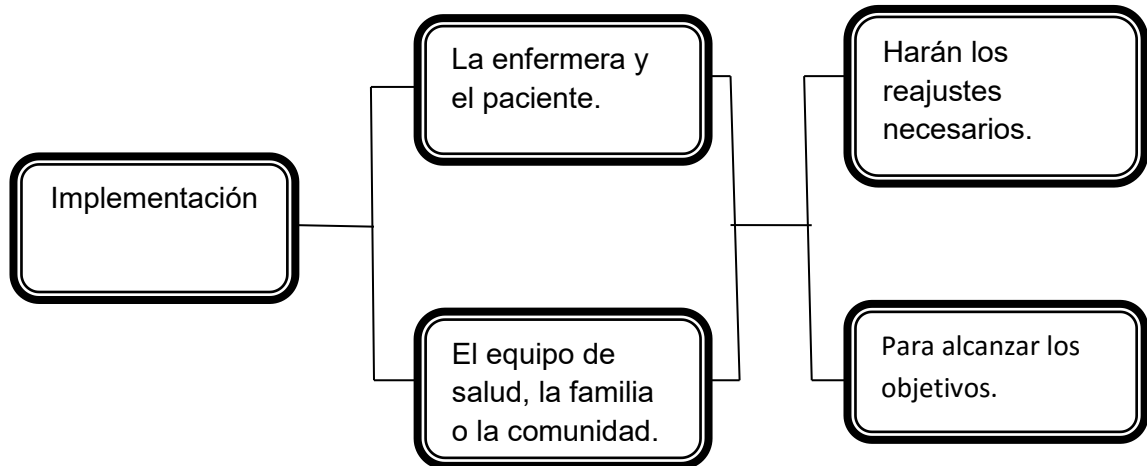
Debe estar escrito por enfermeros titulados universitarios, ser iniciado después de la primera interacción con el paciente y ser accesible.

Técnicas para la documentación de las intervenciones de enfermería

1. Deben llevar fecha y firma.
2. Deben incluir verbos de acción concretos.
3. Nombrar actividades concretas para conseguir los objetivos esperados.

4. Deben definir quien, donde, cuando, como y con qué frecuencia tendrán lugar las actividades identificadas.

Ejecución.



Etapas de la Ejecución.

La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados y se divide en tres etapas.

1. Preparación: La primera etapa de la fase de ejecución le exige que se prepare para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación consiste en una serie de actividades-

Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecidos: Antes de la presentación de la asistencia, revise el plan de cuidados. Esto le permitirá determinar si las intervenciones son suficientes para el cliente y si son compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria.

Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias: Después de revisar las intervenciones en el plan de cuidados debe identificar el nivel de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución. Determine si tiene el conocimiento necesario y si puede poner en práctica las habilidades o los recursos que necesitara para presentar los cuidados.

Reconocimientos de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas: El inicio de determinados procedimientos de enfermería pueden llevar consigo riesgos potenciales para el cliente. Se necesita conocer las complicaciones más habituales asociadas a las actividades específicas en las intervenciones de enfermería al cliente.

Proporcionar los recursos necesarios: en el momento de prepararse para iniciar una intervención de enfermería hay que tener en cuenta algunas cuestiones acerca de los recursos como son el tiempo, el profesional y el material.

Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios: La ejecución de las intervenciones de enfermería exigen un entorno en el que el cliente se siente cómodo y seguro.

Grado de movilidad: El grado de la movilidad del cliente puede verse afectado por una enfermedad o un traumatismo, por limitaciones externas como la tracción o las escayolas o por la necesidad de conservar la energía o el equilibrio.

Déficit sensorial: El Cliente que tiene una disminución de la percepción visual, auditiva, olfativa o táctil, puede presentar riesgo de lesión.

Niveles de conciencia y orientación: Los clientes con niveles de conciencia reducidos o desorientados, a menudo requieren una atención especial o intervenciones que fomenten su salud. Ciertas respuestas exigen la realización de adaptaciones de su entorno para evitar lesiones.

2. Intervención: Refuerzo de las cualidades. Se estudian las cualidades del cliente, sus problemas y las relaciones con los demás, es decir ayuda en las actividades de la vida diaria.

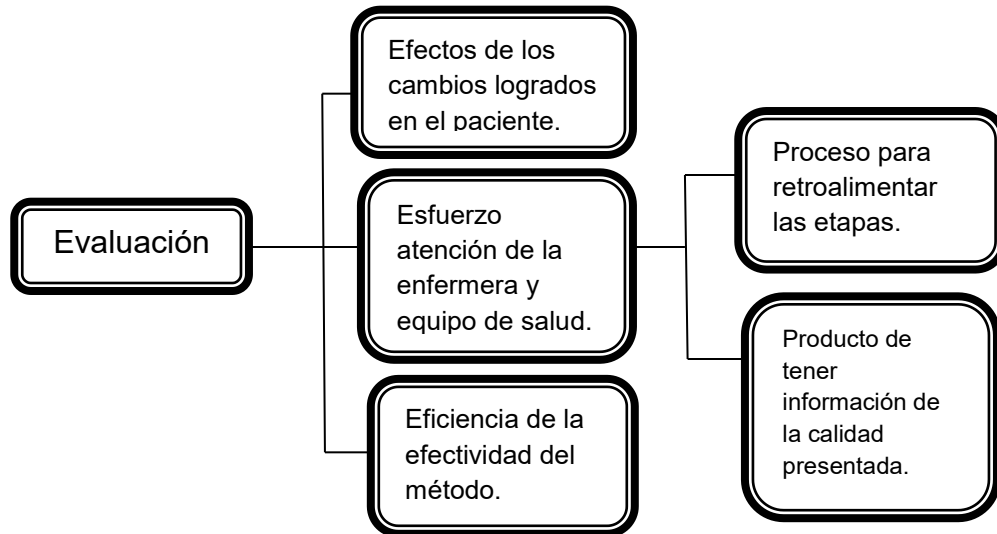
Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería. Como coordinador del equipo de enfermería, el profesional titulado es legalmente responsable de la presentación de los cuidados de enfermería.

Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. El profesional de enfermería titulado es responsable de coordinar la atención del paciente para asegurar la continuidad y un enfoque organizado que resuelva los problemas del cliente.

Educación: El proceso de enseñanza-aprendizaje para el cliente incluye la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades y cambios de conducta relacionados.

3. Documentación: La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tiene lugar en esta etapa del proceso de enfermería.

Evaluación



Etapas de la evaluación.

Es la fase final del proceso enfermero y se produce siempre que el profesional interacciona con el cliente.

Criterios de determinación.

1. Evaluación sistemática y continua.
2. Las respuestas del paciente a las actuaciones se documentan.
3. Se evalúa la efectividad de las actuaciones en relación de los con los objetivos.
4. Se utiliza los datos de la evaluación continua para revisar diagnósticos, objetivos el plan de cuidado y se documentan.
5. El paciente, familiares y el prestador de servicio sanitario practican en el proceso de evaluación, cuando este indicado.

2.11 Relación de la teoría de Dorothea Elizabeth Orem y el Proceso Enfermero.

Cada una de las teorías de Dorothea Elizabeth Orem se ve ejemplificada en nuestro método científico de enfermería, donde se llevan a cabo las acciones de enfermería según los métodos de ayuda diseñados de tal manera, que se hacen los juicios pertinentes sobre la eficacia de los cuidados, la regulación del ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado y los cuidados de enfermería además se hacen los ajustes a los sistemas de cuidados a través de una educación de roles.

La teoría de autocuidados que en una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí misma, hacia los demás o hacia el entorno presenta tres requisitos en donde mencionamos la relación con el diagnóstico de enfermería y son los siguientes:

1. Requisitos del autocuidado universal: Estos requisitos son comunes a todos los individuos e incluyen funciones vitales para la vida (agua, aire, eliminación, etc.), esta se ve ejemplificada en nuestro método científico al identificar las necesidades afectadas mediante las cuales vamos a formular nuestro diagnóstico de enfermería para posteriormente brindar los cuidados o acciones correspondientes ya sean dependientes, independientes o interdependientes.
2. Requisitos de autocuidado del desarrollo: Son aquellos que tienen por objeto promover mecanismos que ayudan a vivir, madurar y prevenir enfermedades que perjudiquen dicha maduración o aliviar sus efectos.
3. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: estos requisitos son comunes en las personas que están enfermas o que han sufrido algún accidente y que presentan algún trastorno o estado patológico en concreto en lo que incluye defectos y discapacidad existe un

diagnostico u se ha iniciado un tratamiento médico para recuperar su autocuidado y poder realizar sus cuidados.²⁴

Teoría del déficit de autocuidado: La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que la necesidad del servicio de enfermería se asocia con factores subjetivos que afectan a personas jóvenes o maduras, cuya acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios que los hace total o parcialmente incapaces de satisfacer el cuidado de sí mismo o de quienes están a su cargo. En nuestro proceso de atención de enfermería, esta teoría se evidencia cuando el personal de enfermería debe brindar al paciente, los diferentes cuidados de enfermería, para de esta forma satisfacer las necesidades afectadas. A partir de este dato la enfermera/o se traza una serie de acciones que conllevaran a satisfacer las necesidades del paciente para mejorar su estado de salud.

Teoría de los sistemas de enfermería: Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados por enfermeras, a través del ejercicio de su actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella que plantean problemas de autocuidados o de cuidados dependientes. Para brindar estos cuidados nos basamos en 3 sistemas:

1. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: Donde la enfermera sule al individuo
 - Realiza el autocuidado terapéutico del paciente.
 - Compensa la incapacidad del paciente de conseguir el autocuidado.
 - Apoya y protege al paciente.

2. Sistema de enfermería parcialmente compensadores:
 - El personal de enfermería proporciona el autocuidado.

-En este sistema existe un vínculo o relación entre la enfermera y el paciente.

La enfermera

-Toma algunas de las medidas del autocuidado por el paciente como ayudarlo en sus actividades.

-Compensa las limitaciones del autocuidado del paciente.

-Asiste al paciente en lo que ese necesite.

El paciente

-Toma algunas medidas de autocuidado (se cumple con el ejemplo anterior).

-Acepta el cuidado y la asistencia e la enfermera Ej.: Cuando la enfermera orienta técnicas de relajación, cuando lo moviliza o le brinda una dieta rica en proteínas para su pronta recuperación.

3. Sistema de enfermería de apoyo-educación: Aquí enfermería actúa ayudando a los individuos par que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Esta va dirigida fundamentalmente a la acción del paciente.

-Realiza el autocuidado.

-Regula el ejercicio y el desarrollo de la acción de autocuidado.

Con esto demostramos la vigencia de la teoría de Dorothea Elizabeth Orem, en nuestro quehacer diario de la teoría del autocuidado de adapta a nuestra realidad en todos los campos de la practica en Enfermería y nos permite analizar e interpretar estas realidades. Con todo lo anterior descrito, se puede brindar a nuestro paciente una atención de excelencia a partir de nuestro quehacer diario.

2.12 Aplicación de la Metodología de la teoría de Orem

Toma de información

1. Evaluar las influencias biológicas, sociales, psicológicas y culturales en la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo.
2. Identificar el impacto de la condición del paciente sobre su propio desarrollo natural.
3. Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
4. Identificar las necesidades de información de paciente y familia y su capacidad de aprender.
5. Identificar y analizar el potencial del paciente para cuidar de sí mismo.

Valoración

1. Realizar una valoración completa y sistemática del paciente.
2. Evaluar el impacto de la condición del paciente sobre su estilo de vida.
3. Identificar las estrategias actuales, utilizadas por el paciente para afrontar su situación.
4. Aprender el impacto de los factores biopsicosociales y culturales en la respuesta del paciente a su condición.
5. Identificar el nivel de desarrollo del paciente y de su familia.
6. Identificar los sistemas de soporte disponibles para el paciente.
7. A partir de la valoración, calcular la demanda de autocuidado terapéutico del paciente.
8. Identificar la naturaleza de cualquier déficit de autocuidado en relación con la condición del paciente y las razones de su existencia.

9. Identificar y analizar las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia.
10. Desarrollar objetivos de cuidados de enfermería basados en el déficit de autocuidado identificados.

Planificación

1. Desarrollar objetivos de cuidado para el paciente que sean coherentes con las necesidades que se han identificados.
2. Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar el déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que pueda encontrarse la familia.
3. Apoyar la toma de decisiones del propio paciente en relación con su cuidado.
4. Identificar y seleccionar los métodos apropiados para controlar el déficit de autocuidado del paciente.
5. Proporcionar los recursos apropiados requeridos para el cuidado del paciente, incluyendo equipo y personal.

Ejecución

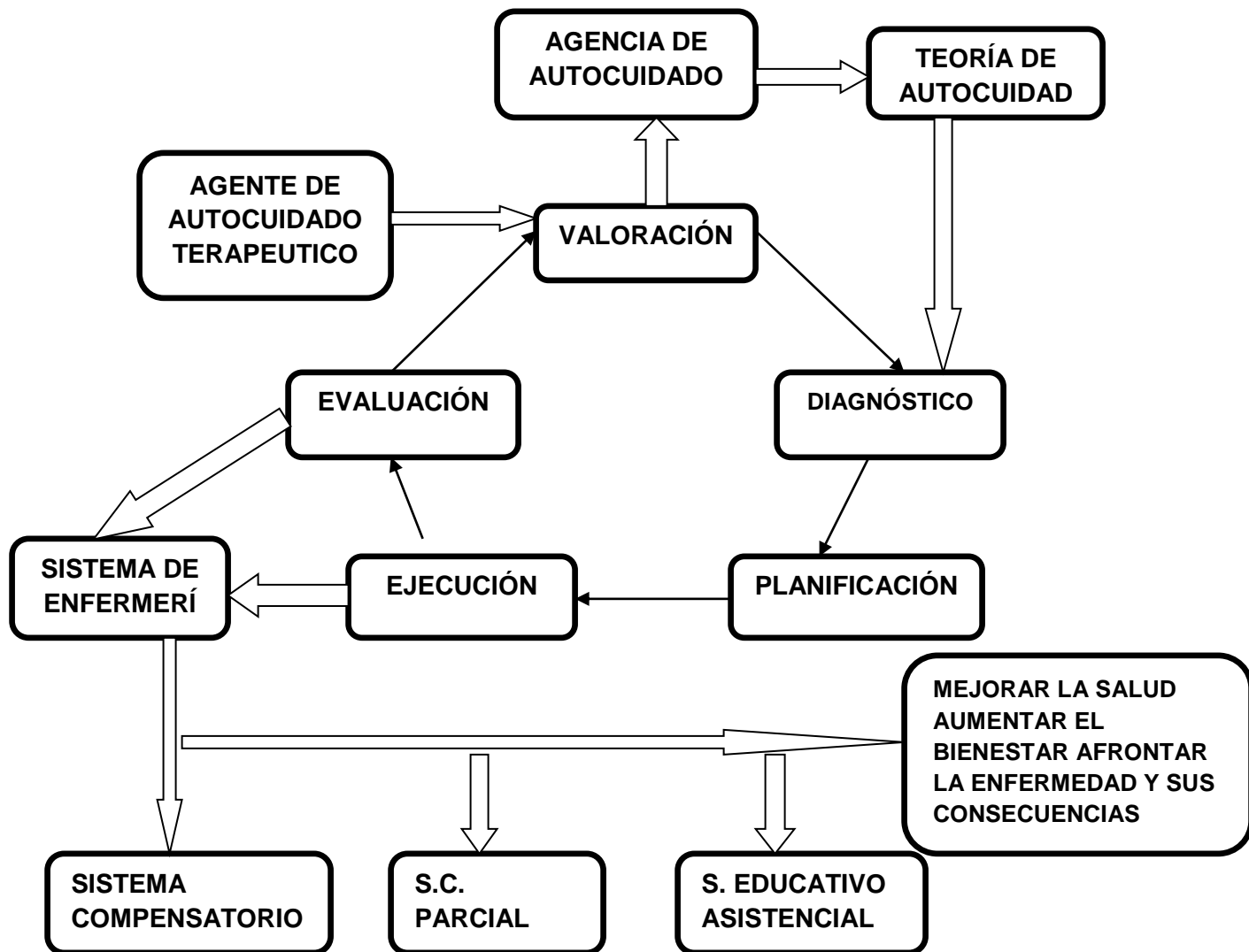
1. Poner en práctica intervenciones de enfermería de acuerdo con el razonamiento científico, la investigación y el plan de cuidados mutuamente establecido.
2. Iniciar las referencias a proveedores de cuidados de la salud y/o a los agentes esenciales que pueden ayudar al paciente a satisfacer a nivel óptimo su actuación como agente de autocuidado.
3. Animar al paciente en el uso de su propio potencial al abordar las limitaciones de autocuidado.

4. Proteger las capacidades de autocuidado del paciente como medio para prevenir nuevas limitaciones del autocuidado.
5. Documentar las observaciones e intervenciones de enfermería pertinentes.

Evaluación

1. Desarrollar criterios que permitan evaluar la efectividad de plan para avanzar hacia una disminución del déficit de autocuidado y un aumento en la agencia del autocuidado.
2. Usar estos criterios al evaluar los resultados de cuidados del paciente y familia en tornos de los objetos establecidos.
3. Usar estándares profesionales de la enfermería como marco para evaluar el proceso de brindar cuidados de enfermería y modificar el plan de cuidados si se requiere.

RELACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHE ELIZABETH OREM Y EL PROCESO ENFERMERO



2.13 Descripción de la patología.

Una vez entendido el significado y objetivo del Proceso Atención en Enfermería (PAE) y la teoría de Enfermería que maneja en este PAE, a continuación se identificara la patología que presenta el paciente A. Luna actualmente.

Cáncer de recto

Para poder abordar de una manera idónea la Patología de Cáncer de recto, iniciare describiendo el concepto y significado de Cáncer. La *American Cancer Society*, nos dice lo siguiente, referente al origen del cáncer: “El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer de manera descontrolada. Existen muchos tipos de cáncer, pero todos comienzan debido a que unas células anormales crecen descontroladamente”. Así que el concepto de cáncer es: Crecimiento descontrolado de células anormales.²⁵

Dicho lo anterior ahora se definirá el concepto de Cáncer de Recto (CR): “Es el crecimiento incontrolado de las células del colon y/o el recto. Los tumores malignos colorectales pueden originarse en cada una de las tres capas: mucosa, muscular y serosa”.²⁵

Se debe agregar, que el cáncer colorrectal es un término que se emplea para el cáncer que se origina en el colon o recto. A estos cánceres se les puede llamar por separados, cáncer de colon o cáncer de recto (rectal) dependiendo del lugar donde se origina. Tanto el cáncer de colon como el cáncer de recto comparten muchas características en común.²⁵

La *American Cancer Society* nos dice, que la mayoría de los cánceres colorectales se desarrollan lentamente durante varios años. Antes de que se origine un cáncer, usualmente se forma un crecimiento de tejido o un tumor

que es un pólipo no canceroso en el revestimiento interno del colon o del recto. Un tumor consiste en tejido anormal que puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso). Un pólipo es un tumor benigno, no canceroso. Algunos pólipos (no todos) pueden transformarse en cáncer, y la posibilidad de transformarse en cáncer, depende de clase de pólipo: Los dos tipos principales de pólipos son:

- Los pólipos adenomatosos (adenomas) son pólipos que pueden transformarse en cáncer. Debido a esto, a los adenomas se les llama una afección precancerosa.
- Los pólipos inflamatorios y los pólipos hiperplásicos, por lo general, no son precancerosos. Pero algunos médicos creen que algún pólipo hiperplásico puede convertirse en precanceroso o puede ser un signo de un mayor riesgo de adenomas y cáncer, particularmente cuando estos pólipos crecen en el colon ascendente.

En el caso del Cáncer de recto La *American Cancer Society*, nos menciona varios tipos de tumores cancerígenos en el colon y recto, que se mencionaran a continuación:

- Adenocarcinomas: Estos cánceres comienzan en las células que forman glándulas que producen mucosidad para lubricar el interior del colon y del recto. Casi siempre que los médicos hablan de cáncer colorectal se refieren a este tipo de cáncer.
- Tumores carcinoides: estos tumores se originan a partir de células especializadas productoras de hormonas del intestino.
- Tumores del estroma gastrointestinal: estos tumores se originan de células especializadas en la pared del colon llamadas células intersticiales de Cajal. Algunos son poco comunes en el colon.

- Linfomas: éstos son cánceres de benignos (no cancerosos), mientras que otros son malignos (cancerosos). Estos tumores pueden ser encontrados en cualquier parte del tracto digestivo, aunque éstos son las células del sistema inmunológico que típicamente se forman en los ganglios linfáticos, pero que también pueden comenzar en el colon y el recto o en otros órganos.
- Sarcomas: estos tumores pueden comenzar en los vasos sanguíneos, así como en el tejido muscular y conectivo de la pared del colon y recto. Los sarcomas del colon o del recto son poco frecuentes.

Es importante también mencionar que el Cáncer de Recto es una neoplasia con elevada incidencia. Las distintas opciones terapéuticas que podrían aplicarse en cada caso van a depender fundamentalmente de la extensión que presenta el tumor en el momento del diagnóstico. Parte importante para un excelente diagnóstico, es la Estadificación del Cáncer de Recto.

La clasificación TNM (Tumor-Nódulo-Metástasis), en su 6ta. Edición, descrita por la International Unión Against Cáncer (IUAC) y la American Joint Committee on Cáncer (AJCC) es la utilizada internacionalmente para la estadificación del Cáncer de Recto. (Tabla 1)

Categorías	Descripción
Tumor Primario (T)	
TX	El tumor primario no puede evaluarse.
TO	No hay evidencia de tumor primario.
Tis	Carcinoma in situ (carcinoma intraepitelial o intramucoso)
T1	El tumor invade la submucosa.
T2	EL tumor invade la _ubseros propia.
T3	El tumor atraviesa la muscular propia y llega a la _ubserosa o al tejido pericolonico o perirrectal no peritonealizada.
pT3a	Expansiones opcionales de T3.
pT3b	Invasión mínima:<1mm por fuera de la muscular propia.
pT3c	Invasión ligera: 1-5mm por fuera de la muscular propia.
pT3d	Invasión moderada: >5-15mm por fuera de la muscular propia.
T4	Invasión extensa:>15mm por fuera de la muscular propia. El tumor invade directamente otros órganos o estructuras (T4a) o perfora el peritoneo visceral (T4b).
Ganglios linfáticos regionales (N)	
NX	Los ganglios linfáticos no puede evaluarse.
N0	No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales.
N1	Hay metástasis en uno a tres ganglios linfáticos regionales.
N2	Hay metástasis en 4 o más ganglios linfáticos regionales.
Metástasis a distancia (M)	
MX	La presencia de metástasis a distancia no puede evaluarse.
M0	No hay metástasis a distancia.
M1	Hay metástasis a distancia.
<p>TNM: tumor, adenopatía, metástasis.</p> <p>cTNM: indica clasificación pretratamiento, basada en la exploración clínica, pruebas de imagen, endoscopia, biopsia o exploración quirúrgica.</p> <p>pTMN: indica clasificación histopatológica posquirúrgica.</p> <p>ypTNM: indica clasificación histopatológica posquirúrgica efectuada tras tratamiento neoadyubante.</p>	

Tabla1

En cuanto a la Epidemiología Nacional e Internacional del Cáncer de Recto, se observa lo siguiente: Los tumores malignos presentan una tendencia ascendente en México. Es importante mencionar que en México, se carece de información sobre la tasas de incidencia del Cáncer de Recto ya que no existe registros poblacionales que permitan el cálculo de la misma, se tiene el número de casos nuevos notificados por los patólogos y médicos oncólogos incorporados al Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM).²⁶

En México, en el 2002, se registraron un total de 108,064 casos nuevos con diagnóstico histopatológico de cáncer;²⁷ del total de casos nuevos, 3,791 (3.5%) correspondieron a cáncer de colon (2.3%) y cáncer de recto (1.2%), situación que motivo que esta neoplasia se ubique dentro de las primeras 10 causas de morbilidad por neoplasia malignas.

Referente a la mortalidad en 1985, el cáncer de colon produjo 1,004 defunciones en ambos sexos. En 2002, el número de casos registrados fue un poco más del doble (2,178 defunciones), situación que da como resultados una tendencia ascendente.

Del total de defunciones registradas para el 2002 (58,612), el 4.48% (2,602) correspondieron a cáncer de colon (2,178) y a cáncer de recto (424), lo que represento una tasa de 2.1y 0.4 por 100,000 habitantes, de manera respectiva. Cerca de 85% de estos tipos de cáncer corresponde a colon.

En los diferenciales de mortalidad por genero se observa un ligero predominio del sexo femenino en el cáncer de colon (51% vs 49%) y del sexo masculino en el cáncer de recto (53% vs 46%).

En el panorama epidemiológico internacional del cáncer colorrectal en 2002, el Cáncer colorrectal en los hombres ocupó el cuarto lugar dentro de las neoplasias a nivel mundial (después del cáncer de pulmón, de próstata y de estómago) con 550,465 casos nuevos; en las mujeres, se ubicó en el tercer

lugar (después del cáncer de mama y de cérvix) con 472,687 casos nuevos.²⁸

En la distribución por edad, se observa que es un padecimiento propio de la edad adulta y un incremento muy acentuado en la tasa de incidencia a partir de los 45 años tanto en hombres como en mujeres, dicho incremento se mantiene hasta alcanzar su valor máximo en la población de 65 años y más (164 y 117 por 100,000 habitantes, de manera respectiva). En relación con la magnitud de las tasas de incidencia por género, se observó que tanto la tasa global de incidencia (17.6 vs. 15.3 por 100,000 habitantes) como las tasas por grupo de edad son mayores en sexo masculino.

De acuerdo con la distribución geográfica, las tasas de incidencia más altas se ubican en Oceanía y Estados Unidos (tasas ajustadas (TA) entre 46.5 y 48.3 casos por 100,000 habitantes para el periodo 1993-97). Las tasas más bajas corresponden por lo regular a Asia, África y Sudamérica (TA entre 10.5 y 12.8).

Tasa de incidencia y tasa de mortalidad mundial por tumores colorectales, según su grupo de edad 2002.				
Edad	Tasa de incidencia		Tasa de mortalidad	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
0 a 14	0.03	0.02	0.02	0.02
15 a 44	3.03	2.55	1.4	1.16
45 a 54	22.24	18.5	9.41	7.95
55 a 64	60.61	41.51	26.6	18.55
64 y +	164.02	116.66	91.26	67.91
Total	17.6	15.3	8.9	8.1

(Tabla 2) Fuente: Globocam 2002 World Health Organization.

El cáncer colorrectal (CCR) es el cáncer más común del tracto gastrointestinal, la tercera causa más común de cáncer y la cuarta causa de

muerte por cáncer en el mundo.²⁹ Su etiología es compleja, incluyendo la interrelación de factores ambientales y genéticos;³⁰ de hecho, los individuos que migran de zonas de baja incidencia para CCR a zonas de alta incidencia, con el tiempo desarrollarán el mismo riesgo que los individuos nativos de dichas áreas de alta incidencia.³¹

Los factores de riesgo ambientales incluyen el tipo, calidad y cantidad de la dieta, estilo de vida y uso de terapia de restitución hormonal. Los factores genéticos incluyen predisposición hereditaria, síndromes de poliposis familiar, síndromes no polipósicos familiares, otras causas familiares y causas no familiares.

Factores de riesgo ambientales dieta y grasas: La ingesta de dietas ricas en lípidos saturados de origen animal aumenta el riesgo de CCR.³¹ Se ha señalado que no importa tanto el tipo de grasas una vez que se ha ajustado el consumo total de calorías para el peso y la edad.³⁰ En cambio, se ha demostrado que la ingesta de lípidos poliinsaturados del tipo omega 3 tiene un efecto protector ya que inhibe la señal β II de la proteína cinasa C y restituye la respuesta del receptor II del factor de crecimiento transformante β (TGF β).

Proteínas: No existe evidencia contundente de que una dieta rica en proteínas aumente el riesgo de CCR.³⁰

Carnes rojas: Su ingesta aumenta el riesgo de CCR. Influyen la temperatura de preparación de la carne ya que a mayor temperatura mayor cantidad de aminos heterocíclicos; de igual forma, influye si la carne se fríe o no y si usa Barbecue; de hecho, en estos casos la ingesta de carne con estas características incrementa dos veces la prevalencia de adenomas.³⁰

Fibra: Se ha asociado la ingesta abundante de fibra a una baja incidencia de CCR.³² Entre los mecanismos propuestos se encuentran que la fibra favorece la disminución del pH intraluminal lo que disminuye la mutagenicidad de los ácidos biliares secundarios, la dilución de los carcinógenos, da lugar a la formación de ácidos grasos de cadena corta a través de la fermentación bacteriana, e induce la fijación de ácidos biliares aumentando su excreción.³³

Consumo de frutas, vegetales, vitaminas: De forma tradicional se ha asociado la ingesta de frutas y vegetales con un efecto protector, sobre todo los vegetales verdes y si se consumen crudos. Este efecto se ha asociado al contenido de vitaminas antioxidantes (A, E y C), la presencia de carotenoides (β caroteno, licopeno, α caroteno, luteína, β criptoxantina); sin embargo, se ha encontrado una

Relación inversa entre la ingesta de luteína y CCR, este efecto es máximo en menores de 67 años y en tumores de colon derecho.³⁴ De igual forma, el uso prolongado de suplementos vitamínicos durante periodos prolongados disminuye el riesgo de CCR en un 75%.³⁵ Este efecto se debe principalmente al ácido fólico, el cual es esencial para la regeneración de la metionina, principal donador de grupos metilo durante la síntesis de purinas y pirimidinas, y la reparación del ADN.³⁶

Estilo de vida, Consumo de alcohol y tabaco: Se he sugerido que la ingesta de más de dos bebidas alcohólicas por día aumenta dos veces el riesgo de CCR.³¹ El tabaquismo prolongado se asocia a mayor riesgo de CCR, de forma tal que si se consumen más de 20 paquetes-año de cigarrillos se aumenta el riesgo de adenomas, así, si se consumen más de 35 paquetes-año aumenta el riesgo de CCR.³⁰

Consumo de café: La ingesta de café podría disminuir el riesgo de CCR debido a su contenido de sustancias antimutagénicas y compuestos

fenólicos, además aumenta la motilidad intestinal disminuyendo el tiempo de contacto de la mucosa con los agentes muta génicos. La cafeína, por su parte, disminuye la excreción de ácidos biliares y esteroides.³⁷

Actividad física y masa corporal: Se ha relacionado el grado de actividad física y el Índice de Masa Corporal (IMC) de forma inversa con el riesgo de cáncer de colon pero no de recto, este efecto es mayor en los hombres.³⁸

Uso de analgésicos no esteroideos: El uso de AINE se asocia con una disminución del riesgo de CCR, los estudios epidemiológicos reportan disminución en la incidencia de adenomas, CCR y muerte por CCR.³⁹ De igual manera, se ha reportado que el uso de AINE, específicamente sulindac y celecoxib favorecen la disminución del número y tamaño de los adenomas en la poliposis adenomatosa familiar (PAF) e incluso pueden provocar la regresión de las lesiones.⁴⁰

Terapia de restitución hormonal en posmenopáusicas: Se sugiere una disminución del riesgo de CCR en mujeres posmenopáusicas que están bajo tratamiento de restitución hormonal⁴¹ y este efecto se mantiene hasta 10 años después de suspender el tratamiento. Se ha visto que el uso de anticonceptivos orales también disminuye el riesgo si se asocia a menarca tardía; en cambio, si el primer embarazo se presenta de forma tardía se incrementa el riesgo.⁴²

Por lo que se concluye que la terapia hormonal sí disminuye el riesgo de CCR pero que los casos que a pesar de la terapia hormonal desarrollan CCR se presentan en estadios más avanzados.⁴³

Factores genéticos, Predisposición hereditaria: Los antecedentes familiares de CCR confieren un riesgo aumentado a lo largo de la vida para CCR.³¹ La

afección de un familiar de primer grado duplica el riesgo de CCR y aumenta de forma importante si el familiar es menor de 60 años. Asimismo, los antecedentes de CCR incrementan el riesgo de pólipos adenomatosos en familiares directos.³¹

Síndromes polipósicos familiares Poliposis adenomatosa familiar (PAF): Representa el 1% de los CCR. Heredado de forma autosómica dominante con penetrancia de 100%, se caracteriza por cientos a miles de pólipos adenomatosos que se diagnostican desde los 15 años y que, sin tratamiento quirúrgico, desarrollarán CCR para los 39 años y la muerte por CCR a los 42 años en el 100% de los casos.⁴⁴ Se ha reportado una forma atenuada de PAF caracterizada por tener menos adenomas y diagnóstico de CCR a los 50 años. Presenta manifestaciones extracolónicas tanto benignas (osteomas, adenomas de suprarrenal, etc.) como malignas (cáncer de tiroides, gástrico, SNC).³⁰

Se recomienda a los familiares de primer grado iniciar la detección a los 12 a 15 años con sigmoidoscopias anuales, si los resultados son normales continuar anualmente hasta los 18 años, edad en que se continúa con la detección con colonoscopias anuales hasta la edad de 30 años, después de esa edad, si los resultados son negativos se pueden realizar cada 2 a 3 años. En caso de cualquier anomalía, se realizará colonoscopia y se dará tratamiento con base en diagnóstico.⁴²

Cáncer colorectal no polipósico hereditario: El síndrome autosómico dominante es la forma más común de CCR hereditario. Cerca de 75% de los pacientes afectados desarrollarán CCR, aproximadamente a los 65 años de edad.⁴²

Este síndrome se caracteriza por el inicio temprano de CCR de predominio derecho asociado a hasta 100 pólipos que se distinguen por una rápida progresión a CCR. Existen dos tipos: Lynch I sólo presenta CCR; y Lynch II,

que asocia a otros tipos de cáncer (endometrio, intestino delgado y urológico). La edad promedio de diagnóstico de CCR es de 45 años; en el 35% de las pacientes, el primer diagnóstico es de cáncer endometrial. La AAC recomienda iniciar la detección a los 20 años en familiares y repetir cada 1 a 3 años.⁴⁵

Síndromes poliposis hamartomatosa: Incluyen varios síndromes, entre los más comunes están el Síndrome de Peutz-Jeghers y el Síndrome de poliposis juvenil.

Ambos síndromes son raros, afectan a población infantil o juvenil y representan menos de 1% los casos de CCR. El síndrome de Peutz-Jeghers se caracteriza por pólipos en colon y en intestino delgado los cuales, por su tamaño, tienden a sangrar, además de la presencia de lesiones pigmentadas en mucosa oral, periorbitarios y dedos. Este síndrome se asocia a otros tipos de cáncer como el de mama, estómago, o páncreas. El Síndrome de poliposis juvenil es difícil de distinguir clínicamente del Síndrome de Peutz-Jeghers, la diferencia radica en que los pólipos son clónicos y no hay manifestaciones extraintestinales. Otros síndromes que se asocian a pólipos hamartomatosos son el Síndrome de Cowden y el Síndrome de Bannayan-Ruvalcaba-Riley. La característica de estos síndromes se encuentra en el gen afectado, así, el gen LKB1 es el afectado en el Síndrome de Peutz-Jeghers, PTEN el gen afectado en el Síndrome de Cowden y el Bannayan-Ruvalcaba-Riley, y varios genes en la poliposis juvenil (PTEN, SMAD4).^{42,45,46}

Otras causas familiares (hasta 20-30% casos de CCR) Historia personal de adenomas o CCR: La presencia de adenomas previos se asocia a mayor riesgo de nuevos adenomas, aunque no todos los adenomas tienden a malignizar. El riesgo de recurrencia de adenomas se asocia al número, tamaño y grado de displasia o cambios vellosos.⁴⁷ Se recomienda que

posterior a la polipsectomía se repita la colonoscopia en 1 a 3 años dependiendo del tamaño de los adenomas (menos 1 cm o más de 1 cm), número de adenomas y grado de displasia.

El antecedente de CCR aumenta el riesgo de recurrencia, su incidencia es de 6% y el riesgo de desarrollar adenomas es de 25%. La primera colonoscopia de control se debe realizar al año, si los resultados son normales a los tres y si aún son normales cada cinco años.⁴⁸

Enfermedad inflamatoria del intestino: Constituida por la Colitis ulcerativa crónica y la Enfermedad de Crohn, la incidencia y características del CCR es similar en ambas patologías. Para la Colitis ulcerativa asociada a pancolitis, el riesgo de CCR es de 5.4%, si no hay pancolitis (Enfermedad de Crohn) el riesgo es de 3.7%.⁴⁹ El riesgo de desarrollar CCR después de 10 años de padecer la Enfermedad inflamatoria del intestino es de sólo 2%, aumenta a 8% a los 20 años y a 18% a los 30 años. Es recomendable iniciar las colonoscopias a los 7 a 8 años con toma de biopsias al azar cada 10 cm y repetir el estudio de forma anual o bianual.⁴²

En la población general la detección se inicia a partir de los 50 años, utilizando diversos procedimientos como sangre oculta en heces cada año, sigmoidoscopia flexible cada cinco años de forma individual o en combinación. De la misma manera es necesario realizar enema de bario a doble contraste y colonoscopia cada 10 años.

III. Metodología.

3.1 Historia Clínica

Fecha. 18 de Diciembre de 2014.

Lugar. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Ficha de identificación

Nombre. Luna A.

ECU. 2272XXX Servicio de Gastroenterología/Coloproctología-107

Cama. 31

Sexo. Masculino.

Edad. 49 años.

Originario. Distrito Federal.

Residencia. Col. Villas de San Lorenzo. Chimalhuacán, Estado de México.

Escolaridad. Preparatoria concluida.

Estado Civil. Casado.

Religión. Católica. Cree en Dios.

Ocupación. Artesano trabaja la piedra y mármol. (Oficio heredado por su padre).

Antecedentes Heredo-Familiares

Padre Asma Bronquial, Madre HAS, restos negados.

Antecedentes Personales No patológicos

Tabaquismo. De los 20 a los 35 años, de 3 a 5 cigarrillos al día.

Alcoholismo. Bebedor social 1 a 4 cervezas sin llegar a la embriagues, 1 vez cada dos meses.

Toxicomanías. Negadas.

Deporte y ejercicio. Actualmente camina cada tercer día, de 30 a 40 minutos, es su rutina básica de ejercicio. Los fines de semana practica futbol soccer. Antes del padecimiento actual el Sr. Luna informa que su vida era muy sedentaria.

Habitación. Habita en casa propia, herencia familiar, la comparte con dos hermanas cada hermano tiene su propia vivienda, del medio urbano, construida de tabique y techo de cemento, cuenta con dos cuartos, un baño, 4 ventanas. Habita con tres personas y convive con un perro. Cuenta con servicios básicos de urbanización agua, gas, electricidad y drenaje. Dentro de la colonia donde vive, hay: centro de salud, mercado, kínder, primaria, secundaria, universidad y espacios recreativos.

Alimentación. Acostumbra a tomar agua simple de garrafón 2lts al día y 500 ml de jugo de frutas embotellado. Realiza tres comidas al día, desayuna y cena en casa, se lleva alimento de su domicilio para comer en su trabajo. Alimentos que consume días/semana: Leche 0/7 (Intolerante a la lactosa), Huevo 2/7 (2 pzs por día), Carne 0/7, Verduras 7/7, Frutas 7/7 (3 pzs por día), Tortillas 7/7 (3 pzs en cada tiempo de comida), Pan 0/7, Embutidos 3/7 (Consume jamón de pechuga de pavo bajo en sodio), el consumo de sal y azúcar lo ha disminuido considerablemente. Alimentos que no consume ya que no los digiere bien son: carne roja, café, mole, grasa e irritante. La carne que más consume es la de pollo ya que su esposa se la prepara de diferentes maneras.

Inmunizaciones. Esquema de vacunación completo, no porta cartilla.

Trabajo, Descanso y Sueño. Su oficio es artesano, trabajo varios tipos de piedra y mármol, realiza acabados para casas. Este oficio lo aprendió desde niño, ya que su padre le enseñó este oficio. Trabaja para un arquitecto que tiene una compañía de remodelación de interiores y por su parte el Sr. Luna realiza trabajos extras que algún cliente le mandan hacer con él. Duerme de 6 a 8 horas diarias, no refiere insomnio y descansa los domingos.

Pasatiempos y Hobbies. Futbol Soccer, Correr, hacer esculturas.

Integración Familiar. Tipo de familia nuclear, tiene dos hijos una adolescente de 18 años y un niño de 8 años. El Sr. Luna informa que la relación y la comunicación con su esposa es muy buena, y la relación con sus hijos es buena, las actividades familiares que realizan juntos es ir al parque, comer o cenar todos los días y si la economía lo permite ir al cine. La relación que tiene con sus hermanas es buena, acostumbran comer juntas las tres familias todos los domingos.

Actitud ante la vida. Cree en Dios y quiere salir de esta enfermedad, quiere ver crecer a sus hijos ya que son su fortaleza.

Antecedentes Patológicos

Niega crónicos, alergias negadas, quirúrgicos y transfusiones negados, restos negados.

Antecedentes Andrológicos

IVSA a los 14 años, NPS 15, Niega relaciones de riesgo y ano recepción, ETS negadas.

Padecimiento Actual

Inicia su padecimiento actual hace dos años y medio, estreñimiento constante, así como dolor referido al ano. Desde hace un año y medio el dolor se intensificó con sangrado transanal rojo rutilante, en moderada cantidad. Desde hace seis meses con disminución en el calibre de las heces, así como tenesmo, evacua cada tres días, brístol 4 con disminución del calibre.

Antecedentes Andrológicos

IVSA 14años, NPS 15, Niega relaciones de alto riesgo y ano recepción, ETS Negadas.

Neurológico. Niega vértigo, parestesias, niega cefalea.

Respiratorio. Niega tos, expectoración, disnea.

Cardiaco. Niega dolor precordial, disnea ni palpitaciones.

Gastrointestinal. Lo referido en padecimiento actual.

Urinario. Ninguno.

Hematológico. Niega discrasia sanguínea, equimosis. Niega palidez de tegumentos.

IV. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA.

4.1 Exploración Física.

TA 100/70mm/hg, FC 75, FR 18, Temp. 36.0°C

Paciente. Masculino de edad aparente a la cronológica y aparentemente íntegro. En decúbito dorsal. Meso mórfico y normo líneo. Orientado en las 3 esferas, cooperador, con adecuado estado de conciencia. Facies tranquila. No presenta movimientos anormales ni alteraciones del lenguaje.

Piel y faneras. Grosor y coloración de piel normales. Temperatura, humedad, elasticidad y textura sin alteraciones. No hay descamación ni lesiones. Cabello grueso, liso, flexible y suave. Bien distribuido, sin sequedad ni fragilidad. Uñas con color, higiene y longitud adecuados, sin signos de fragilidad o lesiones. No dolorosas.

Cabeza. Posición erguida, de tamaño y forma correcto, sin salientes o depresiones. Rasgos faciales simétricos, sin características inusuales. Facies tranquila, sin tics. Cuero cabelludo móvil y sin áreas sensibles. No hay inflamación de glándulas salivales ni de ganglios.

Cuello. Simétrico, de adecuado grosor y longitud. Tráquea móvil y central. No hay masas palpables ni inflamación de ganglios. No se observa ingurgitación yugular. Movimientos simétricos, sin tiros. Tiroides de tamaño y consistencia normal. No hay dolor a la palpación.

Ojos. Cejas íntegras y de buen tamaño y situación. Coloración de piel circundante normal. Pestañas en posición adecuada y sin descamación. No hay eritema ni ictericia. Glándulas lagrimales sin inflamación ni secreción. Pupilas isocóricas y redondas. Oclusión palpebral completa. Oftalmoscopia y estudio de agudeza visual derivados. Campos visuales normales.

Movimientos oculares completos. Acomodación pupilar presente. Reflejos consensual, luminoso y corneal presentes.

Oídos. Pabellones auriculares de implantación correcta, simétricos, sin anomalías en forma, tamaño o color. No presentan lesiones. Conducto auditivo externo sin secreciones. Otoscopia derivada. No se encuentran zonas sensibles, nódulos o inflamación.

Nariz. Sin alteraciones en forma, tamaño o color. No se aprecian descargas por narinas ni eritema en mucosa. Ambas fosas permeables. No se encuentran masas ni sensibilidad. Senos paranasales no dolorosos. No se evalúa primer par craneal.

Boca. Labios simétricos, de color y movimiento adecuados. No se observan lesiones o edema. Mucosa oral hidratada, no hay hiperemia ni descargas. No usa prótesis. Se encuentra caries en molar superior y amalgama en un molar superior y otro inferior. Lengua hidratada, móvil, no dolorosa. Paladar suave móvil. No hay signos de lesión ni halitosis.

Tórax. Tórax y movimientos de amplexión y amplexación simétricos. Vello abundante de distribución normal. No se observan deformidades ni lesiones. No se observa el choque de la punta ni tiros intercostales. A la palpación se encuentra apéndices xifoides protrúyete, no hay zonas de sensibilidad y no se encuentran otras alteraciones. Vibraciones vocales presentes y de adecuada intensidad. No hay crepitación. No se palpa frémito. A la percusión se escucha un tono resonante en campos pulmonares y la matidez correspondiente a la silueta cardiaca. A la auscultación se escucha el murmullo vesicular de buena intensidad, sin ruidos inspiratorios o espiratorios agregados. Ruidos cardiacos sin alteraciones.

Abdomen. Piel sin estriaciones ni cicatrices, con abundante vello. Cicatriz umbilical en adecuada situación con reflejos musculo cutáneos presentes.

Abdomen plano, simétrico, sin distensiones. A la auscultación se encuentran ruidos peristálticos presentes. No se auscultan roces ni soplos. A la percusión se escucha tono timpánico. No se percute matidez timpánica. A la palpación superficial y profunda no se encuentran zonas de sensibilidad o dolor, no se palpan masas ni visceromegalias. Signo de McBurney y rebote negativos. No hay reflujo hepatoyugular. No hay dolor al puño percusión ni en puntos uretrales.

Genitales masculinos. Acorde a la edad. Región perianal normal, con tumor circunferencial estenosante, a 8cm del margen anal, de consistencia pétreas, , margen no franqueable.

Musculo esquelético. Reflejos osteotendinosos presentes. Arcos de movimiento completos no dolorosos. Buen tono y fuerza muscular.

4.2 Valoración Focalizada.

Postoperatorio

Fecha. México D.f, a 24 de Diciembre de 2014. 6:15am

Lugar. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Servicio de Gastroenterología 107 **Cama** 31. Postoperatorio.

Nombre. Luna A.

Los 8 Requisitos Universales

1. Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.

Paciente postoperatorio de Resección anterior ultra baja, con resección parcial de próstata y de vesículas seminales + Cistotomía con cistorafia y talla supra púbica, colocación de sonda Foley + Colorecto anastomosis e ileostomía de protección de dos caras. No presenta dificultad para respirar.

Paciente se encuentra con puntas nasales 3ltsX'. Llenado capilar. 3"
FC. 91 FR. 24 T/A. 100/60mm/hg. Temp 35.9°C

2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.

Líquidos vía oral. 350ml

Vía parenteral. 1,230ml Esquema de soluciones. AVP#20 MTD FI
23/12/14

Sol. Glucosada 5% 1000cc + 1amp de KCL P/8hrs.*

Sol. Salina 0.9% 1000cc + 1amp de KCL P/8hrs.

Sol. Glucosada 5% 1000cc + 1amp de KCL P/8hrs.

Sol. Hartmann 1000cc P/4hrs.

Medicamentos:

Ketorolako 30mg IV C/8hrs.*

Tramadol 100mg IV C/8hrs. (Paciente manifestó efectos adversos al Tramadol)

Metamizol 1gr IV C/8hrs.*

Enoxoparina 40mg SC C/12hrs.*

Ondasetron PRN

Ciprofloxacino 400mg IV C/24hrs.*

Metronidazol 500mg IV C/24hrs.*

3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.

Paciente postoperatorio, inicio con dieta líquida a tolerar. Tolero bien la dieta líquida y cambia a dieta blanda.

Desayuno: Atole y una manzana hervida. 250ml.

Comida: Pollo con verduras, gelatina y agua. 350ml.

Hasta el momento ha tolerado la dieta blanda.

4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.

Paciente postoperatorio del día 24 de diciembre de 2014.

Dreno Vack 1/8 FI 23/12/14. Se dreno 200ml líquido ceromático.

Sonda Vesical 16Fr FI 23/12/14. Se dreno 750ml amarillo claro.

Ostomia de dos caras, con bolsa recolectora de una sola pieza. FI 23/12/14. Se dreno 220ml semilíquida color café oscura.

5. Equilibrio entre actividades y descanso.

Por la cirugía realizada, el paciente se encuentra en reposo moderado. No tiene problemas para dormir, después de la cirugía ha dormido 10hrs seguidas.

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

La comunicación es verbal y directa. El paciente siempre se encuentra acompañado de un familiar, ya sea su esposa o su hermana que se dedican a cuidarlo en su estancia hospitalaria.

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

Herida quirúrgica abdominal transversal de 12cm, bordes adheridos, limpia, sin datos de infección y sangrado.

Presenta debilidad en extremidades inferiores. Escala de riesgo de caídas J.H. Downton 5.

Escala de Riesgo de UPP Branden Bergtron 16.

EVA 8. Tipo Visceral. Causa Herida quirúrgica. Tiempo y duración Intermitente.

El paciente presenta reacciones adversas al Tramadol. Presenta mareos constantes y ganas de vomitar. Suspendo inmediatamente la ministración del medicamento e informo al médico tratante y al médico de guardia, sobre la reacción secundaria al medicamento. Espero nuevas indicaciones por parte del médico tratante y el médico de guardia. El paciente no presenta complicaciones mayores a la ministración del Tramadol, solo las mencionadas anteriormente.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.

Herida quirúrgica abdominal transversal de 12cm, bordes adheridos, limpia, sin datos de infección y sangrado.

Ostomia de dos caras con bolsa recolectora de una sola pieza. FI 23/12/14. Se le informa del manejo de la bolsa recolectora.

4.3 Relación entre el Déficit y la Capacidad de Autocuidado.

REQUISITO DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DE AUTO CUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.	Estado de salud actual. Cáncer Colorectal.	Tumor colorectal de circunferencia estenosante a 8 cm del margen anal, obstruyendo el 80 % de la luz.	Disminución del 80% la luz colorectal.	Tiene la capacidad de participar en todas las actividades relacionadas con su tratamiento.
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Factores del sistema de cuidados de salud como el diagnóstico, tratamiento y rutina hospitalaria.	Irritabilidad, Angustia, Estrés, Somnolencia.	Asociados a los cambios del estilo de vida y rutina hospitalaria.	Tiene la capacidad de participar en todas las actividades relacionadas con su tratamiento.
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	Factores del sistema de cuidados de salud, como la enfermedad y su tratamiento.	La alimentación debe ser alta en fibra y a libre demanda en líquidos.	Estado de salud actual. Cáncer Colorectal.	Tiene la capacidad de participar en todas las actividades relacionadas con su tratamiento.
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.	Factores del sistema de cuidados de salud.	Estado de salud actual.	Estado de salud actual. Cáncer Colorectal.	Tiene la capacidad de participar en todas las actividades sociales, culturales y de la vida diaria.

4.4 Jerarquización de los Requisitos Universales

Requisitos Universales de Autocuidado	Jerarquización
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	3
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	4
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	5
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.	2
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	6
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	7
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.	1
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 de ser normal.	8

4.5 Jerarquización de Diagnósticos de Enfermería.

No.	Diagnóstico de Enfermería	Déficit de Autocuidado
1	Déficit en la prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y bienestar R/C Inflamación del sistema inmunológico M/P Respuesta alérgica al Tramadol, Hipotensión 10/60mm/hg, Nauseas, Malestar general, Informe verbal por parte del paciente.	Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar.
2	Déficit en la prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y bienestar R/C Postoperado de resección anterior ultra baja, con resección parcial de próstata y de vesículas seminales más colorrecto anastomosis M/P Dolor EVA 8, Informe verbal por parte del paciente, Facies de dolor.	Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar.
3	Déficit en la prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y bienestar R/C Ansiedad M/P Nerviosismo, Incertidumbre, Preocupación, Angustia, Temor a consecuencias inespecíficas, Conciencia de los síntomas fisiológicos.	Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar.
4	Riesgo de infección R/C Herida quirúrgica abdominal, Procedimientos invasivos.	Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar.
5	Riesgo de caídas R/C Escala de riesgos de caídas J.H Downton 5, Estados Postoperatorios, Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.	Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar.
6	Riesgo de prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y bienestar R/C La adaptación del dispositivo recolector del estoma, Integridad cutánea.	Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar.

4.6 Plan de Cuidados

Déficit Alterado: Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar.

Dx. de Enfermería: Déficit en la prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y bienestar R/C Inflamación del sistema inmunológico M/P Respuesta alérgica al Tramadol, Hipotensión 10/60mm/hg, Náuseas, Malestar general, Informe verbal por parte del paciente.

Objetivo: Evitar un efecto centinela.

Intervenciones de Enfermería	Tipo de intervenciones: Independientes Interdependiente	Fundamentación Científica	Agencia de Autocuidado TC PC AE
Suspender la ministración del medicamento (Tramadol) inmediatamente.	Independiente	La observación sistemática y científica incrementa la calidad de la atención de enfermería. Las reacciones farmacológicas adversas incluyen sobredosis, intolerancia, efectos secundarios, idiosincrasia e hipersensibilidad. La presencia de anafilaxia o choque anafiláctico requiere la suspensión inmediata del medicamento. ⁵³	TC
Monitorización de signos vitales.	Independiente	Los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo en una forma constante, como la temperatura, respiración, pulso y tensión arterial o presión sanguínea. ⁵³	TC

Dar aviso al médico tratante y pedir apoyo al área de enfermería con el carro rojo, en caso de ser necesario su uso.	Independiente	La comunicación entre los profesionales de la salud, está influida por la relación que existe entre ellos. Surgen problemas en la comunicación, por lo que los profesionales de la salud, en el proceso de la misma, hacen inferencias a partir de datos inadecuados. ⁵³	TC
Tranquilizar al paciente y mantenerlo informado.	Independiente	La información favorece a que el paciente se tranquilice. ⁵³	TC
Registrar en la hoja de enfermería la reacción adversa al medicamento. Colocar el brazalete y la tarjeta de alergias al paciente.	Independiente	Integrar los registros de los problemas de salud del paciente, nos ayuda a planear acciones que van dirigidas a la solución del problema paciente. El registro de los fármacos administrados al paciente constituye un documento legal. ⁵³	TC
Mantener la vigilancia al paciente por cualquier otra reacción alérgica.	Independiente	El conocimiento sobre la interacción de los medicamentos permite, por un lado, aprovechar su resultado terapéutico y por otro, evitar riesgos en el paciente. ⁵³	TC
Poner en conocimiento al paciente, familiares, amigos y compañeros de trabajo de su condición alérgica, para que actúen de manera adecuada en caso necesario.	Independiente	Todo paciente alérgico debe conocer la gravedad de la anafilaxia, e instruirle para que tome las precauciones correspondientes.	AE
Evaluación: Se proporcionó los cuidados de enfermería para evitar un efecto centinela. Emodinamicamente el paciente se encuentra estable. Se mantiene la vigilancia de los signos vitales. Después de la suspensión de la administración del tramadol, los efectos secundarios fueron disminuyendo paulatinamente.			

Plan de Cuidados

Déficit Alterado: Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar.			
Dx. de Enfermería: Déficit en la prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y bienestar R/C Postoperado de resección anterior ultra baja, con resección parcial de próstata y de vesículas seminales más colorecto anastomosis M/P Dolor EVA 8, Informe verbal por parte del paciente, Facies de dolor.			
Objetivo: Disminuirá el dolor del Sr. Luna EVA 4, manteniéndolo estable.			
Intervenciones de Enfermería	Tipo de intervenciones: Dependientes Independiente Interdependiente	Fundamentación Científica	Agencia de Autocuidado TC PC AE
Manejo del dolor: Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.	Independiente	Promover Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. ⁵²	TC
Ministración de analgésicos: Ministrará los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia Ketorolako 30mg c/8 hrs.Clonixinato de lisina 100mg P/24 hrs.	Independiente	Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor. ⁵²	TC
Vigilar reacciones al paciente al medicamento Clonixinato de lisina.	Independiente	Las reacciones tóxicas pueden ser agudas, ocasionadas por dosis excesivas o crónicas, por acumulación progresiva de la sustancia en el cuerpo. La alergia al fármaco (hipersensibilidad) es resultado de una reacción de antígeno-anticuerpo en pacientes susceptibles. ⁵³	TC
Evaluación: Disminuyó el dolor EVA 5. Se continuará valorando la intensidad del dolor cada dos horas. El estado hemodinámico del Sr. Luna es estable, se vigilara los signos vitales.			

Plan de Cuidados

Déficit Alterado: Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar.			
Dx. de Enfermería: Déficit en la prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y bienestar R/C Ansiedad M/P Nerviosismo, Incertidumbre, Preocupación, Angustia, Temor a consecuencias inespecíficas, Conciencia de los síntomas fisiológicos.			
Objetivo: Disminuirá la ansiedad. Se dará información al Sr. Luna referente a su tratamiento.			
Intervenciones de Enfermería	Tipo de intervenciones: Dependientes Independiente Interdependiente	Fundamentación Científica	Agencia de Autocuidado TC PC AE
Escucha Activa: Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como contenido de la conversación. Favorecer la expresión de sentimientos. Mostrar interés en el paciente. Verificar la comprensión del mensaje.	Independiente	Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, personales y otras destrucciones. ⁵³	TC
Guía de anticipación: Ayudar al paciente adaptarse anticipadamente a los cambios de papeles. Involucrar a la familia y/o seres queridos, si procede.	Independiente	Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis en desarrollo y/o circunstancia y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar. ⁵³	TC
Apoyo emocional: Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.	Independiente	Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.	TC
Evaluación: El Sr. Luna expresa su sentir. Se siente más calmado. Se le brinda información referente a su tratamiento. La ansiedad disminuye.			

Plan de Cuidados			
Déficit Alterado: Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar.			
Dx. de Enfermería: Riesgo de infección R/C Herida quirúrgica abdominal, Procedimientos invasivos.			
Objetivo: Evitar riesgos de infección.			
Intervenciones de Enfermería	Tipo de intervención: Dependiente Independiente Interdependiente	Fundamentación Científica	Agencia de Autocuidado TC PC AE
Evaluar herida del paciente: Datos de infección, calor, rubor, ardor.	Independiente	Son factores sistémicos a considerar en el paciente que presenta una herida; edad, estado hídrico y nutricional, factores estresantes, presencia de enfermedades crónicas y estado inmune, principalmente. ⁵³	TC
Lavarse las manos	Independiente	La piel y mucosas contienen gérmenes. El lavado de mano disminuye la transmisión de enfermedades. ⁵³	TC
Preparar y trasladar el carro de curaciones a la unidad clínica si es necesario, o trasladar al paciente al cuarto de curaciones.	Independiente	El inadecuado suministro de material y equipo producen pérdida de tiempo, esfuerzo, así como desconcierto y tensión innecesarios. ⁵³	TC
Explicar al paciente el procedimiento el procedimiento y la forma en la que puede colaborar.	Independiente	La comunicación y relación interpersonal influyen en la participación efectiva del individuo y la familia. La comprensión del procedimiento disminuye o calma la ansiedad. La explicación al paciente las condiciones de la herida depende de sus necesidades. ⁵³	TC

Aislar al paciente o cerrar la puerta del cuarto de curaciones.	Independiente	Un ambiente terapéutico requiere de relaciones humanas y familiares adecuadas a cada situación. Los microorganismos patógenos son diseminados por métodos indirectos e indirectos. ⁵³	TC
Dar al paciente una posición adecuada de acuerdo con el sitio lesionado, descubriendo únicamente la zona a curar.	Independiente	Una posición correcta permite una curación completa y libre riesgo de contaminación. ⁵³	TC
Retirar el material socio con la pinza o los guantes y observar la herida y el curso de cicatrización.	Independiente	La humedad y solvente facilitan la remoción del material de curación adherido a las heridas. La detección oportuna y correcta de las manifestaciones clínicas permite la remisión del paciente a profesionales de la salud indicados. La toma de decisiones requiere conocimientos, experiencia y práctica. Las manifestaciones clínicas de infección son: Además de la correspondientes al proceso inflamatorio formación de pus hipertermia, taquicardia, taquipnea, anorexia, náuseas, vómito y cefalea. ⁵³	TC
Lavarse las manos y abrir los equipos estériles, haciendo con la envoltura un campo estéril para colocar el equipo y material requeridos.	Independiente	La somatización reduce a un nivel de seguridad el número de contaminantes bacteriana. Los microorganismos se diseminan por vía respiratoria, tubo digestivo, sangre, por contacto directo o vía aérea. ⁵³	TC
Calzarse los guantes.	Independiente	Los guantes sirven de barrera de entrada de microorganismos patógenos y protege el personal de salud de infecciones. ⁵³	TC

<p>Limpiar con jabón líquido la herida del centro la periferia o en línea recta, con una gasa sostenida por una pinza. Cambiar gasas cuantas veces sea necesario. Realizar estos pasos hasta lograr una herida limpia.</p>	<p>Independiente</p>	<p>Los jabones son solubles al agua. A mayor número de organismos se requiere mayor con cent ración del agente destructor. La piel y mucosas suelen lesionarse por agentes químicos, mecánicos, térmicos o microbianos. La herida quirúrgica considera más limpia comparada con la zona circundante.⁵³</p>	<p>TC</p>
<p>Enjuagar la herida con solución para irrigación o agua estéril.</p>	<p>Independiente</p>	<p>La desinfección es el proceso físico o químico por el cual se destruyen los agentes patógenos, excepto las esporas. Los agentes químicos tienen propiedades bactericidas, bacteriostáticas y bacteriolíticas. El agua corriente favorece al arrastre mecánico de microorganismos.⁵³</p>	<p>TC</p>
<p>Secar con gasa estéril, preferentemente cambiando de piza y gasa.</p>	<p>Independiente</p>	<p>La humedad favorece al crecimiento bacteriano. Un objeto sucio contamina a uno estéril.⁵³</p>	<p>TC</p>
<p>Aplicar vendoteles o retirar puntos de sutura si el caso lo amerita, y cubrir la herida con material de curación estéril.</p>	<p>Independiente</p>	<p>El material de curación proporciona las condiciones necesarias de protección al paciente en tratamientos medios quirúrgicos. La protección de heridas con material estéril evita su contaminación. Los apósitos secos inhiben la multiplicación y el paso de gérmenes.⁵³</p>	<p>TC</p>

Retirarse los guantes y sujetar el apósito con material adhesivo o de contención, según el caso.	Independiente	La protección del epitelio superficial antes de fijar el material adhesivo evita lesiones posteriores. La circulación sanguínea transporta minerales que nutren o reparan los tejidos corporales. ⁵³	TC
Colocar el instrumental sucio en el recipiente con agua jabonosa que se encuentra en el carro de curaciones; asimismo, colocar el material sucio en el lugar indicado.	Independiente	La separación de material o quipo sucio en lugares adecuados, aumenta la seguridad del paciente y personal de salud desde el punto de vista microbiológico. ⁵³	TC
Dejar cómodo al paciente en su unidad.	Independiente	Un ambiente de tranquilidad emocional aumenta la seguridad del paciente. ⁵³	TC
Registrar el procedimiento sin dejar de anotar datos significativos o complicaciones durante la curación de la herida.	Independiente	Un registro veraz y objetivo, es uno de los requisitos indispensables en la hoja de enfermería. ⁵³	TC
Registrar condiciones de la herida y reportarlas de inmediato al médico tratante.	Independiente	El tamaño, extensión, presencia de conductos, límites, cuerpos extraños, tejido necrótico, entre otros, son datos que facilitan el control de la herida. La comunicación oportuna y realización de exámenes de laboratorio confirman el diagnóstico y permiten el tratamiento oportuno. ⁵³	TC
Evaluación: La herida del paciente mantiene su integridad y no presenta signos o señales de infección, los bordes se encuentran adheridos.			

Plan de Cuidados			
Déficit Alterado: Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar.			
Dx. de Enfermería: Riesgo de caídas R/C Escala de riesgos de caídas J.H Downton 5, Estados Postoperatorios, Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.			
Objetivo: Disminuir el riesgo de caídas. Potenciar los grados de movilidad en un ambiente seguro.			
Intervenciones de Enfermería	Tipo de intervención: Dependiente Independiente Interdependiente	Fundamentación Científica	Agencia de Autocuidado TP PC AE
Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas.	Independiente	A todo paciente que ingrese en el hospital se le realizará la valoración enfermera para detectar aquellos pacientes con riesgo de caída, según los factores de riesgo especificados en el diagnóstico enfermero "Riesgo de caídas". ⁵⁴	TC
Proporcionar al paciente medios de solicitud de ayuda cuando el enfermero esté ausente.	Independiente	Las medidas de prevención generales sobre los factores de riesgo extrínsecos deben planificarse y aplicarse a todos los/las pacientes hospitalizados/as desde el ingreso y algo largo de su estancia. ⁵⁴	TC
Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuada para evitar caídas de la cama si es necesario.	Independiente	Aplicación y seguimientos del protocolo. Aplicar medidas extraordinarias de seguridad, para evitar caídas. ⁵⁴	TC

<p>Revisar que la unidad del paciente y el pasillo estén limpios y libres de obstáculos peligrosos, como taburetes, cables eléctricos o calzado.</p>	<p>Independiente</p>	<p>Existen numerosos factores que pueden incrementar el riesgo caídas de los pacientes. Este riesgo aumenta cuantos más factores se asocien.⁵⁴</p>	<p>TC</p>
<p>Enseñar al paciente que puede andar, usando los pasamanos del pasillo y los mandos del inodoro y regadera.</p>	<p>Independiente</p>	<p>Las actividades de prevención se planifican de forma individualizada y relacionada con cada uno de los factores identificados.⁵⁴</p>	<p>AE</p>
<p>Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos.</p>	<p>Independiente</p>	<p>El principal objetivo del área de enfermería es educar al paciente y a sus cuidadores en la prevención de caídas durante su estancia en el hospital y establecer unas medidas que les ayude a evitar también posibles accidentes a partir del momento del alta hospitalaria.⁵⁴</p>	<p>AE</p>
<p>Evaluación: Se disminuyó el riesgo de caídas del Sr. Luna, gracias a las medidas implementadas. Se coloca semaforización para el siguiente turno.</p>			

Plan de Cuidados			
Déficit Alterado: Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar.			
Dx. de Enfermería: Riesgo de prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y bienestar R/C La adaptación del dispositivo recolector del estoma, Integridad cutánea.			
Objetivo: Identificar los problemas en relación con la piel que rodea el estoma y dar al paciente la información de las características de los diferentes dispositivos de bolsas recolectoras, para elegir el más adecuado a partir de la valoración de las necesidades del paciente.			
Intervenciones de Enfermería	Tipo de intervención: Dependiente Independiente Interdependiente	Fundamentación Científica	Agencia de Autocuidado TP PC AE
Instruir al paciente y a la familia en la utilización del equipo de la estoma.	Independiente	Desde el principio se debe involucrar a la familia, para identificar al cuidador primario. ⁵⁵	TC
Proporcionar soporte y asistencia mientras el paciente hace la técnica para la cura del estoma/tejido circundante.	Independiente	Cuando el estado del paciente lo posibilite, puede iniciar él mismo la higiene de su estoma supervisándolo por la enfermera. ⁵⁵	TC
Ayudar la paciente a obtener el equipo necesario.	Independiente	Información de las bolsas recolectoras.	TC
Aplicar un dispositivo para la estoma que se adapte correctamente.	Independiente	Los sistemas colectores se emplean para conseguir una recogida cómoda y segura de los fluidos intestinales. ⁵⁵	TC
Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo del estoma.	Independiente	Vigilar la presencia de posibles complicaciones (rotura mecánica, rotura química, exantema, fugas, deshidratación, infecciones o dermatitis). ⁵⁵	TC

<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar/vaciar la bolsa del estoma. • Lavarse las manos. • Descubrir el abdomen y colocar un protector en la cama. • Colocarse los guantes. • Si el paciente lleva un dispositivo con salida, desenganchar de arriba abajo y de forma circular, y con la otra mano sujetar la piel del abdomen. • Colocar el dispositivo retirado dentro de la bolsa de plástico y luego desechar con todo el material utilizado rehusado. • Con una gasa seca, retirar el estoma los restos del drenaje y con otra gasa los de la piel periestomal. • A continuación, limpiar con una gasa húmeda con suero fisiológico/jabón más esponja el estoma y la zona de alrededor de este con sumo cuidado, realizando movimientos circulares de dentro fuera. Secar la piel con una gasa seca haciendo toques. La piel tiene que quedar bien seca, porque si no el dispositivo no se adherirá bien. • Observar el estado del estoma. • Medir el estoma, en el caso que haya cambiado de forma o medida. Si hace falta, recortar el disco del dispositivo para conseguir que se adapte mejor al estoma. 	<p style="text-align: center;">Independiente</p>	<p>La frecuencia con la que se tiene que hacer el recambio del equipo dependerá del tipo de estoma, las características del efuente, la localización en el abdomen y las características de la piel periestomal.⁵⁶</p> <p>Es conveniente revisar de manera constante la barrera cutánea para asegurarse de que no existan signos de filtrado entre el adhesivo y la piel; en caso de que esto suceda, se debe cambiar en ese momento.⁵⁶</p>	<p style="text-align: center;">TC</p>
--	--	---	---------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> Retirar el papel protector del disco que dejara una placa adhesiva al descubierto, y aplicarla sobre la piel, asegurándose que quede bien fijada y sin arrugas. Dejar al paciente en una posición cómoda. 			
<p>Instruir al paciente para vigilar la presencia de posibles complicaciones.</p>	Independiente	Independiente	Es indispensable valorar el aspecto del estoma (color, altura, diámetro, Angulo de salida, presencia de sangrado o edema). ⁵⁶
<p>Instruir al paciente referente a su alimentación.</p>	Independiente	Independiente	Es importante llevar una dieta completa para reducir las pérdidas intestinales de agua y electrolitos, tener un aporte calórico adecuado a su actividad, mantener su peso corporal, disminuir la cantidad de heces, y que estas sean más consistentes para su manejo. ⁵⁶
<p>Evaluación: Se evitó el daño a la piel circunferente al estoma. Se resolvieron las dudas que tuviese el paciente y su esposa en el manejo de la bolsa recolectora.</p>			

V. PLAN DE ALTA.

Nombre del paciente: Sr. Luna A.

Edad: 49 años Sexo: Masculino Fecha de Egreso: 10 de Enero de 2015.

Alimentación
Dieta baja en grasas animal y saturadas. Disminuir el consumo de carnes rojas como res y puerco, a dos días a la semana. Consumir preferente carnes blancas como pollo y pescado. Moderar o no consumir alimentos que produzcan gases, tales como: Todo tipo de leguminosas, col, coliflor, calabaza, rábano, pepinos. Aumentar el consumo de verduras, espetó las que se mencionaron anteriormente. Disminuir o eliminar el consumo de refresco o jugos industrializados. Tomar 3 litros de agua natural al día.
Tratamiento/Medicamentos
Ketorolako 30mg Vía oral. Por razones necesarias. Paracetamol 500mg Vía oral Por razones necesarias. Ciprofloxacino 500mg Vía oral C/24 hrs. (Lo que le resta del tratamiento indicado por el medico) Cuenta con un estoma de dos caras, con una bolsa recolectora de una sola pieza. Comenta el paciente que se ha sentido cómodo con este modelo de bolsa y lo que comprar será una faja especial para la bolsa recolectora. La sonda vesical se encuentra en buenas condiciones y en 10 días será retirada. Se le indica al paciente que debe ir a sus consultas de seguimiento en coloproctología y a la clínica de estomas.
Actividad/Ejercicio
Se recomienda irse incorporando a sus actividades cotidianas en su domicilio. Se le hacen las siguientes recomendaciones: No cargar pesado, uso de una buena mecánica corporal, no realizar estiramientos o movimientos agresivos. Referente al ejercicio se recomienda caminata ligera de 15 min e ir aumentando la intensidad en base a la mejoría que el sienta. Por el momento se recomienda no regresar a trabajar hasta que se retire la sonda vesical y los puntos de la herida.

Es importante no forzarse en realizar alguna actividad física.
Higiene
Se debe bañar y cambiar de ropa diario. Lavado de dientes tres veces al día. Lavado de mano antes y después de tener contacto con la bolsa de colostomía. Se explica que el habiente domiciliar se debe mantener limpio y ventilado, para prevenir algún tipo de infección. Se recomienda lavar la herida con agua y jabón neutro y secar con gasa estériles y cubrirla con gasas. Se indica cómo realizar el lavado de la herida Qx.
Eliminación
Se recomienda que debe vaciar la bolsa de colostomía y la bolsa recolectora de orina cuando estén al 70% de capacidad, y antes de irse a dormir.
Identificación de signos de alarma
Se informa de los signos de infección de la herida Qx que son: Enrojecimientos de los bordes de la herida, salida de líquido ceropuroloento, Fiebre mayor a 38.0°C. Si presenta evacuaciones líquidas por más de 24 horas. Debe acudir a urgencias del Hospital para una valoración y darle tratamiento.
Otras Recomendaciones
Se le recalca al paciente que debe asistir a sus consultas ya programadas para el seguimiento de su tratamiento. Se realiza la revisión de los documentos de alta del Hospital, hay un formato de interconsulta en el servicio de Oncología. Se le explica al Sr. Luna y a su esposa con sacar la interconsulta a tal servicio.

Visita Domiciliar

Fecha. Chimalhuacán Edo. De Mex. a 10 de Enero de 2015.

Lugar. Domicilia del Sr. Luna. Benito Juárez#2 Col. Villas de San Lorenzo Chimalhuacán Edo. de Mex.

Nombre. Luna A.

Características de la Familia. Tipo de familia nuclear. Vive con su esposa y dos hijos, una joven de 18 años y un niño de 8 años. La comunicación con su esposa e hijos es buena, así lo menciona el paciente. En el mismo predio viven dos de sus

hermanas, ya que es un predio familiar heredado por sus padres. Actividades que realizan con toda la familia: realiza las tres comidas, ayuda atender un papelería que es negocio familiar y reuniones familiares cada 8 días. El 70% del ingreso familiar lo proporciona el señor luna.

Características del ambiente. Es un predio familiar, en el cual viven con dos de sus hermanas y cada una con su familia. Tipo de ventilación natural. Tipo de iluminación eléctrica. Cuenta con 5 cuartos, 6 ventanas. Tipo de construcción durable (cemento). Cuenta con gas lp. Cuenta con los siguientes servicios intradomiciliarios: Agua, luz, drenaje, recolección de basura c/3er día, pavimentación, vigilancia, transporte público, medios de transporte público, primaria, secundaria, preparatoria, universidad, centro de salud, centro comercial. Cuenta con un perro. Le esposa del Sr. Luna que hay fauna nociva ratas y cucarachas. La casa se encuentra limpia.

5.1 Visita domiciliar.

Los 8 Requisitos Universales

1. Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.

Higiene de fosas nasales diario. No fuma y no convive con fumadores. No requiere algún tipo de apoyo ventilatorio. FC: 84. FR: 22. T/A: 110/65. TEMP: 36.3°C. Aparato respiratorio sin alteraciones y mucosas hidratadas. Tórax y pulmones sin alteraciones. Sistema cardio vascular sin alteraciones. Sistema vascular periférico: extremidades superiores y pélvicas sin alteración, llenado capilar 3”.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Toma agua de garrafón. Toma 2.5 litros de agua y 500ml de jugos industrializados (Jumex, Boing, Delvalle o Agua de sabor). Informa el Sr. Luna que ha disminuido el consumo de café.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Alimento	Carne	Huevo	Verduras	Frutas	Tortillas	Pan	Quesos	Embutidos	Sal	Azúcar	Leche
Porción	Pollo 1	2	4	2	7	4	100gr	1	0	2c	1
Días a la semana	7	4	7	7	7	7	2	3	0	5	3

Comenta el Sr. Luna que muy de vez en cuando consume carnes rojas.

	Desayuna	Comida	Cena	Colación
¿Con quién come?	Con su esposa y sus dos hijos.	Con esposa y sus dos hijos.	Con su esposa y sus dos hijos.	
¿Dónde?	En su casa	En su casa	En su casa	
¿Cuánto tiempo dispone para c/comida?	20 a 35 min.	30 a 40 min.	30 a 40 min.	

Horarios	7am	3pm	8pm	12pm a 1pm
Alimentos	Huevo o Pollo con verduras. Agua natural Tortillas Pan y café.	Sopa de pasta Arroz Pollo (En diferentes guisos) Guarnición de verduras Agua de Sabor	Pan dulce Atole Sincronizadas	Verdura o fruta.

Cometa el Sr. Luna que muy de vez en cuando consume carnes rojas. Consume principalmente carne de pollo y si hay dinero pescado.

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

El paciente tiene una estoma descendente del lado derecho, con una bolsa recolectora de una sola pieza. Se valora el estoma: no prestan palidez, no presenta edema, hemorragia, ni signos y síntomas de infección. La piel que rodea el estoma no presenta dermatitis. Es Señor luna realiza el vaciado de la bolsa cada tres a cuatro horas o cuando sea necesario. Las características del excremento son semilíquido y café. Se le recalca que debe estar pendiente de algún signo o síntoma de infección del estoma y debe cuidar la piel que rodea el estoma. Informa que trato de cambiar por una bolsa recolectora de dos piezas, pero por su economía utiliza la bolsa de una pieza y se ha adaptado bien a la bolsa.

El Sr. Luna tiene una sonda Vesical de 16 Fr. FI. 26/12/2014. Drena la bolsa cuando llega al 70% u al 80% de capacidad de la bolsa recolectora, o la drena antes de irse a dormir o cuando se levanta por las mañanas. La orina es clara. Me informa el Sr. Luna que la próxima visita al médico le retira la sonda vesical. Se le dice cómo hacer ejercicio vesical pinzado la sonda.

5. **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.**

Las actividades actuales que realiza el Sr. Luna en su domicilio son las siguientes: ayuda a las labores domésticas y le ayuda a su hermana atender na pequeña papelería que tiene su hermana. Su actividad física consiste en caminar 30 minutos 5 veces al día. Duerme de 8 a 9 horas al día, muy de vez en cuando realiza una siesta de 30 minutos. El Sr. Luna estuvo atento y alerta durante la valoración. No presenta signos de debilidad o fatiga. Actualmente el Sr. Luna mantiene una buena condición física.

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

La comunicación con el Sr. Luna es directa, abierta y clara. La religión que practica el Sr. Luna es católica, asiste a misa cada 8 días y da las gracias

por su salud. La relación que mantiene el Sr. Luna con su familia es muy buena, se reúnen cada 8 días y conviven. Comenta el Sr. Luna que su fortaleza es su esposa y sus hijos.

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

El Sr. Luna conoce las medidas de seguridad, para evitar accidente tanto en su domicilio y trabajo. Cabe recordar que el Sr. Luna es tallador de piedra y conoce las medidas de seguridad para evitar accidentes en su trabajo. Asiste a sus consultas médicas programadas para darle seguimiento a su tratamiento.

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 de ser normal.

El Sr. Luna se baña y cambia de ropa diario. Se cepilla los dientes 3 veces al día. Se lava las manos cada vez que va al baño y antes de comer. Piel y mucosas hidratadas. Genitales de acuerdo a su edad. Se muestra al Sr. Luna muy atento y cooperador a la valoración y entrevista. En esta visita domiciliar también está presente la esposa y también se encuentra interesada y cooperadora. El paciente sigue al pie de la letra las indicaciones y recomendaciones que le dio su médico tratante.

VI. CONCLUSIÓN

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

Para la aplicación de este Proceso enfermero, se obtuvieron herramientas básicas para la implementación del mismo. Estas herramientas utilizadas ayudan a que el profesional de enfermería proporcionen cuidados de calidad y que obtenga los resultados esperados.

La ciencia médica avanza día tras día, con nuevas técnicas quirúrgicas y nuevos medicamentos, que ayudan en el tratamiento del cáncer, pero por desgracias todavía no existe cura para este gran mal de la humanidad. La manera más adecuada de atacar al cáncer, es atreves de la prevención e identificar signos y síntomas y confirmarlos con los diferentes tipos de estudios de detección que se cuentan en la actualidad.

El cáncer colorrectal es la tercera neoplasia más frecuente y causa una alta mortalidad. Suele manifestarse por encima de los 50 años y se encuentra entre las neoplasias más relacionada con factores ambientales, especialmente dietéticos, como la ingesta de grasas animales y el bajo consumo de fibras.

Se valoró el estado de salud del paciente así como la facilidad para identificar los déficit de autocuidado con que tenía el apaciente y se llevó acabo los planes de cuidados satisfactoriamente, para así cubrir los déficit del paciente.

VII. SUGERENCIAS.

El Cáncer colorectal es una enfermedad que no se debe tomar muy a la ligera, al contrario, se le debe poner mucha atención para no sufrirlo; por ello mis sugerencias ante este problema son primordialmente la información, porque si una persona no sabe de la existencia de este tipo de cáncer, no sabrá la forma de prevenirlo y por lo tanto correrá el riesgo de enfermarse, la información es algo esencial hoy en día que no puede ser negada a nadie; de igual manera sugeriría el promover el hábito de comer saludablemente, ser sano por dentro y por fuera por ello se incluye el hacer ejercicio, visitar regularmente al médico, y atenderse cuando se sufra de algún tipo de enfermedad como colitis o gastritis que pueden contribuir a dicho malestar. Vivir sano empieza por nuestra mente y una mente sana está bien informada, así que la información es poder

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Marriner Tomey A. Realied Allingood. (2002) Modelos y Teorias de Enfermeria, España Mc Graw Hilln4ta ed. (pp.97-106)
2. Ducharme F. y Duquete A. (2005) Concepciones de Nightingale a Parce, El pensamiento enfermero Editorial Masson Barcelona (pp: 23-58)
3. Balam C: y Franco Orozco M. (2004) Teorias y Modelos de Enfermería 2da ed. UNAM. (pp:25-32)
4. Marrier Tomey A. , Opcit, (pp:176)
5. Susan Pepper L. y Mae J. (2000) Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional 2da Ed. Madrid, España: Riald (pp:59-64)
6. Tazón Ansola M., e tal, (2000) Fundamentos de la Ciencia y Disciplina de enfermería Ed. Difusión Avances de Enfermería (pp: 46-56)
7. Duran Escribano M. (2003) La intimidad del Cuidado de Enfermería Rev. Avances de Enfermería (pp: 29-36)
8. Alfaro R. (2005) Planificacion, Ampliacion del Proceso Enfermero. Barcelona, Masson (pp:122-161)
9. Marriner Tomey A. Opcit, (pp.267-295)
10. Savannah G.A (2003) Conceptos de enfermería en la practica, Modelo de Orem 3ra ed Cientifica y técnica Masson Salvat de Enfermería (pp:88-92)
11. Sanchez Rueda G. (2001) Orem, D.E. Aproximación a su teoría. Rev. Rol Enfermería Vol. 2 No 7 (pp:7-14)
12. Marriner Tomey A., Opcit, (pp:202-208)
13. Savannah G.A. ,Opcit,(pp:154-160)
14. Morales Serrano A.D. (2006) Perspectivas del proceso de Enfermería, Desarrollo Cientifico de Enfermería 14.8:321-325.
15. Montes Galván J. (2004), Proceso Atencion de Enfrmería Metodo Enfermero México UNAM. (pp:72-77)
16. Fuente: Alfaro R., Opcit, (pp:87)
17. Armendariz A., Opcit, (pp:52-55)

18. Gallegos Torres R. y D. G. (2004) Definición de las necesidades básicas de los individuos.
19. Carpenito J. (1993) Manual de Diagnósticos de enfermería España, Mc Graw Hill Interamericana (pp:174-182)
20. Griffith J.W. (2002) PAE Aplicación de Teorías, Guías y Modelos 2da Ed. Manual Moderno (pp:25-30)
21. Castillejo Marzo M.Z. (2009) Calidad de la evidencia y grado de recomendación. Guías Clínicas. (pp:1-7)
22. Kim N.J. (2000) Manual de Diagnóstico de Enfermería, Mc Graw Hill Interamericana (pp:304-309)
23. Alfaro R., Op cit (pp:97-107)
24. Kozier B.E., et al (1999) El Proceso de Enfermería, Fundamentos de Enfermería, Conceptos, proceso y práctica. Mc Graw Hill Interamericana (pp:90-214).
25. American Cancer Society. Cáncer de Recto. [Internet] 2015 [acceso 20 noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/colonyrecto/guiadetallada/cancer-colorrectal-what-is-what-is-colorectal-cancer>
26. L. Tirado Gomez, A. Mohar. Epidemiología del cáncer de colon y recto. Gaceta Mexicana de Oncología. 2008 Vol. 4 Suplemento.4.
27. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Compendio de cáncer 2000. Mortalidad/Morbilidad. Registro histopatológico de neoplasias malignas en México. 2002.
28. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2002. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide.
29. Conell J, Maggard M, Livingstone E, Yo C. Colorectal cancer in the young. The Am J of Surg 2004;187:343-48.
30. Libuth SK. Cancer of the colon. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, (Eds.). Cancer Principles and Practice of Oncology, vol. 1. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005;1061-5.

31. Rodríguez BM. Adenocarcinoma of the colon and rectum. En: Holland JF, Frei E, Kufe DW, (Eds.). *Cancer Medicine*, vol 2. Ontario: BC Decker Inc, 2003;1635-44.
32. Archer S, Hodin R. Histone acetylation and cancer. *Curr Opin Genet Dev* 1999;9:171-4.
33. Alberts D, Martínez M, Roe D, Guillén-Rodríguez J, Marshall J, Van Leeuwen B, Lack of effect of a high-fiber cereal supplement on the recurrence of colorectal adenomas. *N Eng J Med* 2000;342:1156-62.
34. Slattery M, Benson J, Curtis K. Carotenoids and colon cancer. *Am J Clin Nutr* 2000; 71:575-82.
35. Palmer H, González-Sancho J, Espada J. Vitamin D3 promotes the differentiation of colon carcinoma cells by the induction of E-cadherin and the inhibition of B catenin signalling. *J Cell Biol* 2001;154:369-87.
36. Kampmann E, Slattery M, Caan B, Potter J. Calcium, vitamin D, sunshine exposure, dairy products and colon cancer risk. *Cancer Causes and Control* 2000;11:459-66.
37. Larsson S, Bergkvist L, Giovannucci E. Coffee consumption and incidence of colorectal cancer in two prospective cohort studies of Swedish women and men. *Am J Epidemiol* 2006;163:638-44.
38. Terry P, Miller A, Rohan T. Obesity and colorectal cancer risk in women. *Gut* 2002;51:191-4.
39. Flossmann E, Rothwell P. Effect of aspirin on long-term risk of colorectal cancer: consistent evidence from randomized and observational studies. *Lancet* 2007;369:1603-13.
40. Steinbach G, Lynch P, Phillips R. The effect of celecoxib, a cyclooxygenase inhibitor on familial adenomatous polyposis. *N Eng J Med* 2000;342:1946-2.
41. Potter JD. Colorectal cancer: molecules and populations. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:916-32.
42. Janne P, Mayer R. Chemoprevention of colorectal cancer. *N Eng J Med* 2000;342:1960-8.

43. Kampman E, Potter J, Slattery M. Hormone replacement therapy, reproductive history and colon cancer: a multicenter case-control study in the United States. *Cancer Causes Control* 1997;8:146-58.
44. Guttmacher A, Collins F. Hereditary colorectal cancer. *N Eng J Med* 2003;348:919-32.
45. Read R, Kodner I. Colorectal cancer: risks factors and recommendations for early detection. *Am Fam Physician* 1999;59:3083.
46. Jass J, Smyrk T, Stewart S. Pathology of hereditary nonpolyposis colorectal cancer. *Anticancer Res* 1994;14:1631-5.
47. Smith R, von Eschenbach A, Wender R. American Cancer Society Guidelines for the early detection of cancer: update of early detection guidelines for prostate, colorectal and endometrial cancers. *CA Cancer J Clin* 2001;51:38-75.
48. Winawer S, Zauber A, Gerdes H. Risk of colorectal cancer in the families of patients with adenomatous polyps. *N Eng J Med* 1996;334:82-7.
49. Wirtzfeld D, Petrelli N, Rodríguez- Bigas M. Hamartomatous polyposis syndromes: molecular genetics, neoplastic risk, and surveillance recommendations. *Ann Surg Oncol* 2001;8:319-27.
50. Organización Mundial de la Salud [Internet] [Acceso 25 de Abril de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/gpsc/country_work/es/
51. Perez Lizaur Ana B, Marvn Laborde Leticia (2011) Manual de dietas normales y terapéuticas. Los alimentos en la salud y en la enfermedad. 5ta. Ed. Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A de C.V.
52. Nanda Nic-Noc, marco teorico.
53. Eva Reyes Gómez. Fundamentos de enfermería. Ciencia metodología y tecnología. Ed. El manual moderno, 2009.
54. Gobierno del Principado de Asturias Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería Prevención de caídas de pacientes ingresados. Edita. Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. ISBN:978-84-694-6224-9

55. Rifa Ros Rosa, Andrados Cristina Olive, Lamoglia Puig Montserrat. Lenguaje NIC Para el aprendizaje Teórico-Práctico en Enfermería. 2012 Elsevier Española, S.L.
56. Dr. Contreras Ruiz José. Abordaje y manejo de las heridas. Editorial. Inter Sistemas. 2014.
57. Sandra f. Smith, DonnaJ. Duell, Barbara C. Martin. Técnicas de enfermería clínica, de las técnicas básicas a las avanzadas. Ed. Pearson Prentice Hall 2012.

IX. ANEXOS

Escala de EVA



Escala de riesgo de caídas J.H. Downton

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
ESTADO MENTAL	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
	Orientado	0
DEAMBULACIÓN	Confuso	1
	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

Escala de coma de Glasgow

Escala de coma de Glasgow		
Variable	Respuesta	Puntuación
Apertura Ocular	Espontanea	4
	Estimulo Verbal	3
	Al dolor	2
	Nula	1
Respuesta Verbal	Orientado	5
	Desorientado	4
	Palabras inapropiada	3
	Sonidos incomprensibles	2
Respuesta Motora	Nula	1
	Obedece ordenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retirada al dolor	4
	Reflejo flexor	3
	Reflejo extensor	2
	Nulo	1

Escala de Bradem Para Detección de Ulceras por Presión

RIESGO DE UPP
BRADEN-BERGSTROM <13 = ALTO RIESGO
BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RIESGO MODERADO
BRADEN-BERGSTROM >14 = BAJO RIESGO

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

Escala Bristol

ESCALA DE HECES DE BRISTOL

Tipo 1		Trozos duros separados, como avellanas, que pasan con dificultad
Tipo 2		Como una salchicha compuesta de fragmentos
Tipo 3		Forma de salchicha con grietas en la superficie
Tipo 4		Como una salchicha o serpiente, lisa y suave
Tipo 5		Bultos blandos con bordes definidos que pasa con facilidad
Tipo 6		Fragmentos blandos con bordes irregulares y consistencia pastosa
Tipo 7		Acuosa, sin pedazos sólidos. Totalmente líquida



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

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

La presente carta de consentimiento informado fue hecha por el Pasante de la Licenciatura en Enfermería Antonio Israel Meza González, dirigido a la familia y al Sr. Ángel Luna Moreno quien fue atendido en el Hospital General de México O.D. "Dr. Eduardo Liceaga" con el Diagnostico Medico: Cáncer de Recto.

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

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

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

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

Los beneficios que tendrá la Pasante de servicio social Antonio Israel Meza González, serán únicamente para la presentación de Proceso de Atención de Enfermería y lograr, así mismo, la obtención de su título profesional, logrando el grado de Licenciada en Enfermería.

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

He sido invitado e informado para participar en el seguimiento de un plan de cuidados conforme a mi padecimiento y necesidades alteradas, efectuado por la pasante de servicio social, Antonio Israel Meza González en mi domicilio. Entiendo que recibiré información acerca de los hábitos higiénico-dietéticos que debo realizar, cuidados de ileostomía y manejo y signo y síntomas de alarma. He sido informado que los riesgos son mínimos y el único beneficio será en pro a mi salud. No se me favorecerá ningún beneficio económico ni a la pasante Antonio Israel Meza González, solo académico para que logre su grado de Licenciada en Enfermería. Se me han proporcionado los nombres de los coordinadores, la dirección y teléfono de tan prestigiada institución para cualquier aclaración o duda.

Paciente:

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

Nombre del Paciente: Ángel Luna Moreno.

Firma del Paciente: _____

Fecha _____

Testigo:

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

Nombre del testigo _____

Firma del testigo _____

Fecha _____

Responsable:

Nombre del responsable de la visita a domicilio: Pasante de Servicio Social en Enfermería Antonio Israel Meza González.

Firma del responsable de la visita a domicilio _____

Fecha: _____

Cronograma		
Hora	Procedimiento	Tiempo
7:00 am	Suena el despertador, me levanto y preparo mis cosas para meterme a bañar. Ya vestido y bañado preparo el material y las cosas que voy a requerir para la visita domiciliar.	1:00 hr.
8:00 am	Salgo de mi domicilio para realizar la visita domiciliar. Tomo el camión que me lleva al metro Zapata. 8:20 am llego al metro Zapata Línea 3, tomo el metro dirección Indios Verdes. 8:40 am llego a la estación Centro Medico y transbordo a la línea 9 dirección Pantitlán. 9:00 am llego al metro Pantitlán y transbordo a línea A del tren férreo dirección La Paz. 9:25 am llego al metro Sta. Martha, salgo de la estación del metro, hacia la Av. Zaragoza. 9:30 am tomo la una micro que me lleve al Estadio Neza 68. 10:00 am llego al Estadio Neza 68 y tomo una combi que me llevara a la Colonia Villa San Lorenzo Chimalhuacán. 10:20 am llego al domicilio del Sr. Luna. Calle Benito Juarez#2 Col. Villa San Lorenzo Municipio de Chimalhuacán Estado de México.	2:20 hrs.
10:25 am	La esposa del Sr. Luna me invita a desayunar. Mientras estamos desayunado platicamos del sentir de la familia, referente al padecimiento actual del Sr. Luna.	35 min
11:00 am	Inicio la Valoración Focalizada. Toma de signos vitales y somatometria. Realizo la valoración usando los Requisitos de Autocuidado Universales: <ol style="list-style-type: none"> 1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire. 2. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua. 3. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos. 4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación y los excrementos. 	1:30 hrs

	<ol style="list-style-type: none"> 5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso. 6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad. 7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. 8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. 	
12:30 pm	<p>Al terminar la valoración focalizada inicio una sesión de preguntas y respuestas, referente a las dudas que puedan tener sobre uso de la bolsa recolectora y la sonda vesical. También se tocan diversos temas de salud y familiares en esta sesión de preguntas y respuestas.</p>	1:30 hrs.
2:00 pm	<p>Termina la visita domiciliar y me retiro del domicilio del paciente.</p>	

Lista de material que se utilizó en la visita domiciliar

- ✓ Herramienta de valoración.
- ✓ Pluma azul.
- ✓ Lápiz.
- ✓ Goma.
- ✓ Tabla para apoyarse.
- ✓ Reloj de pulsera.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Baumanometro.
- ✓ Cinta métrica.
- ✓ Termómetro.
- ✓ Guantes estériles de látex.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Transport.
- ✓ Tijeras de botón.
- ✓ Calculadora.
- ✓ Alcohol en gel.
- ✓ Vendas de 10 cm y 5cm.
- ✓ Material didáctico de apoyo.

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

1.- DATOS GENERALES.

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

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

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

3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

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

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO

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

2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

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

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

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

3. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

1. HABITOS DE SALUD:

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

Leche	Carne	Huevo	Verduras	Frutas	Tortillas	Pan	Quesos	Embutidos	Sal	Azúcar
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Alimentos que le gustan / desagradan: _____

Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) _____

Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) _____

Problemas relacionados con la digestión / ingestión: _____

Que sentido le da a la comida: Convivencia Recompensa Supervivencia Paliativo Aburrimiento

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

2. REVISION POR SISTEMAS:

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

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

Observaciones: _____

Aparato digestivo: náusea vómito anorexia pirosis polifagia eructos dolor abdominal

Observaciones: _____

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

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

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

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

Vesical: (describir características y frecuencia)

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

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

Observaciones: _____

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

1. HABITOS DE SALUD

Tipo de actividad que realiza en: casa _____ trabajo _____

Realiza actividad física cual/frecuencia/tiempo: _____

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

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

Duerme durante el día: Sí No Cuanto tiempo: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

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

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

1. HABITOS DE SALUD

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

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

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

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

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

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

1. HABITOS DE SALUD

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

2. REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

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

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO

MENARCA	RITMO	DISMENORREA	GESTA	P	C	A	O	E

1. DESCRIPCIÓN GINECOLÓGICA

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

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

2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

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

3. DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

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

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

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

A. DESVIACIÓN ACTUAL

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

B. HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

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

C. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: _____

