



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UNA PACIENTE CON LAS
NECESIDADES ALTERADAS DE ELIMINACION Y
NUTRICION.**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA
RUIZ RUBIO ANDREA
NO. DE CUENTA: 30920168-1

DIRECTORA ACADEMICA
MTRA. SONIA MARTINEZ LOPEZ

CIUDAD DE MEXICO 2017





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



INDICE

I.	Introducción	1
II.	Justificación	3
III.	Objetivos	4
	2.1 General.....	4
	2.2 Específicos.....	4
IV.	Marco Teórico	5
	4.1 Proceso de Atención de Enfermería.....	5
	4.1.1. Valoración.....	6
	4.1.2. Diagnostico.....	8
	4.1.3. Planeación.....	9
	4.1.4. Ejecución.....	10
	4.1.5. Evaluación.....	10
	4.2 Modelo de Virginia Henderson.....	11
	4.2.1. Metaparadigma de Virginia Henderson.....	11
	4.2.2. Conceptos del Modelo de Virginia Henderson.....	12
	4.2.3 Las 14 Necesidades.....	14
	4.3 Practica contemporánea de enfermería.....	18
	4.4 Cáncer de colon.....	19
	4.4.1. Definición.....	19
	4.4.2. Epidemiología.....	20
	4.4.3. Factores etiológicos.....	20
	4.4.4. Cuadro clínico.....	21
	4.4.5. Diagnostico.....	21
	4.4.6. Clasificación.....	22
	4.4.7. Tratamiento.....	23
	4.4.8. Prevención.....	25
	4.5 Etapa del Adulto Medio.....	26
	4.5.1. Funcionamiento sensorial.....	26
	4.5.2. Sexualidad.....	27
	4.5.3. Aspectos psicosociales familiares.....	27
	4.4.4. Cuidados de los padres ancianos.....	28
	4.4.5. Inteligencia y cognición.....	28
	4.5.6. Laboral.....	28
	4.5.7. Salud.....	29
V.	Metodología	30
	5.1. Cronograma de actividades.....	31



VI. Valoración Inicial	33
6.1 Datos Generales.....	33
6.1.1. Ficha de Identificación.....	33
6.1.2. Signos Vitales.....	33
6.1.3. Descripción del caso clínico.....	33
6.1.4. Exploración Física.....	33
6.1.5. Antecedentes Heredofamiliares.....	34
6.1.6. Antecedentes no Patológicos.....	34
6.1.7. Antecedentes Patológicos.....	35
6.1.8. Exámenes de Laboratorio Alterados.....	35
6.1.9. Análisis de grados de dependencia y jerarquización de necesidades valoración inicial.....	36
6.1.10. Descripción de diagnósticos Valoración Inicial.....	37
6.2. Plan de Cuidados de Enfermería Valoración Inicial.....	38
VII. Valoración Focalizada No. 1	46
7.1. Información General.....	46
7.1.1. Signos Vitales.....	46
7.1.2. Descripción del caso clínico.....	46
7.1.3. Exploración Física.....	46
7.1.4. Exámenes de Laboratorio Alterados Valoración Focalizada No. 1.....	47
7.1.5. Análisis de grados de dependencia y jerarquización de necesidades Valoración Focalizada No. 1.....	49
7.1.6. Descripción de diagnósticos Valoración Focalizada No. 1...	50
7.2. Plan de Cuidados de Enfermería Valoración Focalizada No.1.....	51
VIII. Valoración Focalizada No. 2	59
8.1 Información General.....	59
8.1.1. Signos vitales.....	59
8.1.2. Descripción del caso clínico.....	59
8.1.3. Exploración Física.....	59
8.1.4. Exámenes de Laboratorio Alterados Valoración Focalizada No. 2.....	60
8.1.5. Análisis de grados de dependencia y jerarquización de necesidades Valoración Focalizada No. 2.....	61
8.1.6. Descripción de diagnósticos Valoración Focalizada No.2.....	62
8.2. Plan de Cuidados de Enfermería Valoración Focalizada No.2.....	63



IX.	Plan de Alta Hospitalario	72
X.	Conclusiones	81
XI.	Sugerencias	82
XII.	Bibliografía	83
XIII.	Anexos	86
13.1	Escalas.....	86
13.1.1.	Escala de Braden Bergstrom.....	86
13.1.2.	Escala de valoración de Norton.....	87
13.1.3.	Escala Visual Analógica (EVA).....	87
13.1.4.	Evaluación del edema "Signo de la Fóvea" o "Signo de Godet".....	88
13.1.5.	Código de Evacuaciones.....	88
13.1.6.	Escala de Glasgow.....	89
13.2	Exámenes de laboratorio.....	90
13.2.1.	Valoración Inicial.....	90
13.2.2.	Valoración Focalizada No.1.....	91
13.2.3.	Valoración Focalizada No.2.....	93
13.3	Trípticos.....	95
13.3.1.	Cuidado y Curación de Heridas.....	95
13.3.2.	Ejercicio y Alimentación.....	96
13.4	Consentimiento informado.....	97
13.5	Instrumento de valoración basado en el Modelo de Virginia Henderson.....	98
13.6	Medicamentos.....	102
13.6.1.	Paracetamol.....	102
13.6.2.	Ciprofloxacino.....	102
13.6.3.	Metronidazol.....	103
13.6.4.	Ranitidina.....	104
13.6.5.	Clonixinato de Lisina.....	104
13.6.6.	Sulfato Ferroso.....	105

AGRADECIMIENTOS

Este proceso significa para mí un gran logro en mi vida porque en él plasme esfuerzo, conocimientos y habilidades que adquirí durante toda mi formación académica para poder obtener el título de Lic. en Enfermería y Obstetricia, lo cual no habría sido posible sin el apoyo de muchas personas a las que agradezco con gran afecto.

Primeramente, agradezco a mis padres Arturo y Emilia, por brindarme el cariño, la confianza y el apoyo incondicional, los cuales me impulsaron a realizar mis sueños y a alcanzar una meta más en mi vida. Son quienes me han dado el ejemplo de humildad y sacrificio enseñándome a valorar todo lo que tengo, a ellos les dedico mis logros con mucho amor.

A mis hermanos, tías y familia en general, que siempre han creído en mí y me han orientado con sus consejos y enseñanzas para ser una persona con deseos de superación y triunfo.

A Alberto mi novio quien siempre estuvo junto a mí, agradezco tanto su ayuda por motivarme y confiar en mí en todo momento, gracias por tu amor y comprensión.

Debo un agradecimiento singular a las maestras Leticia Hernández, Sonia Martínez y Raquel Puente, que me han orientado y exigido en la labor de enfermería, gracias por compartirme sus conocimientos y experiencias, durante todo el desarrollo del proceso hasta completarlo con éxito.

A mis compañeros y compañeras, en particular a mis amigas con quienes compartí muchos momentos; Merci, Andi, Jaz, Dul, Majo, Karla, les agradezco su tiempo, paciencia, consejos y el sin número de aventuras que a lo largo de estos años nos unieron, saben que son muy especiales para mí, gracias por su hermosa forma de ser. Infinitas gracias a mi amada UNAM por permitirme crecer profesionalmente, es un gran honor pertenecer a ella.

I. INTRODUCCION

El método científico aplicado a la enfermería conocido como Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es una herramienta metodológica, ampliamente utilizada, ya que permite a las enfermeras (os) prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, con el fin de identificar y dar solución a los distintos problemas que pueden ser resultado de una alteración en las necesidades y respuestas humanas reales y/o potenciales del individuo, familia o comunidad. Como todo método, el PAE se orienta por un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, estando conformado de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. (NOM-019-SSA3-2013)

Entre los muchos casos en los que se implementa el PAE para brindar cuidados de enfermería, el proceso aplicado a pacientes con cáncer es de los más comunes, ya que puede ser un método eficaz para identificar el amplio número de necesidades que pudieran encontrarse alteradas, siendo este el caso de una paciente femenina de 55 años de edad, la cual presenta alteración en las necesidades de eliminación y nutrición, debido al desarrollo de cáncer de colon, realizado en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

De acuerdo con un estudio de prevalencia llevado a cabo en el año 2002 el Carcinoma Colorrectal (CCR) ocupa el tercer lugar mundial después de los carcinomas de pulmón y mama (Méndez, 2010). En México ocupa el segundo lugar, después del carcinoma gástrico, y se ha reportado que esta incidencia aumenta con la edad sobre todo después de los 50 años, predomina en el género masculino, es el cuarto cáncer más común en el hombre y el tercero en la mujer (De Jesús, 2010).

El 50% de los casos se presenta en forma diseminada al momento del diagnóstico, por lo que su sobrevivencia es muy pobre. El desarrollo de CCR depende de múltiples factores de riesgo, como los genético-hereditarios, el estilo de vida y el ambiente, en el que se incluye el sedentarismo, tabaquismo, dieta hipercalórica, alta ingesta de carne, alcohol, y bajo un consumo de frutas, vegetales, y fuentes ricas en fibra. (Méndez, 2010).

Se optó por elegir a esta paciente debido a la forma en que estaba enfrentando la enfermedad, que a consecuencia de los cambios físicos, mostraba sufrimiento psicológico (emocional), encontrándose en un momento de negación, retardando una atención de salud más oportuna y aumentando el desarrollo de la enfermedad a etapas más avanzadas que pusieron en mayor riesgo su estado de salud.

Se utilizó el Modelo conceptual de Virginia Henderson, el cual se caracteriza por incluir aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, basándose en las 14 necesidades básicas, se aplicó con la finalidad de proporcionar cuidados integrales a la paciente fomentando estilos de vida sanos y conductas saludables, enfocándose siempre y en lo más posible a sus cuatro esferas bio-psico-social-espiritual.

II. Justificación.

El presente Proceso de Atención de Enfermería, se realizó con el fin de poder aplicar los conocimientos y habilidades durante la práctica del servicio social, para poder ejecutar cuidados a la paciente de una manera eficiente y eficaz, valorando las necesidades desde un enfoque bio-psico-social-espiritual, atendiendo las necesidades alteradas a fin de que el paciente pueda tener una buena calidad de vida, ya que un individuo diagnosticado con cáncer generalmente, presenta alteración en las necesidades humanas principalmente en las fisiológicas, y las de seguridad, generando un desgaste físico, emocional, así como psicológico al tener que afrontar una enfermedad comúnmente temida para la sociedad.

El PAE se llevó a cabo en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" en el servicio de Cirugía General de la Unidad 310, durante el periodo del 10 de abril del 2016 al 26 de mayo del 2016, mediante la aplicación del instrumento de valoración de Virginia Henderson basado en las 14 Necesidades Humanas, se eligió este método por incluir aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, además de ser un modelo humanista que considera a la enfermería como un arte y una ciencia. El proceso de atención se aplicó a una paciente femenina de 55 años de edad, la cual se encuentra con alteración en las necesidades de eliminación y nutrición, debido al desarrollo de cáncer de colon derecho (Carcinoma Colorrectal CCR), eligiendo a esta paciente por a la forma en que estaba enfrentando la enfermedad, que a consecuencia de los cambios físicos, mostraba sufrimiento psicológico (emocional), enfrentándose ante el duelo en un momento de negación, retardando una atención de salud más oportuna y aumentando el desarrollo de la enfermedad a etapas más avanzadas que pusieron en mayor riesgo su estado de salud.

III. OBJETIVOS

2.1 General

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, basado en el modelo de Virginia Henderson y sus catorce necesidades, para realizar intervenciones de enfermería, que incluyan cuidados individualizados e integrales para satisfacer las necesidades de la paciente.

2.2 Específicos

- ▶ Aplicar un Proceso de Atención de Enfermería, en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, a una paciente con las necesidades alteradas de eliminación y nutrición debido al desarrollo de Cáncer Colorrectal.
- ▶ Identificar los problemas existentes mediante la recopilación necesaria de datos para cubrir las necesidades reales y/o potenciales de la paciente y familia mediante la aplicación del instrumento de valoración basado en el modelo de Virginia Henderson.
- ▶ Realizar diagnósticos de los problemas de salud identificados.
- ▶ Diseñar intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud identificados, estructurando los cuidados de manera organizada y sistematizada para cubrir así las necesidades de la paciente.
- ▶ Llevar a cabo las intervenciones, con base en los diagnósticos de enfermería, fundamentados en el razonamiento científico, enfocadas al mantenimiento y/o mejoramiento de la salud.
- ▶ Evaluar el impacto de los resultados para determinar el grado de alcance de los objetivos y la satisfacción de sus necesidades.

IV. MARCO TEORICO

4.1 Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada e integral, cuyo objetivo principal es atender las respuestas humanas individuales o grupales, reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas interrelacionadas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.¹

El PAE tiene cualidades esenciales que lo caracterizan y es fundamental que se consideren durante la aplicación de este; es sistemático porque con la implementación de cada una de las etapas se interrelacionan para el logro de los objetivos, es dinámico por que se educara las necesidades de la persona, familia o comunidad, es interactivo por que el profesional de enfermería se relaciona con la persona , es flexible porque sus etapas se pueden dar de manera consecutiva y puede utilizar más de una etapa a la vez, y se sustenta teóricamente ya que se adapta a un modelo teórico de enfermería en este caso al de Virginia Henderson .

Su función es dar sentido y significado a la práctica de enfermería mediante un sistema organizado, de etapas apoyadas en un marco teórico conceptual que valide, de sentido y fundamente de manera directa al proceso o método del cuidado. ²

Las etapas del proceso son cinco y están estructuradas en secuencia de forma lógica para ser una guía que orienta al profesional de enfermería en la forma de actuar considerando la situación de salud muy particular de cada persona familia y comunidad.³

1. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. [en línea]. Ciudad de México. 2012. [citado 8 Julio 2016]. Disponible en:http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

2. Rosa María Guadalupe Andrade Cepeda. Julia Teresa López España. *Proceso de Atención de Enfermería Guía Interactiva para la enseñanza*. Trillas. 1ª ed. México. 2014. p.77

3. Ídem. p. 77

4.1.1. Valoración

Es el proceso Organizado y metódico de recoger información procedente de diversas fuentes, sirve para verificar analizar y comunicar datos, a fin de identificar el estado integral de salud de la persona o grupos, debe de ser sistematizada y premeditada.⁴ Permite conocer a la persona y determinar cuales es su situación actual.

Métodos y Técnicas

Para la recolección de datos se requiere de un proceso sistematizado y el empleo de métodos y técnicas, entre los que se encuentran los siguientes:

- ▶ Entrevista: Técnica empleada principalmente para la obtención de datos subjetivos. Existiendo dos tipos de entrevista, la formal o estructurada y la informal o incidental.
- ▶ Observación: Comprende la utilización de los sentidos para captar la información de manera globalizadora, por lo que se requieren amplios conocimientos teóricos y habilidades en el uso de estos.
- ▶ Exploración física: Es el estudio sistemático del paciente, se realiza a través del uso de ciertas técnicas, con la finalidad de obtener información para descubrir y determinar las respuestas a los procesos vitales de la persona, utilizándose cinco técnicas básicas:
 - ▷ Inspección: Es el examen visual cuidadoso y general de la persona para determinar estados o respuestas utilizando los órganos de los sentidos, se centra en las características físicas o los comportamientos específicos.
 - ▷ Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de las estructuras corporales de la superficie, hasta por debajo de la piel.
 - ▷ Percusión: Consiste en golpear la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos y vibraciones que determinen la localización, tamaño y densidad de las estructuras.
 - ▷ Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo: corazón, pulmones, intestino y arterias.
 - ▷ Medición: Técnica que tiene como objetivo dar un valor numérico. Los datos que se reportan son útiles para encontrar o reconocer una magnitud para compararla con otras que se ha tomado como referencia. Las medidas más usuales son los signos vitales, medidas antropométricas (peso, talla, perímetros), agudeza visual, entre otras.⁵

4 Ibídem p. 61

5 Ibídem p.p. 64, 65,66

Tipos de valoración

Se puede realizar la valoración de acuerdo con el estado de salud de la persona o con el momento en que entre en contacto (primera vez o subsecuente) con el profesional de enfermería.

- ▶ Valoración inicial o básica. Se realiza durante la entrevista inicial con la persona para reunir información sobre todos los aspectos del estado de salud, a través de una guía estructurada
- ▶ Valoración continua o focalizada. Se realiza para reunir información detallada sobre las respuestas a problemas de salud o a procesos vitales de un solo aspecto o patrón.
- ▶ Valoración de urgencia o rápida. Se realiza para reunir información en el menor tiempo posible, generalmente en personas en estado crítico, con el fin de obtener datos que permitan la intervención rápida de enfermería.⁶

Para la obtención de datos se pueden obtener por medio de dos fuentes:

- ▶ Primaria: directamente del individuo.
- ▶ Secundaria: familia, personas cercanas a su entorno próximo, equipo de salud, expediente (historia clínica, exámenes de laboratorio, registros de enfermería etc.), datos de la vivienda.⁷

Existen cuatro tipos de datos

1. Datos Subjetivos: Se refieren a la percepción de la persona con respecto a su estado de salud y a su forma de expresar o responder ante los problemas o preocupaciones que tiene.
2. Datos Objetivos: Son aquellos susceptibles de ser observados y cuantificables por el profesional de salud, que se obtienen mediante la entrevista, observación y el examen físico.
3. Datos de Antecedentes: Consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado.
4. Datos Actuales: Comprende los hechos que están ocurriendo en el momento presente.⁸

6 Ibidem p. 62

7, 8 Ibidem p.63

4.1.2. Diagnóstico

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.⁹

Componentes de un diagnóstico enfermero

- ▶ Etiqueta diagnóstica: Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores.
- ▶ Características definitorias: Claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o de promoción de la salud.
- ▶ Factores de riesgo: Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento adverso no saludable.
- ▶ Factores relacionados: Son situaciones o circunstancias que pueden causar o contribuir al desarrollo del diagnóstico, que aumentan la vulnerabilidad de un individuo o una comunidad a la aparición de una respuesta poco saludable.¹⁰

Hay cinco tipos de diagnósticos:

- ▶ Real: Describe respuestas humanas a estados de salud /procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad.¹¹
- ▶ Salud: Calidad o estado de estar sano. Describe las respuestas humanas niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad.¹²
- ▶ De Riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables.¹³
- ▶ Promoción de la salud: Juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar, actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud.¹⁴
- ▶ Bienestar: Es un juicio clínico, que describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar.¹⁵

9 [North American Nursing Diagnosis Associations](#). *NANDA International DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2009-2011*. Elsevier. 1ª ed. España, 2010. p.415

10 *Ibidem* p. 416

11, 12 *Ibidem* p. 44, 45

13, 14, 15 *Ibidem* p. 25, 25, 26

4.1.3. Planeación

Es el momento en que se determina como brindar cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a objetivos. Se trata de establecer intervenciones de enfermería que conduzcan a la persona a prevenir, reducir, o eliminar los problemas detectados.¹⁶

Se establecen las siguientes etapas:

- ▶ Establecer prioridades: Para determinar el nivel de gravedad de un problema de cuidados de enfermería, se utilizan criterios de prioridad basados en los valores profesionales. El orden de prioridad es un sistema de clasificación dirigido a orientar la acción hacia: protección de la vida, prevención y alivio del sufrimiento, prevención y corrección de disfunciones, y búsqueda de bienestar. Cuando varios niveles presentan un mismo nivel de gravedad se puede recurrir a la jerarquía de necesidades de Maslow (fisiológicas, de protección y seguridad, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización), considerando siempre los valores y creencias de la persona en relación con la salud.
- ▶ Formulación de resultados esperados y objetivos de cuidados: También se denominan objetivos de resultados. Se elaboran una vez que se han priorizado los diagnósticos; se describen en términos de respuestas observables en el paciente; determinan qué espera lograr el profesional de enfermería con las intervenciones seleccionadas según el caso. Al establecer los objetivos hay que considerar el tiempo (corto, mediano y largo plazo), para poder obtener los resultados esperados.
- ▶ Elección de intervenciones de enfermería: Las intervenciones son el comportamiento y actividad de los profesionales de enfermería que se hace para ayudar a que de la conducta de la persona se logre obtener el resultado esperado, están dirigidas a modificar los factores etiológicos o factores relacionados.
- ▶ Desarrollo de planes de cuidado: El plan de cuidados es una guía escrita que organiza la información sobre la intervención de enfermería con una persona, y tiene como finalidad determinar las acciones conducentes a prevenir, paliar, o resolver problemas de salud detectados.
- ▶ Documentar el plan de cuidados: Es el registro organizado de los diagnósticos de enfermería, resultados esperados e intervenciones, tomando en cuenta los siguientes datos: fecha, verbo de acción (explicar a la persona), área de contenido (el donde y el que), tiempo y firma.¹⁷

16 Rosa María Guadalupe Andrade Cepeda. Julia Teresa López España. *Proceso de Atención de Enfermería Guía Interactiva para la enseñanza*. Trillas. 1ª ed. México. 2014. p. 91

17 *Ibidem* p.p. 93-103

4.1.4. Ejecución

Es la etapa del proceso en la cual se pone en marcha el plan de cuidados y está enfocada en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan a la persona a lograr los objetivos deseados.¹⁸ Son necesarias las habilidades cognitivas, interpersonales, y técnicas para ejecutar satisfactoriamente el plan de cuidados. Esta etapa debe mostrar flexibilidad en el plan de cuidados, ya que puede haber cambios en el estado de salud del paciente y en los recursos disponibles del hospital o área física.

La ejecución tiene tres pasos:

- ▶ Preparación: Tras determinar un plan de cuidados, la enfermera prepara los materiales necesarios y decide en que momento y con qué personal deben prestarse los cuidados, incluye la preparación del entorno y de la persona.
- ▶ Intervención: Constituye el conjunto de actividades diseñadas para cubrir las necesidades de salud de las personas, dependiendo de los problemas específicos, describiendo las conductas y las acciones necesarias para conseguir los objetivos.
- ▶ Documentación: Es un registro legal de los cuidados administrados al paciente, las anotaciones deben hacerse de manera completa y exacta.¹⁹

4.1.5. Evaluación

Es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Es el instrumento que posee la enfermera para medir la calidad de los cuidados que se realizan y de esta forma determinar si los planes han sido eficaces, si necesitan introducir cambios o, por el contrario, se dan por finalizados.

La evaluación tiene como propósito fundamentalmente determinar el progreso de la persona o grupos para mejorar, aliviar, o recuperar su situación de salud. Proporciona retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del individuo y efectividad de las intervenciones para maximizar los cuidados de enfermería en caso necesario.²⁰

^{18, 19} Ibídem p.p.105 – 108

²⁰ Ibídem p. 113

4.2 Modelo de Virginia Henderson

Virginia desarrollo su modelo conceptual influida por la corriente de integración, en donde la persona es un todo compuesto por la suma de los aspectos biopsicosociales y espirituales en interacción continua con un medio cambiante, siendo el papel de la enfermera hacer por y con la persona; está incluida dentro de la escuela de las necesidades que define la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado; los componentes de esta escuela se caracterizan por emplear teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano, para conceptualizar a la persona como lo son la Teoría de la motivación de Abraham Maslow y la Teoría de las etapas de desarrollo de Erick Erickson. Los objetivos del modelo de Henderson son basan en conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Los postulados de este modelo son básicamente tres:

1. La persona es un todo complejo de 14 necesidades básicas.
2. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
3. Cuando alguna necesidad no está satisfecha, la persona no es un todo independiente. ²¹

4.2.1. Metaparadigma de Virginia Henderson

El metaparadigma incluye los siguientes conceptos:

Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales, es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre si y tienden al máximo desarrollo de su potencial (la independencia).²²

Entorno: Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo. Incluye factores intrínsecos y extrínsecos a la persona, implicando a la familia.²³

21 Rosa María Guadalupe Andrade Cepeda. Julia Teresa López España. *Proceso de Atención de Enfermería Guía Interactiva para la enseñanza*. Trillas. 1ª ed. México. 2014. p.122

22 María Teresa Luis Rodrigo. Carmen Fernández Ferrin. et al. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Masson. 2a ed. Barcelona. 2000. p.35

23 Rosa María Guadalupe Andrade Cepeda. Julia Teresa López España. *Proceso de Atención de Enfermería Guía Interactiva para la enseñanza*. Trillas. 1ª ed. México. 2014. p.122

Enfermería: Henderson define la enfermería en términos funcionales, la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud, al restablecimiento de esta o a una muerte tranquila; actividades que el realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios,²⁴ hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

Salud: Es la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, bien sea mediante acciones llevadas a cabo por la persona o, cuando ello no es posible, mediante acciones realizadas por otros.²⁵

4.2.2. Conceptos del Modelo de Virginia Henderson:

- ▶ **Fuente de dificultad:** Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.²⁶
- ▶ **Falta de fuerza:** Se entiende por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones, se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
 - ▷ Física: La persona no tiene la capacidad psicomotriz o la fuerza y el tono muscular necesarios para llevar a cabo las actividades requeridas.
 - ▷ Psíquica: Cuando la persona ignora los beneficios de las acciones que debe realizar, no las relaciona con su situación de salud, no es capaz de tomar una decisión o la toma no es la adecuada.²⁷
- ▶ **Falta de conocimientos:** Los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona, sobre los recursos propios y ajenos disponibles, cuando la persona tiene la capacidad para recibir, procesar y recordar la información, pero carece de los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o ignora como complementarlos.
- ▶ **Falta de voluntad:** Compromiso de una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.²⁸

^{24,25} Ídem p. 122

^{26, 27, 28.} Aprende en línea. *Virginia Henderson*. [en línea]. Plataforma Académica de Pregrado. Colombia. 2016. [citado 28 Julio 2016]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>

- ▶ **Rol de enfermería:** Consiste en suplir la autonomía de la persona o ayudarlo a lograr la independencia, desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.²⁹
- ▷ **Suplencia:** Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.
- ▷ **Asistencia:** Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.
- ▷ **Acompañante – Orientadora:** Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.³⁰
- ▶ **Manifestación:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.³¹
- ▶ **Independencia:** Satisfacción de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo, las normas y criterios de salud establecidos.³²
- ▶ **Dependencia:** Se refiere al desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona, debido a una falta de conocimiento, fuerza o voluntad, que dificulta o impide la realización de las actividades adecuadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.
- ▶ **Parcialmente dependiente:** Comprende que la persona no desarrolla al 100% sus necesidades, si no que necesita de otro u otros para satisfacerlas por completo.
- ▶ **Manifestaciones de independencia:** Conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas, acertadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.
- ▶ **Manifestaciones de dependencia:** Conductas o acciones de la persona que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en estos momentos o en el futuro, como consecuencia de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.³³

29,31, 32 Aprende en línea. *Virginia Henderson*. [en línea]. Plataforma Académica de Pregrado. Colombia. 2016. [citado 28 Julio 2016]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>

30 José Carlos Bellido Vallejo. José Francisco Lendínez Cobo. *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. [en línea]. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 1ª ed. España. 2010. [citado 12 Junio 2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>, p. 20

33 Rosa María Guadalupe Andrade Cepeda. Julia Teresa López España. *Proceso de Atención de Enfermería Guía Interactiva para la enseñanza*. Trillas. 1ª ed. México. 2014. p

- ▶ **Intervención de la enfermera:** Son las acciones de la enfermera que consisten en completar o reemplazar las acciones del individuo para satisfacer sus necesidades. Incluye a su vez, dos elementos, que son el centro de la intervención y los modos de la intervención:
- ▷ Centro de intervención: Son las áreas de dependencia de la persona, es decir la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para que hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo).
- ▷ Modos de la intervención: Se distinguirán a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, teniendo en cuenta que no todos esos modos son aplicables a todas las áreas de dependencia.
- ▶ **Consecuencias deseadas:** Son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del paciente en la satisfacción de las catorce necesidades.
- ▶ **Cliente:** Es la persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aun sin presentarlo tiene un potencial de desarrollo.
- ▶ **Necesidades Humanas Básicas:** Es todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad, promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.³⁴

4.2.3. Las 14 necesidades

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas, son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera diferente, son:

1. Oxigenación

Consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Para satisfacer esta necesidad el sistema respiratorio debe permitir la inspiración y espiración de aire a través de las vías respiratorias permeables y una fisiología adecuada.

2. Nutrición e Hidratación

Es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad, y en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.³⁵

³⁴ Aprende en línea. *Virginia Henderson*. [en línea]. Plataforma Académica de Pregrado. Colombia. 2016. [citado 28 Julio 2016]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>

³⁵ José Carlos Bellido Vallejo. José Francisco Lendínez Cobo. *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. [en línea]. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 1ª ed. España. 2010. [citado 12 Junio 2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>, pp. 21,35,41

Una alimentación adecuada debe de contener los seis elementos siguientes: glúcidos, lípidos, prótidos, vitaminas, sales minerales y agua.:

Manifestaciones de Independencia de la Necesidad de Nutrición e Hidratación

- ▶ Condiciones de la boca: dientes blancos, alineados y en número suficiente, prótesis en buen estado y bien ajustada, mucosa bucal rosa y húmeda, lengua rosada, encías rosadas y adheridas a los dientes.
- ▶ Masticación: lenta, boca cerrada.
- ▶ Reflejo de deglución: presente.
- ▶ Digestión lenta (cuatro horas en el estómago) sin malestar.
- ▶ Hábitos alimentarios: horarios de 3 comidas al día, espaciados por periodos de 4 a 5 horas.
- ▶ Duración de las comidas: 30 a 45 minutos por comida, tomar colación entre comidas, presencia de apetito, hambre, saciedad, utilización de los cuatro grupos de alimentos, en la composición del menú.
- ▶ Hidratación: ingestión diaria de líquido, particularmente agua de 1000 a 1500ml, la cantidad de líquido ingerido debe ser equivalente a la cantidad excretada.
- ▶ Particularidades según los grupos de edad: el aporte diario de alimentos y líquidos ingeridos, tanto en cantidad como en calidad, varían según las etapas de crecimiento y desarrollo.

Valoración de enfermería

Valorar el estado nutricional de los pacientes consiste en determinar el nivel de salud y su bienestar. Supone examinar el grado en que las demandas fisiológicas, bioquímicas y metabólicas están cubiertas por la ingestión equilibrada de todos los nutrientes. Una nutrición equilibrada implica un aporte adecuado de nutrientes y energía, específico para cada individuo. La deficiencia prolongada de un determinado nutriente, conduce a la desaparición progresiva en los tejidos, con las consiguientes alteraciones bioquímicas, que más tarde se traducen en manifestaciones clínicas. El consumo excesivo de uno o varios nutrientes pueden desarrollar situaciones de toxicidad o de obesidad. La evaluación del estado nutritivo tiene como finalidad la detección temprana de grupos de pacientes con riesgo de padecer malnutrición u otras enfermedades, si es posible se debe de tomar en cuenta la elección personal de alimentos preferidos o degustación alimentaria, si hay alguna restricción alimentaria (relacionada con la religión, cultura o status social), preguntar si las comidas son tomadas en solitario o en compañía, en el hogar, en el trabajo, o en el restaurante, y el significado personal de la comida: amor, castigo, consuelo, alivio.³⁶

36 Lise Riopelle. *et al. Cuidados de enfermería: un proceso centrado en las necesidades de la persona*. McGraw-Hill. 1ª ed. España. 1993. pp. 84, 86,87, 88.

La valoración nutricional debe reunir los siguientes aspectos:

- ▶ Composición corporal: estudio de las medidas antropométricas.
- ▶ Situación del metabolismo: estudio de los parámetros analíticos.
- ▶ Situación fisiopatológica: historia clínica y exploración física.
- ▶ Informe psicosocial: educación y hábitos nutritivos
- ▶ Historia dietética.³⁷

3. Eliminación

Es la necesidad del organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina, heces, transpiración, y espiración pulmonar.³⁸

Manifestaciones de independencia de la Necesidad de Eliminación.³⁹

ORINA	
Parámetros	Normales
Color	Amarillo pálido
Olor	Amoniaco
Turbidez	Clara
Densidad	1.002 a 1.035 g/ml.
PH	4.5 a 8.0
Osmolaridad	Entre 300 y 1.200 mOsm/kg en adultos
Cantidad Volumen de diuresis	1-2 ml x kg x hora Varía en función de la ingesta de líquido y de las pérdidas extrarenales (transpiración y respiración), la temperatura ambiental
Frecuencia	5-6 veces/día en adultos

HECES	
Parámetros	Normales
Forma	Debe ser parecida al diámetro rectal
Constituyentes	Alimentos no digeridos, bacterias muertas, grasa, pigmentos, agua, células de mucosa.
Color	Marrón – adultos, dependerá de la ingestión alimentaria
Olor	Difiere de una persona a otra, dependerá de los alimentos ingeridos.
Consistencia	Blandas y formadas
Frecuencia	Desde una vez al día, hasta 2 a 3 veces a la semana
Cantidad	150 gr. aproximadamente en cada defecación

37, 39 Ibídem. pp. 88, 115.

38 José Carlos Bellido Vallejo. José Francisco Lendínez Cobo. *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. [en línea]. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 1ª ed. España. 2010. [citado 12 Junio 2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf> p.57.

4. Moverse y mantener una buena postura.
Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y, bien alineados permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo.
5. Descanso y sueño.
Es una necesidad para todo ser humano, que debe de llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.
6. Usar prendas de vestir adecuadas.
Es la necesidad del individuo de llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades etc.), para proteger su cuerpo del rigor del clima, permitir libertad de movimientos, y mantener la temperatura corporal. La ropa puede ser también un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.
7. Termorregulación.
Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, en donde el ser humano debe conservar una temperatura más o menos constante para permanecer en buen estado.
8. Higiene y protección de la piel.
Es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actué como protección contra cualquier penetración en el organismo.
9. Evitar peligros.
Es la capacidad del ser humano para mantener y promover la propia integridad física y psicológica de sí mismo y de terceros, en conocimiento de los peligros potenciales del entorno.
10. Comunicarse
Es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes, que permite transmitir sentimientos, opiniones, experiencias e información.
11. Vivir según sus creencias y valores
Es la necesidad del individuo hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien, del mal, de la justicia y la persecución de una ideología.
12. Trabajar y realizarse
Es una necesidad para todo individuo; llevar a cabo acciones que permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás, desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo, para permitirle llegar a una total plenitud.⁴⁰

⁴⁰ Ibídem p.p. 73, 87, 93, 97, 101, 111, 133, 153, 163

13. Participar en actividades recreativas

Es una necesidad para el ser humano, divertirse, con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14. Aprendizaje

Es la necesidad del ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos, o la adquisición de nuevas conductas con el objetivo de mantener o recobrar la salud.⁴¹

4.3 Práctica contemporánea de enfermería

A lo largo de la historia la enfermería ha ido evolucionando, haciéndose cada vez más necesaria una formación con mayores conocimientos teóricos, habilidades prácticas y, con un alto compromiso moral en el ejercicio profesional. Se han elaborado nuevas teorías y modelos, en consecuencia, han sido modificados planes de estudio, programas y asignaturas, se ha diseñado un nuevo sistema de educación que incluye la especialización, diplomados, maestrías y los doctorados. Las enfermeras han ocupado cada vez más cargos de responsabilidad, no sólo en el ámbito de enfermería, sino en la gestión sanitaria en general, con todo esto se ha reforzado el respeto a la profesión, de estar actuando solo por indicaciones de otros y con el ejercicio de la rutina, ahora con una metodología propia y con un marco conceptual que orienta nuestra actividad.

En tanto la medicina sigue avanzando, se hace evidente cada vez más la necesidad de enfermeras bien calificadas para que la atención que se brinde sea de forma integral, ayudando a los individuos, familia y comunidad, en la satisfacción de sus necesidades básicas, y conservación de la salud.

⁴¹ Ibídem pp.175, 179.

4.4 CANCER DE COLON

4.4.1. Definición

El cáncer colon es el tumor maligno, que procede de las células de la mucosa del intestino grueso y de sus glándulas, este tipo de cáncer se puede originar en el colon o el recto llamándose también Cáncer Colorrectal (CCR) dependiendo del lugar en donde se origine. El cáncer de colon y el cáncer de recto a menudo se agrupan porque tienen muchas características comunes. La mayoría de los cánceres colorrectales aparecen sobre un pólipo existente en la mucosa del colon, que por diversas circunstancias evoluciona a tumor maligno.

Este tumor maligno, puede crecer de tres maneras:

- ▶ Crecimiento local: se produce principalmente al crecer en profundidad invadiendo todas las capas que forman la pared del tubo digestivo. Una vez que el tumor traspasa toda la pared del intestino puede invadir cualquier órgano, bien abdominal o a distancia mediante:
- ▶ Diseminación linfática: La diseminación por esta vía se realiza de forma ordenada, afectando primero a los ganglios más próximos y, posteriormente, a los más alejados.
- ▶ Diseminación hematológica: Las células tumorales pasan al torrente circulatorio y a través de la sangre se diseminan preferentemente hacia el hígado, pulmón, hueso y cerebro.⁴²

⁴² Asociación Española contra el cáncer. *Cáncer de colon*. [en línea]. España. 2014. [citado el 12 Junio 2016] Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdecolon/Paginas/quees.aspx>

4.4.2. Epidemiología

El Carcinoma Colorrectal (CCR) ocupa el tercer lugar mundial después de los carcinomas de pulmón y mama. Su frecuencia es muy alta en países más desarrollados como Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, Europa y Australia. En África su frecuencia es menor debido a la pobre ingesta de grasas y proteínas. En México el CCR ocupa el segundo en frecuencia después del carcinoma gástrico.

La incidencia del CCR aumenta con la edad sobre todo después de los 50 años y predomina en el género masculino,⁴³ es el cuarto cáncer más común en el hombre y el tercero en la mujer.⁴⁴ Solo de 3 a 5% de todos los casos de CCR ocurre en individuos con predisposición hereditaria.⁴⁵ En México 50% de los casos se presenta en forma diseminada al momento del diagnóstico, por lo que su sobrevida es muy pobre.⁴⁶

4.4.3. Factores Etiológicos

El desarrollo o aparición de cáncer de colon depende de múltiples factores de riesgo:

- ▶ Edad: Su incidencia aumenta después de los 50 años de edad.
- ▶ Dieta hipercalórica: Alta ingesta de carnes rojas y grasas, bajas en frutas, vegetales y en fibra.
- ▶ Factores modificables: Obesidad, sedentarismo, tabaquismo, alto consumo de alcohol, hiperglucemia e hiperinsulinemia.⁴⁷
- ▶ Factores hereditarios: Los descendientes en primer grado en los casos con carcinomas de colon, intestino delgado, gástrico, mama, síndrome de poliposis múltiple familiar y Síndrome de Lynch tiene mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal.
- ▶ Enfermedades inflamatorias intestinales: Colitis ulcerativa crónica inespecífica, enfermedad de Crohn, algunas infecciones por agentes patógenos como lo son *Helicobacter hepaticus*, *Citrobacter rodentium* y *Enterococcus fecalis*.
- ▶ Otros factores: Radiaciones pélvicas, y de sitios adyacentes del colon.
- ▶ Cáncer colorrectal previo: Se presentan con mayor posibilidad de desarrollar un segundo carcinoma de colon primario y cánceres metacrónicos.⁴⁸

^{43,45,46, 47.} Nahúm Méndez Sánchez. Misael Uribe Esquivel. *Gastroenterología*. McGraw Hill Interamericana. 2ª ed. México. 2010. p. 608

^{44, 48} José de Jesús Villalobos Pérez. Miguel Ángel Valdovinos Díaz. et al. *Principios de Gastroenterología*. Méndez Editores. 4ª ed. México. 2010. P. 605, 618, 619

4.4.4. Cuadro Clínico

La sintomatología generalmente se presenta en estadios avanzados de la enfermedad, siendo los más frecuentes:

- ▶ Alteraciones en hábito intestinal (diarrea o estreñimiento)
- ▶ Náuseas
- ▶ Anorexia
- ▶ Pérdida de peso involuntaria
- ▶ Dolor abdominal de tipo cólico
- ▶ Astenia
- ▶ Adinamia
- ▶ Anemia
- ▶ Vómito
- ▶ Masa palpable
- ▶ Hemorragia de tubo digestivo bajo

Los síntomas dependen de la localización del cáncer, el tamaño de la neoplasia y la presencia de metástasis. Los tumores de colon derecho, generalmente se presentan clínicamente con sangrado oculto de tubo digestivo, síndrome anémico (debilidad, fatiga, palpitaciones, disnea). Dos terceras partes de los pacientes presentaran enfermedad local regional, mientras que una tercera parte de los casos desarrollara metástasis a distancia, con mayor frecuencia hacia ganglios linfáticos e hígado.

4.4.5. Diagnostico

Estudios paraclínicos y de gabinete

- ▶ Historia clínica completa, será de vital importancia en el diagnostico precoz.
- ▶ Sintomatología antes mencionada.
- ▶ Estudios paraclínicos, como la colonoscopia, búsqueda de sangre oculta en heces, y colon por enema son estudios de gran relevancia.

Radiografía de tórax, examen general de orina son estudios con los cuales se completara su valoración clínica, TAC de abdomen y pelvis se recomienda específicamente en pacientes con neoplasias grandes o con pruebas de funcionamiento hepático alteradas.⁴⁹

Estudios de laboratorio como Biometría Hemática, marcadores tumorales, en el CCR los marcadores más preciso son el CEA (antígeno carcinoembrionario) y el Ca.19.9.⁵⁰

49 Ibídem p.611

50 Asociación Española contra el cáncer. *Cáncer de colon*. [en línea].España. 2014. [citado el 12 Junio 2016] Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdecolon/Paginas/quees.aspx>

En el CEA el rango normal es de 0 a 2.5 mcg/L,⁵¹ en los fumadores de 0 a 5 mcg/L; y el Ca.19.9, el rango normal es de 0 a 37 UI/ml; se emplean como pruebas que ayudan al seguimiento del tumor tras los tratamientos y para detectar recidivas.⁵²

4.4.6. Clasificación

La clasificación del cáncer colorrectal se basa en la profundidad de la penetración del tumor a través de la pared intestinal y la presencia o ausencia de metástasis ganglionares o a distancia.

Clasificación TNM, en donde la T representa la profundidad de la invasión en la pared, N la presencia de ganglios linfáticos con células neoplásicas y la M implica metástasis a distancia. El carcinoma *in situ* o displasia de alto grado, se encuentra confinado a la mucosa sin penetrar a la muscular de la mucosa.⁵³

ESTADIFICACION DEL CARCINOMA COLORRECTAL DE ACUERDO AL AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (AJCC)	
Tumor primario (T)	
TX	No se puede evaluar el tumor primario.
T0	No hay signos de tumor primario.
Tis	Tumor <i>in situ</i> : tumor que no invade la muscular de la mucosa.
T1	Tumor que invade la submucosa.
T2	Tumor dentro de la muscular propia, sin atravesar de manera transmural
T3	Tumor que atraviesa de manera transmural la muscular propia, invadiendo la subserosa o los tejidos perirrectales no recubiertos de peritoneo.
T4	Tumor que invade directamente a otros órganos o estructuras, perfora el peritoneo visceral, o ambas cosas.
Ganglios linfáticos	
NX	No se puede evaluar los ganglios linfáticos regionales.
N0	No se encuentran metástasis ganglionares regionales.
N1	Metástasis en 1 a 3 ganglios pericólicos o perirrectales.
N2	Metástasis en cuatro o más ganglios pericólicos o perirrectales.
Metástasis a distancia (M)	
MX	No se puede evaluar.
M0	No hay metástasis.
M1	Presencia de metástasis. ¹⁰

51 Clínica privada de especialistas médicos en Madrid DAM. [ACE \(antígeno carcinoembrionario\) Análisis ACE](https://www.clinicadam.com/salud/5/003574.html). [en línea]. Madrid. 2016. [citado 12 Junio 2016]. Disponible en: <https://www.clinicadam.com/salud/5/003574.html>

52 Organization Pancreatic Cancer Action Network. *CA19-9*. [en línea]. Washington. 2016. [citado 12 Junio 2016]. Disponible en: https://www.pancan.org/section_en_espanol/learn_about_pan_cancer/diagnosis/CA19_9.php

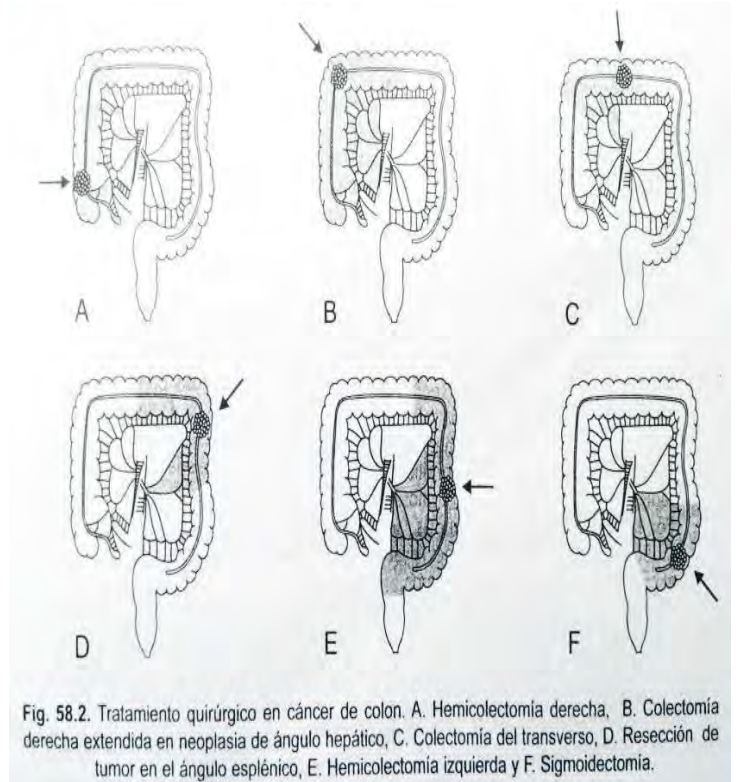
53 José de Jesús Villalobos Pérez, Miguel Ángel Valdovinos Díaz, et al. *Principios de Gastroenterología*. Méndez Editores. 4ª ed. México. 2010. P. 626

- ▶ Enfermedad etapa I: incluye adenocarcinoma que invade a través de la muscular de la mucosa pero se limita a la submucosa (T1) o a la muscular propia (T2) sin metástasis ganglionar.
- ▶ Enfermedad etapa II: está representada por neoplasias que invaden a través de la pared del intestino hacia la subserosa o tejido pericólicos o perirrectales sin peritoneo (T3). Mientras que en la etapa IIB se localiza en órganos o tejidos a través del peritoneo visceral (T4) sin metástasis ganglionares.
- ▶ Estadio III: incluye la A con T1-2 a 3 metástasis ganglionares, IIIB con T3-4 con 1 a 3 metástasis ganglionares y IIIC con cualquier T con 4 o más metástasis ganglionares.
- ▶ Etapa IV: implica metástasis a distancia.

El estadio de la enfermedad se relaciona con la sobrevida a cinco años: en pacientes con enfermedad en estadio I 93.2%, etapa IIA es de 84.7%, IIB es de 72.2%. En estadio IIIA es de 86.4%, IIIB 64.1% y IIIC 44.3, mientras que el estadio IV baja a 8.1%. El sitio más frecuente de metástasis son los ganglios linfáticos e hígado. Los pulmones la pelvis y las glándulas suprarrenales son sitios menos frecuentes.

4.4.7. Tratamiento

El principal objetivo será la extirpación del tumor junto con su aporte linfovascular y en caso de encontrarse en algún otro órgano deberá efectuarse una resección en bloque. Deberá considerarse efectuar un procedimiento paliativo en caso de tratarse de un tumor irreseccable. La localización de la neoplasia orienta hacia el segmento de colon que debe resecarse acorde a su irrigación y drenaje linfático.⁵⁴



⁵⁴ Ibidem p.p. 626,627

Las opciones quirúrgicas acorde a la localización y extensión de las neoplasias incluyen:

- a) Hemicolectomía derecha: escisión de los 5 a 8 cm distales de íleon, ciego, colon, ascendente, ángulo esplénico y colon transversal proximal a la arteria cólica media.
- b) Hemicolectomía derecha radical: Escisión de colon transversal (incluyendo la arteria cólica media en su origen) además de las estructuras señaladas en la hemicolectomía derecha.
- c) Colectomía transversal: Resección segmentaria del colon transversal.
- d) Hemicolectomía izquierda: Consiste en la resección del colon transversal distal a la rama derecha de la arteria cólica media, el colon descendente y el colon sigmoideos con ligadura y división de la arteria mesentérica inferior.
- e) Resección anterior baja: consiste en la escisión del colon descendente distal, colon sigmoideos, y los dos tercios superiores del recto con ligadura en su origen de los vasos mesentéricos inferiores.
- f) Colectomía total: implica la resección de ciego, colon ascendente, ángulo hepático, colon transversal, ángulo esplénico, colon descendente y sigmoideos restituyéndose el tránsito intestinal con una ileorrectoanastomosis.
- g) Tratamiento quirúrgico de la poliposis adenomatosa familiar: dependerá de la edad del paciente, el tiempo de evolución con la alteración y se señala que la colectomía total con ileorrectoanastomosis presenta una baja tasa de complicaciones con buenos resultados funcionales.
- h) Tratamiento quirúrgico laparoscópico o de mínima invasión: estudios recientemente han confirmado que las resecciones oncológicas de colon son seguras, factibles sin comprometer los resultados en los pacientes en comparación a procedimiento quirúrgicos convencionales o abiertos.
- i) Tratamiento en neoplasias con invasión a otros órganos: deberá efectuarse una resección oncológica en bloque.

Tratamiento adyuvante

Este se recomienda en pacientes con estadios III y IV. El 5FU (5-fluorouracilo) es el agente más efectivo en CCR con respuesta de 15 a 30% como única modalidad terapéutica en cáncer avanzado. Múltiples estudios han reflejado un fracaso del agente terapéutico para demostrar beneficio en la supervivencia en comparación con la cirugía únicamente.⁵⁵

⁵⁵ Ibidem p.628

Por lo anterior se ha combinado con levamisol (antihelmíntico con propiedades inmunoestimulantes) con mejores resultados.

Recurrencia y enfermedad metastásica

El riesgo de recurrencia es mayor en estadio II, III, anaplasia, aneuploidia o invasión a órganos adyacentes. La recurrencia puede ser local, regional o a distancia, siendo esta última la más frecuente.⁵⁶

Seguimiento

Se recomienda un seguimiento estrecho durante los primeros dos años posquirúrgicos, debido a que es el lapso donde se encuentra la mayor cantidad de pacientes con recurrencia de cáncer colorrectal, incluyendo la prueba de sangre oculta en heces, colonoscopia y radiografía de tórax, en conjunto con biometría hemática, pruebas de funcionamiento hepático, después de cada 6 meses durante el cuarto y quinto año posteriormente de manera anual. La colonoscopia debe efectuarse al año y después de los 3 años. Una TAC abdominal basal se obtiene 3 a 4 meses después de la cirugía.¹⁰

4.4.8. Prevención

- ▶ Ingestión de dieta equilibrada, adecuada en calorías de acuerdo con los requerimientos por edad, actividad física y peso ideal.
- ▶ Aumentar la ingestión de fruta y vegetales.
- ▶ Disminuir ingestión de carnes rojas (res, cordero, puerco, embutidos), y sustituirla por: pescado, pollo y pavo (sin grasa).
- ▶ Aumentar actividad física (30-60 min diarios), como caminata o algún ejercicio aeróbico.
- ▶ Asistir al médico si hay cambio en hábitos intestinales y sintomatología mencionada anteriormente.
- ▶ Suspendir tabaquismo.
- ▶ Reducir ingestión de bebidas alcohólicas.
- ▶ Reducir el peso cuando hay sobrepeso u obesidad.⁵⁷

⁵⁶ Ibídem p. 630

⁵⁷ Nahum Méndez Sánchez. Misael Uribe Esquivel. *Gastroenterología*. McGraw Hill Interamericana. 2ª ed. México. 2010. p. 608

4.5 ETAPA DEL ADULTO MEDIO

Comprende de los 40 hasta los 65 años, se espera que el adulto medio haya vivido experiencias como el matrimonio, la paternidad, y se esté preparando para la jubilación, emancipación de los hijos, soledad por la viudez e incluso separación marital. En general, el adulto medio de hoy en día está en buena condición física, financiera y psicológica, es probable que esté en sus años de máximas ganancias.

Los cambios físicos al inicio de esta etapa tienden a ser imperceptibles, pero se irán acentuando conforme pasen los años. Los malos hábitos y el descuido en lo que a salud se refiere, pueden empezar a cobrar la factura con enfermedades que se vuelven crónicas, sin descartar, por supuesto, las que se habrán de desarrollar en esta etapa y que de no recibir tratamiento adecuado y oportuno, pueden ser causa de muerte.⁵⁸

Durante este periodo los logros profesionales ya se han experimentado, muchos adultos de mediana edad encuentran un disfrute particular en ayudar a sus hijos y a otras personas jóvenes a llegar a ser adultos productivos y responsables. Emplear el tiempo de ocio es un reto, que si se cumple satisfactoriamente, permite a los adultos de mediana edad prepararse para la jubilación.⁵⁹

4.5.1. Funcionamiento sensorial

En relación con la vista, la presbicia, miopía y disminución en la agudeza visual son muy comunes; con respecto al oído ocurre una disminución de la capacidad de sonidos con frecuencia más alta, el sentido del gusto también presenta cambios, ya que las papilas gustativas pierden sensibilidad, la sensibilidad al tacto disminuye después de los 45 años y al dolor después de los 50. En esta etapa se experimenta una pérdida en la cantidad de energía que se gasta para mantener las funciones vitales. Algunos cambios visibles y generalizados son los siguientes: la piel se torna menos tersa y uniforme, el cabello se encanece y adelgaza, se gana peso y pierde estatura, al absorber menos calcio, la densidad de los huesos disminuye, las articulaciones pueden ser menos flexibles.⁶⁰

58, 60 Néstor Fernández Sánchez. *LA EDAD ADULTA*. [en línea]. s.l.p.s.a.p. [citado 10 Febrero 2017]. Disponible en: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/124/cd/guia/documentacion%20complementaria/15_persona_adulta.pdf. p.p.28-31

59 Patricia A. Potter *et al. Fundamentos de Enfermería*. Elsevier. 8ª ed. Barcelona España.2015. p. 158

4.5.2. Sexualidad: Uno de los cambios fundamentales de la edad media es la disminución de las capacidades reproductoras afecta a los hombres y mujeres de manera diferente. La capacidad reproductiva de las mujeres se termina durante este período, con la presencia de la menopausia, en la que la función ovárica disminuye, en consecuencia experimentan síntomas físicos que pueden incluir bochornos, adelgazamiento del revestimiento vaginal ocasionando dispareunia o disfunción urinaria; los hombres, a pesar de que pueden continuar engendrando hijos, empiezan a experimentar una disminución de la fertilidad y en algunos casos, de la potencia.⁶¹

4.5.3. Aspectos psicosociales familiares

Los factores psicosociales que implican a la familia incluyen el estrés, la soltería, los cambios maritales, la transición de la familia conforme los hijos se emancipan y cuidado de los padres ancianos.

Soltería: Muchos adultos de esta edad son solteros no tienen parientes pero comparten una relación de tipo familiar con los amigos íntimos o con sus compañeros de trabajo, en situación de enfermedad el adulto medio tiene que depender de estos, lo que aumenta las demandas de cuidado que afrontan otros miembros de la familia que también tiene otras responsabilidades.

Cambios maritales: Incluyen la muerte del conyugue, la separación, el divorcio, y la elección de casarse de nuevo o permanecer soltero. Un paciente viudo, separado o divorciado pasa por un periodo de duelo y pérdida en el que es necesario que se adapte al cambio del estado marital.

Transiciones familiares: Muchos padres dan la bienvenida a la libertad de las responsabilidades de educar a los hijos, mientras que otros se sienten solos sin dirección, con sentimiento de tristeza y soledad (síndrome del nido vacío).⁶²

61 *Ibidem* p.p. 30,31.

62 Patricia A. Potter *et al.* *Fundamentos de Enfermería*. Elsevier. 8ª ed. Barcelona España.2015. pp. 160,161.

4.5.4. Cuidados de los padres ancianos: El aumento de la esperanza de vida ha conducido a un aumento del número de ancianos en la población, por consiguiente un mayor número de adultos de mediana edad necesitan abordar las cuestiones personales y sociales a que se enfrentan sus padres ancianos, encontrándose atrapados entre las responsabilidades de cuidar a los hijos que dependen de ellos y las de cuidar a su padres enfermos o ancianos. ⁶³

4.5.5. Inteligencia y cognición: Mientras la inteligencia fluida (habilidad de manejar nuevo material o situaciones) típicamente disminuye, la inteligencia cristalizada (habilidad de solucionar problemas con base en el procesamiento automático de información almacenada) a menudo se incrementa durante la edad intermedia. Los adultos están usualmente más preocupados en cómo utilizar el conocimiento para propósitos prácticos que en adquirir conocimiento y habilidades para su propio bien, usan sus habilidades intelectuales para solucionar problemas de la vida real asociados con la familia, negocios o responsabilidades sociales.

4.5.6. Laboral: La gente reevalúa sus aspiraciones anteriores sobre la carrera elegida y qué tan bien se ha realizado. Durante la transición de la adultez temprana y la intermedia algunas veces se modifican metas o se incursiona en actividades totalmente diferentes de las esperadas.

Desempleo: Debido a los estereotipos culturales, la pérdida de empleo en el hombre puede llevar, junto con las demás características físicas, a estados depresivos de alto riesgo para su equilibrio mental.

Cambio de carreras en la mitad de la vida: Con el incremento en la esperanza de vida mucha gente de edad intermedia no desea continuar haciendo lo mismo y se orientan en direcciones totalmente nuevas, otras se ven obligadas al desempleo por causas tecnológicas o económicas, también puede ser para buscar un nuevo reto de un trabajo que ofrezca más oportunidad de progreso o desarrollo personal, o por el vacío que los hijos dejan al emanciparse, la viudez, y el divorcio. ⁶⁴

63 Patricia A. Potter et al. Fundamentos de Enfermería. Elsevier. 8ª ed. Barcelona España.2015. pp. 161.

64 *Ibidem* p. 33

4.5.7. Salud

Problemas de salud

Las enfermedades más comunes de la edad media son el asma, la bronquitis, diabetes, hipertensión, ataques al corazón, artritis, reumatismo, deterioros de la vista y oído, mal funcionamiento de los sistemas circulatorio, digestivo y genitourinario. Las principales causas de muerte son el cáncer y enfermedades del corazón.⁶⁵

Obesidad: La obesidad es un problema de salud creciente y costosa para los adultos de la mediana edad, puede reducir la calidad de vida, aumenta el riesgo de enfermedades crónicas graves y de muerte prematura.

Promoción de la salud y reducción del estrés: Hoy en día el mundo complejo hace que las personas sean más susceptibles a las enfermedades relacionadas con el estrés, como los ataques cardiacos, hipertensión, migraña, úlceras gástricas, colitis, artritis y cáncer. Los adultos de mediana edad experimentan cambios fisiológicos y se enfrentan a ciertas realidades de salud, sus percepciones de la salud y de las conductas de salud son a menudo factores importantes en el mantenimiento de esta.

Formar hábitos de salud positivos: Algunos hábitos apoyan a la salud como el ejercicio, otros hábitos implican factores de riesgo para la salud como fumar, los adultos mayores son quienes tiene el control y son responsables de su propias conductas, son quienes deciden finalmente que conductas se convierten en hábitos de su vida diaria. Hay factores que los adultos de la mediana edad deben de tener en cuenta como la prevención de Infecciones de transmisión sexual, abuso de sustancias, prevención de accidentes, alimentación y actividad física principalmente.⁶⁶

65 Ibídem p.32
66 Ibídem p. 161.

V. METODOLOGIA

Como parte de la inscripción al Seminario de Proceso de Atención de Enfermería se tomó en cuenta el oficio emitido por Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, de la Universidad Nacional Autónoma de México, por el cual se informó al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, sobre los tiempos y requisitos para poder cumplir con este, autorizando el uso de las instalaciones y tiempo de las profesoras inscritas en esta opción a titulación.

Se seleccionó a una paciente de la unidad 310 Torre Quirúrgica, cuarto piso, del Hospital General de México Dr. “Eduardo Liceaga”, para la realización del presente trabajo. Durante el periodo comprendido del 10 de Abril del 2016 al 31 de Mayo del 2016. La entrevista, exploraciones físicas y técnicas utilizadas para la valoración fue autorizada por la paciente por medio del consentimiento informado en el cual se le explicaron los beneficios y procedimientos a realizar.

Para la recolección de datos se utilizó el instrumento de valoración de Virginia Henderson basado en las 14 Necesidades, el cual se extrajo del libro Proceso de Atención de enfermería Guía interactiva para la enseñanza, del Apéndice I, que consta de 120 preguntas y dos apartados. Dicho instrumento fue aplicado a una paciente femenina de 55 años de edad con las necesidades alteradas de eliminación y nutrición, diagnosticada de tumor de colon derecho. Dado que la paciente presentó complicaciones posterior a su alta se realizaron dos valoraciones focalizadas en el servicio de Medicina Interna y Torre quirúrgica. Posterior a este se implementó el plan de alta el cual cuyo propósito es garantizar la continuidad de los cuidados en casa, integrando al cuidador primario y la paciente principalmente, evitando con esto complicaciones, y reingresos, emitiendo recomendaciones y proporcionando orientación como guía para el autocuidado de la paciente.

5.1. Cronograma de Actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										
Actividad	Tiempo.	Material utilizado.	Fecha							
			1 - 12 Abril 2016.	12 de Abril 2016.	13-21 Abril 2016.	17 Mayo 2016.	17 -20 Mayo 2016.	24 de Mayo 2016.	24- 27 Mayo 2016.	31 de Mayo del 2016
Selección de la paciente para la realización del Proceso de Atención de Enfermería.	8:00 a 14:00	Expediente clínico.								
Valoración Inicial	8:00 a 14:00	Instrumento de valoración de las 14 Necesidades de Virginia Henderson, expediente clínico, baumanometro, estetoscopio, termómetro, bascula, hoja de enfermería.								
Diagnostico	8:00 a 14:00	NANDA: NIC, NOC.								
Planificación	8:00 a 14:00									
Ejecución	8:00 a 14:00									
Evaluación.	8:00 a 14:00									

Plan de alta Hospitalario	12:30 a 13:00	Plan de alta hospitalario impreso.								
Valoración Focalizada No. 1.	11:00am a 12:00pm	Baumanometro, estetoscopio, termómetro, bascula, hoja de enfermería.								
Diagnostico	8:00 a 14:00	NANDA, NIC, NOC.								
Planificación	8:00 a 14:00									
Ejecución	8:00 a 14:00									
Evaluación.	8:00 a 14:00									
Valoración Focalizada No. 2.	12:30 a 13:30	Expediente clínico, hojas de enfermería								
Diagnostico	8:00 a 14:00									
Planificación	8:00 a 14:00									
Ejecución	8:00 a 14:00	Sopa de letras, bolígrafo, aceite de almendras								
Evaluación.	8:00 a 14:00									
Plan de alta Hospitalario	11:00 a 12:15									
Educación para la salud: Ejercicio y alimentación.	12:30 a 13:00	Tríptico: Ejercicio y alimentación.								
Educación para la salud: Cuidado y curación de heridas.	13:00 a 13:40	Tríptico: Cuidado y curación de heridas								

VI. VALORACION INICIAL

6.1.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: A.P.R.

Nacionalidad: Mexicana

Lugar de Residencia: Ciudad de México

Ocupación: Afanadora

Fecha de Nacimiento: 16/10/1961

Estado Civil: Viuda

Religión: Católica

Escolaridad: Primaria

6.1.2. Signos Vitales:

T/A: 130/70mmHg	FC: 78	FR: 20	T°36.7	Peso: 57	Talla: 149cm
-----------------	--------	--------	--------	----------	--------------

6.1.3. DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

Paciente A.P.R femenina de 55 años de edad, refiriere que desde hace 7 meses atrás aproximadamente comenzó con evacuaciones diarreicas con frecuencia de 15 veces en 24 horas, aumentadas en consistencia liquidas, color café oscuro y olor normal, pérdida de peso de 10 kg en 8 meses de forma no intencionada, junto con astenia marcada, es diagnosticada de Tumor de colon derecho + síndrome anémico de tipo carencial.

6.1.4. EXPLORACION FISICA

Se encuentra paciente con Glaswog de 15 puntos, la paciente responde al interrogatorio con lenguaje claro y coherente, con buena comprensión y expresión, cráneo normocéfálico, caída de cabello, seco y delgado; ojos presenta hipermetropia, utiliza lentes desde hace dos años para leer y distinguir adecuadamente las letras u objetos; boca con mucosas orales deshidratadas y palidez, falta de piezas dentales teniendo únicamente 4 incisivos inferiores, 1°,2° premolar y 1° molar derecho superior utilización de prótesis dental desde hace 6 años, esmalte de color amarillento, presencia de caries, lengua saburral, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, mamas sin ningún problema, abdomen con presencia de cicatriz quirúrgica (OTB) desde hace 26 años, perístasis aumentada al momento de la exploración, abdomen globoso ligeramente distendido, blando deprecible; a la palpación se encuentra tumoración parcialmente móvil con localización en flanco derecho de aproximadamente 20 x10 x 10 cm, dura, de borde irregulares, con

presencia de dolor; timpanismo sobre estómago y colon, intestino lleno de gas, matidez especialmente sobre hígado, bazo y vejiga.

Cambios en el patrón de eliminación, consistencia líquida, frecuencia de 10- 15 veces en 24 horas, heces de color café oscuro. Sistema cardiovascular con presencia de pulsos periféricos con adecuada intensidad, llenado capilar de 5 seg, sistema musculoesquelético frágil, lentitud a la deambulación, la paciente refiere fatiga y astenia, miembros pélvicos con presencia de pulsos presentes con adecuada intensidad, uñas de los pies con presencia de micosis en dedos pulgares e índices.

Se llevó a cabo el procedimiento quirúrgico el día 12 de Abril del 2016, la intervención que se realizó fue hemicolectomía derecha + íleo transversal anastomosis latero lateral + nefrectomía derecha secundaria a tumor de colon ascendente. Los resultados de Tomografía Computada toracoabdominal fue metástasis pulmonares, y hepática. Se da de alta posterior a procedimiento quirúrgico.

6.1.5. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Carga genética para Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica por parte materna y paterna.

6.1.6. ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS

Habita en casa rentada construida a base de concreto, cuenta con todos los servicios de urbanización (electricidad, agua potable, drenaje, y servicio de recolección de basura). Hábitos higiénicos, con baño y cambio de ropa diario, lavado de dientes 1 vez al día. Hábitos alimenticios en calidad con regular apego a la dieta por patología de base (consumo de carne de res 0 vez por semana por indicación médica, frutas y verduras diario), y cantidad (2 comidas al día, con un consumo aproximado de 1 L de agua por día). Desconoce esquema de inmunizaciones de la infancia y no refiere inmunizaciones recientes, no cuenta con cartilla nacional de vacunación que compruebe lo dicho. Convive con animales (gato). IVSA: 16 años.

6.1.7. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Enfermedades crónico degenerativas negadas, quirúrgicas OTB hace 26 años, traumatológicas negadas, alergias negadas, toxicomanías positiva para tabaco de 10 cigarrillos al día, desde hace 15 años, (por fuente indirecta familiar), antecedentes ginecoobstetricos: ETS negadas, Menarca 12 años, ciclos regulares durante toda su vida, FUM hace 6 años, G7 P7 A0 CO, PAP hace 1 año normal, mastografía hace 1 año normal.

6.1.8. EXÁMENES DE LABORATORIO ALTERADOS VALORACION INICIAL

Química Sanguínea 12/04/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Glucosa	141 mg/dl	74 – 99
Urea	13.9 mg/dl	17.4 – 55.8
Proteínas totales	4.3 g/dl	6.1 – 7.1
Albumina	2.01 g/dl	3.5 – 4.8
Amino transferasa Alanina (TGP) ALT	9 U/L	14 – 54

Tiempos de coagulación 12/04/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Tiempo de protrombina	14.4 seg	10.7 – 13.5
Tiempo de protrombina %	80.5 %	

Biometría Hemática 12/04/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Hemoglobina	9.86 g/dl	12 – 16
Hematocrito	31.30 %	37 – 47
Volumen corpuscular medio	72.17 fL	80 – 100
Hemoglobina corpuscular media	22.73 pg	27 – 34
Conc. Media de Hb corpuscular	39.49 g/dl	33 – 37

6.1.9. ANALISIS DE GRADOS DE DEPENDENCIA Y JERARQUIZACION DE NECESIDADES VALORACION INICIAL

Jerarquización de Necesidades	Manifestaciones de Dependencia
1. Eliminación	Evacuaciones de características líquidas, color café oscuro, aumentadas en cantidad y frecuencia (10-15 veces en 24 hrs.), pérdida de peso de 10kg. en 8 meses de forma no intencionada.
2. Nutrición e Hidratación	Hay modificación de dieta de normal a blanda por prescripción médica, en cantidad y calidad, consumo de líquidos de aproximadamente 1.5 L diarios, disminución de apetito.
3. Oxigenación	Los exámenes de laboratorio se encuentran alterados debido a patología (anemia) Hemoglobina- 9.86, llenado capilar de 5 seg.
4. Evitar peligros	Se encuentra presente el riesgo de deterioro de la integridad cutánea, debido a cambios en el estado de hidratación.
5. Descanso y Sueño	La paciente refiere no tener un sueño reparador, ya que se siente fatigada.
6. Higiene y protección de la piel.	La piel se encuentra pálida, reseca, cabello y uñas delgadas y quebradizas.
7. Moverse y mantener una buena postura.	La paciente refiere astenia y adinamia, sistema musculoesquelético frágil, lentitud a la deambulación
8. Termorregulación	No se encuentra alteración.
9. Trabajar y realizarse	Debido al padecimiento actual la paciente dejó de asistir a su trabajo por presencia de sintomatología.
10. Participar en actividades recreativas	Debido al padecimiento actual la paciente dejó de realizar actividades con sus amistades y seres queridos.
11. Vivir según sus creencias y valores	No se encuentra alteración.
12. Usar prendas de vestir adecuadas.	No se encuentra alteración.
13. Aprendizaje	No se encuentra alteración, la paciente se encuentra interesada por adquirir conocimientos sobre su estado de salud.
14. Comunicarse	La paciente refiere miedo por expresar estado de salud a sus seres queridos.

6.1.10. DESCRIPCION DE DIAGNOSTICOS VALORACION INICIAL

DIAGNOSTICO	DEFINICION	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS
Diarrea	Eliminación de heces líquidas no formadas.	Procesos inflamatorios	Evacuaciones líquidas con frecuencia de 10-15 veces en 24 horas
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacerlas necesidades metabólicas.	Incapacidad para absorber nutrientes (diarrea crónica).	Pérdida de peso involuntario de 8 kg durante dos meses, caída del cabello, piel reseca, mucosas orales deshidratadas.
Riesgo de desequilibrio electrolítico	Riesgo de cambio en el nivel de electrolitos séricos que puede comprometer la salud.	Diarrea crónica	
Perfusión tisular cardiovascular periférica ineficaz	Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud.	Disminución del volumen intravascular (diarrea crónica).	Alteración en las características de la piel (pálida, llenado capilar 5 seg. resequead), examen de laboratorio alterados BH(Hb-9.86, Hcto-31.3)
Afrontamiento ineficaz de la salud	Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.	Cambios en el estado de salud	Miedo a informar sobre su estado de salud a sus amistades.
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Riesgo de alteración cutánea adversa.	Alteración en el estado nutricional	
Disposición para mejorar el conocimiento	Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado	Interés por el aprendizaje	

6.2. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA VALORACION INICIAL

Etiqueta Diagnostica: Diarrea 00013	
Dominio 3: Eliminación e intercambio	Clase 2 : Función gastrointestinal
Factores relacionados: procesos inflamatorios	Características definitorias: Evacuaciones líquidas con frecuencia de 10-15 veces en 24 horas
Objetivos: La paciente disminuirá el número de evacuaciones.	
Fecha: 13-04-2016 al 21- 04-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a:4
Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p>Dominio: Salud fisiológica I Y II Clase: eliminación <u>0501 Eliminación intestinal</u> Definición: Formación y evacuación de heces.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Cantidad de heces en relación con la dieta. ▸ Ruidos abdominales 	<p>✦ 0460 Manejo de la diarrea Definición: Tratamiento y alivio de la diarrea</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la historia de la diarrea - Monitorizar las defecaciones (frecuencia, consistencia, forma, volumen y color), en conjunto con el familiar. <p>● 1804 Ayuda con el autocuidado: defecación Definición: ayudar a otras personas en las eliminaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente con el inodoro portátil a intervalos especificados. - Disponer intimidad durante la eliminación. - Controlar la integridad/higiene cutánea del paciente. <p>□ Manejo de líquidos/electrolitos 2080 Definición: Regula y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar si los niveles de electrolitos en suero son anormales. Principalmente Na, K, Cl, y HCO₃. - Llevar un registro preciso de entradas y salidas de líquidos. - Monitorizar la presencia de signos y síntomas de deshidratación (globos oculares hundidos, piel arrugada, seca y fría, mucosas orales deshidratadas, confusión, debilidad muscular, taquicardia, taquipnea, disminución del gasto urinario, orina de color amarillo oscuro) - Vigilar los signos vitales (T/A, FC, FR)
<p>Clase: Líquidos y electrolitos <u>0601 Equilibrio hídrico</u> Definición: Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Hidratación cutánea ▸ Humedad de membranas mucosas ▸ Entradas y salidas diarias equilibradas 	
<p>Clase: Digestión y Nutrición <u>1004 Estado nutricional</u> Definición: Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Ingesta de nutrientes ▸ Ingesta de líquidos ▸ Relación peso – talla 	

Fundamentación

✦ La diarrea es una consecuencia de la disfunción en el transporte de agua y electrolitos a nivel del intestino. Como resultado de esta alteración se produce un aumento de la frecuencia, cantidad y volumen de las heces, así como un cambio en su consistencia por el incremento de agua y electrolitos contenidos en ellas.

En el intestino la absorción de agua se asocia a la de iones Na. Por mecanismo activo y pasivo, el sodio se transporta junto con el cloro y la glucosa. El agua sigue a los anteriores para mantener la osmolaridad intracelular. Estos mecanismos, dependen en gran parte de los gradientes de Na a través de la membrana apical de las células epiteliales intestinales, producido por la bomba ATPasa de Na/K, localizada en la membrana. El K se absorbe por un mecanismo adicional, intercambiándose por iones H⁺ y Ca⁺⁺.

Además de la función absorbtiva, el intestino tiene una función secretora. El cloro se secreta en las criptas intestinales y por un mecanismo pasivo, le siguen el Na⁺, K⁺, y agua. El CO₃H⁻ se secreta en el duodeno, intestino delgado, biliar y páncreas. En el intestino distal el CO₃H⁻ es el ion dominante, lo cual, probablemente a través de un mecanismo de intercambio, facilita la conservación de cloro. Los mediadores neurohormonales influyen en la absorción-secreción de agua y iones en el intestino delgado. Secretina, serotonina, calcitonina, colecistocinina, glucagón y sustancia P, estimulan la secreción, además del péptido intestinal vasoactivo VIP y las prostaglandinas.

● La comprensión del funcionamiento digestivo influye de manera positiva en la atención a las necesidades de eliminación del paciente. La interpretación oportuna del comportamiento ante el deseo de evacuar permite establecer reglas para metodizar el peristaltismo.

■ Los signos y síntomas que acompañan a una deshidratación son: lengua y mucosas secas, sensación de sed, piel escamosa, seca y falta de turgencia globos oculares hundidos, pulso débil, hipotensión, hipotermia, gasto urinario <30ml/h.² La pérdida de agua y electrolitos conduce a una reducción del volumen intravascular, lo cual disminuye el retorno venoso al corazón, que a su vez produce un gasto cardíaco disminuido y caída de la presión arterial, la cual es detectada por los barorreceptores en los senos carotídeos y en el arco aórtico. Los impulsos disminuidos al sistema nervioso central (SNC) liberan al sistema autonómico simpático para producir más catecolaminas, principalmente epinefrina.¹⁴ La disminución del riego tisular contribuye a la hipoxia tisular, por lo cual se presenta un incremento de las respiraciones y el pulmón se compensa exhalando más bióxido de carbono, la frecuencia cardíaca se altera debido a la capacidad del corazón para aumentar el volumen circulatorio y el riego sanguíneo de los tejidos.

Evaluación: Posterior la cirugía la paciente disminuyó el número de evacuaciones de 15 a 5 por día, se encuentra en proceso de formación de heces.

Etiqueta Diagnostica: Desequilibrio Nutricional ingesta inferior a las necesidades 00002	
Dominio 2 : Nutrición	Clase 1: Ingestión
Factores relacionados: incapacidad para absorber nutrientes (diarrea crónica).	Características definitorias: pérdida de peso involuntario de 8 kg durante dos meses, caída del cabello, piel reseca, mucosas orales deshidratadas.
Objetivos: La paciente mejorara la absorción de nutrientes.	
Fecha: 13-04-2016 al 21- 04-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 4
Resultado NOC	Intervenciones NIC
Dominio: Salud fisiológica II Clase: Digestión y nutrición <u>1004 Estado Nutricional</u> Definición: Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas. <ul style="list-style-type: none"> ▸ Ingesta de alimentos y líquidos ▸ Relación peso- talla ▸ Hidratación 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ayuda con autocuidado: alimentación. 1803 Definición: Ayudar a una persona a comer. <ul style="list-style-type: none"> - Identificar la dieta prescrita. - Controlar el estado de hidratación del paciente. ✕ Ayuda para ganar peso 1240 Definición: Facilitar el aumento de peso corporal. <ul style="list-style-type: none"> - Analizar las posibles causas del bajo peso corporal. - Fomentar el aumento de ingesta de calorías. - Proporcionar alimentos adecuados a paciente: dieta general, de masticación fácil. - Enseñar la paciente y a los miembros de la familia los resultados esperados respecto a la cirugía y la posibilidad de ganar peso.
<u>1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos</u> Definición: Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un período de 24 horas. <ul style="list-style-type: none"> ▸ Administración de líquidos I.V. 	
Fundamentación	
<p>El aparato digestivo procesa los alimentos a través de una serie de fases, consta de diversos órganos y <u>estructuras</u>, que intervienen en los <u>procesos</u> digestivos aportando las funciones y sustancias necesarias para tal fin, son: boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso, en conjunto con órganos accesorios que son los dientes, lengua, glándulas, hígado, vesícula, y páncreas. La digestión comienza por la ingesta de alimento en la cavidad bucal (ingestión), donde se genera secreción de líquidos, enzimas y proteínas diseñadas para acelerar reacciones químicas (secreción), la tercera fase es la de (digestión) que se lleva a cabo por dos procesos la mecánica en donde se separan y cortan los alimentos en trozos pequeños con los dientes y por la acción de batido del estómago, la química es en donde se separan las moléculas grandes en otras más pequeñas con ayuda de las secreciones, la (motilidad) proporciona movilidad por medio de contracciones musculares que mueve físicamente los productos alimenticios de un lugar a otro mezclándolos con las secreciones, continua la (absorción) que es en donde se lleva a cabo la captación de pequeñas moléculas del tracto gastrointestinal hacia la sangre o linfa, terminando por la(defecación) que es la eliminación final de los residuos no útiles para el organismo.</p>	
Evaluación: Tras la cirugía no se notan cambios significativos en cuanto a la mayor absorción de nutrientes, sin embargo es cuestión de esperar a que comience el proceso de recuperación para haya mejores resultado.	

Etiqueta Diagnostica: Riesgo de desequilibrio electrolítico 00195

Dominio 2: Nutrición	Clase 5: Hidratación
Factores relacionados: Diarrea crónica	
Objetivos: La paciente mantendrá niveles estables de electrolitos.	
Fecha: 13-04-2016 al 21- 04-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 4
Resultado NOC	Intervenciones NIC
Dominio: Salud fisiológica II Clase: Líquidos y electrolitos G <u>0606 Equilibrio electrolítico</u> Definición: Concentración de los iones séricos necesarios para mantener el equilibrio de entre los electrolitos. › Hipernatremia / Hiponatremia. › Hipercalcemia › Hiperkalemia / Hipokalemia. › Hiper magnesemia › Hipercloremia	✦ Manejo de electrolitos 2000 Definición: Fomento de equilibrio de electrolitos y prevención de complicaciones derivadas de niveles séricos de electrolitos anormales o indeseados. - Observar si los electrolitos en suero son anormales. - Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos. - Mantener un acceso I.V. permeable. - Mantener un registro adecuado de entradas y salidas.
Fundamentación	
✦ La absorción de nutrientes en su mayoría se realiza en la mucosa intestinal, esta tiene una gran superficie de contacto, formada por: válvulas conniventes, vellosidades y microvellosidades, que aumentan el número de veces la superficie del tubo digestivo, absorbiéndose en ella: hidratos de carbono, lípidos, aminoácidos, iones, y agua. ✦ El Na se absorbe de manera activa, por las paredes basolaterales de las células epiteliales, parte del sodio se absorbe al mismo tiempo que los iones de cloro, que son arrastrados pasivamente por las cargas positivas de los primeros. Otra proporción de iones de sodio se absorbe durante el transporte de los iones de potasio o de hidrogeno en dirección opuesta, por un mecanismo de intercambio. La secreción por parte de las glándulas suprarrenales de la hormona aldosterona, potencia mucho la absorción de sodio por el intestino en el plazo d 1 a 3 horas. ✦ La absorción de Cl se hace en forma pasiva, favorecida por el gradiente de cargas creado por el sodio. El HCO3 se absorbe por un mecanismo indirecto. Cuando se absorben iones sodio, se secretan hacia la luz intestinal cantidades moderadas de iones hidrogeno, que al combinarse con el bicarbonato se transforman en ácido carbónico, y este se disocia en agua y anhídrido carbónico. En el íleon y en el intestino grueso se intercambian iones bicarbonatos que son secretados por iones cloro que son absorbidos. ✦ Los iones Ca se absorben de forma activa, sobre todo en el duodeno, el control de su absorción la realizan la hormona paratiroidea y la vitamina D. Los iones hierro se absorben activamente en el intestino delgado.	
Evaluación: No hubo cambios significativos en los niveles de electrolitos posterior a la cirugía.	

Déficit de volumen de líquidos 00027	
Dominio 4 : Actividad / reposo	Clase 4: Respuesta cardiovascular /pulmonar
Factores relacionados: Disminución de volumen intravascular (diarrea crónica)	Características definitorias: alteración en las características de la piel (pálida, llenado capilar de 5 seg, resequeadad), exámenes de laboratorio alterados: BH (Hb-9. 86, Hcto-31. 30).
Objetivos: La paciente tendrá un adecuado aporte de oxígeno a los tejidos.	
Fecha: 13-04-2016 al 21- 04-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 4
Resultado NOC	Intervenciones NIC
Dominio: Salud fisiológica II Clase: Cardiopulmonar E <u>0407 Perfusión tisular: periférica</u> Definición: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular. <ul style="list-style-type: none"> ▸ Llenado capilar de los dedos de las manos y pies. ▸ Presión sanguínea sistólica y diastólica ▸ Presión arterial media ▸ Palidez 	✦ Cuidados circulatorios: dispositivos de ayuda mecánico 4064 Definición: Soporte temporal de la circulación por medio del uso de dispositivos mecánicos o bombas. <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades, PAM). - Determinar los tiempos de coagulación. - Controlar la diuresis horaria.
Fundamentación	
<p>La disminución de la volemia conlleva a un aporte insuficiente de oxígeno y nutrientes a los tejidos a causa de una disminución del volumen intravascular. La disminución de la volemia por medio del mecanismo no hemorrágico es aquella que se produce como consecuencia de una importante pérdida de líquidos de origen gastrointestinal, como vómito, diarrea etc. Esta disminución produce una disminución del volumen de sangre circulante que reduce la presión venosa sistémica y el llenado cardíaco, causando una reducción del volumen sistólico y del gasto cardíaco.</p> <p>Un gasto cardíaco disminuido afecta directamente en la PAM ya que no llega suficiente oxígeno a los tejidos.</p> <p>Para mantener una perfusión orgánica adecuada es necesario que la presión arterial media se encuentre sobre 65mmHg, para decir que el paciente cursa por un periodo de mala perfusión se requiere llevar un seguimiento de estos valores y relacionarlos con otros parámetros hemodinámicos y clínicos como FC, PVC, gasto urinario, estado de conciencia, color de la piel y llenado capilar.</p>	
Evaluación: La paciente continua con disminución en el aporte de oxígeno tisular.	

Etiqueta Diagnostica: Afrontamiento ineficaz de la salud 00069

Dominio 4: Afrontamiento / tolerancia	Clase 2: Respuesta de afrontamiento
Factores relacionados: cambios en el estado de salud	Características definitorias: miedo de informar sobre su estado de salud a sus amistades.
Objetivos: La paciente lograra la expresión y el manejo de los sentimientos ligados al duelo (perdida de la salud), y aceptara la realidad de la pérdida.	
Fecha: 13-04-2016 al 21-04-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 4 Aumentar a: 5
Resultado NOC	Intervenciones NIC
Dominio: Salud psicosocial III Clase: Bienestar psicológico <u>1210 Nivel de miedo</u> Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable. › Inquietud, temor verbalizado › Preocupación excesiva por sucesos vitales	✦ Modificación de la conducta: habilidades sociales 4362 Definición: Ayuda al paciente para que desarrollo o mejore las habilidades sociales interpersonales. - Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales. - Manejo del duelo ● Mediación de conflictos 5020 Definición: Facilitación del dialogo constructivo entre partes opuestas con el objetivo de resolver conflictos de una manera aceptable para ambas partes. - Permitir que las partes expresen sus preocupaciones. - Mantener la neutralidad durante todo el proceso. - Emplear diversas técnicas de comunicación (escucha activa, preguntas, reflexión)
Clase: Adaptación psicosocial <u>1300 Aceptación: estado de salud</u> Definición: Acciones personales para reconciliar los cambios significativos en las circunstancias de salud. › Reconoce la realidad de la situación de salud. › Mantiene las relaciones. › Afrontamiento de la situación de salud	
Fundamentación	
El duelo es un proceso natural en el que el doliente atraviesa una serie de fases que conducen a la superación de dicho proceso, la pérdida puede evocar sentimientos muy dolorosos de los que la persona puede intentar protegerse inconscientemente. Superar un duelo requiere tiempo y un gran esfuerzo personal, el esfuerzo que debe hacer el doliente para superar la pérdida de forma "normal" es lo que varios autores han denominado "trabajo de duelo". El trabajo de duelo incluye: estar activo, expresar los sentimientos, construirse una nueva identidad y rehacer la vida. El duelo es un proceso social y, como tal el hecho de sentir apoyo, poder verbalizar, y compartir la experiencia es fundamental para su resolución. Una correcta elaboración del duelo resulta fundamental para una buena salud física, y mental del individuo.	
Evaluación: La paciente logro expresar sus sentimientos y tener mayor comunicación con sus familiares y amistades cercanas.	

Etiqueta Diagnostica: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 00047

Dominio 11: Seguridad / protección		Clase 2: Lesión física
Factores relacionados: Alteraciones del estado nutricional		
Objetivos: La paciente tendrá una piel hidratada y limpia para prevenir lesiones.		
Fecha: 13-04-2016 al 21-04-2016		Puntuación Diana: Mantener a: 4 Aumentar a: 5
Resultado NOC		Intervenciones NIC
Dominio: Salud fisiológica II Clase: Integridad tisular L y K <u>1101 Integridad tisular: piel y membranas y mucosas orales</u> Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas. † Temperatura, integridad de la piel, sensibilidad † Hidratación, palidez, textura, lesiones cutáneas y de la mucosa		† Monitorización nutricional 1160 Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente referentes a la ingesta nutricional. Hidratación de la piel - Evaluar turgencia y movilidad cutáneas. - Identificar anomalías del pelo y uñas. - Observar la presencia de náuseas y vomito. - Identificar anomalías en al defecación. ○ Cuidados de la piel: tratamiento tópico 3584 Definición: Aplicación de sustancias tópicas y cremas hidratantes. - Higiene: mantener la piel limpia y seca - Evitar el uso de ropa del paciente y de la cama que sean ásperas. - Aplicar un agente lubricante para hidratar la piel después del baño. - Educación para la salud en cuidados de la piel.
Clase: Digestión y Nutrición <u>1004 Estado nutricional</u> Definición: Grado en que los nutrientes que son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas. † Ingesta de nutrientes, alimentos y líquidos.		
Fundamentación		
La piel es un órgano que para mantener su elasticidad y conservar la integridad de su función de barrera necesita el agua como componente esencial. La piel seca se caracteriza por una perturbación del proceso descamativo como consecuencia de alteraciones en la composición y organización de los lípidos intercelulares, lo que a su vez reduce la capacidad de retención hídrica del estrato córneo. Los productos humectantes son emulsiones (lociones o cremas) idealmente diseñadas para restaurar la barrera lipídica y mantener la hidratación epidérmica óptima. Estos productos tienen la capacidad para incrementar el contenido hídrico del estrato córneo y reducir la pérdida de agua transepidérmica, el beneficio clínico se traduce en humectación y restauración de la barrera epidérmica. La fijación correcta de la ropa de cama evita arrugas y por consiguiente también lesiones a la piel.		
Evaluación: La paciente no presenta daños en la piel, se brindó información a la paciente y familiar sobre la importancia de los cuidados de la piel y prevención de lesiones.		

Etiqueta Diagnostica: Disposición para mejorar los conocimientos 00161	
Dominio 5: Percepción / cognición	Clase 4: Cognición
Factores relacionados: interés por el aprendizaje	
Objetivos: La paciente conocerá más acerca de su padecimiento actual y el correcto seguimiento.	
Fecha: 13-04-2016 al 21-04-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 4 Aumentar a: 5
Resultado NOC	Intervenciones NIC
Dominio: Salud psicosocial III Clase: Bienestar psicológico <u>209 Motivación</u> Definición: Impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas. <ul style="list-style-type: none"> ▸ Obtiene el apoyo necesario ▸ Mantiene una autoestima positiva ▸ Mantiene la flexibilidad ▸ Expresa intención de actuar 	† Potenciación de la disposición de aprendizaje 5540 Definición: Mejorar la capacidad y disposición de recibir información. <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar un ambiente no amenazador. - Satisfacer las necesidades fisiológicas básicas del paciente y ayudar al paciente a enfrentarse a las emociones intensas - Dar tiempo a la paciente para que realice preguntas y discuta sus inquietudes, para poder dar solución a estas - Lograr la participación de la familia/allegados, si resulta oportuno. - Ayudar al paciente a darse cuenta de la capacidad de controlar la progresión de la enfermedad.
Dominio: Salud psicosocial Clase: Interacción social <u>1502 Habilidades de interacción social</u> Definición: Conductas personales que fomentan relaciones eficaces. <ul style="list-style-type: none"> ▸ Receptividad si es apropiado ▸ Cooperación con los demás ▸ Mostrar la verdad 	
Fundamentación	
<p>La Educación para la salud es un proceso planificado que conduce a la modificación de las conductas relacionadas con la salud, aborda no solamente la transmisión de información, también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Es la única arma eficaz que conseguirá evitar los problemas, también, en caso de que aparezcan para impedir que empeoren, resultará un complemento fundamental del tratamiento farmacológico e incluso, en algunas ocasiones, más importante que éste.</p> <p>En general, la promoción de la salud pretende aumentar los determinantes de la salud (modo de vida y entorno saludables), la prevención pretende detener las causas de los problemas de salud, y el tratamiento pretende recobrar la salud.</p>	
Evaluación: La paciente mostro interés, se orientó sobre su enfermedad, para evitar complicaciones.	

VII. VALORACION FOCALIZADA No. 1

7.1.2. Signos Vitales

T/A: 110/60mmHg	FC: 88 x'	FR: 26x'	T°36.5 °C
-----------------	-----------	----------	-----------

7.1.3. Descripción del caso clínico.

Esta primera valoración focalizada se realizó en el servicio de Medicina Interna el día 17 de Mayo del 2016, ya que la paciente ingreso por complicaciones infecciosas teniendo como diagnósticos los siguientes: Sepsis de foco urinario: IVU, lesión renal aguda: deshidratación moderada con discreta hiponatremia, P.O. hemicolectomía derecha más nefrectomía derecha.

La paciente curso con un proceso séptico por fascitis de pared y absceso intrabdominal que amerita de resolución quirúrgica urgente ya que le está condicionando mal pronóstico si no es resuelto a la brevedad, por lo cual solicitan tiempo quirúrgico. Es ingresada a quirófano por segunda ocasión el día 20 de Mayo del 2016 donde se realiza lobotomía derecha se drena absceso de cavidad retroperitoneal de aproximadamente 300ml se observa lisis de músculos paravertebrales, y material purulento con lisis de pared torácica abdominal y glútea derecha.

7.1.4. Exploración física.

Paciente femenina, Glasgow 15, narinas permeables, mucosas orales deshidratadas, palidez de tegumentos, hipoventilación de campos pulmonares con presencia de estertores, taquipnea y presencia de crepitantes a la auscultación, abdomen globoso, dolor a la palpación en región lumbar, tórax posterior y muslo derecho, miembros pélvicos sin edema con pulsos presentes de adecuada intensidad, llenado capilar 4 seg.

7.1.5. EXAMENES DE LABORATORIO ALTERADOS VALORACION FOCALIZADA

No. 1

EXAMEN GENERAL DE ORINA 18/05/16		
Examen físico		
	Resultado	Valor de referencia
Color	Amarillo	Incoloro/Ámbar
Aspecto	Turbio	Transparente
Examen químico		
Leucocitos	500 LEU/ul	NEGATIVO
Proteínas	70 mg/dl	
Cetonas	40 mg/dl	NEGATIVO
Hemoglobina	0.10 mg/dl	NEGATIVO
Examen Microscópico		
Leucocitos	INCONTABLES	0-5 POR CAMPO
Eritrocitos	6-8	0 -2 POR CAMPO
Bacterias	3+	
Cilindros	0-1	

GASOMETRIA VENOSA 18/05/16			
GAS SANGUINEO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA	
		VENOSA	ARTERIAL
PH	7.429	7.31 - 7.41	7.35 - 7.45
PCO2	25.10 mmHg	45.0 - 55.0	35.0 - 45.0
PO2	51.00 mmHg	33.0 - 45.0	65.0 - 85.0
SO2%	84.1	70.0 - 75.0	95.0 - 98.0
Hcto	17 %	35.0 - 55.0	38.0 - 51.0
Hb	5.5 g/dl	11.7 - 17.3	11.7 - 17.3
BIOQUIMICA			
Na+	134.40 mmol/L	136.0 - 146.0	136.0 - 146.0
K	3.44 mmol/L	3.50 - 5.00	3.50 - 5.10
Cl-	111.00 mmol/L	100.0 - 106.0	98.0 - 106.0
Mg++	0.60 mmol/L	0.45 - 0.60	0.45 - 0.60
Glu	105 mg/dl	65 - 95	65 - 95

Biometría Hemática 18/05/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Leucocitos	12.69 10e3uL	4.5 – 10 10e3uL
Neutrófilos %	94.65 10e3uL	40 – 70
Linfocitos %	4.54 10e3uL	20 – 30
Monocitos %	0.79 10e3uL	6 – 8
Bandas	0	
Eosinofilos%	0.02 10e3uL	1 – 3
Neutrofilos #	12.01 10e3uL	3 – 7 10e3uL
Linfocitos #	0.58	1 – 3 10e3uL
Monocitos #	0.100	0.3 – 0.8 10e3uL
Bandas #	0	
Eosinofilos #	0.00	0.1 – 0.3 10e3uL
Basófilos	0.00	3 – 7 10e3uL
Eritrocitos	3.50 10e3uL	3.8 – 5 10e3uL
Hemoglobina	7.65 g/dl	12 – 16 g/dl
Hematocrito	23.92 %	37 – 47
Volumen corpuscular medio	68.28 fL	80 – 100 fL
Hemoglobina corpuscular media	21.84 pg	27 – 34 pg
Conc. Media de Hb corpuscular	31.99 g/dl	33 – 37 g/dl

Química Sanguínea 18/05/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Glucosa	106 mg/dl	74 - 99
Urea	64.5 mg/dl	17.4 – 55.8
Sodio	134.90 mmol/L	136 – 144
Potasio	3.5 mmol/L	3.6 - 5.1
Calcio	6.90 mg/dl	8.9 – 10.3
Magnesio	1.7 mg/dl	1.8 – 2.5

Tiempos de coagulación 18/05/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Tiempo de protrombina	13.9 seg	10.7 – 13.5
Tiempo de protrombina %	80.3 %	
Tiempo de trombina	15.2 seg.	17 - 22
Tiempo de Tromboplastina parcial activada	29.6 seg.	21.7 - 31

7.1.6. ANALISIS DE GRADOS DE DEPENDENCIA Y JERARQUIZACION DE NECESIDADES.

VALORACION FOCALIZADA No. 1

Jerarquización de Necesidades	Manifestaciones de Dependencia
1. Oxigenación	Hiperventilación de campos pulmonares, presencia de estertores, taquipnea (26 respiraciones por minuto), presencia de crepitantes, alteración de examen de laboratorio (Hb-7.65, Hcto-23. 92, PCO2-25.10, PO2-51.00), requiere apoyo de oxígeno.
2. Nutrición e Hidratación	Debido a una complicación de la cirugía y proceso infeccioso la paciente no ha ingerido ningún alimento, se encuentra con náuseas y emesis de color biliar, sin presencia de evacuaciones.
3. Eliminación	La paciente no ha presentado evacuaciones, diuresis de 1800ml en 24 horas, alteración el examen de laboratorio, los cuales arrojan datos de sepsis.
4. Moverse y mantener una buena postura.	La paciente se encuentra con dolor en región lumbar, tórax posterior y muslo derecho, por lo cual dificulta la movilización.
5. Descanso y Sueño.	Durante el periodo en que la paciente comenzó con la sintomatología refiere no conciliar el sueño, encontrándose al momento de la valoración ansiosa.
6. Usar prendas de vestir adecuadas.	No se encuentra alteración.
7. Termorregulación.	Se encuentra en eutermia, está presente el riesgo de desequilibrio de la temperatura.
8. Higiene y protección de la piel.	Se encuentra piel pálida, reseca, mucosas orales deshidratadas.
9. Evitar peligros.	La paciente cursa con un proceso séptico por fascitis de pared y absceso intrabdominal.
10. Comunicarse	No se encuentra alteración.
11. Vivir según sus creencias y valores	No se encuentra alteración.
12. Trabajar y realizarse	No se encuentra en óptimas condiciones para realizar alguna actividad cotidiana, es valorizada por su familia al tener el rol de madre, abuela y tía.
13. Participar en actividades recreativas	Tras la hospitalización no cuenta con el entorno adecuado para realizar actividades recreativas
14. Aprendizaje	No se encuentra alteración.

7.1.7. DESCRIPCION DE DIAGNOSTICOS VALORACION FOCALIZADA No. 1

DIAGNOSTICO	DEFINICION	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS
Patrón respiratorio ineficaz	La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.	Dolor	Fase espiratoria prolongada, alteración de la profundidad respiratoria, frecuencia respiratoria de 26 x min.
Deterioro del intercambio de gases	Exceso o déficit en la oxigenación y /o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar.	Desequilibrio de la ventilación – perfusión, disminución de hemoglobina (anemia)	Gasometría venosa alterada (PH-7.42, PCO2-25.2, PO2-51, SO2-84, Hcto-17, Hb-5.5), patrón respiratorio anormal (frecuencia 26 x min; ritmo, profundidad, disnea, palidez)
Motilidad gastrointestinal disfuncional	Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.	Complicación del procedimiento quirúrgico	Emesis de residuo gástrico color biliar, nutrición deficiente QS(Na134.9, K-3.5, Ca-6.9, Mg-1.7)
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacerlas necesidades metabólicas.	Incapacidad para digerir los nutrientes.	Palidez de mucosas orales, saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos.
Deterioro de la eliminación urinaria	Disfunción de la eliminación urinaria.	Infección del tracto urinario.	Resultado de laboratorio alterados EGO (Leuc-500, Prot-70, Cetonas-40, leucocitos-incontables, bacterias.3+), BH (leuc-12.69, Hb-7.65).
Deterioro de la movilidad física.	Limitación de movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.	Dolor	Dificultad para girarse por sí sola, limitación de la amplitud de los movientes, facies de dolor EVA 7/10.
Ansiedad	Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.	Cambios del estado de salud	Expresa preocupaciones por cambios en los acontecimientos vitales, preocupación, insomnio, nerviosismo.

7.2. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA VALORACION FOCALIZADA No.1

Etiqueta Diagnostica: Patrón respiratorio ineficaz 00032	
Dominio 4: Actividad/Reposo	Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares
Factores relacionados: dolor EVA 8/10.	Características definitorias: fase espiratoria prolongada, alteraciones de la profundidad respiratoria, frecuencia respiratoria de 26 x min.
Objetivos: Disminuirá el dolor y mejorara el patrón respiratorio.	
Fecha: 17-05-2016 al 20-05-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 5
Resultado NOC	Intervenciones NIC
Dominio: Salud fisiológica II y IV Clase: Cardiopulmonar <u>0403 Estado respiratorio: ventilación</u> Definición: Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones. † Frecuencia respiratoria † Profundidad de la respiración	† Monitorización respiratoria 1160 Definición: Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado. - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. - Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, - Observar si se producen respiraciones ruidosas. - Monitorizar los patrones de respiración y saturación de O2. - Administración de O2, con flujo y cantidad adecuada. - Realizar valoración exhaustiva del dolor (instrumentos de medición, exploración física, historia clínica. - Administración de analgésicos.
Dominio: Conocimiento y conducta de salud Clase: Conducta de salud <u>1605 Control del dolor</u> Definición: Acciones personales para controlar el dolor † Utiliza medidas de alivio no analgésicas. † Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.	
Fundamentación	
<p>El dolor es descrito como una sensación no placentera asociada con una parte específica del cuerpo. Es producido por procesos que dañan o son capaces de dañar los tejidos.</p> <p>Los estímulos causantes del dolor se llaman "noxas" y son detectados por receptores sensoriales específicos llamados "nociceptores", que responden selectivamente a ciertos estímulos. El daño tisular causa la liberación de numerosos agentes químicos: leucotrienos, bradikinas, serotonina, histamina, iones potasio, ácidos, acetilcolina, tromboxanos, sustancia P y factor activante de plaquetas. En la medula espinal los nociceptores liberan mensajes a través de la liberación de neurotransmisores del dolor: glutamato, sustancia P, péptido relacionado con el gen de la calcitonina (PRGC)</p> <p>Los neurotransmisores del dolor activan la neurona de segundo orden vía los receptores correspondientes. Esta neurona cruza la medula espinal al lado contralateral, y viaja por el haz espinotalámico hasta alcanzar el tálamo. En el tálamo se activa la neurona de tercer orden, y viaja a la corteza somatosensorial, la cual percibe el dolor.</p>	
Evaluación: Disminuyo el dolor a EVA 3/10 y por lo tanto también mejoro el patrón respiratorio.	

Etiqueta Diagnostica: Deterioro del intercambio de gases 00030

Dominio 3: Eliminación e intercambio	Clase 4: Función respiratoria
Factores relacionados: desequilibrio de la ventilación-perfusión, disminución de hemoglobina (anemia).	Características definitorias: gasometría venosa anormal, patrón respiratorio anormal (frecuencia 26x, ritmo, profundidad), disnea, palidez.
Objetivos: Mejorar el intercambio gaseoso.	
Fecha: 17-05-2016 al 20-05-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 4
Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p>Dominio: Salud fisiológica II Clase: Cardiopulmonar</p> <p><u>0414 Estado cardiopulmonar</u></p> <p>Definición: Adecuación del volumen sanguíneo expulsado de los ventrículos e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Presión arterial sistólica y diastólica ▸ Pulsos periféricos ▸ Saturación de O2 	<p>✦ Monitorización respiratoria 1160</p> <p>Definición: Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. - Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de los músculos intercostales y supraclaviculares. - Observar si se producen respiraciones ruidosas - Monitorizar los patrones de respiración. <p>● Oxigenoterapia 3320</p> <p>Definición: Administración de oxígeno y control de su eficacia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxígeno suplementario, instruir al paciente acerca de la importancia del adecuado aporte de O2.
<p><u>0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso</u></p> <p>Definición: Intercambio alveolar de CO2 y O2 para mantener las concentraciones de gases arteriales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO2) ▸ Presión parcial del CO2, (PaCO2), PH arterial/venoso. ▸ Frecuencia respiratoria 	
Fundamentación	
<p>El sistema respiratorio tiene como función proporcionar oxígeno (O2) y eliminar el dióxido de carbono (CO2) de las células del cuerpo, para llevar a cabo este objetivo se lleva a cabo por los cuatro fenómenos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ventilación: es el movimiento de entrada y salida de aire entre la atmósfera y los alvéolos pulmonares, que se realiza a través de la inspiración y espiración. ● Difusión: es el paso del aire por el lecho capilar pulmonar para producir el intercambio gaseoso entre los alvéolos pulmonares y la sangre, en donde hay movimiento de gases de un área de mayor presión parcial hacia al de menor presión. ● Transporte de gases: es la fase en la cual se produce la distribución de los gases (O2 y CO2) hasta las células mediante el torrente sanguíneo. El transporte se realiza en dos formas, que sumadas representa el contenido total de oxígeno en la sangre: 1.5 se transporta por el plasma y 98.5 lo transporta la hemoglobina. El CO2 se transporta mayormente en el plasma en forma de bicarbonatos, y sólo una pequeña parte lo es en forma de carbohemoglobina. ● Respiración interna: es el proceso en la cual se produce el intercambio de gases entre la sangre y los tejidos, se producen una serie de reacciones bioquímicas celulares en las cuales se obtiene energía mediante oxidaciones sucesivas de las moléculas de glucosa (<i>glucólisis</i>); en este proceso se libera dióxido de carbono y agua. 	
Evaluación: Continua con deterioro del intercambio gaseoso.	

Etiqueta Diagnostica: Motilidad gastrointestinal disfuncional 00196	
Dominio 3: Eliminación e intercambio	Clase 2: Función gastrointestinal
Factores relacionados: complicación de procedimiento quirúrgico.	Características definitorias: emesis de residuo gástrico color biliar, nutrición deficiente QS(Na-134.9,K-3.5,Ca-6.9,Mg-1.7)
Objetivos: La paciente no presentara más vómitos.	
Fecha: 17-05-2016 al 20-05-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 4
Resultado NOC	Intervenciones NIC
Dominio: Conocimiento y conducta de salud IV, II, I Clase: Conducta de salud <u>1618 Control de náuseas y vómitos</u> Definición: Acciones personales para controlar síntomas de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos. ․ Utiliza medicación antiemética según indicaciones. ․ Informa de náuseas, esfuerzos y control del vomito.	✦ Manejo de líquidos/electrolitos Definición: Regular y prevenir complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos. - Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardiaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación. - Vigilar resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos. - Llevar un registro preciso de entradas y salidas. ● Manejo del vomito 1570 Definición: Prevención y alivio del vomito. - Valorar características, duración y cantidad de emesis. - Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir aspiración. - Controlar el equilibrio hidroelectrolítico. - Controlar los efectos del control del vomito.
Dominio: Salud fisiológica Clase: Líquidos y electrólitos <u>0606 Equilibrio electrolítico</u> Definición: Concentración de los iones séricos necesarios para mantener el equilibrio de entre los electrólitos. ․ Disminución de sodio, potasio, calcio, magnesio.	
<u>0601 Equilibrio hídrico</u> Definición: Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo. <ul style="list-style-type: none"> ․ Hidratación cutánea ․ Humedad de membranas mucosas ․ Entradas y salidas equilibradas 	
Fundamentación	
<p>En el cuerpo humano, los electrolitos se encuentran disueltos en el plasma y sus variaciones provocan movimiento de agua entre los compartimientos donde se encuentran, concentrándose de manera diferente y manteniendo un equilibrio de los fluidos en las células. Los más importantes son aquellos con carga positiva como el: sodio (Na⁺), potasio (K⁺), calcio (Ca⁺⁺) y magnesio (Mg⁺⁺); y los iones con carga negativa como el: cloro (Cl⁻), bicarbonato (HCO₃⁻) y fosfato (HPO₄⁻).</p> <p>El paso del agua a través de la membrana celular es libre, dejando pasar solamente a moléculas no cargadas iónicamente como la urea, creatinina, etc. De esta forma, el Na⁺, K⁺ y Mg⁺⁺, pasan de un lado a otro por la membrana celular, mediante un paso activo con liberación de energía (ATP), conservando la neutralidad eléctrica. Para ello, el ingreso o salida de un catión o anión, depende de la salida o entrada de otro, acompañándose del movimiento hídrico consiguiente.</p>	

El K^+ tiene dos procesos distintos de balance externo y el equilibrio interno, regulando su ingreso con la dieta, el equilibrio interno mediante su redistribución dentro y fuera de la célula, se constituye en la forma más importante de regulación. El gradiente químico generado por transporte iónico activo, se constituye en la "bomba de $Na^+/K^+ ATP\text{asa}$ ", donde por cada 3 iones activos de sodio al espacio extracelular, ingresan 2 iones de potasio al espacio intracelular, seguido de un proceso pasivo, donde el K^+ sale al líquido extracelular por el gradiente químico y la permeabilidad de la membrana de la célula. La regulación del Cl , depende de su consumo y reabsorción renal, ingresa al cuerpo con la ingesta de sodio en la dieta, eliminándose en escasa cantidad por heces. Como el cloro y el sodio se encuentran estrechamente relacionados, las modificaciones de uno afectarán a las concentraciones del otro, por intervención de la aldosterona reteniendo o eliminando moléculas de sodio. El cloro de esta forma es reabsorbido y excretado en proporción inversa al bicarbonato regulando de esta forma el mecanismo ácido base del cuerpo. El Ca a su vez, regula su existencia, a través del consumo diario del mismo en la dieta, representando la concentración ósea, el 99% de su distribución, mientras que el 1% se localiza en el espacio intracelular y el 0,1% en el espacio extracelular, por lo que las alteraciones de este electrolito se manifiestan por compromiso óseo. Su absorción intestinal es promovida por la vitamina D activa, además de la reabsorción túbulo renal de calcio en función a las necesidades orgánicas y la acción de la paratohormona y vitamina D. De esta forma, la concentración iónica de calcio intracelular se regula por la presencia de troponina C en el músculo estriado y cardiaco, que promueven posteriormente el acoplamiento de actina y miosina, provocando contracción muscular, activándose la calmodulina, que elevará el calcio intracelular, activándose la fosfolipasa A2, mecanismo por el que se activaran las gonadotropinas. La elevación de calcio, identificada por las mitocondrias celulares, lleva a desacoplamiento de la fosforilación oxidativa y llevando a déficit de oxígeno celular que dan origen a las manifestaciones clínicas consiguientes.

Na^+ : es el catión más abundante del cuerpo, se localiza principalmente en el líquido extracelular de forma libre (67%), en el líquido intracelular (3%), y en forma fija, no intercambiable localizada en el hueso, cartílago y tejido conectivo (30%). El consumo de Na^+ diario ingerido, aporta la cantidad necesaria para el mantenimiento de los sistemas orgánicos, es excretado por los riñones, sudoración, heces, fiebre o tensión emocional. **K^+** : es uno de los principales iones del organismo, a diferencia del sodio, se localiza (98%), la eliminación es por vía, fecal y por sudor. la principal función del potasio es la generación del potencial de reposo de la membrana celular, siendo particularmente importante en el proceso de excitabilidad del tejido nervioso, corazón y músculos (liso y esquelético), así como en el hígado el mayor reservorio de este elemento. **Cl^-** : es el principal anión del líquido extracelular y se encuentra casi siempre unido al Na^+ en forma de cloruro de sodio ($ClNa$), lo que favorece al mantenimiento de la presión osmótica de la sangre, regula la producción de ácido clorhídrico en el estómago e interviene en la contractilidad muscular, además de favorecer el transporte del dióxido de carbono por los hematíes, se excreta en pequeñas cantidades a partir de la transpiración insensible y al igual que el Na^+ se elimina en grandes cantidades en caso de sudoración profusa. Tiene poca reabsorción renal, misma que se encuentra determinada por la reabsorción de sodio (Na^+), controlada por la acción de la aldosterona. De esta forma por cada cloruro de sodio reabsorbido, se reabsorbe una molécula de bicarbonato, participando de esta forma en la neutralización de pH sanguíneo y el mantenimiento del equilibrio ácido base. **Ca^{++}** : es un ion importante para la formación del hueso, interviniendo de manera activa en la coagulación sanguínea, reabsorción de la vitamina B12, transmisión sináptica y excitabilidad de las membranas, se elimina por riñones, y por heces. **Mg^{++}** : es el segundo catión más importante en el interior de las células, interviene en procesos como la adhesión celular, regulación de la estructura ribosómica, transporte de membrana, síntesis de proteínas, ácidos nucleicos, generación y transmisión del impulso nervioso, y contracción muscular

Evaluación: No se presentaron más vómitos.

Etiqueta Diagnostica: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades 0002

Dominio 2: Nutrición	Clase 1: ingestión
Factores relacionados: incapacidad para digerir los nutrientes.	Características definitorias: palidez de mucosas orales, saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos
Objetivos: Mejorar el estado nutricional.	
Fecha: 17-05-2016 al 20-05-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 4
Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p>Dominio: Salud fisiológica Clase: Digestión y nutrición <u>1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos</u> Definición: Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un período de 24 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Ingestión alimentaria y líquidos orales. ▸ Administración de líquidos I.V. ▸ Relación peso – talla ▸ Hidratación 	<p>✦ Monitorización nutricional 1160 Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente referentes a la ingesta nutricional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los factores que afectan la ingesta nutricional. - Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (IMC). - Identificar las anomalías del sistema musculo esquelético - Realizar pruebas de laboratorio monitorizar los resultados - Evaluar turgencia y movilidad cutáneas. - Identificar anomalías de la defecación (diarrea, estreñimiento). - Monitorizar la ingesta dietética. - Identificar los cambios recientes del apetito y actividad.
Fundamentación	
<p>Algunos indicadores bioquímicos, principalmente los relacionados con vitaminas y minerales, pueden ser de utilidad para detectar deficiencias previas a las manifestaciones clínicas. Otros infieren pronóstico, como es el caso de la albúmina y/o pre-albúmina. El recuento de linfocitos se suele utilizar para inferir depleción proteica ya que el recuento está disminuido. En la valoración de signos clínicos se busca detectar signos de deficiencia de nutrientes en la piel, ojos, labios, boca y encías, lengua, cabello, uñas, tejido subcutáneo, aparato músculo-esquelético y sistema nervioso. La disminución de la turgencia de la piel es debido a la deficiencia de agua, la palidez de conjuntivas es debido a una disminución de hierro y ácido fólico, el cabello fino y quebradizo es debido a una deficiencia de proteína, zinc y biotina. El cambio de peso en relación con el peso habitual es un índice muy importante, una pérdida de peso no intencional mayor al 10% es un indicador de mal pronóstico.</p>	
Evaluación: Continua con desequilibrio nutricional	

Etiqueta Diagnostica: Deterioro de la eliminación urinaria 00016

Dominio 3: Eliminación e intercambio	Clase 1: Función urinaria
Factores relacionados: infección del tracto urinario	Características definitorias: resultados de laboratorios alterados EGO (leuc-500, prot- 70, ceto-40, leucocit-incontables, bact-3+), BH (leuc-12.69, hb-7.65), (choque séptico).
Objetivos: Se limitara la infección.	
Fecha: 17-05-2016 al 20-05-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 5
Resultado NOC	Intervenciones NIC
Dominio: Salud fisiológica II Clase: Cardiopulmonar <u>0421 Severidad del shock: séptico</u> Definición: Gravedad de los signos y síntomas de un flujo sanguíneo inadecuado para la perfusión de los tejidos debido a una vasodilatación. <ul style="list-style-type: none"> ▸ Disminución de la presión arterial sistólica y diastólica ▸ Aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria ▸ Palidez, letargia 	➤ Manejo de shok 4250 Definición: Facilitar el aporte del oxígeno y nutrientes al tejido sistémico y eliminación de los productos de desecho celulares en un paciente con alteración grave de al perfusión tisular. <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar signos vitales, estado mental y diuresis. - Colocar al paciente en una posición que optimice la perfusión. - Ofrecer apoyo emocional al paciente y familia fomentando las expectativas realistas del paciente y la familia. ● Regulación de la temperatura 3900 Definición: Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del rango normal. <ul style="list-style-type: none"> - Monitorización de la temperatura, observar color y la temperatura de la piel - Favorecer la ingesta nutricional y de líquidos adecuada. - Administrar medicación adecuada para control de temperatura.
Dominio: Salud fisiológica II Clase: Respuesta inmune H <u>0703 Severidad de la infección</u> Definición: Gravedad de los signos y síntomas de infección. <ul style="list-style-type: none"> ▸ Fiebre, dolor, síntomas gastrointestinales, malestar general, pérdida de apetito, aumento de leucocitos. 	
Fundamentación	
La sepsis es consecuencia de una respuesta inmunológica patológica a la infección, además de la activación celular y secreción de citocinas, la respuesta inflamatoria a la sepsis incluye: 1. Activación de la cadena de proteínas plasmáticas, 2. Sistema del complemento: su activación estimula la adhesión y de granulación de los polimorfonucleares con producción de radicales libres, 3. Coagulación, 4. Activación de mediadores lipídicos, 5. Activación de la vía del óxido nítrico, 6. Producción de radicales libres. El tratamiento exige la normalización de la volemia y la administración de agentes inotropos para normalizar el gasto cardíaco si se encuentra bajo, y aumentar la presión de perfusión de los tejidos, en conjunto con una adecuada monitorización.	
Evaluación: Se logró disminuir la infección mediante procedimiento quirúrgico, encontrándose la paciente en estado delicado.	

Etiqueta Diagnostica: Deterioro de la movilidad física 00085	
Dominio 4: Actividad/Reposo	Clase 2: Actividad/ejercicio
Factores relacionados: dolor.	Características definitorias: dificultad para girarse por sí sola, limitación de la amplitud de los movimientos, facies de dolor, EVA 7/10
Objetivos: La paciente mejorara la movilidad.	
Fecha: 17-05-2016 al 20-05-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 5
Resultado NOC	Intervenciones NIC
Dominio: Salud funcional I Clase: Movilidad <u>0208-Movilidad</u> Definición: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda <ul style="list-style-type: none"> ▸ Mantenimiento de la posición corporal ▸ Se mueve con facilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ayuda con el autocuidado: transferencia 1806 Definición: Ayudar a una persona con limitación del movimiento independiente para prender a cambiar la ubicación del cuerpo. <ul style="list-style-type: none"> - Revisar la historia de órdenes de actividad. - Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo. - Elegir técnicas de traslado adecuadas para el paciente. - Proporcionar mecanismo de ayuda (barandales) para ayudar al individuo a moverse por sí solo. - Educación para la salud acerca de prevención de UPP. ✦ Manejo del dolor 1400 Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que es aceptable para el paciente. <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva de dolor (localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes
<u>0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas</u> Definición: Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física. <ul style="list-style-type: none"> ▸ Úlceras por presión ▸ Estado nutricional ▸ Fuerza y tono muscular 	
Dominio: Conocimiento y conducta de salud Clase: Conducta de salud <u>1605 Control del dolor</u> Definición: Acciones personales para controlar el dolor <ul style="list-style-type: none"> ▸ Utiliza medidas de alivio no analgésicas. ▸ Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario. 	
Fundamentación	
Las UPP son un problema evitable, la prevención de úlceras por presión (UPP) comprende la siguiente serie de actividades: 1. Valoración del riesgo, para adaptar las medidas preventivas al nivel de riesgo. 2. Cuidados de la piel, en donde se incluye limpieza, control de humedad, 3. Manejo de la presión, a través de movilización, cambios posturales, y superficies especiales, y protección local.	
Evaluación: Continua con deterioro de la movilidad física, disminuyo el dolor.	

Etiqueta Diagnostica: Ansiedad 00146	
Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia la estrés	Clase 2: Respuestas de afrontamiento
Factores relacionados: cambios en el estado de salud	Características definitorias: expresa preocupaciones relacionadas a cambios en los acontecimientos vitales, preocupación, insomnio, nerviosísimo.
Objetivos: La paciente disminuirá la ansiedad.	
Fecha: 17-05-2016 al 20-05-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 5
Resultado NOC	Intervenciones NIC
Dominio: Salud psicosocial III Clase: Bienestar psicosocial M <u>1211 Nivel de ansiedad</u> Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable † Inquietud, irritabilidad, ansiedad verbalizada, trastorno del sueño.	† Escucha activa 4920 Definición: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente. - Comentar las preocupaciones con el paciente acerca de su conducta. - Comunicar las consecuencias establecidas y las expectativas conductuales con el equipo de tratamiento para lograr una coherencia y continuidad de los cuidados. . ● Apoyo emocional 5270 Definición: proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones. - Realizar afirmación empáticas o de apoyo. - Animar al paciente a que exprese lo sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Orientar al paciente y familiar sobre técnicas de relajación.
Fundamentación	
La ansiedad surge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar la adaptación. La relajación conduce a un estado de reducción de la activación general del organismo, disminuyendo parámetros como lo es la frecuencia cardiaca, respiratoria, presión arterial y temperatura, proporcionando bienestar físico y psicológico. La escucha activa, se trata de la capacidad de atender, captar e interpretar los mensajes verbales y otras expresiones como el lenguaje corporal o el tono de voz. La aceptación nos permite mostrar interés por lo que el paciente dice sin juzgarle y facilita la expresión de sus sentimientos.	
Evaluación: Disminuyo la ansiedad	

VIII. VALORACION FOCALIZADA No. 2

8.1. Información General

8.1.1. Signos Vitales

T/A: 120/70mmHg	FC: 76	FR: 20	T°36.3
-----------------	--------	--------	--------

8.1.2. Descripción breve del caso clínico.

Se realizó esta valoración en el servicio de cirugía general de la Unidad 310, el día 24 de Mayo del 2016, encontrándose hemodinamicamente estable, en su sexto día de posoperatorio, teniendo como diagnóstico: Posoperada, drenaje de absceso fasciotomía.

8.1.3. Exploración física

Paciente consciente, Glasgow 15, reactiva, con palidez de tegumentos, pupilas isocóricas, normoreflexicas, narinas permeables, mucosas orales deshidratadas, cuello sin adenomegalias con tráquea central y móvil, catéter venoso central carotideo derecho funcional, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire sin agregados, ruidos cardiacos con buena intensidad pulso radial sincrónico, abdomen globoso no doloroso a la palpación, eutermica, facies características de dolor por herida quirúrgica 4/10, con exudado seroso en sitios de fasciotomía en región torácica y lumbar, bordes limpios con sistema de succión de 800 ml aproximadamente en 24 horas, lesión por presión de localización sacra, Estadio II de 1.7cm X 2.1cm, edema de miembros inferiores ++/+++, uresis cuantificada de 1500 ml/24hrs; evacuaciones líquidas de color marrón, cantidad de 200ml en 24 horas.

**8.1.4. EXAMENES DE LABORATORIO ALTERADOS
VALORACION FOCALZADA No. 2**

Química Sanguínea 23/05/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Glucosa	70 mg/dl	74 - 99
Urea	15.3 mg/dl	17.4 – 55.8
Lipoproteínas de alta densidad HDL	31 mg/dl	51 – 85
Creatinfosfoquinasa en sangre	14.00 U/L	38 - 234
Sodio	135.10 mmol/L	136 – 144
Calcio	6.90 mg/dl	8.9 – 10.3
Magnesio	2.7 mg/dl	1.8 – 2.5

Química Sanguínea 26/05/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Glucosa	148 mg/dl	74 - 99
Urea	14.7 mg/dl	17.4 – 55.8
Proteínas totales	4.3 g/dl	6.1 – 7.1
Bilirrubina directa	0.20 g/dl	0.1 – 0.5
Albumina	1.30 g/dl	3.5 – 4.6
Amino transferasa alanina TGP	7 U/L	14 - 54
Sodio	131 mmol/L	136 – 144
Potasio	2.8 mmol/L	3.6 - 5.1
Calcio	6.60 mg/dl	8.9 – 10.3
Fosforo	1.5 mg/dl	2.4 – 4.7
Magnesio	1.7 mg/dl	1.8 – 2.5

Biometría Hemática 26/05/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Neutrófilos %	88.77 10e3uL	40 – 70
Linfocitos %	6.79 10e3uL	20 – 30
Monocitos %	3.20 10e3uL	6 – 8
Neutrofilos #	7.55 10e3uL	3 – 7 10e3uL
Linfocitos #	0.58	1 – 3 10e3uL
Monocitos #	0.270	0.3 – 0.8 10e3uL
Hemoglobina	11.03 g/dl	12 – 16 g/dl
Hematocrito	34.65 %	37 – 47
Volumen corpuscular medio	78.92 fL	80 – 100 fL
Hemoglobina corpuscular media	25.13 pg	27 – 34 pg
Conc. Media de Hb corpuscular	31.84 g/dl	33 – 37 g/dl

8.1.5 ANALISIS DE GRADOS DE DEPENDENCIA Y JERARQUIZACION DE NECESIDADES

VALORACION FOCALIZADA NO. 2

JERARQUIZACION DE Necesidad	Dependencia
1. Eliminación	Se encuentran balances con fluctuaciones, teniendo un gasto importante de líquidos por medio de heridas quirúrgicas, se encuentra, disminución de función renal por nefrectomía.
2. Nutrición e Hidratación	Continua con desequilibrio electrolítico QS (Na-135.10, K-2.8, Mg-1.7)
3. Moverse y mantener una buena postura.	La paciente se encuentra con dificultad para moverse por sí sola.
4. Higiene y protección de la piel.	Lesión por presión Estadio II de localización sacra de 1.7cm X 2.1cm, edema de miembros pélvicos ++/+++
5. Evitar peligros.	Existe riesgo de caídas por debilidad muscular y reposo prolongado, riesgo de infección se encuentra latente.
6. Oxigenación	Continua con alteración de los examen de laboratorio BH (Hb-11.03 g/dl, Hcto-34.65 %).
7. Descanso y Sueño.	No se encuentra alteración.
8. Termorregulación	No se encuentra alteración.
9. Vestirse y desvestirse	Por estancia hospitalaria se ve alterada.
10. Participar en actividades recreativas	Por estancia hospitalaria se ve alterada.
11. Trabajar y realizarse	Por estancia hospitalaria se ve alterada
12. Vivir según sus creencias y valores	No se encuentra alteración.
13. Aprendizaje	No se encuentra alteración.
14. Comunicarse	No se encuentra alteración.

8.1.6. DESCRIPCION DE DIAGNOSTICOS VALORACION FOCALIZADA No.2

DIAGNOSTICO	DEFINICION	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS
Deterioro de la eliminación urinaria	Disfunción de la eliminación urinaria.	Disminución de la función renal	Disminución de electrolitos (Na-131, K-2.8, Mg-1.7, F1.5)
Exceso de volumen de líquidos	Aumento de la retención de líquidos isotónicos.	Compromiso de los mecanismos reguladores.	Edema ++/+++, disminución de electrolitos (Na-131, K-2.8, Mg-1.7, F1.5)
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.	Incapacidad para digerir los alimentos	Saciedad inmediatamente después de ingerir poca cantidad de alimentos, náuseas.
Motilidad gastrointestinal disfuncional	Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.	Cirugía realizada (hemicolecotomía derecha), ayuno prolongado, suplementos alimenticios.	Diarrea crónica.
Deterioro de la movilidad física.	Limitación de movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.	Deterioro músculo – esquelético	Dificultad para girarse por sí sola
Deterioro de la integridad tisular	Lesión de las membranas mucosa o corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.	Reposo prolongado, procedimientos invasivos (fasciotomía)	Alteración de la superficie de la piel por úlcera por presión UPP categoría II (úlcera de espesor parcial), herida quirúrgica.
Riesgo de infección	Aumento del riesgo de ser invadido por organismo patógenos	Procedimientos invasivos (fasciotomía)	

8.2. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA VALORACION FOCALIZADA No. 2

Etiqueta Diagnostica: Deterioro de la eliminación urinaria 00016	
Dominio 3: Eliminación e intercambio	Clase 1: Función urinaria
Factores relacionados: disminución de la función renal	Características definitorias: disminución de electrolitos: (Na-131 , K-2.8,Ca-6.60, Mg-1.7 ,F-1.5)
Objetivos: Se limitara el deterioro de la eliminación urinaria.	
Fecha: 24-05-2016 al 27-05-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 4
Resultado NOC	Intervenciones NIC
Dominio: Salud fisiológica II Clase: Eliminación <u>0503 Eliminación urinaria</u> Definición: Recogida y eliminación de la orina. † Cantidad de orina † Ingesta de líquidos	† Manejo de líquidos/electrolitos 2080 Definición: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos. - Observar si los niveles de electrolitos en suero son anormales. - Vigilar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos. - Llevar un registro preciso de entradas y salidas. - Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos (edema, aumento de peso, distensión de venas de cuello, disnea, disnea, confusión, letargia). - Vigilar los signos vitales (FC, FR, T/A. T°) ● Cuidados del catéter urinario 1876 Definición: Actuación ate un paciente con equipo de drenaje urinario. - Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril, y sin obstrucciones. - Observar las características del líquido drenado. - Instruir al paciente y familiar sobre los cuidados adecuados del catéter vesical.
Dominio: Salud fisiológica Clase: Líquidos y electrólitos <u>0601 Equilibrio hídrico</u> Definición: Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo. † Hidratación cutánea, y de mucosas orales † Entradas y salidas diarias equilibradas	
Fundamentación	
La hiponatremia se define cómo la disminución de sodio plasmático menor a 135 mEq/l, constituyéndose el trastorno más frecuente, producto de la pérdida por el aparato gastrointestinal, renal o edema se debe siempre a una retención renal de agua, las manifestaciones clínicas son: confusión, letargo, convulsiones. Los síntomas de los trastornos del potasio se deben a cambios en la contractilidad muscular, ya sea esquelético o cardíaco, los síntomas suelen ser letargia, disminución de la FC y FR. Las manifestaciones clínicas Hipocalcemia son: signo de chvostek y trousseau positivos, espasmos musculares, parestesias, hiperreflexia, delirio, letargia e irritabilidades. En la hipomagnesemia se presenta: arritmias cardíacas, debilidad muscular, anorexia, náuseas y vomito. La información que se le debe de dar al paciente acerca de los cuidados de la sonda vesical van destinadas a mantener la permeabilidad de la sonda vesical, disminuir el riesgo de infección y asegurar la correcta manipulación y utilización de la misma	
Evaluación: Continua con deterioro de la eliminación urinaria.	

Etiqueta Diagnostica: Exceso de volumen de líquidos 00026

Dominio 2: Nutrición	Clase 5: Hidratación
Factores relacionados: compromiso de los mecanismos reguladores	Características definitorias: edema ++/+++, disminución de electrolitos: (Na-131, K-2.8, Mg-1.7, F-1.5).
Objetivos: Se normalizara el volumen de líquidos.	
Fecha: 24-05-2016 al 27-05-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 4
Resultado NOC	Intervenciones NIC
Dominio: Salud fisiológica II y I Clase: Eliminación <u>0504 Función renal</u> Definición: Capacidad de los riñones para regular los líquidos corporales, filtrar la sangre y eliminar los productos de desecho a través de la formación de orina. † Balance de ingesta y diuresis en 24 horas. † Anemia † Turgencia cutánea † Edema † Aumento de peso † Vigilancia T/A	† Manejo de líquidos/electrolitos Definición: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos. - Observar si los niveles de electrolitos en suero son anormales. - Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardiaco que indique una sobrecarga de líquidos. - Mantener un ritmo adecuado de infusión I.V. - Llevar un registro preciso de entradas y salidas. - Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.
Dominio: Salud fisiológica Clase: Líquidos y electrólitos <u>0601 Equilibrio hídrico</u> Definición: Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo. † Hidratación cutánea y membranas mucosas † Entradas y salidas diarias equilibradas.	
Fundamentación	
La hiponatremia se debe siempre a una retención renal de agua, las manifestaciones clínicas son: confusión, letargo, convulsiones, los síntomas de los trastornos del potasio se deben a cambios en la contractilidad muscular, ya sea esquelética o cardíaco: letargia, disminución de la FC y FR, las manifestaciones clínicas por Hipocalcemia son: signo de chvostek y trousseau positivos, espasmos musculares, parestesias, hiperreflexia, delirio, letargia e irritabilidades, en la hipomagnesemia se presenta: arritmias cardíacas, debilidad muscular, anorexia, náuseas y vomito. Las manifestaciones clínicas del exceso volumétrico se derivan de la expansión del compartimiento de líquido extracelular e incluyen edema, dilatación de las venas del cuello y crepitaciones pulmonares, taquicardias, aumento en las presiones sanguíneas, del pulso y venosa central, mayor gasto urinario.	
Evaluación: Continua con exceso de volumen de líquidos.	

Etiqueta Diagnostica: Desequilibrio Nutricional: ingesta inferior a las necesidades 00002	
Dominio 2: Nutrición	Clase 1: Ingestión
Factores relacionados: incapacidad para digerir los alimentos	Características definitorias: saciedad después de ingerir poca cantidad de alimentos, nauseas.
Objetivos: Mejorar el estado nutricional.	
Fecha: 24-05-2016 al 27-05-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 4
Resultado NOC	Intervenciones NIC
Dominio: Salud fisiológica Clase: Digestión y Nutrición <u>008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos</u> Definición: Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un período de 24 horas. <ul style="list-style-type: none"> ▸ Ingestión alimentaria y de líquidos orales ▸ Administración de líquidos con Nutrición Parenteral Total. 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Administración de nutrición parenteral total 1200 Definición: Aporte de nutrientes de forma intravenosa y monitorización de la respuesta del paciente. <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la permeabilidad, y el apósito de la vía central. - Mantener el flujo constante de soluciones de NPT - Controlar las entradas y salidas - Vigilar los niveles de albumina, proteínas totales, electrolitos, glicemia y perfil bioquímico. ● Monitorización nutricional 1160 Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente referentes a la ingesta nutricional. <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los factores que afectan la ingesta nutricional - Identificar las anomalías del sistema musculo esquelético. - Evaluar turgencia y estado cutáneo, monitorizar la ingesta dietética.
Fundamentación	
<p>Se debe indicar NP a todo paciente que por cualquier motivo no pueda recibir o cubrir sus requerimientos nutricionales por vía oral o por vía enteral. La NPT contiene proporciones variables, acorde a las necesidades de cada paciente, de los siguientes nutrientes: hidratos de carbono, grasas, proteínas, minerales, vitaminas, oligoelementos, agua. Esta modalidad proporciona nutrición completa en un volumen de líquidos razonable, y puede estar concentrada para cubrir los requerimientos de calorías y proteínas de los pacientes que necesitan restricción de líquidos.</p> <p>El monitoreo por enfermería es esencial para prevenir varias de las complicaciones metabólicas, en especial las relacionadas con la glucemia y el balances de líquidos.</p>	
Evaluación: Hubo mejoría en el estado nutricional.	

Etiqueta Diagnostica: Motilidad gastrointestinal disfuncional 00196

Dominio 3: Eliminación e intercambio		Clase 2: Función gastrointestinal	
Factores relacionados: cirugía realizada (hemicolecotomía derecha), ayuno prolongado, suplementos alimenticios.		Características definitorias: diarrea crónica	
Objetivos: Mejorar la motilidad gastrointestinal, disminuirá la diarrea.			
Fecha: 24-05-2016 al 27-05-2016		Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 4	
Resultado NOC		Intervenciones NIC	
<p>Dominio: Salud fisiológica II Clase: Líquidos y electrolitos <u>0606 Equilibrio electrolítico</u> Definición: Concentración de los iones séricos necesarios para mantener el equilibrio de entre los electrolitos.</p> <p>▸ Disminución del sodio, potasio, calcio, magnesio, fósforo sérico.</p>		<p>✦ Administración de nutrición parenteral total 1200 Definición: Aporte de nutrientes de forma intravenosa y monitorización de la respuesta del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la solución de NPT para asegurarse que se han incluido los nutrientes correctos, según la prescripción, mantener el flujo constante de soluciones de NPT. - Controlar las entradas y salidas - Vigilar los niveles de albumina, proteínas totales, electrolitos, glicemia y perfil bioquímico. - Controlar los signos vitales. - Instruir al paciente y a la familia sobre los cuidados y las indicaciones de la NPT. <p>● Manejo de la diarrea 1460 Definición: Tratamiento y alivio de la diarrea.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brindar educación para la salud sobre nutrición y alimentación. - Determinar la historia de la diarrea. - Registro de color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. - Medir la producción de diarrea/defecación. 	
Fundamentación			
<p>Como mecanismo de adaptación posterior a la resección intestinal, ocurre una hiperplasia de la mucosa colónica, aumenta la absorción de glucosa y aminoácidos, pero las grasas no se absorben en el colon. Clínicamente el paciente con SIC (Síndrome de Intestino Corto) progresa a través de varias fases durante el proceso de adaptación. En la primera fase (1 a 2 meses) la diarrea es severa y la absorción es limitada, durante este período el paciente requiere de todos los nutrientes y soporte de líquidos con NP. La segunda fase del proceso de adaptación puede durar de algunos meses a un año, durante este tiempo mejora la absorción y puede ser necesario comenzar a reducir la NP. La máxima adaptación generalmente se alcanza en el segundo año y es en esta última fase que la NP se reduce a varias noches por semanas o se suspende totalmente</p>			
Evaluación: La paciente continua con diarrea ya que su organismo se está adaptando a los cambios realizados por la cirugía, se da educación para la salud sobre la alimentación que debe seguir.			

Etiqueta Diagnostica: Deterioro de la movilidad física 00085

Dominio 4: Actividad / Reposo	Clase 2: Actividad / ejercicio
Factores relacionados: deterioro músculo esquelético.	Características definitorias: dificultad para girarse por sí sola
Objetivos: La paciente lograra movilizarse por sí sola o con el mínimo de ayuda.	
Fecha: 24-05-2016 al 27-05-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 5
Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p>Dominio: Salud funcional I Clase: Movilidad <u>0208 Movilidad 409</u> Definición: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Mantenimiento de la posición corporal ▸ Realización del traslado ▸ Se mueve con facilidad 	<p>✦ Terapia de ejercicios: control muscular 0226 Definición: Utilización de protocolos de actividad o ejercicios para mejorar o restablecer el movimiento continuo del cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios. - Consultar con el fisioterapeuta para determinar la posición optima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que debe realizar cada patrón de movimiento. - Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia especifica de ejercicios. - Animar y observar al paciente a practicar los ejercicios señalados de forma independiente, para su correcta ejecución. - Evaluar el progreso del paciente en la mejora/restablecimiento del movimiento y la función corporal. <p>● Masaje 1480 Definición: Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el deseo del paciente de hacerse un masaje. - Establecer un periodo de tiempo para que el masaje consiga la respuesta adecuada. - Seleccionar las zonas o zona del cuerpo que han de masajearse. - Preparar un ambiente cómodo, íntimo, y sin distracciones. - Hacer el masaje con movimientos continuos, uniformes, largos, o vibración de palmas, dedos y pulgares. - Evaluar y registrar la respuesta al masaje.
<p>Dominio: Salud funcional Clase: Movilidad <u>0203 Posición corporal: auto iniciada</u> Definición: Acciones personales para cambiar independientemente de posición corporal con o sin dispositivo de ayuda.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Se mueve de acostado a sentado y viceversa. ▸ Se mueve de sentado a ponerse de pie 	
<p>Dominio: Salud funcional I Clase: Movilidad <u>0210-Realización de transferencia</u> Definición: Capacidad para cambiar la localización corporal independientemente con o sin mecanismo de ayuda.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Traslado de una superficie a otra estando acostado ▸ Traslado de la cama a la silla ▸ Traslado de la silla a la cama 	

Fundamentación

Los ejercicios terapéuticos comprenden una serie de maniobras que estimulan el funcionamiento de músculos, nervios, huesos, articulaciones, y los aparatos cardiovascular y respiratorio. El ejercicio pasivo tiene como propósito conservar, tanto como sea posible, la gama de movimientos de la articulación y mantener la circulación. El ejercicio activo tiene como propósito fomentar la función normal del músculo. Durante el ejercicio el corazón bombea volúmenes de sangre incrementados para suplir oxígeno y nutrientes, removiendo dióxido de carbono y desechos metabólicos; el sistema respiratorio maneja una carga de trabajo incrementada, intercambiando oxígeno y dióxido de carbono entre la sangre y la atmosfera; el sistema nervioso y varias hormonas también tienen importantes roles: integran la respuesta del cuerpo al ejercicio y regulan los cambios metabólicos que ocurren en el musculo y otros tejidos, en el sistema inmunológico el ejercicio ayuda a aumentar las defensas huéspedes contra infecciones virales y cancerígenas, el ejercicio también produce citocinas involucradas en la resistencia contra tumores , lo cual también puede influenciar la actividad de las células citotóxicas. Para ser efectivo y seguro el ejercicio debe ser prescrito e incluir estos 5 criterios: 1. Estado del individuos, 2. Tipo de ejercicio, 3. Intensidad del ejercicio, 4, frecuencia del ejercicio, y 5. Duración del ejercicio. El entrenamiento anaeróbico y aeróbico debe ser un componente integral del estilo de vida de las personas luchando contra el cáncer o de las personas recuperándose de este. El ejercicio podría ser un vínculo fisiológico que disminuya o incluso revierta los efectos de la quimioterapia terapia de radiación y cirugía, el ejercicio moderado es benéfico para los pacientes con cáncer incluyendo a los sistemas cardiovascular, pulmonar, musculo esquelético y endocrino. ³⁷

El masaje es una transmisión y una forma de establecer una comunicación o conexión sin palabras, que inducen a la relajación general. Los efectos del masaje suponen una compleja serie de interrelaciones y mecanismos entrelazados que se resumen como consecuencia de estas acciones que se suman y complementan: acción mecánica directa sobre los tejidos, acción refleja sobre el sistema nervioso y diversos órganos a distancia, acción química y acción psicológica. Las indicaciones del masaje son múltiples, pero en este caso se enfocaron en la patología del aparato locomotor, como lo es la atrofia muscular por desuso o inmovilización. Sobre grandes masas musculares, actúa elasticándolas. ³⁸

Evaluación: La paciente se mueve con mayor facilidad, logrando trasladarse de la cama al sillón por si sola.

Etiqueta Diagnóstica: Deterioro de la integridad tisular 00044

Dominio 11: Seguridad/Protección	Clase 2: Lesión física
Factores relacionados: Reposo prolongado y procedimientos invasivos (fasciotomía)	Características definitorias: alteración de la superficie de la piel, lesiones por úlceras por presión Categoría II (úlceras de espesor parcial), herida quirúrgica.
Objetivos: Detener el deterioro de la integridad tisular	
Fecha: 24-05-2016 al 27-05-2016	Puntuación Diana: Mantener a: 3 Aumentar a: 5
Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p>Dominio: Salud fisiológica Clase: Integridad tisular <u>1103 Curación de la herida: por segunda intención</u> Definición: Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Secreción purulenta, serosa, o sanguinolenta ▸ Eritema cutáneo circundante ▸ Inflamación de la herida ▸ Costra, fistulización, excavación, olor de la herida. 	<p>✦ Cuidados de las úlceras por presión 3520 Definición: Facilitar la curación de las úlceras por presión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Describir características de la UPP tamaño (longitud, anchura, profundidad), estadio, exudación, granulación, tejido necrótico y epitelización. - Limpiar al úlcera con solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro. - Aplicar apósito adhesivo permeable a la úlcera. <p>● Cuidados de las heridas: drenaje cerrado Definición: Mantenimiento de un sistema de drenaje presurizado en una herida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presencia de signos de infección, inflamación y molestias alrededor del drenaje. - Registrar el volumen y las características del drenaje (color, consistencia y olor). <p>✧ Vigilancia de la piel 3590 Definición: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y mucosas. - Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en la extremidades. - Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de la integridad de la piel. - Cambiar de posición cada determinado tiempo. - Orientar al paciente y familiar sobre los cuidados a la piel y prevención de úlceras por presión.
<p>Dominio: Salud fisiológica Clase: Integridad tisular <u>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas</u> Definición: Integridad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Temperatura, sensibilidad, integridad de la piel ▸ Secreción 	

Fundamentación

La úlcera por presión es una lesión localizada de la piel y/o el tejido subyacente a ella, generalmente ubicada sobre una prominencia ósea, a consecuencia de la combinación de la presión, la isquemia y las fuerzas tangenciales o de cizallamiento. La presión capilar normal oscila entre 16 mm Hg en el espacio venoso capilar y 32 mm Hg en el espacio arterial capilar, si se ejercen presiones superiores a éstas en un área limitada y durante un tiempo prolongado, se origina un proceso de isquemia que si se prolonga en el tiempo ocasionará muerte celular. La respuesta orgánica para compensar esta situación es una vasodilatación o hiperemia reactiva (aspecto enrojecido) que conduce a una acumulación de catabolitos tóxicos en el tejido y a la aparición de edema e infiltración celular. La progresiva hipoxia produciría una muerte irreversible de las células de la piel con formación de necrosis. La presión continuada de las partes blandas causa isquemia de la membrana vascular y consecuentemente vasodilatación de la zona, eritema, extravasación de líquidos e infiltración celular. Si este proceso no cesa, se produce isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, lo que origina necrosis y ulceración de la piel.

Los drenajes en las heridas se utilizan terapéuticamente para: eliminar y evitar las acumulaciones de líquido, desvío de los fluidos, facilitar el control de la pérdida de líquido y permitir el acceso a las irrigaciones. Un sistema de drenaje eficaz: acelera el proceso de curación, elimina el espacio muerto, promueve la aproximación de tejidos, reduce al mínimo el riesgo de infección y disminuye el dolor postoperatorio. El objetivo del cuidado y control de drenajes quirúrgicos consiste en: vigilar la permeabilidad del sistema de drenaje y evitar posibles complicaciones como infecciones, hemorragias, pérdida excesiva de líquidos, arrancamientos involuntarios y dehiscencias de la sutura.

La exudación es el aumento en la permeabilidad vascular permite que líquido y proteínas plasmáticas abandonen los vasos sanguíneos. Existen varias categorías de exudados, dependiendo de la cantidad de proteínas y/o células que abandonen los vasos: 1. Exudado seroso está asociado con la inflamación moderada, el líquido es transparente y con un contenido relativamente bajo de contenido proteico y con muy pocas células. 2. Exudado fibrinógeno es rico en proteínas, particularmente en fibrinógeno, cuando entra al tejido, el exudado se aglutina debido a la formación de fibrina. 3. El exudado supurativo (o purulento) es rico en neutrófilos y se reconoce clínicamente como pus.

La escala de Braden - Bergstrom valora el riesgo de deterioro de integridad cutánea por la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de UPP. Consta de 6 ítems, heteroadministrado, cada ítem se puntúa de 1-menos deseable a 4mas deseable excepto el ítem fricción y rozamiento, que se puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23. Interpretación: Riesgo alto-<12, Riesgo moderado 13 y 14, Riesgo bajo- si<75 años puntuación 15 y 16-riesgo bajo, si >75 años 15-18- riesgo bajo.

Evaluación: continúa con deterioro de la integridad tisular se da educación para la salud sobre cuidados de UPP.

Etiqueta Diagnostica: Riesgo de infección 00004

Dominio 11: Seguridad/Protección		Clase 1: Infección	
Factores relacionados: procedimientos invasivos (fasciotomía)			
Objetivos: La paciente evitara infección en las heridas.			
Fecha: 24-05-2016 al 27-05-2016		Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 4	
Resultado NOC		Intervenciones NIC	
<p>Dominio: Salud fisiológica II Clase: Respuesta inmune H <u>0703 Severidad de la infección</u> Definición: Gravedad de los signos y síntomas de infección.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Inestabilidad de la temperatura ▸ Dolor ▸ Síntomas gastrointestinales ▸ Malestar general ▸ Pérdida de apetito ▸ Aumento de leucocitos 		<p>✦ Protección contra las infecciones 6550 Definición: Prevención y detección precoces de la infeccione en pacientes de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar estudios de laboratorio. - Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. - Inspeccionar el estado de herida quirúrgica - Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones. <p>● Cuidados de las heridas: drenaje cerrado Definición: Mantenimiento de un sistema de drenaje presurizado en una herida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presencia de signos de infección. - Registrar el volumen y las características del drenaje (color, consistencia y olor). 	
<p>Dominio: Salud fisiológica II Clase: Regulación metabólica I <u>0802Signos vitales</u> Definición: Grado en el que la temperatura, el pulso, la respiración y la presión sanguínea están dentro del rango normal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Temperatura corporal ▸ Frecuencia del pulso radial ▸ Frecuencia respiratoria ▸ Presión arterial. 			
Fundamentación			
<p>Las actividades relacionadas con el cuidado de las heridas, es una función básica de enfermería, la responsabilidad de una buena práctica con relación a estos procedimientos, se verá reflejada en una cicatrización rápida, que se encuentre libre de infección y con evolución satisfactoria, y por consiguiente, la recuperación favorable del paciente.</p> <p>Los signos de sospecha de infección de una herida aguda (quirurgica) son: dolor , eritema, calor local, inflamacion, secrecion purulenta, fiebre , retraso o detencion de la herida, mal olor, abseso</p> <p>El objetivo del sistema VAC es limpiar la herida quirúrgica, protegerla de contaminación externa y acelerar la cicatrización de la misma. Esto lo logra a través de dos tipos de succión: continua e intermitente. Permite a los leucocitos infiltrar la herida y promover una reacción inmune eficiente contra la infección local, a través de la succión continua al remover el líquido y tejido necrótico, con lo que mejora la perfusión microvascular de la herida y disminuye la colonización bacteriana.⁴⁴</p>			
Evaluación: La paciente continua con riesgo de infección, se informó al paciente y familiar sobre las medidas preventivas para evitar infección.			

IX. PLAN DE ALTA HOSPITALARIO DE ENFERMERIA

El plan de alta en enfermería es considerado un documento de vital importancia que garantiza la continuidad de los cuidados, integrando al paciente y el cuidador primario (familiar).

Por este medio se emiten recomendaciones y se proporciona orientación con el fin de reincorporar al paciente a su vida cotidiana, proporcionando información por escrito para utilizarlo como guía para su propio autocuidado. Está enfocado a los cuidados que la paciente debe realizar en su hogar, evitando complicaciones, y reingresos.

Para que éste logre su objetivo se requiere de la participación y colaboración de la paciente, los profesionales de la salud, y de la familia.

Objetivos:

- ▶ Lograr la adaptación en el hogar mediante cuidados específicos en colaboración del familiar.
- ▶ Mejorar la calidad de vida de la paciente, egresada por mejoría.
- ▶ Asegurar una intervención integral en el hogar.



Comunicación: En caso de que la paciente llegara a presentar molestias o complicaciones tendrá que acudir al servicio de Urgencias del “Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga” , ubicado en ; Dr. Balmis No. 148, 06720 Ciudad de México, Distrito Federal, en donde tendrá cita abierta. Recordando llevar la documentación que le fue entregada al momento de su alta hospitalaria.

Esperando no se presente ninguna complicación posterior a su alta se sugiere tomar en cuenta las siguientes recomendaciones, a fin de aprovechar al máximo el tiempo de consulta con el médico o profesional de la salud:

- ▶ Antes de la consulta, anotar los problemas existentes importantes, describiendo brevemente los síntomas y el tiempo en que se presentan.
- ▶ Llevar los medicamentos, receta, o estudios médicos de importancia, que se realizaron anteriormente.
- ▶ Escuchar atentamente, debe solicitarse al médico que brinde aclaraciones en términos comprensibles.
- ▶ Apegarse a las instrucciones y tratamientos, para poder lograr una buena recuperación.
- ▶ Expresar preocupaciones, si tiene preguntas o dudas acerca del diagnóstico o tratamiento hay que hacerlo saber.

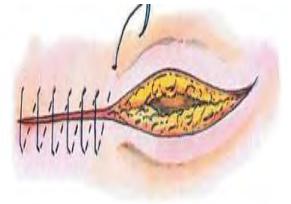


Urgente: La infección es un fenómeno microbiano caracterizado por una respuesta inflamatoria a la presencia de microorganismos. Las infecciones en las heridas por lo regular aparecen entre el 5° y 10° día después de la cirugía, por lo cual deberá poner atención ante la presencia de dos o más de los siguientes signos y síntomas de alerta: dolor o mayor sensibilidad localizada, inflamación, enrojecimiento o calor, fiebre por arriba de 37.7 °C, salida de pus o secreción.

El trauma causado por los procedimientos quirúrgicos provocan daño tisular que compromete las defensas locales del huésped y brinda un ambiente ideal para la invasión y multiplicación bacteriana.⁶⁷

Factores que intervienen en la formación de una infección.

- ▶ Edad: Los extremos de la vida
- ▶ Diabetes
- ▶ Obesidad
- ▶ Desnutrición
- ▶ Tabaquismo
- ▶ Desapego del tratamiento
- ▶ Realizar curación sin medidas higiénicas.⁶⁸

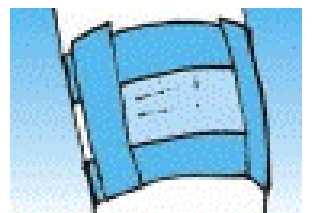
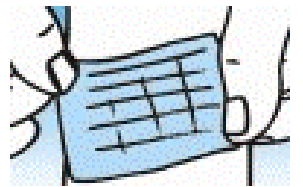


⁶⁷ Rolando Adrianzén Tatachuco. *Infecciones Quirúrgicas y Antibióticos en Cirugía*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [biblioteca digital en línea]. Perú. 2014. [citado 2016 Sept 24]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bivirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_02_Infecciones%20quirurgicas.htm
⁶⁸ D'Hyver Carlos. Luis Miguel Gutiérrez Robledo. *Geriatría*. Manual Moderno. 2ª ed. México D.F. 2009.

Información: Una herida es la falta de continuidad en la piel, lo que significa una puerta de entrada de microorganismos, por lo que es importante realizar la curación. Todas las heridas sanan de la misma manera. Primeramente, se comienza a crear tejido rojo nuevo debajo de la herida. Después, crece piel nueva desde los bordes y cubre el tejido rojo. Su herida sanará más rápidamente si usted crea el mejor entorno para el crecimiento de nuevos tejidos. Esto significa que debe mantener la herida limpia, tibia y húmeda. ⁶⁹

Recomendaciones:

- ▶ Lávese las manos. Es lo más importante para prevenir una infección, debe lavarse las manos con agua y jabón antes y después de tocar la herida.
- ▶ Mantenga una gasa limpia sobre la herida, La gasa mantendrá alejados los gérmenes y protegen la herida de lesiones.
- ▶ Sea cuidadoso. Proteja la herida, no permita que nada toque o golpee la herida.
- ▶ Coma bien. El tener una herida impone exigencias adicionales a su cuerpo, para que la herida sane, usted necesita ingerir una buena cantidad de alimentos saludables, si no hace esto, tardan más tiempo en sanar.
- ▶ Consulte el tríptico de Cuidado y curación de heridas, que se le proporciono para mayor información sobre los pasos a seguir.



⁶⁹ Victoria Valer Tito. Fernan Repetto Trujillo. *Heridas y Cicatrización*. [biblioteca digital en línea]Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2014. [citado 2016 Sept 24]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/libros/medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_01_Heridas%20y%20Cicatrizaci%C3%B3n.htm

Dieta: Los alimentos son fuente de energía y nutrición para el organismo. Se requiere una nutrición balanceada para sentirse bien, prevenir enfermedades, y lograr un buen rendimiento.

Es importante seguir las siguientes recomendaciones.

- ▶ Seleccionar una dieta de bajo contenido en grasas y colesterol: Los alimentos con grasas saturadas incluyen las carnes rojas, leche entera, queso, helado de crema, margarina, aderezos que contienen aceites vegetales.
- ▶ Limitar la ingesta de azúcares sencillos (dulces): Una dieta alta en azúcar contribuye a la obesidad y esta puede causar diabetes.
- ▶ Limitar el consumo de sodio (sal): no añadir sal a los alimentos y consumir poco los que ya tienen. El sodio afecta el equilibrio de líquidos del cuerpo y puede aumentar la presión de la sangre.

Manejo de la vía oral de acuerdo con los síntomas.⁷⁰

SINTOMAS	MEDIDAS GENERALES
Nauseas	<ul style="list-style-type: none"> › Iniciar la dieta con alimentos secos. › Evitar lácteos enteros y jugos de frutas ácidas. › Fraccionar los alimentos. › Comidas con bajo contenido de grasas. › No mezclar comidas frías y calientes. › Permanecer sentada después de las comidas. › Comidas frías, sin olor y con apariencia agradable.
Estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> › Aumentar la actividad. › Mayor ingesta de líquidas y alimentos ricos en fibra.
Saciedad temprana	<ul style="list-style-type: none"> › Alimentos en poca cantidad. › Comidas frecuentes. › Contenido bajo de grasas.
Diarrea	<ul style="list-style-type: none"> › Dieta de líquidos claros y carbohidratos simples. › Evitar productos lácteos. › Reintroducir proteínas y después grasas de manera gradual posterior a la resolución
Sequedad de boca	<ul style="list-style-type: none"> › Realizar colutorios con 1 litro de agua, una cucharada de bicarbonato y otra de sal con agua de menta. › Hidratar los labios. › Estimular la ingesta de alimentos blandos. › Tomar agua muy fría o hielo triturado, evitar alimentos secos. › Uso de estimuladores de la salivación (chicle, trozos de piña).
Pérdida de apetito	<ul style="list-style-type: none"> › Crear ambiente placentero. › Comer poco y a menudo basándose en lo que le guste. › Ofrecer comida en platos pequeños. › Tener flexibilidad en el horario.



70 Silvia Allende Pérez, Emma Verástegui Avilés. El ABC en Medicina Paliativa. Medica Panamericana. 1ª ed. México. 2014.

Ambiente: Cuando hay que exponer la herida al aire, es necesario hacer todo lo posible para disminuir el número de microorganismos que pudiera entrar en contacto con ella, el cuarto del paciente donde se va a curar, debe estar limpia sin polvo ni malos olores, nunca limpiar mientras se está curando, se debe evitar corrientes de aire por lo que se deben cerrar ventanas y puertas, la mesa del paciente debe estar libre para poder colocar la bandeja de curación, la cama del paciente debe estar cubierta con sábanas limpias. Procurar evitar en la medida de lo posible el contacto con animales como perros, gatos, etc., ya que su pelaje es un factor predisponente a la posible infección de las heridas

El paciente debe estar lo más limpio posible debe haberse bañado, tener pijama y ropa de cama limpia, si es una herida sucia se debe proteger la cama del paciente. Para la preparación del paciente debe colocarlo en la posición adecuada que ayude al drenaje o salida de las secreciones y a su comodidad. Antes de preparar el material se debe realizar el lavado de manos, desinfectar la mesa, bandeja, o superficie a utilizar de forma mecánica y química con alcohol o algún desinfectante, después seleccionar el material estéril que se va a utilizar y colocarlo en la bandeja.⁷¹



71 Libros de Autores Cubanos bvscuba. *Cura de Heridas*. [Plataforma en línea]. Cuba. 2011. [citado 2016 Sept 23]. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0--0-10-0--0-0---0prompt-10---4-----sti-4-0-11--11-es-50-0--20-about-n1cido-es-00-0-1-00-2-0-11-10-0-00-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&cl=CL1&d=HASH47b04d792c5bf7e4f4f0e1.9.14>

Recreación y uso de tiempo libre: Divertirse con una ocupación agradable es una necesidad del ser humano, tiene como objetivo obtener un descanso físico y psicológico, también le ayudará a sentirse más relajado, y a reducir el estrés



Consejos:

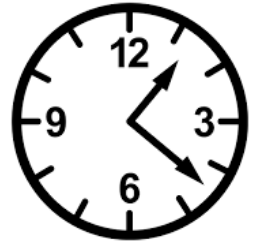
- ▶ Ayudar a la búsqueda de actividades recreativas que se adecuen a las características personales.
- ▶ Identificar las habilidades para la práctica de las diferentes actividades y fomentar la realización de estas (actividades manuales). La persona activa a nivel social tiene más capacidad de adaptación, para que una persona se sienta realizada y útil es necesario que mantenga el uso total de sus talentos y capacidades.
- ▶ Asesorar, ayudar a conseguir o proporcionar el material específico necesarios para la ocupación de su tiempo libre.
- ▶ Recomendar siempre que sea posible que se realicen actividades grupales fuera del domicilio, además de la comunicación y actividad física.
- ▶ Estimulación de la pertenencia a un grupo religioso y apoyo en la asistencia a actividades religiosas si es que se desea. El pertenecer a un grupo social o religioso ayuda a mantenerse firme en sus convicciones personales y satisfacer sus necesidades psicológicas básicas como el respeto, la seguridad, la autoestima, y el sentirse aceptado por la sociedad.
- ▶ Trabajo y realización. Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo, este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.⁷²



⁷² D'Hyver Carlos. Luis Miguel Gutiérrez Robledo. Geriatria. Manual Moderno. 2ª ed. México D.F.2009.

Medicamentos: Sin importar cuál sea la edad o estado de la persona, existen ciertas normas fundamentales que debe seguir al usar medicamentos.

- ▶ Informar al personal de salud acerca de cualquier fármaco de venta sin receta, que este tomando, ya que pueden causar reacciones graves si se mezclan con fármacos de prescripción.
- ▶ Leer cuidadosamente las etiquetas, hay que preguntar al médico acerca de posibles efectos adversos.
- ▶ Apegarse a las instrucciones, únicamente se debe ingerir o administrar la dosis prescrita por el médico, durante el tiempo necesario y a la hora indicada.
- ▶ No suspender el fármaco prescrito, simplemente porque los síntomas parecen haber disminuido, debe emplearse durante todo el lapso de prescripción.
- ▶ Almacenar adecuadamente los medicamentos, por lo general deben guardarse en un lugar seguro fuera del alcance de los niños, seco, a temperatura ambiente y sin permanecer bajo la luz solar.
- ▶ Dejar al alcance del adulto solo los medicamentos que debe ingerir y retirar los que no están prescritos, informar los horarios.
- ▶ Observar si el medicamento causa algún efectos no deseable o inesperado, e informar al médico si llegara a presentarse⁷³



⁷³ D'Hyver Carlos. Luis Miguel Gutiérrez Robledo. Geriatria. Manual Moderno. 2ª ed. México D.F.2009.

Espiritualidad: Espiritualidad engloba la idea de una fuerza interior derivada de la nutrición del alma y del conocimiento propio, no es sinónimo de religión. En esencia, la espiritualidad es saber cómo vivir, ese conocimiento nos da la felicidad.



La verdadera espiritualidad no consiste en un sistema de culto o un ritual, sino en una actitud positiva hacia nosotros mismos y hacia los demás, lo que convierte la vida en dicha, no en esfuerzo. Para que la vida sea feliz basta con unas relaciones personales satisfactorias y un objetivo a alcanzar. La felicidad o la ausencia de ella no obedecen a causas externas sino que proviene del interior.



Debemos de comprender que el bienestar material no puede ser la base de nuestro bienestar interior. Ninguna otra persona, ninguna cosa externa puede darnos un estado permanente de bienestar. Es nuestra propia responsabilidad lograrlo. Las cosas externas pueden contribuir o servir de guía e inspiración, pero en última instancia la vida es lo que hacemos de ella. La exploración de nuestro yo más profundo nos procura entendimiento. Con éste, podemos empezar a crear la vida que deseamos vivir.⁷⁴



“Recuerda con gratitud el pasado, vive con pasión el presente y ábrete con esperanza al futuro.”

San Juan pablo segundo.



⁷⁴ D'Hyver Carlos. Luis Miguel Gutiérrez Robledo. Geriatria. Manual Moderno. 2ª ed. México D.F.2009.

X. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se determinó que el PAE, proporciona un panorama científico, que en conjunto con el modelo de Virginia Henderson, son una herramienta muy importante para el profesional de enfermería, ya que con este se brindan cuidados de forma integral, que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes, recordando que no solo es una metodología la cual debemos de seguir de manera automatizada, sino de forma consciente, ya que las necesidades de nuestros pacientes se ponen de manifiesto y que en cada paciente se aplicara de manera diferente, según las alteraciones de cada necesidad. Por medio de la valoración se lograron identificar las necesidades en las cuales la paciente mostro mayor grado de dependencia, formulando diagnósticos de enfermería que llevaron a la organización de los planes de cuidados necesarios y con los cuales se realizaron las intervenciones que contribuyeron a la independencia de las necesidades que se encontraban mayormente alteradas.

El objetivo de realizar un PAE para valorar y atender las necesidades alteradas de la paciente logro cumplirse, la información proporcionada fue de gran relevancia para que tuvieran secuencia los cuidados brindados, tomando en cuenta que el tiempo que demoro la paciente en recibir atención médica causo que la enfermedad y los síntomas se agravaran desde su ingreso y hasta su posterior alta, observando una mejora de su estado de salud, pero una continua alteración en las necesidades de Nutrición e Hidratación y Eliminación, encontrándose la paciente en un estado de dependencia parcial, comprobando con esto que la contribución de la enfermera ayuda a aumentar el interés de la paciente sobre aspectos que puedan mejorar su salud, y calidad de vida, beneficiando su estado físico psicológico, emocional y espiritual. Al momento de la alta médica se orienta sobre el tratamiento prescrito, medidas higienico-dieteticas, y estudios a realizar para tener un seguimiento adecuado. Desatacando las medidas sobre los factores que predisponen al desarrollo de un nuevo cáncer posterior a la cirugía, en la paciente y para todos los miembros de su familia para poder prevenirlo y/o tratarlo oportunamente.

XI. SUGERENCIAS

Al personal de enfermería

Se recomienda un acercamiento más estrecho al paciente con el fin de generar confianza, para que en todo momento nos informe sobre las situaciones por las que está cursando y podamos realizar intervenciones eficaces con la seguridad de que se logre satisfacer todas sus necesidades. Teniendo en cuenta que el cuidar a un paciente con cáncer es involucrarse con sus necesidades espirituales y emocionales además de las físicas, prestar atención a su dolor, quejas y sufrimientos, no invadiendo nunca su espacio físico vital, actuando siempre con cautela y respeto. Considerar el lenguaje corporal es de gran importancia con nuestros pacientes para saber interpretar sus malestares, dolencias y emociones para evitar así distanciamientos, o evasiones dañinas que aumenten los sufrimientos, estimulando el control de la toma de decisiones, dar apoyo emocional auténtico, para compartir con naturalidad los sentimientos con la familia.

Se sugiere también que el personal retome el PAE como un instrumento de trabajo, y que mediante su aplicación se muestre el trabajo realizado, ya que con el uso de una metodología de criterio científico se fortalecen las bases del papel tan importante que tiene el profesional de enfermería en la sociedad.

A los familiares

Se propone brindar apoyo, amor y protección que necesita la paciente durante todo el tratamiento, y seguimiento de su enfermedad. Poner en práctica las recomendaciones para tener un estilo de vida saludable y prevenir enfermedades.

A la paciente

Se recomienda seguir el plan de alta, mantener revisión periódica en sus consultas médicas, estar pendiente e informar sobre síntomas que pudieran poner en riesgo su salud, continuar con la disposición y actitud positiva ante la vida.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Adrianzén Tatachuco Rolando. Infecciones Quirúrgicas y Antibióticos en Cirugía. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [biblioteca digital en línea]. Perú. 2014. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_02_Infecciones%20quirurgicas.htm
2. Allende Pérez Silvia. Verástegui Avilés Emma. El ABC en Medicina Paliativa. Medica Panamericana. México. 2014. 1ª ed. 350 p.
3. Andrade Cepeda Rosa María Guadalupe. López España Julia Teresa. Proceso de Atención de Enfermería Guía Interactiva para la enseñanza. Trillas. México. 2014. 1ª ed. 192 p.
4. Aprende en línea. Virginia Henderson. [en línea]. Plataforma Académica de Pregrado. Colombia. 2016. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>
5. Asociación Española contra el cáncer. Cáncer de colón. [en línea]. España. 2014. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdecolon/Paginas/quees.aspx>
6. Bellido Vallejo José Carlos. Lendínez Cobo José Francisco. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. [en línea]. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. España. 2010. 1ª ed. 217 p. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
7. Clínica privada de especialistas médicos en Madrid DAM. ACE (antígeno carcinoembrionario) Análisis ACE. [en línea]. Madrid. 2016. Disponible en: <https://www.clinicadam.com/salud/5/003574.html>
8. D'Hyver Carlos. Gutiérrez Robledo Luis Miguel. Geriatría. Manual Moderno. México D.F. 2009. 2ª ed. 903 p.
9. Diario Oficial de la Federación de la Secretaría de la Gobernación de México. (2013, 02Septiembre) NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. En Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud. [en línea]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
10. Fernández Sánchez Néstor. LA EDAD ADULTA. [en línea]. s.l.p. s.a.p. Disponible en: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/124/cd/guia/documentacion%20complementaria/15_persona_adulta.pdf

11. Fundación para el desarrollo de la Enfermería. Valoración del riesgo de úlceras por decúbito - Escala de Norton. [en línea]. Madrid. España. s.a.p. Disponible en: http://www.ome.es/media/docs/novedad_test_norton.pdf
12. Guía de Práctica Clínica Sobre cuidados Paliativos. Anexo 2. Escalas. [Guía en línea]. España. s.a.p. p.8. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2_Escalas.pdf
13. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Medición de signos neurológicos (Escala de Glasgow). [en línea]. Madrid-España. 2011. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-disposition&blobheadertype=cadena&blobheadertype=filename%3DMedici%C3%B3n+de+signos+neurol%C3%B3gicos+\(escala+de+Glasgow\).pdf&blobheadertype=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310577449692&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-disposition&blobheadertype=cadena&blobheadertype=filename%3DMedici%C3%B3n+de+signos+neurol%C3%B3gicos+(escala+de+Glasgow).pdf&blobheadertype=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310577449692&ssbinary=true)
14. José de Jesús Villalobos Pérez. Miguel Ángel Valdovinos Díaz. et al. Principios de Gastroenterología. Méndez Editores. México. 2010. 4ª ed. 1060 p.
15. Kozier Bárbara. Glenora Erb. et al. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica. McGraw Hill Interamericana. España. 2005. 7ª ed. Vol. I. 1620 p.
16. Libros de Autores Cubanos bvscuba. Cura de Heridas. [Plataforma en línea]. Cuba. 2011. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0--0-10-0--0-0---0prompt-10---4-----sti-4-0-1l--11-es-50-0--20-about-n1cido-es-00-0-1-00-2-0-11-10-0-00-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&cl=CL1&d=HASH47b04d792c5bf7e4f4f0e1.9.14>
17. Luis Rodrigo María Teresa. Fernández Ferrin Carmen. et al. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Masson. Barcelona. 2000. 2ª ed. 187 p.
18. Medioclopedia. Signo F. [en línea]. Disponible en: <http://www.iqb.es/diccio/s/signog.htm>
19. Méndez Sánchez Nahum. Uribe Esquivel Misael. Gastroenterología. McGraw Hill Interamericana. México. 2010. 2ª ed. 847 p.
20. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA International DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Elsevier. España. 2010. 1ª ed. 431 p.
21. Organization Pancreatic Cancer Action Network. CA19-9. [en línea]. Washington. 2016. Disponible en: https://www.pancan.org/section_en_espanol/learn_about_pan_cancer/diagnosis/CA19_9.php

22. Patricia A. Potter. Anne Griffin. *et al.* Fundamentos de enfermería. Elsevier. Barcelona España. 2015. 8ª ed. 1367 p.
23. Patricia A. Potter. Anne Griffin Perry. Fundamentos de enfermería. Elsevier. Barcelona, España. 2015. 8ª ed. 1367 p.
24. Pereira Otamendi Edith. Manual de técnicas y procedimientos de enfermería del niño. ENEO UNAM. México. 2008. 1ª ed. 233 p.
25. Riopelle Lise, Grondin Louise. *et al.* Cuidados de enfermería: un proceso centrado en las necesidades de la persona. McGraw-Hill. España. 1ª ed. 352 p.
26. Rosensenstein Ster Emilio. *et al.* Diccionario de Especialidades Farmacéuticas (DEF). PLM. México. 2000. 46ª ed. 2213 p.
27. Servicio andaluz de salud. Consejería de Salud. Escala de Riesgo de UPP-Braden. [en línea]. España. 2001. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT2_RiesgoUPP_BRADEN.pdf
28. Valer Tito Victoria. Repetto Trujillo Fernan. Heridas y Cicatrización. [biblioteca digital en línea]. **Universidad Nacional Mayor de San Marcos**. Perú. 2014. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/libros/medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_01_Heridas%20y%20Cicatrizaci%C3%B3n.htm

XIII. ANEXOS

13.1. ESCALAS

13.1.1. Escala de Braden Bergstrom

La escala de Braden se utiliza para determinar el riesgo que tienen los pacientes de desarrollar úlceras por presión. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 6 ítems. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem “Fricción y rozamiento” que puntúa de 1 a 3.

El rango de puntuación oscila entre 6 y 23. Una puntuación de 16 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por presión.⁷⁵

PUNTOS	1	2	3	4
Percepción Sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
Humedad	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina frecuentemente
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	

75 Servicio andaluz de salud. Consejería de Salud. *Escala de Riesgo de UPP- Braden*. [en línea]. España. 2001. [citado 2016 Junio 18]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT2_RiesgoUPP_BRADEN.pdf

13.1.2. Escala de valoración de Norton

Nos ayuda a la valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP), presenta un rango total de 1 a 20 puntos.



Interpretación orientativa de la puntuación:

- ▶ De 5 a 9 puntos: Riesgo muy alto
- ▶ De 10 a 12 puntos: Riesgo alto
- ▶ De 13 a 14 puntos: Riesgo medio
- ▶ de 14 puntos: Riesgo mínimo / sin riesgo ⁷⁶

Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4 bueno	4 alerta	4 camina	4 total	4 ninguna
3 débil	3 apático	3 con ayuda	3 disminuida	3 ocasional
2 malo	2 confuso	2 sentado	2 limitada	2 urinaria
1 muy malo	1 estupor	1 en cama	1 inmóvil	1 doble

13.1.3. Escala Visual Analógica (EVA)

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad (0) y en el derecho la mayor intensidad (10). ⁷⁷

					
0 Muy contento; sin dolor	2 Siente sólo un poquito de dolor	4 Siente un poco más de dolor	6 Siente aún más dolor	8 Siente mucho dolor	10 El dolor es el peor que puede imaginarse (no tiene que estar llorando para sentir este dolor tan fuerte)

76 Fundación para el desarrollo de la Enfermería. Valoración del riesgo de úlceras por decúbito - Escala de Norton. [en línea]. Madrid. España. s.a.p. [citado 2016 Junio 18]. Disponible en: http://www.ome.es/media/docs/novedad_test_norton.pdf

77 Guía de Práctica Clínica Sobre cuidados Paliativos. Anexo 2. Escalas. [Guía en línea]. España. s.a.p. p.8. [citado 2016 Junio 18]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2_Escalas.pdf

13.1.4. Evaluación del edema "Signo de la Fóvea" o "Signo de Godet"

El signo de Fóvea es un signo característico de los edemas, al ejercer presión sobre la zona edematosa se observa una huella persistente que borra los salientes anatómicos. El Signo de Godet, es la depresión que deja el dedo al presionar una región edematizada.⁷⁸

Grado	Símbolo	Magnitud	Extensión
Grado I	+ / ++++	Leve Depresión, sin distorsión visible del contorno.	Desaparición casi instantánea.
Grado II	++ / ++++	Depresión de hasta 4 mm.	Desaparición en 15 segundos.
Grado III	+++ / ++++	Depresión de hasta 6 mm.	Recuperación en 1 minuto.
Grado IV	++++ / ++++	Depresión Profunda de hasta 1cm.	Persistencia de 2 a 5 minutos.

13.1.5. Código de Evacuaciones

Es un sistema de abreviaturas que se usa para clasificar las evacuaciones en donde se observan características como aspecto, color y consistencia. Tiene como objetivo realizar un registro exacto de las características de las evacuaciones en cuanto a su color, consistencia o al existencia de un hallazgo anormal, para así emprender cuidados de enfermería oportunos.⁷⁹

Características de las evacuaciones				
Color	Consistencia	Olor	Fenómenos anexos	Número de evacuaciones
Am amarillo V verde c café Ac acólico meconial	l = líquida s/l = semilíquida p = pastosa s/p = semipastosa	Fétido Alcalino Agrio Ácido	c/s = con sangre c/m = con moco c/g = con grumos	Las veces que evacúa en 24 horas.

78 Medciclopedia. *Signo F.* [en línea]. [citado 2016 Junio 18]. Disponible en: <http://www.iqb.es/diccio/s/signog.htm>

79 Edith Pereira Otamendi. *Manual de técnicas y procedimientos de enfermería del niño.* ENEO UNAM. 1ª ed. México. 2008. pp.95-97

13.1.6. ESCALA DE GLASGOW

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.⁸⁰

Puntuación:

- ▶ Normal: 15
- ▶ Gravedad:<9
- ▶ Coma profundo: 3

Abre los ojos	Puntuación
Esponáneamente	4
Por orden verbal	3
Por estímulo doloroso	2
No respuesta	1
Mejor respuesta verbal	
Orientado y conversa	5
Desorientado pero conversa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
No respuesta	1
Mejor respuesta motora	
Obedece órdenes (se le indica hacer un movimiento)	6
Localiza el dolor (lleva la mano al sitio doloroso)	5
Retirada en flexión (retira la extremidad del sitio doloroso)	4
Flexión anormal (rigidez tipo decorticación)	3
Extensión (rigidez tipo descerebración)	2
No respuesta	1

⁸⁰ Hospital General Universitario Gregorio Marañón. *Medición de signos neurológicos (Escala de Glasgow)*. [en línea]. Madrid-España. 2011. [citado 2016 Junio 18]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadname1=Content-disposition&blobheadname2=cadena&blobheadvalue1=filename%3DMedici%C3%B3n+de+signos+neuro%C3%B3gicos+\(escala+de+Glasgow\).pdf&blobheadvalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMarañon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310577449692&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadname1=Content-disposition&blobheadname2=cadena&blobheadvalue1=filename%3DMedici%C3%B3n+de+signos+neuro%C3%B3gicos+(escala+de+Glasgow).pdf&blobheadvalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMarañon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310577449692&ssbinary=true)

13.2. EXAMENES D LABORATORIO

13.2.1 EXAMENES DE LABORATORIO VALORACION INICIAL

Química Sanguínea 12/04/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Glucosa	141 mg/dl	74 - 99
Urea	13.9 mg/dl	17.4 - 55.8
Creatinina	0.6 mg/dl	0.4 - 1
Proteinas totales	4.3 g/dl	6.1 - 7.1
Albumina	2.01 g/dl	3.5 - 4.8
Amino transferasa Alanina (TGP) ALT	9 U/L	14 - 54
Amino transferasa de aspartato (TGO) AST	20 U/L	15 - 41
Sodio	137 mmol/L	136 - 144
Potasio	3.8 mmol/L	3.6 - 5.1
Cloro	111 mmol/L	101 - 111

Tiempos de coagulación 12/04/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Tiempo de protrombina	14.4 seg	10.7 - 13.5
Tiempo de protrombina %	80.5 %	
Tiempo de trombina	18.2 seg.	17 - 22
Tiempo de Tromboplastina parcial activada	27.3 seg.	21 - 31

Biometría Hemática 12/04/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Leucocitos	7.96 10e3uL	4.5 - 10 10e3uL
Neutrófilos	5.90 10e3uL	3 - 7 10e3uL
Linfocitos	1.50 10e3uL	1 - 3 10e3uL
Monocitos	0.420 10e3uL	0.3 - 0.8 10e3uL
Bandas		
Eosinofilos	0.09 10e3uL	0.01 - 0.03 10e3uL
Basófilos %	0.05 10e3uL	0 - 0.1 10e3uL
Neutrofilos	5.90 10e3uL	3 - 7 10e3uL
Eritrocitos	4.34 10e3uL	3.8 - 5 10e3uL
Hemoglobina	9.86 g/dl	12 - 16 g/dl
Hematocrito	31.30 %	37 - 47
Volumen corpuscular medio	72.17 fL	80 - 100 fL
Hemoglobina corpuscular media	22.73 pg	27 - 34 pg
Conc. Media de Hb corpuscular	39.49 g/dl	33 - 37 g/dl
Plaquetas	357.40 10e3uL	150 - 450 10e3uL
Volumen plaquetario medio	8.55 fL	7.4 - 10.4 fL

13.2.2. EXAMENES DE LABORATORIO VALORACION FOCALIZADA No. 1

EXAMEN GENERAL DE ORINA 18/05/16		
Examen físico		
	Resultado	Valor de referencia
Color	Amarillo	Incoloro/Ámbar
Aspecto	Turbio	Transparente
Examen químico		
Gravedad específica	1.015	1.005 – 1.030
PH	6.0	5.5 – 6.5
Leucocitos	500 LEU/ul	NEGATIVO
Nitritos	NEGATIVO	NEGATIVO
Proteínas	70 mg/dl	
Glucosa	Negativo	NEGATIVO
Cetonas	40 mg/dl	NEGATIVO
Urobilinogeno	6.0 mg/dl	
Bilirrubina	NEGATIVO	NEGATIVO
Hemoglobina	0.10 mg/dl	NEGATIVO
Examen Microscópico		
Células epiteliales	ESCASAS	ESCASAS
Leucocitos	INCONTABLES	0-5 POR CAMPO
Eritrocitos	6-8	0 -2 POR CAMPO
Bacterias	3+	
Cilindros	0-1	

GASOMETRIA VENOSA 18/05/16			
GAS SANGUINEO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA	
		VENOSA	ARTERIAL
PH	7.429	7.31 - 7.41	7.35 – 7.45
PCO2	25.10 mmHg	45.0 – 55.0	35.0 – 45.0
PO2	51.00 mmHg	33.0 – 45.0	65.0 – 85.0
SO2%	84.1	70.0 – 75.0	95.0 – 98.0
Hct	17 %	35.0 – 55.0	38.0 – 51.0
Hb	5.5 g/dl	11.7 – 17.3	11.7 – 17.3
BIIQUIMICA			
Na+	134.40 mmol/L	136.0 – 146.0	136.0 – 146.0
K	3.44 mmol/L	3.50 – 5.00	3.50 – 5.10
Cl-	111.00 mmol/L	100.0 – 106.0	98.0 – 106.0
Ca++	1.19 mmol/L	1.00 – 1.30	1.09 – 1.30
Mg++	0.60 mmol/L	0.45 - 0.60	0.45 – 0.60
Glu	105 mg/dl	65 – 95	65 – 95
Lac	1.8 mmol/L	0.7 – 2.5	0.7 – 2.5

Biometría Hemática 18/05/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Leucocitos	12.69 10e3uL	4.5 – 10 10e3uL
Neutrófilos %	94.65 10e3uL	40 – 70
Linfocitos %	4.54 10e3uL	20 – 30
Monocitos %	0.420 10e3uL	6 – 8
Bandas	0	
Eosinofilos%	0.02 10e3uL	1 – 3
Basófilos %	0.00 10e3uL	0 – 1 10e3uL
Neutrofilos #	12.01 10e3uL	3 – 7 10e3uL
Linfocitos #	0.58	1 – 3 10e3uL
Monocitos #	0.100	0.3 – 0.8 10e3uL
Bandas #	0	
Eosinofilos #	0.00	0.1 – 0.3 10e3uL
Basófilos	0.00	3 – 7 10e3uL
Eritrocitos	3.50 10e3uL	3.8 – 5 10e3uL
Hemoglobina	7.65 g/dl	12 – 16 g/dl
Hematocrito	23.92 %	37 – 47
Volumen corpuscular medio	68.28 fL	80 – 100 fL
Hemoglobina corpuscular media	21.84 pg	27 – 34 pg
Conc. Media de Hb corpuscular	31.99 g/dl	33 – 37 g/dl
Plaquetas	259.80 10e3uL	150 – 450 10e3uL
Volumen plaquetario medio	7.93 fL	7.4 - 10.4 fL

Química Sanguínea 18/05/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Glucosa	106 mg/dl	74 - 99
Urea	64.5 mg/dl	17.4 – 55.8
Creatinina	0.8 mg/dl	0.4 - 1
Sodio	134.90 mmol/L	136 – 144
Potasio	3.5 mmol/L	3.6 - 5.1
Cloro	109 mmol/L	101 - 111
Calcio	6.90 mg/dl	8.9 – 10.3
Fosforo	2.8 mg/dl	2.4 – 4.7
Magnesio	1.7 mg/dl	1.8 – 2.5

Tiempos de coagulación 18/05/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Tiempo de protrombina	13.9 seg	10.7 – 13.5
Tiempo de protrombina %	80.3 %	
Tiempo de trombina	15.2 seg.	17 - 22
Tiempo de Tromboplastina parcial activada	29.6 seg.	21.7 - 31

13.2.3.EXAMENES DE LABORATORIO VALORACION FOCALZADA No. 2

Química Sanguínea 23/05/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Glucosa	70 mg/dl	74 - 99
Urea	15.3 mg/dl	17.4 – 55.8
Creatinina	0.4 mg/dl	0.4 - 1
Proteínas totales	4.3 g/dl	6.1 – 7.1
Ácido úrico	3.4 mg/dl	26 - 8
Colesterol Total	112 mg/dl	50 - 200
Triglicéridos	144 mg/dl	50 – 150
Lipoproteínas de alta densidad HDL	31 mg/dl	51 – 85
Glutamil transferasa	26 U/L	7 – 50
Deshidrogenasa Láctica DHL	125 U/L	98 - 192
Creatinfosfoquinasa en sangre	14.00 U/L	38 - 234
Sodio	135.10 mmol/L	136 – 144
Potasio	4.9 mmol/L	3.6 - 5.1
Cloro	104 mmol/L	101 - 111
Calcio	6.90 mg/dl	8.9 – 10.3
Fosforo	3.9 mg/dl	2.4 – 4.7
Magnesio	2.7 mg/dl	1.8 – 2.5

Química Sanguínea 26/05/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Glucosa	148 mg/dl	74 - 99
Urea	14.7 mg/dl	17.4 – 55.8
Creatinina	0.4 mg/dl	0.4 - 1
Proteínas totales	4.3 g/dl	6.1 – 7.1
Bilirrubina directa e indirecta	0.20 mg/dl	0.1 – 0.5
Bilirrubina directa Bilirrubina indirecta	0.46 mg/dl	0 – 0.75
Bilirrubina total	0.66 mg/dl	0.3 – 1.2
Albumina	1.30 g/dl	3.5 – 4.6
Amino transerasa alanina TGP	7 U/L	14 - 54
Aminotranferasa aspartato TGO	15 U/L	15 – 41
Fosfatasa alcalina	80 U/L	32 – 91
Deshidrogenasa Lactica DHL	134 U/L	98 - 192
Sodio	131 mmol/L	136 – 144
Potasio	2.8 mmol/L	3.6 - 5.1
Cloro	107 mmol/L	101 - 111
Calcio	6.60 mg/dl	8.9 – 10.3
Fosforo	1.5 mg/dl	2.4 – 4.7
Magnesio	1.7 mg/dl	1.8 – 2.5

Tiempos de coagulación 26/05/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Tiempo de protrombina	13.2 seg	10.7 – 13.5
Tiempo de protrombina %	93.1 %	
Tiempo de trombina	17.2 seg.	17 - 22
Tiempo de Tromboplastina parcial activada	26.5 seg.	21.7 - 31

Biometría Hemática 26/05/16		
Examen	Resultado	Valor de Referencia
Leucocitos	8.50 10e3uL	4.5 – 10 10e3uL
Neutrófilos %	88.77 10e3uL	40 – 70
Linfocitos %	6.79 10e3uL	20 – 30
Monocitos %	3.20 10e3uL	6 – 8
Bandas	0	
Eosinofilos%	1.23 10e3uL	1 – 3
Basófilos %	0.01 10e3uL	0 – 1 10e3uL
Neutrofilos #	7.55 10e3uL	3 – 7 10e3uL
Linfocitos #	0.58	1 – 3 10e3uL
Monocitos #	0.270	0.3 – 0.8 10e3uL
Bandas #	0	
Eosinofilos #	0.10	0.1 – 0.3 10e3uL
Basófilos	0.00	0 – 0.1 10e3uL
Eritrocitos	4.39 10e3uL	3.6 – 5 10e3uL
Hemoglobina	11.03 g/dl	12 – 16 g/dl
Hematocrito	34.65 %	37 – 47
Volumen corpuscular medio	78.92 fL	80 – 100 fL
Hemoglobina corpuscular media	25.13 pg	27 – 34 pg
Conc. Media de Hb corpuscular	31.84 g/dl	33 – 37 g/dl
Plaquetas	210.20 10e3uL	150 – 450 10e3uL
Volumen plaquetario medio	8.41 fL	7.4 - 10.4 fL

13.3.2. TRÍPTICO EJERCICIO Y ALIMENTACIÓN

La actividad física ofrece muchos beneficios:

- ☞ Ayuda a mantener la masa muscular, la fuerza, energía y la resistencia de los huesos.
- ☞ Ayuda a disminuir la depresión, el estrés, cansancio, las náuseas y el estreñimiento.
- ☞ Mejora su apetito.
- ☞ Mejora su salud y calidad de vida.
- ☞ Favorece el descanso.

"Algunos beneficios de hacer Ejercicio"

- ☞ Evita el sobrepeso y ayuda a perder peso (mejora la circulación y metaboliza).
- ☞ Evita el cansancio y ayuda a dormir.
- ☞ Disminuye la tensión y la presión arterial.
- ☞ Evita la osteoporosis, la artritis y fortalece los músculos.
- ☞ Ayuda a liberar endorfinas que le hacen feliz y le hacen sentir bien.

ENEQ UNAM
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE EDUARDO LICEAGA

EJERCICIO Y ALIMENTACION = SALUD

Ruiz Rubio Andrea

Una buena alimentación es muy importante durante el tratamiento.

Ya que tolerara mejor los efectos secundarios y se podrán combatir las infecciones más fácilmente.

Debe optar por una dieta equilibrada que contenga todos los nutrientes que el cuerpo necesita: fruta, vegetales, pescado, carne, cereales y productos lácteos descremados.

Durante el tratamiento con quimioterapia o radioterapia es frecuente presentar efectos secundarios que influyen negativamente en una alimentación adecuada. Debe seguir las recomendaciones del Plan de Alta, en caso de presentar alguna de ellas.

RECOMENDACIONES GENERALES:

- ☞ Comer frutas y verduras cocidas.
- ☞ Preferir carne blanca y no roja.
- ☞ Comer alimentos bajos en grasa.
- ☞ Toma agua simple de 6 a 8 vasos por día.
- ☞ Evitar alimentos fritos, y preferir hervidos o al horno.

RECOMENDACIONES DE EVITACION:

- ☞ Evitar alcohol.
- ☞ Evitar cafeína.
- ☞ Evitar alimentos picantes.
- ☞ Evitar alimentos duros.

13.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO



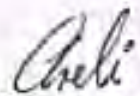
CONSENTIMIENTO INFORMADO

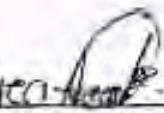
Yo Araceli Pérez Rodríguez de 55 años de edad con el Número de expediente _____, paciente del hospital General de México hoy 30 Marzo del 2011 México, Ciudad de México.

Por medio del presente manifiesto que la P.S.S.L.E.O. Ruiz Rubio Andrea perteneciente a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México con el número de cuenta 30920168-1 me ha explicado claramente todos los beneficios y pasos a seguir para la elaboración del Proceso de Atención de enfermería en el cual se realizara una valoración, exploración física y recopilación de datos del expediente clínico (estudios de laboratorio, estudios de gabinete, notas de evolución etc.) durante mi estancia hospitalaria con los cuales se tendrá confidencialidad y se usaran estrictamente para fines educativos.

Por todo esto estoy de acuerdo que con la información proporcionada, se realice dicho trabajo.


Araceli Pérez Rodríguez
Nombre y Firma del paciente


Araceli Isaac Vazquez Perez
Nombre y Firma del familiar responsable


Ruiz Rubio Andrea
Nombre y Firma de la P.S.S.L.E.O.
Ruiz Rubio Andrea


Alma Delia Martinez Alba
Nombre y Firma del Testigo

21

Valoración del paciente a según el modelo de Virginia Henderson


Rosa Leticia Espinaz

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha de Ingreso: _____
 Edad: _____
 Fecha de valoración: _____
 Nombre del (a) estudiante: _____

Minixamen cognitivo de Lobo

Área evaluada	Instrucción
Orientación en el tiempo	Pregunta al paciente: "¿qué fecha es hoy?" (año, estación, mes, día, fecha completa).
Orientación en el espacio	Pregunta al paciente: "¿en dónde estamos?" (sala, área, ciudad, estado, país).
Fijación	Nombra tres objetos, uno por segundo: lápiz, llave, libro . Pide al paciente que los repita.
Cálculo	Pide al paciente que reste, empezando en 20, de 3 en 3, hasta cinco respuestas.
Memoria	Propíntale por los tres objetos mencionados antes.
Lenguaje	Muéstrale una pluma y un reloj y pídele que los identifique.
Repetición	Pide que repita la frase: "No voy si tú no llegas temprano".
Comprensión	Pide que cumpla la siguiente indicación verbal: "Tómame una hoja de papel con tu mano derecha, dóblala por la mitad y colócala en el piso."
Lectura y comprensión	Dale una hoja que tenga anotada la frase: "Cierra los ojos y dile: '¡Así esto y haga lo que digo.'".

13.5. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Área evaluada	Instrucción
Estructura	Dale una hoja y pídele que escriba una oración completa, como si estuviera contando algo en una carta.
Comprensión	Pídele que copie el siguiente dibujo: 
Total de puntos:	

HOJA DE INSTRUCCIONES PARA EL EVALUADOR

- Orientación: un punto por acierto, no hay medios puntos por respuestas aproximadas, listar cada ítem y esperar la respuesta antes de continuar.
- Fijación: decir las tres palabras seguidas y luego esperar a que las repita el paciente. Repetir palabras hasta que recuerde las tres. Solo se puntuán las palabras que consiguió repetir primer intento. Un punto por cada palabra repetida.
- Concentración y cálculo: un punto entero por cada resta correcta y un punto por cada correcta y en el orden correcto.
- Memoria: un punto entero por cada palabra recordada; no importa el orden.
- Lenguaje y construcción: un punto por cada nombre correcto, sin aproximaciones. Un punto por cada palabra repetida exactamente la misma frase tras decir una sola vez. Un punto por cada palabra indicada correctamente ejecutada. Un punto si lee, comprende y realiza la indicación. Un punto si escribe una frase completa con sujeto, verbo y predicado, y que tenga sentido coherente (no calificar ortografía ni caligrafía). Un punto si realiza dos pentágonos consecutivos de un ángulo cada uno.

Puntuación máxima: 35. Menos de 23 significa deterioro cognitivo.

Escala de Barthel

Mide actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Sus valores oscilan entre cero (0) de mayor dependencia) y 100 (situación de óptima independencia).

Aspecto evaluado	Puntos obtenidos por el paciente
Comer	
Lavarse (bañarse)	
Vestirse	
Arreglarse	
Eliminación intestinal	
Eliminación vesical	
Ir al baño	
Traslado al sillón/cama	
Deambulación	
Subir/bajar escaleras	
Total	

HOJA DE INSTRUCIONES PARA EL EVALUADOR

	Actividades básicas
Comer	Independiente. Capaz de comer por sí solo y en su tiempo razonable. La comida puede venir por otra persona.
	Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de hacerlo solo.
Deambular	Dependiente. Necesita ser acompañado por otra persona.
Caminar (batauro)	Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizar una persona presente.
	Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.
Perfilar	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
	Dependiente. Incapaz de poner o quitar al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
Discurrir	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los compañeros pueden ser motivados por otra persona.
	Dependiente. Necesita alguna ayuda.
Comunicación	Comunicación limitada.
	Comunicación limitada. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para expresar o comunicar.
Entrenamiento	Comunicación limitada. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo de continencia. Máximo un episodio de incontinencia. Incluye necesidad de manipulación de sondas u otros dispositivos.
	Incontinente.
Ir al baño	Independiente. Entra y sale solo, y no necesita ningún tipo de ayuda, por parte de otra persona.
	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con poca ayuda. Es capaz de usar el cuarto de baño sin ayuda.
Dependiente	Capaz de manejarse sin ayuda.
Ir al baño	Independiente. No necesita ayuda.
	Necesita ayuda. Incluye apoyo verbal o físico para ayuda física.
	Comunicación limitada. Necesita y permite por dos personas. Incluye el permitir que otras personas

	Actividades básicas
Deambular	Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente, en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayuda instrumental, como bastón, muletas, excepto andador. Si utiliza un andador, puede ponerlo y quitarlo solo.
	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona para utilizar andador.
Independiente	Independiente, en silla de ruedas, en 50 m. No requiere ayuda ni supervisión.
Dependiente	Dependiente.
Subir/bajar escalones	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
	Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
	Dependiente. Incapaz de bajar escalones.
Valoración de las 14 necesidades*	
Manifestaciones de dependencia	
Origenación	
Tendencia a una respiración menos profunda, más costal que diafragmática	
Cambios en la frecuencia y el ritmo respiratorios.	
Tos irritativa, de menor fuerza y menos efectiva.	
Cansancio fácil y/o fatiga.	
Suspiros frecuentes.	
Dificultad respiratoria, haciendo uso de músculos accesorios.	
Ruidos respiratorios de diferente intensidad y modalidad, como estertores, roncus, silbidos	
No es capaz de mantener un ambiente limpio, ordenado, saludable y libre de contaminantes	
Presenta cierto grado de plañidez, frialdad y/o cambios de color en zonas distales.	
Murmullo e hidratación	
No elige alimentos sanos ni elabora dietas correctas en función de sus características.	
Manifiesta déficit funcional que le impide la adquisición y elaboración de dietas.	
Realiza una ingesta inadecuada, ya sea por déficit o exceso.	
Presenta alteraciones o patologías relacionadas con los aspectos anteriores.	
Eliminación	
Patrones de eliminación inadecuados.	
Incremento en la frecuencia de las micciones.	
Grave/ Incontinencia leve de orina al aumentar la presión abdominal (tosa, cargar albañilería, etc.)	
Urgencia urinaria y/o eliminación ocasional de orina antes de llegar a tiempo al baño.	

* Tratamiento elaborado (inspirado) en base al libro *Enfermería geriátrica*, de Mercedes García Hernández, Masson, Madrid, 2000.

	Actividades básicas
	Polipuntura (frecuencia superior a una micción cada dos horas)
	Frecuente (más de dos micciones en la noche)
	Gonoso tras la micción.
	Micciones de poca cantidad (menos de 100 ml).
	Reducción en la cantidad y fuerza del chorro de micción.
	Esfuerzo excesivo y/o doloroso para defecar.
	Disminución del volumen y/o frecuencia de las heces.
	No conoce las medidas higiénicas básicas en relación con la eliminación vesical y fecal
	Deja de realizar actividades de ocio o recreativas con otras personas por maleo o por algunos de los aspectos mencionados anteriormente.
	Disconoce los efectos secundarios de algunos medicamentos con respecto a la salud y necesidad.
	Moverse y mantener una buena postura
	Necesita ayuda, parcial o total, para las actividades cotidianas o AVD propias de su edad sociocultural (alimentación, desplazación, vestirse, etc.).
	Se siente dependiente con respecto a cualquier una de las actividades anteriores, lo que disminuye su actividad física.
	Manifiesta desconocimiento de las dimensiones (física, social o psicológica), que intrínsecamente, lo cual no le permite actuar de forma preventiva.
	Descanso y sueño
	El tiempo de sueño nocturno se modifica significativamente con respecto a su patrón (debajo de cinco horas).
	Aumenta el número de veces que se despierta durante la noche.
	Manifiesta insatisfacción con respecto al descanso y se muestra irritable, fatigado y co para la realización de las actividades de la vida diaria.
	Manifiesta no conocer las condiciones que debe reunir para posibilitar un buen descanso (condiciones de la habitación, de la cama, ritos, etc.).
	Levanta y elegir prendas adecuadas
	Presenta limitaciones del área motora (fuerza, tono y amplitud de movimientos) que le impide o disminuye de forma autónoma (colocarse el traje, pantalón, camisa, abrochar el cinturón, etc.).
	Utiliza ropa o calzado no adecuado a sus cambios o necesidades (zapatos de calle para ejercicio físico, tejidos artificiales que no permiten una buena transpiración de la piel, disminuido ajustada a su estructura corporal).
	Muestra desinterés por el estado de la vestimenta (ropa o calzado viejo o con aspecto mal olor).
	Temperregulación
	Desde el punto de vista orgánico no controla cambios de temperatura corporal, fluctúa desde la hipotermia a la hipotermia.
	Se producen variaciones significativas en sus signos vitales.
	Presenta cambios de color y temperatura, sobre todo en zonas distales (manos, pies, etc.)

16

	Actividades básicas
	Muestra una reacción disfuncional al calor y/o frío.
	Presencia ausencia de sudoración y una pilosidad muy disminuida
	No realiza una ingesta adecuada de nutrientes ni de líquidos.
	No usa vestimentas adecuadas y acordes con la temperatura ambiente.
	Higiene y protección de la piel
	Aspecto externo descuidado, tanto en lo referente a la piel como a su cabello, uñas, pies
	Deterioro en piel y/o mucosas, con presencia de manchas, lesiones, heridas, úlceras.
	Olor corporal desagradable.
	Manchas en la ropa (sudor, orina, restos de comida, etc.).
	Placa dental y/o halitosis.
	Prótesis sucias, mal cuidadas y/o mal ajustadas.
	Alteración en los sentidos del gusto y tacto.
	Uso inadecuado o exagerado de cosméticos.
	Evitar peligros
	Presencia deficiencias cognitivas que no le permiten identificar los peligros.
	No adecua sus actividades y su entorno a los cambios propios del proceso de envejecimiento
	No es capaz de actuar de forma preventiva con respecto a los posibles riesgos de su estilo de vida (tratamiento farmacológico).
	Comunicación
	Verbaliza con dificultad y/o de manera inapropiada sus pensamientos y opiniones.
	Presenta dificultades para comunicarse de forma efectiva con otras personas, (ejemplo, al formar palabras e frases) (ataxia, afasia e hipocacusia).
	Se encuentra incómodo en situaciones sociales.
	No tiene sensación satisfactoria de pertenencia a un grupo social.
	No disfruta del contacto con personas significativas (pareja, amigos, familia).
	Usa conductas de interacción social ineficaces y/o inaceptables para el grupo cultural de referencia.
	Presenta incapacidad o dificultad para usar y hacerse entender mediante expresiones gráficas.
	Perdida alteraciones en el logro de su satisfacción sexual.
	Vivir de acuerdo con sus propios creencias y valores
	Se siente desorientado de su grupo social.
	Presenta limitaciones en su capacidad funcional que no le permiten realizar las prácticas humanitarias.
	No es capaz de manifestar sus creencias y valores por miedo a que no se le respete o a la dentro del núcleo familiar o social.
	Ha experimentado pérdidas significativas que no es capaz de explicar a través de sus creencias o valores.
	Presenta dificultades en un conflicto personal que se corresponde con falta de referentes en la vida.
	Trabaja y realiza/participa en actividades recreativas
	No se adecua al cambio de rol que trae asociado al envejecimiento.

17

	Actividades básicas
Verbaliza expresiones negativas sobre sí mismo.	
Dificultad para establecer y/o mantener relaciones sociales satisfactorias.	
Negación de problemas/ limitaciones evidentes para otros, situación que intenta sup racionalizando los fracasos y/o proyectando las culpas.	
No practica la autocritica como método de superación de dificultades y, en caso de q proceda de otra persona, suele manifestarse hipersensible y poco receptivo.	
Se muestra aburrido, triste, retraído, etcétera.	
Apatología	
Presenta déficits cognitivos que no le permiten identificar los peligros.	
No adecua sus actividades y su entorno a los cambios propios del proceso de envejecer afectan de forma significativa a esta necesidad.	
No es capaz de actuar de forma preventiva con respecto a los posibles riesgos de las 1 sus utilidades farmacológicas.	
Manifiesta dificultades importantes con respecto a la capacidad de su memoria y nra comprensión.	
No es capaz de relacionar conocimientos del mundo actual con aprendizajes que adx anteriores.	

13.6. MEDICAMENTOS

13.6.1. PARACETAMOL			
DOSIS: 500 mg	PRESENTACION: Tabletas	VIA: Oral	FRECUENCIA: 1 cada 8 horas por 5 días
INDICACIONES TERAPEUTICAS: Analgesico, antipiretico.		REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:	
PRECAUCIONES GENERALES: Si ocurre una rara reacción de sensibilidad, discontinuar el medicamento de inmediato. No se use conjuntamente con alcohol ni con otros medicamentos que contengan Paracetamol. Si el tratamiento por 10 días es insuficiente para controlar el dolor y reducir la fiebre o aparecen nuevos síntomas, se presenta enrojecimiento o sudoración, ardor de garganta por más de dos días seguidos de fiebre, dolor de cabeza, erupción, náusea o vómito, será necesario reevaluar el diagnóstico y cambiar de agente para el control de los síntomas.		Paracetamol ha sido asociado al desarrollo de neutropenia, agranulocitopenia, pancitopenia y leucopenia. De manera ocasional, también se han reportado náusea, vómito, dolor epigástrico, somnolencia, ictericia, anemia hemolítica, daño renal y hepático, neumonitis, erupciones cutáneas y metahemoglobinemia. El uso prolongado de dosis elevadas de Paracetamol puede ocasionar daño renal hepático. La administración de dosis elevadas puede causar daño hepático e incluso necrosis hepática.	

13.6.2. CIPROFLOXACINO			
DOSIS: 500 mg	PRESENTACION: Tabletas	VIA: Oral	FRECUENCIA: 1 cada 12 horas por 5 días
INDICACIONES TERAPEUTICAS: Antibacteriano de amplio espectro		REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:	
PRECAUCIONES GENERALES: Mantener vigilancia clínica en pacientes con déficit de glucosa 6-fosfatodeshidrogenasa (riesgo de anemia hemolítica), pacientes con historial de epilepsia y/o estados de demencia. Reducir la dosis en pacientes con insuficiencia renal y pacientes ancianos.		Ciprofloxacino es generalmente bien tolerado, los efectos secundarios más frecuentes son: náuseas, diarrea, vómito, molestias abdominales, cefalea, nerviosismo y erupciones exantemáticas.	

81

13.6.3. METRINIDAZOL			
DOSIS: 500 mg	PRESENTACION: Tabletas	VIA: Oral	FRECUENCIA: 1 cada 8 horas por 5 días
INDICACIONES TERAPEUTICAS: Anaerobicida, amebicida		REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:	
PRECAUCIONES GENERALES: Se han reportado crisis convulsivas y neuropatía periférica en pacientes tratados con Metronidazol; la aparición de cualquier signo neurológico anormal requiere de una evaluación cuidadosa de la relación riesgo-beneficio. Se debe advertir a los pacientes que no deben consumir bebidas alcohólicas durante el tratamiento con Metronidazol, y por lo menos un día después de finalizado el tratamiento, debido a la posibilidad de que aparezca una reacción tipo disulfiram (efecto Antabus). Los pacientes con alteraciones hepáticas severas pueden metabolizar Metronidazol más lentamente que el resto de la población, lo que los coloca en riesgo de acumulación del medicamento y sus metabolitos en plasma. En este tipo de pacientes se recomienda usar dosis menores. Se recomienda vigilar la cuenta de leucocitos total y diferencial antes y después del tratamiento con Metronidazol, en especial en los pacientes con antecedentes de discrasias sanguíneas. Los pacientes deben ser prevenidos sobre la posibilidad de que se presente confusión, vértigo, alucinaciones convulsiones trastornos visuales transitorios, para que si se presentan estos síntomas eviten conducir vehículos u operar maquinaria.		Las reacciones más graves reportadas con el uso de Metronidazol incluyen convulsiones y neuropatía periférica. Otras reacciones reportadas son: Tracto gastrointestinal: Dolor epigástrico, náusea, vómito, alteraciones gastrointestinales, diarrea y sabor metálico. Hematopoyético: Neutropenia reversible y trombocitopenia. Piel: Erupciones, eritema y prurito. Fiebre, angioedema. SNC: Cefalea, mareo, síncope, ataxia y confusión, vértigo, alucinaciones, convulsiones. Trastornos visuales transitorios: Diplopía y miopía transitorias.	

82

13.6.4. RANITIDINA			
DOSIS: 150mg	PRESENTACION: Tabletas	VIA: Oral	FRECUENCIA: 1 cada 8 horas por 3 semanas
INDICACIONES TERAPEUTICAS: Antagonista H ₂ de acción selectiva		REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:	
PRECAUCIONES GENERALES: Los síntomas que se presentan con la terapia de Ranitidina pueden enmascarar la presencia de cáncer gástrico. En pacientes con enfermedad renal debe ajustarse la dosis ya que su eliminación es renal y se debe usar con precaución en insuficiencia hepática. Se han reportado casos de ataques de porfiria en pacientes con porfiria previamente diagnosticada. En algunos pacientes se han reportado elevación TGP después de grandes dosis de Ranitidina por más de 5 días. Se puede presentar bradicardia secundaria a la administración rápida intravenosa de Ranitidina.		En ocasiones, mareo, somnolencia, insomnio y vértigo; en casos raros: confusión mental reversible, agitación, depresión y alucinaciones. Como con otros bloqueadores H ₂ se han reportado: arritmias, taquicardia, bradicardia, asistolia, bloqueo auriculoventricular; a nivel gastrointestinal: constipación, diarrea, náusea, vómito, molestia abdominal y, en raras ocasiones, pancreatitis, elevación transaminasas hepáticas, hepatitis; eventos reversibles al suspender el medicamento; puede haber artralgias y mialgias, rash cutáneo, eritema multiforme y, raramente, alopecia y en raras ocasiones, reacciones de hipersensibilidad.	

13.6.5. CLONIXINATO DE LISINA			
DOSIS: 125 mg	PRESENTACION: Tabletas	VIA: Oral	FRECUENCIA: En caso de dolor intenso 1 cada 8 horas
INDICACIONES TERAPEUTICAS: Analgésico		REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:	
PRECAUCIONES GENERALES: En pacientes con antecedentes de úlcera péptica, debe administrarse con precaución y suspenderse ante la presencia de trastornos atribuibles al fármaco.		En algunos pacientes pueden presentarse náusea, vómito, mareo cuando se sobrepasa la dosis recomendada o en personas sensibles al medicamento. Si las molestias son excesivas debe retirarse el tratamiento	

83

SULFATO FERROSO

DOSIS: 200 mg	PRESENTACION: Tabletas	VIA: Oral	FRECUENCIA: 1 tab. cada 24horas.
INDICACIONES TERAPEUTICAS: Tratamiento de deficiencia de hierro		REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Heces grises o negras. Dientes manchados. Constipación o diarrea. Náuseas, vómito, dolor abdominal, pirosis, enrojecimiento de la cara, fatiga, debilidad, orina oscura. Raramente dolor de garganta y pecho en la deglución. Calambres, sangre en heces, somnolencia. Se debe administrar con precaución en casos de úlcera péptica, enteritis, colitis y cirugía. Si se ha padecido pancreatitis o hepatitis. Personas mayores de 60 años. Debe vigilarse su administración en niños. Dosis excesivas pueden ser tóxicas y en casos extremos letales. Tratamientos muy prolongados sin vigilancia pueden producir hemocromatosis, daño hepático, diabetes, problemas cardiacos. Si se olvidara tomar una dosis a su hora, tomarla posteriormente si no sobrepasa el tiempo de dos horas. En caso contrario, esperar la siguiente dosis (no duplicar la dosis). Se recomienda su ingestión después de las comidas e iniciar el tratamiento con dosis pequeñas.	
PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: No existen reportes de datos comprobados de efectos sobre ninguno de los puntos anteriores ni sobre la función sexual.			

84