



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UNA PACIENTE CON CÁNCER DE
ANO BASADO EN EL MODELO DE DOROTHEA
OREM EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
“DR. EDUARDO LICEAGA”.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

EDITH DUARTE ARIAS
NO. DE CUENTA: 411052269

DIRECTORA ACADÉMICA



MTRA. EVA OLIVIA SALAS MARTÍNEZ

CIUDAD DE MÉXICO

2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Edith por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Francisco por los ejemplos de perseverancia y constancia que le caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi Hugo por su inmenso amor, apoyo y comprensión, por no dejarme sola, por estar siempre a mi lado.

A mis hermanos, Edgar y Dante que a pesar de la distancia no dejan de darme su apoyo y su cariño.

A mi profesora Mtra. Eva Olivia Salas Martínez por guiarme en este camino y orientarme para cumplir esta meta.

Y finalmente a mis amigas Anny, Carmen y demás familia que de corazón siempre me han motivado.

ÍNDICE

I.	Introducción.....	pag. 1
II.	Objetivos.....	pag. 3
III.	Marco teórico.....	pag. 4
IV.	Metodología.....	pag. 10
V.	Valoración inicial.....	pag. 12
VI.	Valoración focalizada.....	pag. 18
VII.	Plan de Alta.....	pag.56
VIII.	Visita Domiciliaria.....	pag. 59
IX.	Conclusión.....	pag. 63
X.	Bibliografía.....	pag. 64
XI.	Anexos.....	pag. 69

I. INTRODUCCIÓN

El cuidado desde su origen se ha definido como un acto propio de cada ser humano cuya finalidad; es satisfacer una serie de necesidades fisiológicas, que promuevan la vida y la lucha contra el dolor, la enfermedad y la muerte. Por lo tanto; los cuidados de Enfermería deberán enfocarse en el apoyo para la persona, llevando a cabo acciones de autocuidado que conserven la vida y si es necesario recuperarse de la enfermedad o afrontar las consecuencias de la pérdida de la salud. Dicho lo anterior, el papel de Enfermería se vuelve fundamental ya que actúa cuando el individuo no puede valerse por sí mismo. En este sentido el Proceso Atención de Enfermería se convierte en la herramienta fundamental para poder otorgar los cuidados de enfermería con un orden metodológico hacia las personas que presenten un déficit de autocuidado en su salud.

El presente Proceso Atención de Enfermería (PAE) es aplicado a una paciente con cáncer de ano, en el cual se identificaron problemas reales y potenciales de sus requisitos universales. Para el desarrollo del plan de cuidados se retoma la teoría de déficit de autocuidado donde se aplicó una valoración generalizada basada en el modelo de Dorothea Orem, se realizaron 6 valoraciones focalizadas con el fin de recabar más datos sobre las necesidades o para la detección de nuevos problemas de salud.

Este trabajo se fundamenta con un marco teórico el cual nos habla sobre el PAE y la Teoría de déficit de autocuidado de Dorortea Orem y el padecimiento de la paciente, que en este caso es cáncer de ano, el cual no es una enfermedad muy recurrente, sin embargo; suele presentarse con mayor frecuencia en el adulto mayor. Siendo motivo de interés por el tratamiento y cuidados que necesitaría este tipo de pacientes que representan el 1.2% de los casos de cáncer de ano.

La metodología detalla aspectos como los instrumentos de valoración que se utilizaron para obtener información y explorar a la paciente. En el instrumento de valoración se detectaron las principales necesidades alteradas, mismas que se retomaron para elaborar los diagnósticos de enfermería y en forma posterior el plan de atención de enfermería de acuerdo a los requisitos universales alterados.

En el plan de atención se abordaron intervenciones de cuidado de enfermería siendo estas basadas en la fundamentación científica, tratando así de dar una solución a cada necesidad hasta donde fuese posible y planteando una evaluación de las acciones realizadas. En relación al plan de alta este se plantea de forma general las posibles acciones que se realizaran en el hogar con la finalidad de educar tanto a la paciente como a sus familiares, para posteriormente realizar una visita domiciliaria, donde se aplica la agencia de enfermería de apoyo y educación dando así continuidad a los cuidados de enfermería, los cuales son enfocados en el autocuidado de sus medicamentos, cuidados de heridas quirúrgicas, higiene y alimentación.

Finalmente, se plantean las conclusiones, las referencias consultadas, así como los anexos.

II.OBJETIVOS

General:

- Aplicar un Proceso Atención de Enfermería a una paciente de 83 años con Dx. De Cáncer de Ano, la cual se encontraba en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

Específicos:

- Brindar cuidados específicos con base a los requisitos alterados de la paciente con cáncer de ano, ya sean totalmente compensatorios, parcialmente compensatorios o de apoyo y educación, para así tratar de restablecer su salud
- Realizar una visita domiciliaria donde se identifiquen las limitaciones de la señora Consuelo dando seguimiento a la salud y los cuidados de la paciente.

III.MARCO TEÓRICO

Una de las herramientas utilizadas por el profesional de enfermería es el Proceso Atención de Enfermería (P.A.E) en el cual, la enfermera utiliza sus conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud. “Para (Marriner 1983) es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería.”¹

En este sentido, el proceso de enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional ya que se fundamenta en el método científico, “se apoya en las teorías de la ciencia, mediante la cual se brindan los cuidados durante la práctica de la disciplina profesional, siendo idóneo para su implementación debido a sus características de dinamismo, secuencialidad, medición, facilidad de aplicación y juicio crítico.”¹ “El Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, es una herramienta que permite alcanzar las metas de cuidado, donde algunas teóricas de enfermería como Abdellah, Orlando, Newman, Watson, Swanson, Leninger, Orem, Henderson, entre otras, coinciden en que a través de la operacionalización del metaparadigma: persona, entorno, salud y enfermería, se lograr satisfacer las necesidades de cuidado de las personas.”¹ considerando que la ventaja del proceso de atención de enfermería es, la facilidad de divulgación pública de los cuidados sanitarios, logrando mejorar la calidad de los servicios profesionales de enfermería y así facilitar la toma de decisiones a estudiantes y profesionales de reciente formación.

Para Dorothea Orem el Proceso Atención de Enfermería es aquel en el que se requiere, que las enfermeras participen manteniendo una relación afectiva con el fin de obtener los resultados esperados en los cuidados proporcionados, por lo cual es necesario saber el tipo de enfermedad que aqueja a nuestro paciente y así plantear cuidados enfocados al déficit de autocuidado del paciente mediante un modelo de atención. Este modelo, Orem lo considera como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: La teoría del autocuidado, La teoría del déficit de cuidado y La teoría de los sistemas de enfermería. “La teoría del autocuidado, muestra lo que las personas necesitan saber, que se requiere y que deben hacer por ellos

mismos, para mantener o regular su funcionamiento y desarrollo. La teoría del déficit de autocuidado postula el enfoque del proceso de diagnóstico, la demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo que pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida. En el caso de la teoría de los sistemas de enfermería proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico del déficit de autocuidado.”² Por lo tanto, los requisitos de autocuidado son el componente principal del modelo y constituyen una parte importante para la valoración del paciente.

Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado que son los requisitos de autocuidado universal. Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales de la vida. “El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción.”²

Acorde con lo antes mencionado, para establecer los diagnósticos de enfermería y determinar si el paciente necesita ayuda o apoyo es necesario que a través en la etapa de valoración se determinen por medio de una anamnesis, exploración cefalocaudal o por aparatos y sistemas, los requisitos universales alterados, y con ello se establezcan los diagnósticos de acuerdo con la teoría de Orem, por lo tanto, “El diagnóstico de enfermería implicara abordar la demanda de autocuidado actual y futura.”²

Siendo así, Orem sugiere que las enfermeras deberían de “Iniciar y mantener una relación efectiva con el paciente y su familia, lo que implica ponerse de acuerdo con el paciente y familiares para apoyar y colaborar continuamente en la revisión de la información con el paciente y otros profesionales.”³

En este sentido, Orem usa la palabra agente para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica con el paciente, a ellos se les considera agentes de cuidado, por lo tanto, el nombre de

agencia de enfermería se usa cuando una enfermera proporciona los cuidados. “Estos cuidados pueden ser realizados con el sistema de enfermería, el cual se divide en; Totalmente Compensatorio, refiriéndonos a cuando la enfermera realiza el principal papel para cubrir los requerimientos de un paciente, el cual es incapaz de ocuparse de las actividades de autocuidado. El Parcialmente Compensatorio, que es cuando el paciente tiene cierta limitación para cuidarse por sí mismo y la enfermera solo cubre lo que él no puede realizar, el de Apoyo y Educación nos dice que la enfermera proporciona los conocimientos necesarios al paciente o familiar para cuidar su salud.”³

Dicho lo anterior, es importante mencionar la patología de la paciente para detallar las necesidades de salud y las intervenciones de enfermería a realizar comenzando por definir que es el cáncer, “este se origina por el crecimiento celular incontrolado en alguna parte del cuerpo. La transformación de las células normales en células cancerosas surge como consecuencia del daño del DNA, dando lugar a células incapaces de controlar su crecimiento y división. Esta división celular incontrolada puede formar masas o tumores visibles en los órganos donde se originan, y que suelen denominarse como tumor primario.”⁴ El cáncer anal es un tumor maligno el cual se puede desarrollar en el canal anal o en el margen anal, los tumores malignos de esa región pueden ser carcinomas epidermoideos, adenocarcinomas o melanomas.

En este sentido, comprender el alcance de esta enfermedad, a nivel mundial y nacional es de gran relevancia, se estima que las personas entre los 65 y 75 años son los más afectados de acuerdo con los reportes de “la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2008 fallecieron de cáncer 7.6 millones de personas, aproximadamente 13% del total de fallecimientos por cáncer y se calcula que para 2030 aumentará a 13.1 millones de personas fallecidas por esta enfermedad (OMS, 2013)”.⁵

En la clasificación de los diferentes tipos de cáncer, “el cáncer en el área anal (CA) es muy poco frecuente, representa solo el 4% de las lesiones malignas del tracto digestivo inferior. En México, en el 2002, se registraron un total de 108,064 casos nuevos con diagnóstico histopatológico de cáncer: del total de casos nuevos, 3,791 corresponden al cáncer de ano que significa el 1.2%.”⁵

La organización Mundial de la Salud en su Clasificación de Tipos de Histología para tumores intestinales nos dice que “el cáncer del ano se divide por motivos clínicos y terapéuticos, en el cáncer del conducto anal y cáncer del margen anal.”⁵ En consecuencia y siguiendo la normativa de la OMS, el ano puede ser dividido en dos zonas: “conducto anal, que es la zona de la línea pectínea y desde allí hacia arriba y el margen o borde anal que se refiere a la zona ubicada por debajo de la línea pectínea.”⁵ siendo esta segunda la de interés que se abordara en este trabajo.

(Medina, 2009).Refiere que “Entre los factores de riesgo se encuentra la inflamación vinculada con irritación crónica secundaria a enfermedades benignas (hemorroides, fisuras, fístulas, abscesos perianales, enfermedades inflamatorias del intestino y condilomas),”⁶ siendo que la incidencia puede ser mayor en pacientes con afecciones inflamatorias de la zona anal, “tales como el condiloma acuminado, fisura anal crónica, enfermedad de Crohn, sífilis anal, al igual que existe evidencia que el coito anal y las enfermedades de transmisión sexual (ETS), virus del papiloma humano (VPH), o tener más de 10 parejas sexuales son datos que se asocian al CA.”⁶

“Las manifestaciones clínicas en la mayoría de los pacientes al inicio del cáncer de ano, se caracteriza por síntomas inespecíficos similares a los de las afecciones benignas; la mayor parte acude al médico por sospecha de hemorroides. Hasta 50% presenta además algún trastorno benigno en la región perianal. La manifestación más frecuente es un tumor que ocasiona dolor y sangrado; humedad constante y mal olor indican lesiones extensas. La falla en el diagnóstico oportuno explica que 30% a 50% de las lesiones se diagnostiquen como de un grado local avanzado.”⁷ siendo los signos y síntomas más comunes del cáncer de ano; “Dolor (60%,) Sangrado (59%,) Tumor (25-30%,) Hemorroides (28%,) Pérdida de peso (26%),

Prurito anal y exudado (25%,) Constipación (17%,) Disminución en el calibre de las evacuaciones (17%,) Incontinencia fecal (10-11%.) El examen físico es una herramienta diagnóstica del CA el cual debe incluir palpación anorrectal y anoscopía, para determinar el tamaño y localización de la lesión y documentar si hay extensión al recto, perineo o fosas isquiorrectales, vagina o huesos pélvicos se deben palpar las regiones inguinales.”⁷

“Para la estadificación del melanoma rectal es muy importante la resonancia magnética, la tomografía computarizada o ultrasonido endoscópico en su defecto, estudios que demuestran el grado de invasión, tanto en profundidad como a estructuras vecinas, además, del compromiso ganglionar.”⁸ Una de las vías más comunes, por la cual se disemina el CA, es por vía linfática ya que “las adenopatías metastásicas de los ganglios inguinales y femorales ocurren cuando las lesiones se encuentran debajo de la línea dentada, y hacia los ganglios perirectales, cuando las lesiones se ubican arriba del 10% a 25% de los pacientes presenta adenopatías inguinales sincrónicas en la ingle que dependen del tamaño tumoral y la diferenciación: en lesiones menores de 2 cm de diámetro los ganglios no suelen ser palpables; el 34% de los casos las lesiones son de 2 a 5 cm, y en 67%, mayores de 5 cm.”⁹

Siendo parte del tratamiento la “resección anterior baja y resección abdominoperineal (RAP) o (RAB) se usa en el tratamiento de la enfermedad residual o recurrente. Los tumores con mejor respuesta son los menores de 5 cm se recomienda radioterapia inguinal profiláctica porque mejora de forma notable el control locorregional.”⁹

“En las lesiones del tercio inferior se puede realizar (RAP) o una (RAB), dependiendo de lo involucrado que este el esfínter anal, el cuál es el utilizado, con la actual paciente. El objetivo de la cirugía consiste en lograr una resección R0 (resección macro y microscópica completa) con una adecuada escisión total mesorrectal, mayor número de ganglios linfáticos, así como márgenes distal y radial negativos. La utilización de una RAP en tumores del recto inferior se ha basado en la necesidad de un margen distal de 5 cm. Dado que la anastomosis colorrectal baja

(últimos 7 cms.) tiene un alto riesgo de filtración, habitualmente se procede a una ileostomía en asa para su des funcionalización transitoria”⁹

Retrospectivamente y obteniendo datos de clasificaciones anteriores tenemos una muy simple dividida en estadios 0, I, II, III y IV según donde la enfermedad se encuentre localizada, o haya afectación ganglionar o metástasis a distancia, respectivamente.

“Basado en la 6ta edición del TNM de la AJCC/UICC. Colegio Americano de Patólogos. (enero del 2003) se puede dividir en: Estadio 0; Resección quirúrgica. Cuyo enfoque depende de la ubicación de la lesión. Estadio I: Las lesiones pequeñas ubicadas en el margen anal que no comprometen el esfínter pueden ser tratadas adecuadamente con resección local completa. En el conducto anal las lesiones que comprometen el esfínter o de gran tamaño, se pueden tratar con resección local completa, o radioterapia, o radioterapia + quimioterapia. Algunos tumores pueden recibir radioterapia intersticial. estadio II: En el margen anal: Idem Estadio I En el conducto anal: QT/RT. estadio III: III a: QT/RT. III b: QT/RT. Se sugiere su inclusión en pruebas clínicas. Si hay persistencia del tumor primario y/o diseminación unilateral o bilateral a los ganglios inguinales, se recomienda la cirugía. estadio IV: Paliación del tumor primario con: Cirugía paliativa, radioterapia paliativa o QT/RT.”¹⁰

En este caso particular, la paciente presento un tumor en el margen o borde anal: es la zona ubicada por debajo de la línea pectínea, iniciando su padecimiento hace 2 meses, con sangrado tras anal rojo rutilante abundante y coagulosa, así como dolor anal de moderada intensidad aumentando con las evacuaciones, se le realizo una biopsia externa y un ultrasonido endoscópico dando como resultado patológico un carcinoma en estadio IV, derivando en una resección abdominoperineal. Por su poca frecuencia este tipo de CA se debe tratar de prevenir identificando los factores de riesgo, y para los pacientes que ya han adquirido esta enfermedad se debe dar un seguimiento continuo, para detectar metástasis por diseminación en los ganglios linfáticos, así como también orientar sobre las quimioterapias y demás tratamientos que debe continuar la paciente.

IV.METODOLOGÍA

El presente Proceso Atención de Enfermería (P.A.E) es realizado en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga a una paciente con cáncer de ano, la cual fue seleccionada del servicio de Gastroenterología. El P.A.E consta de 2 etapas, la primera intrahospitalaria y la segunda domiciliaria. Su periodo hospitalario fue del 16 de octubre del 2014 al 10 de noviembre del 2014 sin embargo, se abordó a la paciente en la fecha 4 de noviembre al 10 de noviembre del 2014 y la visita domiciliaria se realizó el 29 de noviembre del 2014 para dar seguimiento a sus cuidados.

En cuanto a el trabajo, posee las características propias de un plan de atención con la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, para así poder analizar y desarrollar cuidados personalizados para ayudar en el mejoramiento de la salud de la señora Consuelo.

El propósito de este trabajo fue mejorar las condiciones actuales de la paciente y la implementación del plan de cuidados de enfermería enfocados a sus requisitos alterados, siendo ella un adulto mayor las complicaciones de la patología y la edad suelen ser de gran riesgo, esto nos habla de implementar cuidados específicos, considerando que la pirámide poblacional en México se está invirtiendo, y donde el adulto mayor ocupa el 3.4% de la población total según INEGI (2011) el cáncer se encuentra como la tercera causa de muerte, ocupando el cáncer de ano el 1.2% en la población mexicana.

Se pidió la autorización a la señora Consuelo y a sus familiares para aplicar un Proceso Atención de Enfermería, realizando una valoración inicial, la cual fue cefalopodal junto con un instrumento de valoración basado en los requisitos de autocuidado del modelo de Dorothea Orem

Para recabar información se utilizaron los siguientes instrumentos; Instrumento de Valoración con base a los Requisitos Universales de Orem anexo (1) Escala de Braden anexo (2), Escala visual análoga anexo (3), Escala de riesgo de caídas de J.H.Downton anexo (4), Valoración Geriátrica Integral: Zarit anexo (5), mini-tes

nutricional anexo (6), mini mental Folstein anexo (7), escala de depresión de yasavage anexo (8) (versión reducida,) índice de katz anexo (9), Lawton y Brody anexo (10) para así recabar la mayor cantidad de datos, un Consentimiento Informado anexo (11) para la visita domiciliaria, un Cuadro para Medicamentos anexo (12), folleto sobre el Cuidado de Heridas Quirúrgicas anexo (13), folleto de Cambio de la Bolsa de Colostomía anexo (14), folleto sobre la Alimentación para el Adulto mayor con Cáncer anexo (15). .

Se identificaron diagnósticos reales y potenciales priorizando con base al déficit de autocuidado, para así realizar una planeación de las intervenciones de Enfermería, ejecutando los cuidados basados en fundamentación científica y ejecutándolas de manera priorizada. En la etapa de evaluación se analizó los resultados obtenidos, observando si alcanzamos los objetivos planteados, concluyendo esta parte con un plan de alta enfocado a sus cuidados en el hogar y priorizando las medidas dietéticas, higiénicas, cuidados de la bolsa de colostomía, signos de infección y tratamiento medicamentoso.

Finalmente se realiza una visita domiciliaria para evaluar las condiciones de salud en las que se encuentra la señora Consuelo y así plantear nuevas medidas de apoyo o educación que sean relevantes para mantener un óptimo estado de la señora.

V. VALORACIÓN INICIAL

Antecedentes

Nombre: T, C, Consuelo, con una edad de 83 años, actualmente viuda, de ocupación en el hogar Grupo Rh: (+O), de religión católica devota, teniendo como nivel escolar la primaria. Originaria de Zacapu Michoacán donde reside, siendo su nuera la señora P. Catalina persona responsable de la paciente, con una edad de 60 años, nivel de estudios primaria incompleta siendo su ocupación el hogar.

Antecedentes heredo familiares directos

Padres finados, la madre era diabética, el padre hipertenso, su hermana padece diabetes e hipertensión. Menarca a los 11 años, menopausia a los 50 años IVSA a los 19 años. Esposó finado, tiene 10 hijos 1 aborto

Características de la Familia.

Tipo de Familia: Integrada vive con su hijo: J. Orosco Tapia, nuera P. Catalina y nietos. Núm. de integrantes: 7. El sustento familiar recae en su tercer hijo siendo este insuficiente para toda la familia.

Características del Ambiente.

Habita en casa prestada, el cual cuenta con 4 cuartos, el tipo de ventilación es por las cuatro ventanas de los cuartos. La iluminación es eléctrica. Tipo de construcción: concreto y tabique, utilizando gas como combustible. Cuanta con los servicios de agua, luz, drenaje, recolección de basura cada 3° día. Las calles alrededor del hogar se encuentran pavimentadas y cuentan con medios de transporte, primarios, secundarios y un centro de salud al cual llegan en 20 min.

Antecedentes personales patológicos

Hipertensión Arterial Sistémica de 12 años de evolución su tratamiento es con Losartan 50mg cada 12 hrs. Alérgica a penicilina. Quirúrgicos: exeresis de lipoma en región escapular izquierda hace 4 años.

Padecimiento actual

Inicia su padecimiento hace 2 meses con sangrado anal rojo rutilante, en cantidad abundante con coágulos, así como dolor anal de moderada intensidad (Eva de 5) que aumenta con las evacuaciones, es hospitalizada y transfundida, reiniciando con sangrado hace 15 días, motivo por el que acude al servicio de Urgencias del Hospital General Dr. Eduardo Liceaga el 16 de octubre del 2014 dando como diagnóstico Cáncer de ano, negando cambios en el hábito intestinal.

Valoración Céfalocaudal

Cabeza normocefálica simétrica a la palpación, cuero cabelludo con alopecia, delgado y canoso y corto. Cara: muestra un rostro simétrico con forma redonda y tez blanca. Cejas grandes y gruesas Ojos: ovalados medianos de color café, pestañas escasas, conjuntivas rosadas, pupilas isocóricas respuesta refleja a la luz, pterigión en ambos ojos. Oreas: tamaño de unos 4cm bien implantados con poco cerumen, hipoacusia en ambos oídos, no presenta otitis, los cartílagos son curvos sin lesiones. Nariz: pequeña, tabique recto, con 28 respiraciones por minuto puntas nasales a 3ml, sin salida de secreciones. Boca: labios delgados mucosas orales deshidratadas, falta de piezas dentales frontales, molares lado derecho, caries en molares lado izquierdo, lengua seborreica. Cuello: de forma cónica, móvil y flexible, movimientos de flexión e hiper extensión normales, su tráquea se encuentra centrada sin presencia de masas a la palpación, se localiza pulso carotídeo con 79 pulsaciones por min sin ingurgitación yugular. Extremidades torácicas superiores: equimosis brazo izquierdo llenado capilar 3 seg. Edema de tres cruces. Manos de forma simétrica, movimientos normales, dedos con artritis leve, uñas integra, duras, largas ligeramente amarillentas. Espalda: piel integra sin lesiones columna vertebral ligeramente curvada por mala posición al caminar, hombros al mismo nivel, caderas al mismo nivel. Tórax: simétrico y normolíneo se observa compas de movimientos respiratorios de amplexión y amplexación, 28 respiraciones por min, uso de músculos accesorios, sin dolor a la palpación. Caja torácica de forma regular sin retracciones, con las costillas y espacios intercostales orientados ligeramente hacia abajo, con expansibilidad torácica normal comprobada mediante maniobra

vértice-base. No tiraje. Movimientos sincrónicos y simétricos en ambos hemitórax. Región axilar sin presencia de adenopatías. Pulmones: simétricos se escucha presencia de sibilancia a la auscultación lado derecho de la base. Mamas: se observa simetría en ambas mamas, los pezones se encuentran céntricos sin salida de secreciones ni masas o abultamientos. Corazón: una frecuencia cardíaca de 79 latidos por minuto, rítmico con buena amplitud T/A: 140/80. Hg de 8.9 mmHg Abdomen: ligeramente excavado, blando y depresible, ruidos peristálticos ausentes, ileostomía de lado derecho con eses líquidas verdosas y herida quirúrgica por hemicolectomía de lado derecho, limpia sin datos de infección, gasto menos a los 200 mililitros por día, no presenta dolor a la palpación. Genitales: vello púbico escaso en monte de venus labios mayores y menores sin lesiones ano con resección de tumor cancerígeno, sutura en sección perianal con salida de líquido linfático y sanguinolento, glúteos ulceras por presión en el área del coxis grado 1 escala de Braden 6 anexo (2), sin datos de infección. Piernas y pies: con datos de edema de tres cruces movimientos ligeros de flexión, con varices en ambas piernas, pies íntegros y limpios, uñas largas sucias. Musculo esqueléticos: presenta una Talla de 1.54cm y Pesa: 40kg con un IMC: 16.87, muestra dificultad y debilidad para moverse y para caminar necesita apoyo escala de J. H. Downton de 5 anexo (4) que indica un alto riesgo de caídas.

Requisitos de autocuidado.

1. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire.

Aparato respiratorio:

Nariz: no hay presencia de obstrucción ni deformación, las mucosas se encuentran deshidratadas.

Tórax: simétrico y normolíneo. Sin dolor a la palpación. Caja torácica de forma regular sin retracciones, con las costillas y espacios intercostales orientados ligeramente hacia abajo, con expansibilidad torácica normal comprobada mediante maniobra vértice-base. No tiraje. Movimientos sincrónicos y simétricos en ambos hemitórax se observa compas de movimientos respiratorios de amplexión y

amplexación, 28 respiraciones por min con uso de músculos accesorios región axilar sin presencia de adenopatías

Pulmones: simétricos se escucha presencia de sibilancia a la auscultación lado derecho de la base.

Sistema cardiovascular: frecuencia cardiaca de 79 latidos por minuto, T/A140/80, ritmos con buena amplitud y acompasados.

Sistema vascular periférico: extremidades superiores y pélvicas: temperatura de 35.8 °C, llenado capilar de 3 seg. Equimosis en sitios de punción en extremidades superiores.

2. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Agua

La piel se encuentra reseca y las mucosas deshidratadas, se mantiene con una solución fisiológica de 500ml para 12 horas edema de miembros torácicos superiores. Hipovolemia con Hemoglobina de 8.9 mmHg

3. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Alimentos

Hábitos de salud

Realiza 3 alimentos al día predominando lo que son los lácteos las verduras y las frutas, casi no consume carnes rojas y no le gustan los alimentos salados y los dulces, el sentido que le da a la comida es de convivencia.

Revisión por sistemas

Boca: endodoncia parcial, falta de incisivos centrales, laterales y caninos, no utiliza prótesis dental hay presencia de caries en los molares. Tiene indicada una dieta normal baja en sodio.

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

La frecuencia de eliminación es de 4 veces al día a través de la ileostomía, son eses semi liquidas y verdosas.

Su eliminación vesical es a través de una sonda vesical a derivación de 16 french instalada el día 31 de octubre del 2014, se encuentra en anuria.

5. Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y Reposo.

Habito de salud

Su actividad es ser ama de casa, no realiza ningún trabajo, duerme durante 8-10hrs sintiéndose descansada al despertar.

Revisión por sistemas

Mantiene un buen tono muscular y ligera dificultad en la amplitud de sus movimientos, no presenta dolor, rigidez ni presenta deformaciones. Se encuentra consiente y alerta, pero con alteraciones de la memoria por la edad.

mide: 1.54cm y Pesa: 40kg con un IMC: 16.87,

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

Habito de salud

La comunicación verbal es directa, abierta y clara, hay presencia de contacto visual y lenguaje corporal.

Oído: no presenta dolor ni secreciones. Tiene hipoacusia en ambos oídos.

Ojos: asimétricos, normo reactivas, color café oscuro, pterigon en ambos ojos.

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

Se realiza revisiones periódicas médicas, desconoce las medidas preventivas de inmunización. Le gusta rezar e ir a misa, también leer. No consume ningún tipo de droga ni alcohol.

8. Promoción del Funcionamiento y Desarrollo Humanos dentro de los Grupos Sociales de acuerdo con el Potencial Humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal

Habito de salud

Toma un baño cada tercer día y se cambia la ropa cada tercer día, su aseo bucal es de 2 veces al día, se lava las manos después de ir al baño y si va a cocinar. Utiliza cremas, desodorante y perfume.

Revisión por aparatos y sistemas

Piel: reseca, edema de 3 cruces en miembros superiores y equimosis. Llenado capilar de 3 segundos

Pelo: delgado, corto, de color café canoso, presenta alopecia de distribución escasa en el cuero cabelludo.

Uñas largas con onicomycosis,

Mamas: de tamaño mediano, forma cónica, con pezones formados sin salida de secreciones ni abultamientos.

Genitales: vello púbico escaso en monte de venus labios mayores y menores sin lesiones ano con resección de tumor cancerígeno, sutura en sección perianal con salida de líquido linfático y sanguinolento, glúteos ulcera por presión en el área del coxis grado 1 escala de Braden 6, (anexo 1) sin datos de infección, tiene una sonda vesical. Menarca a los 12 años, 10 gestas con un lapso de 2 años cada una, menopaúsica a los 55 años. Sutura en la región anal por hemicolectomía, con abundante gasto serohemático.

VI. VALORACIÓN FOCALIZADA

Del 3 al 10 de noviembre del 2014

Requisitos de autocuidado.

1. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire.

3 de noviembre se encuentra con dificultad respiratoria FR 28 x' se escuchan sibilancias a auscultación de campos pulmonares.

El día 6 de noviembre, ya no se escuchan sibilancias se mantiene con una frecuencia respiratoria de 24 por minuto

Signos vitales de: FC: de 80' a 86 latidos por minuto, T/A: oscila entre 130/80 a 140/80 TEM: 37°C.

Se ministra su medicamento antihipertensivo enalapril 20gm cada 12 hrs

Se realiza un electrocardiograma sin datos de alteración.

8 de noviembre la señora Consuelo se encuentra con una frecuencia respiratoria de 21 por minuto y una tensión arterial de 124/70 con una frecuencia cardiaca de 78 por minuto y una temperatura de 35.4 °C.

2. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Agua

El 5 de noviembre la señora Consuelo presenta mucosas orales semihidratadas piel reseca edema de tres cruces en miembros torácicos inferiores tiene una solución fisiológica 0.9% de 500cc para 12 hrs. 166ml durante el turno matutino hemoglobina de 8.9 g/dl

Herida quirúrgica con abundante gasto serohemático con 3 cruces en miembros superiores y equimosis. Llenado capilar de 3 seg.

Para el día 6 de noviembre cambia a una solución. Mixta para 6 hrs

Se encuentra con una Disminución de edema de miembros torácicos superiores a dos cruces. Cuantificación por turno ingresos: 450ml egresos: 745 ml total: balance -295ml

Al día 9 de noviembre se encuentra con una solución mixta de 500cc para 4 hrs sin restricción de líquidos ya no presenta edema.

3. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Alimentos

Se mantiene con una dieta hiposódica en dieta normal de 2000 kcal con restricción de líquidos de 150ml

6 de noviembre aumenta la cantidad de calorías a dieta normal hipo-sódica de 2500kcal

El 8 de noviembre tiene una dieta hipo-sódica de 2500kcal en papilla se le realiza el tés de nutrición anexo (6) de la valoración geriátrica integral dando como resultado una mala nutrición. Talla: 1.54cm Peso: 40kg IMC: 16.87 lo cual nos dice que la señora Consuelo se encuentra en infra peso moderado

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

Del 3 de noviembre tiene una sonda vesical a derivación se encuentra con anuria por lo que se realiza el estudio de angiotac para descartar fuga de orina.

ileostomía con adecuada coloración, heces verdosas semilíquidas

Herida quirúrgica perianal con abundante gasto seroso de 140cc no fétido

Cuantificación de la eliminación por ileostomía es de 36ml

ciprofloxacino 100 ml sol inyectable. furosemida 20mg

El 6 de noviembre continúa con sonda vesical a derivación con una recolección de 890ml Su ileostomía se encuentra limpia con heces pastosas un gasto de 36 cc limpieza y cambio de bolsa de colostomía

Herida perianal limpia con salida de líquido serohemática disminuida

Cambio de pañal cada vez que sea necesario

El 10 de noviembre la uresis del turno matutino es de 860ml. ileostomía con gasto de 70cc semilíquida Herida perianal limpia.

5. Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y Reposo.

Tiene una movilidad limitada y se encuentra encamada por lo que comienza con una ulcera por presión en el área del coxis grado 1 escala de Braden 6. (anexo 2)

Para el día 7 de noviembre comienza con deambulacion apoyándose del familiar, ya no se muestran signos de ulcera por presión se muestra de mejor estado de ánimo.

A un se observa equimosis en miembros superiores y edema de tres cruces

Para el día 10 de noviembre la señora Consuelo descansa 8 hrs de sueño y toma sientas de 1 hora durante el día.

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

5 de noviembre se encuentra siempre acompañada por algún familiar sobretodo su hija y su nuera.

7 de noviembre la señora Consuelo se encuentra tranquila, y menciona estar a gusto por poder irse dentro de los próximos días a la casa de su hijo.

9 de noviembre la señora Consuelo mantiene una buena comunicación tanto con sus familiares como con las enfermeras, siempre se encuentra acompañada de algún familiar.

La escala de depresión de Yasavage anexo (8) en su versión reducida nos indica que la señora Consuelo se encuentra con una depresión leve. En la escala de sobrecarga de zarit anexo (5) por parte del cuidador primario (nuera) nos da un resultado de no sobre carga en el cuidado de la señora Consuelo.

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

El 3 de noviembre su pulsera de identificación tiene el color rojo (riesgo de caída) de la semaforización intra hospitalaria, La escala de JH.Downton (anexo 4) nos clasifica en alto riesgo de caídas con una puntuación de 6

Dolor en la zona quirúrgica con un EVA de 3

Ya para el día 7 de noviembre se moviliza a la señora Consuelo para bañarse con silla de ruedas para evitar caída durante el baño, deambula con apoyo del familiar y continúa con código rojo de riesgo de caída.

Se implementa el examen mini mental de Folstein anexo (7) dando como resultado un leve deterioro de su estado mental.

La escala de JH.Downton (anexo 4) nos clasifica en alto riesgo de caídas con una puntuación de 6

Dificultad para comunicarse con la señora Consuelo debido a su hipoacusia

El 10 de noviembre sus familiares mencionan estar listos para recibirla en el hogar y continuar con su tratamiento médico.

La ulcera por presión que se encontraba en la zona coxígea ya no está presente

8.Promoción del Funcionamiento y Desarrollo Humanos dentro de los Grupos Sociales de acuerdo con el Potencial Humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal

Durante los primeros días se detecta hipoacusia en ambos oídos por lo que se complica un poco la comunicación con la paciente y corre el riesgo de sufrir algún accidente Piel: reseca Sutura en la región perianal por hemicolectomía,

Para el día 7 de noviembre se valora la escala de Lawton y Brody anexo (10) el cual nos muestra que la señora Consuelo antes de ser hospitalizada tenía la máxima de independencia en las actividades de la vida diaria. El índice de Katz anexo (9) nos refleja que antes de su hospitalización la señora Consuelo era una mujer independiente en todas sus funciones.

El 9 de noviembre a la hija de la señora Consuelo se le muestra cómo hacer el cambio y la recolección de la bolsa de colostomía se le pide que muestre a los demás familiares en caso que ella no se encuentre, se orienta sobre los cuidados de la herida quirúrgica, así como los datos de infección que puede presentarse.

Se le da un plan de alta hospitalaria con indicaciones dietéticas, farmacológicas y de prevención de infecciones. 10 de noviembre del 2014 la señora Consuelo es dada de alta en el turno de la tarde.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

REQUISITO ALTERADO	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD	FECHA DE INICIO Y FECHA DE TERMINO
Normalidad	Alteración de la normalidad intestinal r/c cáncer anal y hemicolectomía m/p dolor con EVA de 5	1	3 de noviembre del 2014 al 5 de noviembre del 2014
Alimentación	Alteración en la ingesta de alimentos r/c adoncia parcial, ingesta inferior a las necesidades metabólicas m/p dificultad para masticar, peso de 40 kg y hemoglobina de 8.9.	2	3 al 5 de noviembre del 2014
Aire	Alteración de la función respiratoria r/c infección de vías respiratorias bajas m/p disnea 28 respiraciones por minuto y sibilancias	3	3 al de noviembre del 2014 al 4 de noviembre del 2014
Eliminación	Alteración de la eliminación urinaria r/c obstrucción en la sonda m/p anuria, dolor e inflamación abdominal.	4	3 al 5 de noviembre del 2014

Eliminación	Alteración de la eliminación intestinal r/c estoma intestinal derecho m/p dolor abdominal, eliminación de heces líquidas.	5	6,7 de noviembre del 2014
Normalidad	Perfusión tisular periférica alterada r/c acceso vascular periférico y multipunción m/p equimosis y hematomas.	6	6 de noviembre del 2014
Agua	Exceso de volumen de líquidos r/c abundante aporte de sodio por solución fisiológica m/p edema en miembros superiores y presión arterial de 140/80 mmHg.	7	6,7 de noviembre 2014
Normalidad	Trastorno de la percepción sensorial auditiva r/c edad avanzada m/p hipoacusia	8	Del 3 al 7 de noviembre del 2014
Prevención de peligros	Riesgo de infección en zona quirúrgica r/c agentes patógenos del ambiente hospitalario.	9	Del 6,7 de noviembre del 2014
Prevención de peligros	Riesgo de caídas r/c edad superior a los 65 años, hipoacusia, deterioro de la movilidad física y escala de Downton en 6	10	6,7 de noviembre del 2014

Actividad y reposo	Deterioro de la movilidad física e integridad cutánea r/c reposo prolongado y falta de movilidad m/p disminución de la fuerza muscular, deterioro del estado físico y ulcera por presión grado 1 en zona coxígea	12	8 de noviembre del 2014
Funcionamiento y Desarrollo Humanos	Alteración de la autoestima r/c padecer cáncer, alteración de la imagen corporal y conocimientos deficientes del cuidado de colostomía m/p expresiones de impotencia y tristeza	13	8,9 y 10 de noviembre del 2014

PLAN DE ATENCIÓN

Diagnostico	Alteración de la normalidad intestinal r/c cáncer anal y hemicolectomía m/p dolor con EVA de 5		
Definición del diagnostico	Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal. ¹⁰		
Objetivo	Disminuir el dolor en la paciente a un nivel aceptable		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Toma de signos vitales	TOTALMENTE COMPENSATORIO	<p>Existen respuestas físicas y emocionales al dolor, el cual excita mecanismos fisiológicos de defensa, como: vasoconstricción periférica que eleva la presión arterial, el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria.</p> <p>Los signos vitales, temperatura, respiración, pulso y tensión arterial son parámetros a través de los cuales es posible evaluar la salud de un individuo, pues sus valores se mantienen constantes dentro de ciertos límites, en estado de normalidad.</p> <p>La valoración de los signos vitales es una de las funciones del personal de enfermería que permite detectar alteraciones potenciales o reales, modificatorias del equilibrio del individuo. Esta valoración constituye el punto de partida en la toma de decisiones objetivas que</p>	<p>Las constantes vitales se mantienen dentro de los límites y fueron del 4 al 5 de noviembre:</p> <p>Frecuencia cardíaca (FC) 79 X'</p> <p>Frecuencia respiratoria (FR) 28 X'</p> <p>Tensión arterial (T/A) 140/80 mmHg</p> <p>Temperatura (T) 35.8 °C</p> <p>FC 79 X' FR 28 X' T/A: 139/83mmHg, en los cuales se muestra disminución de la temperatura y aumento de la presión arterial en forma leve.</p>

		determinan un cuidado reflexivo e individualizado al paciente. ¹¹	
Valoración del dolor de acuerdo con la escala de EVA	TOTALMENTE COMPENSATORIO	En la escala visual analógica (EVA) valora la intensidad del dolor la cual se representa en una línea de 10. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable” Es una herramienta válida, fácilmente comprensible. La correspondencia de la escala descriptiva con la numérica sería: dolor ausente = 0, ligero = 1-3, moderado = 4-6 e intenso = 7-10. Puntuaciones > 3 por la escala numérica o 3 por la escala verbal son inaceptables y deben aplicarse medidas analgésicas. ¹²	Del 3 al 5 de noviembre del 2014 la señora Consuelo tuvo una escala EVA de 3 siendo un dolor que solo se presentaba por momentos y de acuerdo con la escala su dolor fue de ligero a moderado.
Ministración de ketorolaco cada 8hrs intravenoso	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Los analgésicos deben de administrarse a tiempo para prevenir el dolor intenso Indicaciones terapéuticas Ketorolaco Inyectable es un medicamento a corto plazo del dolor moderado o severo en postoperatorio y dolor causado por cólico nefrítico. Oral: medicamento a corto plazo del dolor leve o moderado en postoperatorio. ¹³	La administración del analgésico cuando presentaba dolor la señora Consuelo lograba disminuirlo por lo que la paciente expresaba sentirse mejor.
Ministración de Clonixinato de Lisina cada 8hrs intravenoso	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Está indicado como analgésico y antiinflamatorio en pacientes que cursan con dolor agudo o crónico.	El día 5 de noviembre del 2014 la señora Consuelo tuvo un EVA de 7 por lo que se le administró

		<p>Dolor e intervenciones ginecológicas, ortopédicas, urológicas y de cirugía general. Dolor por traumatismos en general, luxaciones, esguinces, fracturas, mialgias, lumbalgias miositis, poliartritis y periartritis. Dismenorrea, mastalgia, anexitis, dolor posparto y postepisiotomía uretritis, cistitis, prostatitis y urolitiasis. Odontalgias y periodontitis. Dolor por hemorroides, fisuras, fistulas y en cirugía proctológica.¹⁴</p>	<p>clonixinato de lisina en infusión con 50ml de solución salina, el dolor disminuyo paulatinamente terminando con un EVA de 2.</p>
--	--	--	---

PLAN DE ATENCIÓN

Diagnostico	Alteración en la ingesta de alimentos r/c adoncia parcial, ingesta inferior a las necesidades metabólicas m/p dificultad para masticar, peso de 40 kg y hemoglobina de 8.9.		
Definición del diagnostico	Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas ¹⁰		
Objetivo	Proporcionar una dieta adecuada para que obtenga los requerimientos nutricionales suficientes		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Solicitar la valoración de odontología por la falta de piezas dentales y su intervención para mejorar su ingesta.	TOTALMENTE COMPENSATORIO	El reporte anual de salud oral, emitido por la OMS en el 2009, reconoce la necesidad de implementar programas que detecten necesidades en el manejo de la salud oral en pacientes ancianos. La salud bucal es parte fundamental de la salud integral, por tanto, es un componente de la calidad de vida, ya que a través de ella se digieren los alimentos, la pérdida de peso y la desnutrición en esta etapa de la vida son condicionadas por el mal funcionamiento de su dentadura lo cual contribuye a empeorar de manera progresiva la salud del paciente geriátrico, lo que afecta su estado funcional y cognitivo. ¹⁵	El 4 de noviembre del 2014 la paciente tenía un déficit de 4 piezas dentales frontales y 3 molares inferiores y superiores importantes para la masticación, no usa prótesis dental esto dificulta en gran medida la masticación lo que no hace factible un buen aporte de nutrientes ya que casi no ingiere alimentos.
Valoración del índice de masa corporal, así como el peso diario. Solicitar el apoyo del servicio de nutrición, para mejorar los	TOTALMENTE COMPENSATORIO	El riesgo nutricional aumenta en ancianos quienes están enfermos, son pobres y en aquellos que tienen un acceso limitado al cuidado médico. Desde hace más de una	De acuerdo con la Talla: 1.54cm el Peso: 40kg de la señora Consuelo su IMC: 16.87 estando en un índice limítrofe del peso normal.

<p>alimentos que se otorgan a la paciente.</p>		<p>década se han reportado rangos de incidencia de desnutrición que abarcan del 12.0% al 50.0%; entre la población de ancianos hospitalizados y del 23.0% al 60.0% entre aquellos que viven en condiciones de institucionalización. Es importante mencionar que el índice de masa corporal permite determinar bajo peso de acuerdo con el nivel socioeconómico de los grupos de población geriátrica.¹⁶</p>	
<p>Se pide al departamento de dietología una dieta blanda suave sin grasas baja en sodio.</p>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Es similar a la dieta basal, modificando únicamente la consistencia de los alimentos que son blandos y no han sido molidos o triturados. Las calorías aportadas y la distribución de los principios inmediatos son similares a la dieta basal. Los alimentos permitidos son: - líquidos - carnes picadas (nunca fritas) - pescado cocido - mantequillas - margarinas - leche y derivados - purés - cereales cocidos - bechamel de pollo y ternera - tortilla francesa/patata - natillas, flanes - compotas, mermeladas - sopas - frutas cocidas - plátanos - canelones. Todo sin especias para pacientes con dificultad en la masticación y/o deglución.¹⁶</p>	<p>La dieta no se modificó por parte del servicio de dietología a pesar de hacer la petición de la dieta, continuó con una dieta normal lo cual dificultó el consumo de los alimentos. Se le informa al médico sobre el problema que tiene la señora Consuelo para que pueda masticar y alimentarse.</p> <p>El día 5 de noviembre se cambia la dieta de la señora Consuelo por dieta blanda facilitándole el consumo de los alimentos.</p>

<p>Durante su internamiento fue necesario transfundir un paquete globular en tres hrs.</p>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>La indicación de transfusión sanguínea se tiene que considerar la transfusión con hemoglobina inferior a 8 g/dL. Por cada paquete globular se agrega 1.5 g de hemoglobina se debe valorar el comportamiento del paciente durante la transfusión, evaluar con exactitud la respuesta del usuario a la transfusión, y es preciso establecer el valor basal inicial de sus signos vitales antes de iniciar la transfusión y posterior cada hora, permanecer junto al usuario, de esta forma, si muestra signos o aqueja síntomas de reacción adversa interrumpir de inmediato la transfusión. Si no hay problemas en los primeros quince minutos, se aumentará la velocidad a la deseada.¹⁷</p>	<p>No presenta datos de reacción alérgica durante la transfusión. El día 4 de noviembre se toman muestras de laboratorio</p> <p>El día 5 de noviembre sus resultados de laboratorio muestran un aumento de la hemoglobina a: 10.4 mmHg La señora Consuelo se muestra de mejor ánimo.</p>
<p>Vigilar signos de alarma durante la transfusión.</p>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Una reacción a una transfusión de sangre es una respuesta dañina del sistema inmune a la sangre donada. Las reacciones pueden presentarse de inmediato o más adelante, y varían de leves a graves reacción inmediata a una transfusión: Desmayos o problemas respiratorios. Fiebre y escalofríos. Comezón, ronchas, o inflamación. Dolor en su abdomen, pecho, o espalda. Dolor o sensación</p>	<p>El día 3 de noviembre del 2014 durante la transfusión se observa a la señora Consuelo, no presenta ningún tipo de reacción por los hemoderivados como: Acufenos, fosfenos, eritema Fiebre y escalofríos. Comezón, ronchas, o inflamación. Dolor en su abdomen, pecho, o espalda.</p>

		quemante en el sitio de la transfusión. Inflamación y un moretón grande en el sitio de la transfusión. Sangre en la orina. Una herida que sangra. Náuseas, vómito, o diarrea. ¹⁷	Dolor o sensación quemante en el sitio de la transfusión. Inflamación y un moretón grande en el sitio de la transfusión. Sangre en la orina, Náuseas, vómito, o diarrea.
Valorar constantes vitales durante la transfusión del hemoderivado	TOTALMENTE COMPENSATORIO	<p>Toma de constantes cada 15 minutos, que pasara a tomarse cada hora, siempre dependiendo del estado hemodinámico del paciente</p> <p>La anemia es un estado en el que el número de eritrocitos maduros son normalmente bajos y la concentración de hemoglobina en sangre es disminuida la cual puede ser a causa de un sangrado crónico agudo, lo cual reduce la capacidad que tiene la sangre para transportar el oxígeno.¹⁷</p>	<p>Durante la transfusión los signos vitales, se mantuvieron dentro de los límites, al inicio de la transfusión fueron los siguientes: FC: 79' FR: 28 'T/A: 140/80 T: 35.8 °C durante la trasfusión fueron de: FC:78 FR:27 TA: 138/80 TEM: 35.8 °C al término de la transfusión fueron de: FC:79 FR:28 TA: 139/83 TEM: 35.9°C, FC:80 FR:28 TA: 139/83 TEM: 35.9 °C, FC:80 FR:28 TA: 138/84 TEM: 35.9°C, como se puede observar los cambios fueron el aumento leve de la presión arterial y descenso de la temperatura.</p>

PLAN DE ATENCIÓN

Diagnostico	Alteración de la función respiratoria r/c probable infección de vías respiratorias bajas m/p disnea 28 respiraciones por minuto y sibilancias		
Definición del diagnostico	La inspiración o espiración no proporcionan una ventilación adecuada. ¹⁸		
Objetivo	Mejorar el patrón respiratorio		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Vigilar la frecuencia respiratoria	TOTALMENTE COMPENSATORIO	La frecuencia respiratoria (también conocida como tasa de ventilación,) es la cantidad de respiraciones que una persona realiza durante un minuto. Usualmente se mide en estado de reposo y sentado. ¹¹	El día 3 noviembre del 2014 la señora Consuelo presenta una frecuencia de 28 respiraciones por minuto lo cual nos indica una taquipnea.
Oxigenoterapia a través de puntas nasales a 5ml por minuto	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Suministro de oxígeno a bajas concentraciones en pacientes con enfermedad aguda o crónica con hipoxemia y dificultad respiratoria leve o recuperación post anestésica. La FiO2 máxima suministrada por puntas nasales es de 40 a 45% . ¹⁸	El 3 de noviembre del 2014, el oxígeno administrado por puntas nasales ayudo a aumentar FiO2 de 84% a 95% manteniéndose la paciente con leve dificultad respiratoria. Aun se muestra un poco cansada pero más cómoda y tranquila ya que la dificultad respiratoria ha disminuido. Tras la auscultación se escuchan sibilancias y estertores leves en las bases pulmonares.
Posición semifowler	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Posición semifowler: posición dorsal inclinada en que se coloca generalmente a las personas con problemas respiratorios y en otras	El 3 de noviembre del 2014 Disminuye la disnea al estar en posición semifowler, con una

		circunstancias, la cual se obtiene sentando a la persona en un ángulo de 45°. ¹⁹	frecuencia respiratoria de 25 respiraciones por minuto.
--	--	---	---

PLAN DE ATENCIÓN

Diagnostico	Alteración de la eliminación urinaria r/c obstrucción en la sonda m/p anuria, dolor e inflamación abdominal.		
Definición del diagnostico	Vaciado incompleto de la vejiga. ²⁰		
Objetivo	Mejorar la uresis por medio de la bolsa recolectora		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Administración de furosemide 20mg	TOTALMENTE COMPENSATORIO	<p>Diurético de alto techo o del asa derivado de la sulfonamida. Inhibe la reabsorción de sodio y cloro por transporte activo desde el túbulo renal hacia el tejido intersticial en la rama ascendente del asa de Henle, y como consecuencia aumenta la excreción renal de sodio (natriuresis) y agua (diuresis). Posee también una acción vasodilatadora venosa periférica, que es la responsable de la reducción de la presión arterial en pacientes hipertensos Indicada para: insuficiencia cardíaca, renal o hepática. Hipertensión arterial leve o moderada Oliguria.²¹</p>	<p>El diurético se ministro, aunque posteriormente ya no fue necesario porque la paciente normalizo su uresis después de encontrar que el origen de la anuria era el pinzamiento erróneo de la sonda. La administración de este medicamento no se realiza posteriormente.</p>
Verificar si la sonda vesical se encuentra bien instalada y no presenta alguna obstrucción por postura.	TOTALMENTE COMPENSATORIO	El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de	El 3 de noviembre del 2014, va a Angio-TAC para descartar fuga o mala posición de la sonda, en el estudio no se observan

		drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos o terapéuticos sus complicaciones pueden ser: Perforación uretral (falsa vía) o vesical, infección urinaria, retención urinaria por obstrucción de la sonda, hematuria, uretritis. ²⁰	anomalías en la instalación de la sonda o anatómicas. Durante la inspección de la sonda se observa que se encuentra pinzada causando la anuria, una vez despinzada la sonda la uresis se normaliza, siendo de 500ml color ámbar. La señora Consuelo manifiesta sentir menor presión abdominal y sensación de bienestar.
Vigilara la permeabilidad de la sonda Foley evitando pinzamientos accidentales	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Cuidados de enfermería en el paciente con sonda vesical permanente observar periódicamente la permeabilidad de la sonda, fijar el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de la misma para evitar tirones. ²⁰	Se observa que la sonda no se encuentre pinzada ya que esto afecta a la paciente anteriormente, la vigilancia constante y el buen funcionamiento de la sonda hace que no presente mal funcionamiento.

PLAN DE ATENCIÓN

Diagnostico	Alteración de la eliminación intestinal r/c estoma intestinal derecho m/p dolor abdominal, eliminación de heces líquidas.		
Definición del diagnostico	Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal ²²		
Objetivo	Mejorar dentro de los límites de la enfermedad la motilidad gastrointestinal		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Realizar el vaciado de la bolsa de ileostomía y aseo.	TOTALMENTE COMPENSATORIO	<p>Existen unas cuantas razones para llevar a cabo una ileostomía: Infección abdominal, como en el caso de diverticulitis perforada o un absceso. Lesión al colon o al recto (por ejemplo, una herida con arma de fuego). Bloqueo parcial o completo del intestino grueso (oclusión intestinal). Cáncer colorrectal.</p> <p>La bolsa tiene un dorso adhesivo que se aplica sobre la piel, el drenaje de la bolsa se ajusta para que el movimiento se a más cómodo y se pinza para evitar fugas. Se debe recordar que las heces irritan la piel así que antes de colocar la nueva bolsa debemos lavar y tener bien seca el área donde se colocara, para así evitar desprendimiento de la bolsa fugas o irritación en la zona.²²</p>	<p>Se realiza en vaciamiento de la bolsa de ileostomía cada vez que es necesario realizando la cuantificación de las deposiciones.</p> <p>La cuantificación de la eliminación por ileostomía es de 36ml del 6 de noviembre 2014</p> <p>El día 7 de noviembre del 2014 se le muestra al familiar como realizar el cambio de la bolsa de ileostomía y la recolección de esta para posteriores cuidados en el hogar.</p>

<p>Realizar el cambio de pañal por razón necesaria</p>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Realizar limpieza de la zona genital y perianal, ayudando a la higiene y al confort del paciente. Es el procedimiento mediante el cual se suple total o parcialmente la necesidad de aseo genital cuando existe una desviación de la salud que mantiene a la persona con uso de pañales e imposibilita al usuario realizar acciones propias en el autocuidado de la higiene genital.²²</p>	<p>Se observa la herida quirúrgica perianal con gasto seroso de 140cc no fétido Se cambia el pañal cada vez que es necesario y se trata de mantener lo más limpio y seco posible para evitar lesiones en la piel.</p>
<p>Drenar colostomía cada vez que sea necesario.</p>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>La cirugía de ileostomía se realiza para tratar diferentes enfermedades y problemas. Algunas ileostomías se realizan debido a cáncer mientras que otras no. Una colostomía es una abertura en la pared abdominal que se realiza durante una cirugía. Se hace pasar un extremo del colon (intestino grueso) a través de esta abertura para formar una estoma. Las causas más frecuentes de ileostomía son las siguientes: Cáncer de colon, recto y ano, Oclusión u obstrucción intestinal, Poliposis familiar, Diverticulitis, Causas congénitas, Traumatismos anorrectales, Otras: infección perianal, fístulas.²³</p>	<p>El drenaje de la ileostomía es serohemático y abundante no muestra datos de infección. Cada vez que se realiza el drenaje se cuantifica el contenido el cual es de 36 ml y se observan sus características.</p>

PLAN DE ATENCIÓN

Diagnostico	Perfusión tisular periférica ineficaz r/c procedimientos invasivos, acceso vascular periférico m/p equimosis y retraso en la curación de hematomas		
Definición del diagnostico	Disminución de la circulación sanguínea periférica que compromete la salud. ²⁴		
Objetivo	Mejorar la perfusión tisular periférica		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Valorar el estado de riego tisular en los miembros torácicos Valorar el llenado capilar	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Casi todas las personas de edad avanzada presentan algún deterioro de la función circulatoria, el realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica incluye comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad, para evitar lesiones en la zona afectada ²⁴	El 6 de noviembre del 2014 continua con equimosis en miembros torácicos superiores y edema en brazos La señora Consuelo menciona no sentir dolor en brazos y ha mejorado un poco su movimiento en ellos. El llenado capilar fue de 3".
Vendaje de miembros torácicos	TOTALMENTE COMPENSATORIO	El vendaje es el arte de envolver un miembro o región del cuerpo mediante vendas, gasas, lienzos o materiales similares. Este procedimiento podremos realizarlo por distintos fines, que son: <ul style="list-style-type: none"> • Limitar el movimiento de una articulación afectada. • Fijar apósitos. • Fijar férulas para impedir su desplazamiento. • Aislar heridas. 	El día 6 de noviembre del 2014 se venda en forma de espiga los miembros torácicos de la señora Consuelo para mejorar la circulación y disminuir el edema, este cuidado ayuda en gran medida a la movilidad de sus brazos y a la mejora de la circulación sanguínea de sus brazos. Para el 9 de noviembre ha disminuido en gran medida la

		<ul style="list-style-type: none">• Ejercer presión en una parte del cuerpo.• Favorecer el retorno venoso.• Facilitar sostén a alguna parte del cuerpo.• Moldear zonas del cuerpo como muñones tras una amputación.²⁴	equimosis, así como el edema a una + y un llenado capilar de 2”
--	--	---	---

PLAN DE ATENCIÓN

Diagnostico	Exceso de volumen de líquidos r/c abundante aporte de sodio por solución fisiológica m/p edema en miembros superiores y presión arterial de 140/80 mmHg.		
Definición del diagnostico	Aumento de la retención de líquidos isotónicos. ²⁵		
Objetivo	Disminuir el exceso de volumen de líquidos		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Toma de la tensión arterial	TOTALMENTE COMPENSATORIO	La medición de la presión arterial se puede efectuar de modo convencional por el personal de enfermería o auxiliar entrenado. Ello constituye la base para el diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial. Según la norma oficial mexicana: NOM-030-SSA2-1999 Para la prevención y control del tratamiento para la hipertensión considera la Hipertensión arterial: Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg Etapa 3: $\geq 180/ \geq 110$ mm de Hg La hipertensión sistólica aislada se define como una presión sistólica ≥ 140 mm de Hg y una presión diastólica < 90 mm de Hg. ²⁵	Para el 6 de noviembre Continua con la presión arterial sistémica alta 140/80 mmHg. No presenta acufenos, fosfenos, datos basculo espasmódicos o ingurgitación yugular
Ministración de enalapril cada 12 hrs.	TOTALMENTE COMPENSATORIO	El Enalaprilato es un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA). El enalapril, es	La ministración de los antihipertensivos ayuda a mejorar la tensión arterial, la cual

		<p>un pro-fármaco del enalaprilato diseñado para su administración oral El enalapril está indicado en el tratamiento de todos los grados de hipertensión esencial y en la hipertensión renovascular. Puede emplearse como tratamiento inicial solo o concomitantemente con otros agentes antihipertensivos, especialmente diuréticos. El enalapril está indicado también en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva. El enalapril se debe administrar únicamente por vía oral. Dado que su absorción no se ve afectada por la comida, el enalapril puede administrarse antes, durante y después de las comidas. La dosis usual diaria varía desde 10 a 40 mg en todas las indicaciones. Se puede administrar el enalapril 1 ó 2 veces al día.²⁶</p>	<p>se ha mantenido en una constante de 124/70 mmHg.</p>
<p>Se mantiene estricto control de líquidos</p>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>El control de líquidos es un procedimiento enfocado a pacientes con enfermedades crónicas, tales como, falla cardíaca congestiva, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ascitis, cáncer, pacientes con drenajes masivos, como ileostomías o fístulas entero</p>	<p>La cuantificación de líquidos por turno fue positivo de 556ml se encuentra con anuria.</p>

		cutáneas, o aspiración gastrointestinal, por ejemplo, succión gástrica, presión arterial alta. ²⁷	
Valorar el edema en miembros superiores	TOTALMENTE COMPENSATORIO	El edema es la acumulación excesiva de líquidos en los espacios intersticiales, el cual puede ser localizado o generalizado. El edema ayuda a diluir las toxinas que se encuentran en el líquido intersticial y protege a las células del desequilibrio electrolítico. Se palpa el edema para determinar su dureza, intensidad y localización, explorando las posibles lesiones de la piel. ²⁸	Del 6 al 7 de noviembre del 2014 El edema periférico continua igual de +++. Para el día 9 de noviembre el edema disminuye a una +

PLAN DE ATENCIÓN

Diagnostico	Trastorno de la percepción sensorial auditiva r/c edad avanzada m/p hipoacusia		
Definición del diagnostico	Cambio en la cantidad o en el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada a los mismos. ²⁹		
Objetivo	Ayudar a que entienda lo que se le está diciendo		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Hablar en un tono fuerte y claro para que la señora Consuelo comprenda y escuche lo que se le dice	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	El 30% de los mayores de 60 años sufren de una baja significativa de la audición, esta proporción aumenta hasta 60% entre aquellos mayores de 85 años. En todos los casos de disminución de la agudeza auditiva es útil seguir los siguientes puntos para mejorar las posibilidades de comunicación adecuada. ²⁹	Del 3 al 7 de noviembre del 2014, el hablar en un tono fuerte y claro sirve para comunicarse con la señora Consuelo haciendo que siga las indicaciones y responda las preguntas realizadas
Repetir las palabras las veces que sea necesaria manteniendo la paciencia hasta ser comprendido lo que se quiere decir.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Asegúrese mantener la atención de la persona con déficit auditivo. Hablarle cara a cara. Repetir con las mismas palabras. Hablar a un volumen normal o ligeramente alto. Hablar más lentamente. Pararse de 50 cm. a 1 metro de distancia. Reduzca el ruido del medio ambiente. Haga pausas al final de cada oración. Evite parecer frustrado. ²⁹	Hay que repetir en muchas ocasiones las palabras para que la señora Consuelo escuche a pesar de esto se mantiene una buena comunicación con la señora.

PLAN DE ATENCIÓN

Diagnostico	Riesgo de infección en zona quirúrgica r/c agentes patógenos del ambiente hospitalario.		
Definición del diagnostico	Aumento del riesgo de ser invadido por organismo patógenos. ³⁰		
Objetivo	Evitar y disminuir el riesgo de infección en las heridas quirúrgicas		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Valorar herida quirúrgica en busca de datos de infección	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Las infecciones nosocomiales son la complicación hospitalaria más frecuente, incluso en el contexto de un mundo desarrollado. En México los estudios de vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales demuestran tasas de 5 a 19% en salas de hospitalizados, estas infecciones consisten en gérmenes que colonizan e invaden el organismo del paciente por diferentes vías: catéteres vasculares, sondas, cánulas, drenajes, heridas quirúrgicas, procedimientos endoscópicos, etcétera. ³⁰	Del 3 al 10 de noviembre del 2014 no ha presentado signos de infección en las heridas quirúrgicas. El 3 de noviembre del 2014 Tiene salida de líquido serohemático abundante con 140cc no fétido. La herida perianal se muestra enrojecida los bordes no se han afrontado La colostomía se muestra limpia, sin signos de infección, los bordes no se muestran enrojecidos
Baño de esponja diario para evitar acumulación de agentes patógenos en las heridas.	TOTALMENTE COMPENSATORIO	El baño de esponja es dar la limpieza completa a un paciente que se encuentra en cama, sirve para dar comodidad, estimular la circulación,	Se realiza baño de esponja diario la señora Consuelo menciona sus deseos por querer realizar el baño en regadera ya que el de esponja

		prevenir úlceras por presión y como medida de higiene. ³¹	no le agrada mucho, para el día 6 de noviembre comienza a ir a bañarse en silla de ruedas a partir del día 8 con ayuda comienza a bañarse en regadera.
Cambio de pañal	TOTALMENTE COMPENSATORIO DE EDUCACION Y APOYO	Es el procedimiento mediante el cual se suple total o parcialmente la necesidad de aseo genital cuando existe una desviación de la salud que mantiene a la persona con uso de pañales e imposibilita al usuario realizar acciones propias en el autocuidado de la higiene genital, contribuyendo así a la satisfacción del Requisito Universal de bienestar humano y prevención de peligros para la vida. ³¹	Se realiza cambio de pañal cada vez que es necesario manteniendo hidratada y seca la piel para evitar lesiones, los familiares de la señora Consuelo ayudan y aprenden de este procedimiento.
Se realiza lavado de manos y se enseña a sus familiares explicando la importancia de este método.	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Es la medida más importante y de eficacia probada para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas en las personas hospitalizadas. Una de las vías de transmisión de los microorganismos es por contacto, ya sea directo de persona a persona, o indirecto a través de objetos contaminados previamente, que posteriormente pueden contaminar al paciente. El jabón y el agua, por lo general, son suficientes para eliminar la flora	Se realiza el lavado de manos durante los cinco momentos. Los familiares se lavan las manos cuando llegan y cuando tienen contacto con la señora Consuelo. El apoyo de los familiares ha sido de gran ayuda para los cuidados de la señora Consuelo.

		transitoria. Sin embargo, para eliminar la flora permanente es necesario el uso de antisépticos en el lavado de manos. ³²	
--	--	--	--

PLAN DE ATENCIÓN

Diagnóstico	Riesgo de caídas r/c edad superior a los 65 años, hipoacusia, deterioro de la movilidad física y escala de Downton en 6		
Definición del diagnóstico	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. ³³		
Objetivo	Evitar una caída		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Se colocan los barandales en alto Se mantiene con la pulsera señalando el código rojo de riesgo de caídas.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	El profesional de enfermería es quien directamente, se ocupa de la seguridad de los pacientes en todos sus aspectos, lo que incluye la información a los pacientes y familiares sobre los riesgos detectados y la manera de contribuir al cuidado del paciente, además de desarrollar competencias específicas que garanticen un ejercicio basado en los estándares de seguridad del paciente. ³³	Del 3 al 10 de noviembre del 2014 los familiares apoyan al subir los barandales después de ser usados. Se orienta sobre las medidas de seguridad. La señora Consuelo no cree que sea necesarias las medidas por lo que se explica por qué se realizan.
Colocar sus pertenencias de uso continuo en un lugar cerca de ella para evitar su desplazamiento constante. Acompañamiento para ir al baño.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	El paciente que ingresa a una institución hospitalaria se encuentra sensible vulnerable en su entorno, tanto en lo físico como en lo anímico, por lo que se enfrenta a riesgos que no se limitan a las infecciones nosocomiales, sino que se amplía al tener contacto con el entorno hospitalario. Durante la estancia	Durante el turno la señora Consuelo no presenta ninguna caída Se apoya a la movilización para evitar riesgos Los familiares se encuentran constantemente a su lado evitando así mayores riesgos.

		hospitalaria pueden suceder una serie de incidentes que originan lesiones y en algunas ocasiones dejan secuelas, incrementando el tiempo de hospitalización, la morbilidad o mortalidad. ³³	
Valoración de la escala de J.H. Downton	TOTALMENTE COMPENSATORIO	La escala de J.H. Downton incluye factores de riesgo de caídas previas, uso de medicamentos, déficit sensorial, estado mental y marcha, clasifica el riesgo en tres o más puntos. ³⁴	Según la escala de J.H.Downton la paciente se encuentra en un alto riesgo de caídas con una puntuación de 6. Se mantiene así hasta el día 9 de noviembre donde baja a moderado y el 10 de noviembre se encuentra ya en bajo riesgo de caída, sin embargo, se mantiene en vigilancia para evitar cualquier riesgo

Diagnostico	Deterioro de la movilidad física e integridad cutánea r/c reposo prolongado y falta de movilidad m/p disminución de la fuerza muscular, deterioro del estado físico y ulcera por presión grado 1 en zona coxígea		
Definición del diagnostico	Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades. ³⁵		
Objetivo	Aumentar la fuerza para mejorar la movilidad física		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Se moviliza al paciente realizando cambios posturales cada dos horas	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Los cambios posturales y los ejercicios de movilización, son medidas que se realizan con el objetivo de ir alternando las zonas corporales del paciente en contacto con la cama, es decir, las áreas corporales sometidas a presión, con lo que se consigue: Favorecer la comodidad y bienestar del paciente. Evitar la aparición de lesiones de la piel y tejidos subyacentes (las UPP). ³⁶	Se moviliza con cuidado para no lastimarla evitando incomodidad en las heridas quirúrgicas. El 4 de noviembre la señora Consuelo continua con la ulcera por presión en zona coxígea grado 1. Como mejora la ulcera por presión El 6 de noviembre del 2014 La señora Consuelo muestra entusiasmo por moverse y recuperar fuerza para poder irse a su casa. Para el 7 de noviembre se comienza a sentar un poco, para así evitar mareos y caídas El día 8 de noviembre gracias a la movilización la ulcera casi ha desaparecido y la señora ya no presenta molestias en esa zona

<p>Se realizan ejercicios pasivos, para tonificar y crear fuerza muscular</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>La inmovilidad es una entidad sindrómica que deteriora de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores. Obedece a diversas etiologías y cursa con síntomas y signos asociados a la disminución de la capacidad motriz del adulto mayor.</p> <p>Las principales causas de inmovilidad en el adulto mayor son la falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, La debilidad puede deberse a desuso de la musculatura, mal nutrición, alteraciones de electrolitos, anemia, La alteración del equilibrio y temor a las caídas son de las mayores causas de inmovilidad. La presión mecánica, maceración, fricción, predisponen a su desarrollo. También se han identificado junto a la inmovilidad que factores como la alteración cognitiva, la incontinencia fecal o urinaria y el estado general del paciente en cuanto a nutrición y gravedad de sus patologías ingieren</p>	<p>Le cuesta un poco de trabajo los ejercicios, pero los realiza lo mejor que puede, se muestra con ánimo.</p> <p>Comienza a adquirir un poco de fuerza y tono muscular La señora Consuelo pide realizar los ejercicios con continuidad ya que quiere comenzar a valerse por ella misma y ponerse de pie</p> <p>Sus familiares realizan los ejercicios junto con ella apoyándola en sus deseos de moverse</p> <p>Para el día 8 de noviembre comienza a moverse con un poco de ayuda</p>
---	---------------------------------------	---	---

		significativamente en la génesis de las úlceras. ³⁵	
Se le pide a la familiar que con cada cambio de pañal se hidrate con vaselina la zona afectada	EDUCACIÓN Y APOYO	Las úlceras por presión (UPP), constituyen una de las complicaciones más frecuentes que surgen paralelas a la patología del paciente ingresado, siendo a la misma vez, uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria del personal de enfermería. De ahí, que su prevención, sea considerada uno de los principales objetivos en aquellos pacientes considerados de riesgo, y dentro de éstos se encuentra el paciente geriátrico. ³⁵	Los familiares se tardan dos días en adquirir la vaselina sin embargo le colocan crema en lo que la consiguen

<p>La herida se mantendrá limpia y seca, evitando presión en la zona dañada</p>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Enseñar a mantener la piel seca y limpia, cómo cambiar inmediatamente los pañales húmedos, explicar cómo se mantiene la posición anatómica correcta: Proporcionar detalles claros, de forma que consiga la posición adecuada. Enseñar cómo hacer los cambios de posición: El cambio de posición corporal favorece la circulación, proporciona bienestar al evitar la presión prolongada sobre determinadas áreas corporales.³⁵</p>	<p>Se moviliza a la señora Consuelo y se mantiene la herida limpia y seca, el familiar se compromete a la movilización y a mantener seca la herida cuando ella lo requiera</p>
---	-------------------------------------	--	--

PLAN DE ATENCIÓN

Diagnostico	Alteración de la autoestima r/c padecer cáncer, alteración de la imagen corporal y conocimientos deficientes del cuidado de colostomía m/p expresiones de impotencia para su propio manejo y tristeza		
Definición del diagnostico	Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (padecer cáncer). ³⁸		
Objetivo	Identificar si la paciente se encuentra en depresión e intervenir en caso de estarlo para mejorar su estado		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	SISTEMA DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Se aplica el mini tés de Yasavage de depresión geriátrica	EDUCACIÓN Y APOYO	Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, y entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias. La depresión en los mayores constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales. ³⁶	8,9 y 10 de noviembre del 2014 La valoración nos indica que la señora Consuelo tiene una leve depresión Se muestra más tranquila y mejora su comunicación y confianza sin embargo la depresión se debe seguir tratando y darle continuidad con ayuda profesional
Platicamos sobre sus inquietudes y sobre lo que se puede hacer para mejorar su condición	PARCIALMENTE COMPENSATORIA	Los factores psicosociales (dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de seres queridos,) juegan un papel más importante en su etiopatogenia. Además, los cambios biológicos propios del envejecimiento, la presencia de déficits cognitivos, la coexistencia de otros problemas	A través de una plática la señora Consuelo exterioriza su inquietud referente a la su enfermedad, además de sentirse sola y decir no querer ser una carga para su familia. Se le escucha apoya y orienta en sus inquietudes

		médicos y el uso de múltiples medicaciones, hace a los ancianos más vulnerables para presentar sintomatología depresiva. ³⁷	
--	--	--	--

VII. PLAN DE ALTA

Este Plan de Alta tiene como objetivo proporcionar a la señora Consuelo, pero sobre todo a sus familiares información necesaria para su cuidado en el hogar, por lo cual se les informo sobre las siguientes medidas a tomar.

Medidas Higiénicas Generales

Baño diario con cambio de ropa completa. Se podrá bañar o duchar con toda normalidad, tanto si lleva la bolsa recolectora puesta como si la ha retirado antes. Procure que el baño sea rápido y con el agua tibia. Se recomienda secar muy bien el área alrededor y vigilar cualquier alteración en la piel y lavarse las manos.

Vigilancia de las heridas quirúrgicas, así como de las secreciones emanadas de las mismas. Cambio de pañal cada vez que sea necesario. Limpieza bucal después de cada alimento

Signos y Síntomas de Infección

- Aparición, aumento o cambio de las características del dolor.
- Retraso (o detención) de la cicatrización.
- Edema alrededor de la herida.
- Tejido de granulación sangrante o friable (que se desmenuza con facilidad).
- Mal olor característico, o cambio de olor.
- Cambio de color del lecho de la herida.
- Aumento o cambio de las características del exudado, o exudado purulento.
- Induración (endurecimiento de los tejidos).
- Formación de bolsas y puentes.

Cuidados de la Bolsa Recolectora

Para garantizar el buen funcionamiento de la bolsa recolectora es fundamental proteger al máximo la piel del abdomen. En realidad, la irritación de la piel que rodea la fístula de la ileostomía puede evitarse teniendo un adecuado cuidado.

Si en su salida por la fístula las heces tienen contacto con la piel que lo rodea, es fácil que ocasionen una irritación importante que comprometa seriamente la adherencia del adhesivo generando molestias. Esto explica por qué es tan importante que el orificio de la bolsa recolectora ajuste perfectamente alrededor de la fístula dejando tan solo un par de milímetros alrededor.

Para evitar las agresiones físicas y químicas de la piel debe extremar el cuidado en la limpieza:

- No aplique nunca colonia, perfume o desodorante sobre la piel cercana a la Fístula.
- Seque la piel con una toalla suave haciendo pequeños toques, sin frotar. No use nunca fuentes directas de calor para secar la piel, como puede ser una estufa o un secador eléctrico.
- Si queda algún residuo de adhesivo sobre la piel al retirar la bolsa recolectora, no intente despegarlo rascando, se desprenderá con el efecto del adhesivo de la nueva bolsa recolectora que aplique.
- Las bolsas recolectoras ofrecen un nivel de discreción que permite usar casi todo tipo de ropa. Únicamente debe tenerse la precaución que las prendas no opriman directamente sobre la Fístula y la bolsa recolectora.
- La bolsa recolectora ha de pegarse sobre la piel perfectamente limpia, seca y sin vello que pueda entorpecer su adherencia.

- El orificio de la bolsa recolectora utilizada debe estar perfectamente ajustado a la medida de la Fístula, rebasándola tan solo en un par de milímetros, por lo que hay que comprobar de vez en cuando el diámetro de la Fístula.
- La bolsa recolectora se sustituye cada vez que sea necesario, en función del volumen eliminado. Se vacían sin necesidad de renovarlas. No hay que dejar que una bolsa recolectora se llene por completo ya que el peso podría facilitar que se despegase.

Técnica para Colocar la Bolsa Recolectora

Deberá tener cerca todos los materiales necesarios (bolsa recolectora, pasta adhesiva, tijeras, gasas y venda). Medir el diámetro de la Fístula y hacer el orificio a la bolsa recolectora. Colocar la pasta adhesiva alrededor del orificio de la bolsa recolectora. Estirar la piel periférica para garantizar que la bolsa recolectora se adhiera sin complicaciones, colocar la bolsa recolectora de abajo hacia arriba y con un dedo presionar de manera firme alrededor del adhesivo para fijarla correctamente. Debe quedar colocada siguiendo la alineación del cuerpo. Colocar el vendaje abdominal y para sacar la bolsa recolectora se debe hacer un corte en forma de cruz justo en donde se encuentra la bolsa recolectora y sacarla por encima, con cuidado de no desprenderla. Rectificar la comodidad en cuanto a la presión del vendaje. Debe sentirse lo más cómodo posible.

VIII. VISITA DOMICILIARIA

29 de noviembre del 2014

Esta valoración es realizada durante la visita domiciliaria a la señora Consuelo.

Se observa a la señora Consuelo con un deterioro generalizado de la salud, es notorio que su peso corporal ha disminuido, así como una clara debilidad y falta de movilidad, se escucha apática, deprimida y expresa su preocupación por morir pronto, además de demostrar adinamia y su malestar por no poder hacer nada, ni asistir a la iglesia la cual era su actividad de preferencia.

Valoración Céfalocaudal

Cabeza normo cefálica simétrica a la palpación, cuero cabelludo con alopecia, delgado y canoso y corto. Cara: muestra un rostro simétrico con forma redonda y tés blanca. Cejas grandes y gruesas Ojos: ovalados mediano color café, pestañas escasas, conjuntivas pálidas, pupilas isocóricas respuesta refleja a la luz, pterigión en ambos ojos. Orejas: tamaño de unos 4cm bien implantados con poco cerumen, hipoacusia en ambos oídos, no presenta otitis, los cartílagos son curvos sin lesiones. Nariz: pequeña, tabique recto, con 29 respiraciones por minuto puntas nasales a 3ml sin salida de secreciones. Boca: labios delgados mucosas orales deshidratadas, falta de piezas dentales, caries en molares lengua seborreica. Cuello: de forma cónica, móvil y flexible, movimientos de flexión e hiper extensión, su tráquea se encuentra centrada sin presencia de masas a la palpación, se localiza pulso carotideo con 69 pulsaciones por minuto con ingurgitación yugular. Extremidades torácicas superiores: brazos delgados manos de forma simétrica, movimientos con ligera dificultad, dedos con artritis leve, uñas integra, duras, largas ligeramente amarillentas. Espalda: columna con curvaturas normales. Tórax: simétrico y normolíneo. Sin dolor a la palpación. Caja torácica de forma regular sin retracciones, con las costillas y espacios intercostales orientados ligeramente hacia abajo, con expansibilidad torácica comprobada mediante maniobra vértice-base. ligero tiraje. Movimientos sincrónicos y simétricos en ambos hemitórax. Región axilar sin presencia de adenopatías. normolíneo simétrico se observa compas de

movimientos respiratorios de amplexión y amplexación, 29 respiraciones por min, uso de músculos accesorios. Pulmones: simétricos no se escuchan ruidos a la auscultación del lado derecho de la base de los pulmones. Mamas: se observa simetría en ambas mamas, los pezones se encuentran céntricos sin salida de secreciones ni masas o abultamientos. Corazón: con una frecuencia cardiaca de 69 latidos por minuto, rítmico con buena amplitud T/A: 95/50. Abdomen: ligeramente excavado, blando y depresible. Ruidos peristálticos ausentes, ileostomía de lado derecho con eses líquidas verdosas y herida quirúrgica por hemicolectomía de lado derecho, con bordes separados sin datos de infección, gasto menos a los 10 mililitros por día. no presenta dolor a la palpación., Genitales: vello púbico escaso en monte de venus labios mayores y menores sin lesiones ano con resección de tumor cancerígeno, sutura en sección perianal sin salida de líquido, glúteos ulceras por presión en el área del coxis grado 1 escala de Braden 11 anexo (2), sin datos de infección. Piernas y pies: con datos de edema de tres cruces movimientos ligeros de flexión, con varices en ambas piernas, pies íntegros y limpios, uñas largas sucias. Musculo esqueléticos: muestra dificultad y debilidad para moverse en cama necesita apoyo.

1. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire.

Mantiene limpia las fosas nasales, convive con fumadores

Frecuencia respiratoria 29 por minuto, frecuencia cardiaca de 69 por minuto tensión arterial de 95/50

Se observa uso de músculos accesorios de la respiración.

2. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Agua

La piel se encuentra deshidratada, los familiares comentan que casi no toma agua ya que le cuesta trabajo tomar de un vaso por la falta de dentición. Así que prefiere no tomar agua ya que termina mojándose

3. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Alimentos

El aporte calórico de los alimentos es insuficiente para la señora Consuelo, todos los alimentos son en papilla y es notorio la pérdida de grasa corporal desde el tiempo de hospitalización, a la visita domiciliaria (10 de noviembre al 29 de noviembre) no es posible valorar su peso ya que la señora Consuelo no se puede mantener en pie.

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

La nuera de la señora Consuelo comenta que no se le mostro como realizar el cambio de la bolsa de ileostomía, por lo que se muestra cómo realizarlo, la uresis es por medio de pañal, ella menciona cambiarle el pañal por lo menos tres veces al día, o las veces que se requiera y drena la bolsa de ileostomía unas tres veces.

Se observa heces semilíquidas verdosas cerca de 20 mililitros.

5. Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y Reposo.

Se mantiene encamada ya sin movilizarse, duerme la mayor parte del día y la noche se siente cansada y débil la mayor parte del tiempo. La escala de Norton nos marca un 10 en puntaje lo cual nos indica un alto riesgo de úlceras por presión. La escala de Braden marca un 11 anexo (2) alto riesgo de úlceras y la escala de J.H.Downton anexo (4) da un puntaje de 5 en un alto riesgo de caídas. Tiene nuevamente el riesgo de úlcera por presión en escapulas, coxis y talones.

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

Prefiere estar sola, no platica mucho con nadie, no quiere escuchar música ni ver televisión, menciona no tener mucho ánimo ni fuerzas para realizar estas actividades y prefiere dormir.

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

Los familiares mencionan que el fin de semana del 21, 22,23 y 24 de noviembre del 2014 estuvo nuevamente hospitalizada ya que la herida quirúrgica de la hemicolectomía se hizo dehiscente, debido a un vomito abundante que tuvo el 21 de noviembre siendo nuevamente suturada y dada de alta el 24 de noviembre del 2014

8. Promoción del Funcionamiento y Desarrollo Humanos dentro de los Grupos Sociales de acuerdo con el Potencial Humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal

El baño se realiza en cama cada tercer día, y el cambio de bolsa de ileostomía cada 36hrs.

Su cuidador primario (su nuera) es la que la moviliza y la alimenta.

La señora Consuelo menciona deseos de ir a la iglesia y su necesidad de acercarse a su religión.

IX. CONCLUSIONES

Como enfermeras debemos de tener siempre presente que un adulto mayor no se enfrentan solo a la enfermedad, si no a multifactores que han deteriorado su estado de salud tanto físico, mental y espiritual, por ello es fundamental proporcionar toda la información, cuidados y educación que este tipo de pacientes requiera, conforme a lo que nos dice Orem, “la enfermera debe iniciar y mantener una relación afectiva con el paciente, y su familia para responder a las cuestiones de salud”¹ para así dar un cuidado profesional. Dado que la palabra cáncer adquiere rápidamente el sinónimo de muerte, inevitablemente es una enfermedad en las que a veces se gana y otras se pierde y la vivencia de cada individuo es completamente personal y particular, en la cual la persona tiene que luchar incluso contra sus propios prejuicios, por eso la enfermera enmarca la vida de estas personas, a través de sus cuidados los cuales deben llevar una labor sistémica de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, pero no solo de esto sino siendo empáticos con el ser humano al cual tenemos a cargo de sus cuidados, esto nos da una visión más amplia de los requisitos del paciente y la manera de satisfacerlos de una forma organizada en base a unos cuidados de calidad.

Dos semanas después de mi visita domiciliaria la señora Consuelo pidió ser trasladada a su lugar de origen Sacapu Michoacan, negándose a recibir tratamiento para el cáncer, y acompañada por la mayoría de sus familiares falleció dormida el día 19 de diciembre del 2014 en su hogar.

X.REFERENCIAS

1. Reina GNC. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico 2010 18-23 [Internet] [citado8 de enero de 2015]. Disponible en:<http://www.redalyc.org/artic>.
- 2.Fundamentación teórica. Modelo de Orem. [Internet] [acceso 12 de enero del 2015] Disponible en: www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/.../Fundamentacion_teorica.PDF
- 3 Rojas GA, Pérez PS, Lluch BA, Cabrera AM. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. Rev. Cubana Enfermería [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2014 Nov 10]; 25(3-4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
4. Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología. GENERALIDADES EN ONCOLOGÍA. [citado 24 marzo 2017] pp. 3. Disponible en: <https://www.fundacioneco.es/wp-content/uploads/2014/04/1.Generalidades.pdf>
- 5.Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero) Datos Nacionales. Aguascalientes, AGS. 31 de enero 2014(1)11
6. Medina VEA; Martínez MR. Fundamentos de Oncología. Primera edición. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, México, D.F., México. 2009.611
7. Pollastri JE, Morante S, Naves A, Pizo C, Pollastri M. Tumores Malignos del Ano. Cirugía Digestiva. 2009; III-390, 1-10. *Disponible en: www.sacd.org.ar, 2009*
8. Charúa GL. Cáncer de recto y ano. Rev. de Gastroenterología de México 2010;Supl.1(75):133-138
- 9.Holguín V ME, Ríos F MI. Guía de Atención de Enfermería en Pacientes con Cáncer de Recto. Hospital Santa Rosa; Manual de Guía de Atención de Enfermería Departamento de Enfermería Servicio de Oncología. 2010 pp. 43-45
9. Villarroel SJC, Torrico GMM, Canchari CBR, Zambrana POS. MELANOMA ANO-RETAL(RECTAL PRIMARIO), REPORTE DE UN CASO. Revista Científica Ciencia

Médica, vol. 19, núm. 2, 2016, pp. 55-59 Universidad Mayor de San Simón Cochabamba, Bolivia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426049510010>

10.Heather HT. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. NANDA International. 2009-2011

11.Chemes de FC La Enfermera y la Valoración de los Signos Vitales. Escuela de Enfermería UNT. Argentina. Tucuman. 2008 pp. 3

12.Arias F CT. Enfermería en el manejo del dolor valoración. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Centro quirúrgico HRDLM. Perú. (citado el 6 de agosto 2015) disponible en: [www.reeme.arizona.edu/materials/Enfermeria y Dolor Valoracion.pdf](http://www.reeme.arizona.edu/materials/Enfermeria_y_Dolor_Valoracion.pdf)

13. S.S.A. Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general al 3 de agosto de 2007. Consultado en: Ketorolaco - Facultad de Medicina UNAM disponible en: www.facmed.unam.mx/bmnd/gj_2k8/prods/PRODS/Ketorolaco.htm

14. S.S.A. Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general al 3 de agosto de 2007. Clonixinato de lisina - Facultad de Medicina UNAM disponible en: [www.facmed.unam.mx/bmnd/gj_2k8/prods/PRODS/Clonixinato de lisina.htm](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gj_2k8/prods/PRODS/Clonixinato%20de%20lisina.htm)

15. Soria G EA, Perera LR. Importancia de la atención odontogeriatrica en el paciente institucionalizado. Odontología Actual año 9, núm. 118, Febrero de 2013

16. Dietas hospitalarias. adiex.org/nutricin%20clinica/dietas_hospitalarias.pdf OMS | Enfermería- WHO | World Health Organization www.who.int/topics/nursing/es

17. Burgos MM, Paravic KT. Enfermería como profesión. Rev Cubana Enfermería [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2016 Ene 09]; 25(1-2) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci>

18. Quijada JA. Oxigenoterapia. [22 marzo2015] Disponible en: www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/.../oxigenotrepia.pdf

19. Marlova EU, Escudero E. Orientación, Posición y Planos Corporales. Guía: Duoc UC. Escuela de salud. [Internet] [Citado el 6 enero 2015] Disponible en biblioteca.duoc.cl/bdigital/Documentos_Digitales/600/.../39672.pdf
20. Jiménez MI, Soto SM, Vergara CL, Cordero MJ, Rubio HL, Carreño R. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.php>
21. Hipertensión arterial. Furosemida. Ficha técnica Seguril® comprimido septiembre 2000 [internet] [citado 5 de enero 2015]. Disponible en: <https://www.sergas.es/docs/Farmacia/FUROSEMIDA.pdf>
22. Lenneberg E, Mendelssohn A, Gross L, Guía de Colostomía. Publisher 2004 United Ostomy Association, Inc. 1962-2005: 13
23. Vidal LB. Soto PI, Figueroa RM. Procedimientos de enfermería medicoquirúrgica. MEDITERRANEO. Santiago de Chile. 2007
24. Fernández Martos B. Fco. Manual de Vendajes. Edit. Consejo de Enfermería de la Comunidad de Valenciana. Consultado en: www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/.../pdf/manual_4.pdf
25. Bescós EC, Boscá Crespo AR, Arias CG, MA, S Chaparro. Hipertensión Arterial. Virgen de la Victoria de Málaga. pp. 27
26. S.S.A. Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general al 3 de agosto de 2007. Consultado en: Enalapril - Facultad de Medicina UNAM Disponible en: www.facmed.unam.mx/bmnd/gj_2k8/prods/PRODS/Enalapril.htm
27. Piedad RCS. Control de líquidos administrados y eliminados. Guías para el manejo de urgencias. Clínica Fundación Valle del Lili, Cali Cap. II
28. Lavilla R.F.J. Protocolo diagnóstico de los edemas. Servicio de nefrología. Clínica de Navarra. Pamplona. España. Medicina 2011;10. pp.5379

29. Guía de Diagnósticos y Manejo. Disminución de la Agudeza Auditiva parte II. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Consultado en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia10.pdf
30. Ángeles Garay U, Gayosso Rivera JA, Díaz Ramos RD, Velázquez Chávez Y, Marcial Zamorán C, Zambrana Aramayo MR, Anaya Flores VE. Factores de riesgo específicos en cada tipo de infección nosocomial. Enfermedades Infecciosas y Microbiología, vol. 30, núm. 3, julio-septiembre2010 FERMERÍA ENF INF MICROBIOL 2010 30 (3): 91-99 Fecha de aceptación: junio 2010
31. Nordmark TM. Bases científicas de la enfermería. Segunda edición. Ed la prensa medica mexicana.1979. Mexico.pp.112
32. Alba LA, Fajardo OG, Papaqui HJ. La importancia del lavado de manos por parte del personal a cargo del cuidado de los pacientes hospitalizados. Enf Neurol (Mex) Vol.13, No. 1: 19-24, 2014. pp. 20
33. Castillo A MR, Sánchez JJ. Protocolo de prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Primera edición. Secretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud México. D.F. pp.12,13
34. Secretaria de salud. Metas internacionales sobre la seguridad del paciente. Dirección general de calidad y educación en salud. Disponible en: Seguridad del Paciente - DGCES: Dirección General. Consultado en: [...www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp_00.html](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp_00.html)
35. Ayora TP, Carrillo SM.^a, Donaire GM.^a A, López J E, Romero CB, Ruz RJ, Segarra V I, Turrado MM.^aÁ, Zayas NC.Protocolo de Cuidados en Úlceras por presión. Edita Dirección de Enfermería Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería División de Enfermería HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA CÓRDOBA
36. Martínez JI, Onís M^aV, Dueñas R H, Albert CC, Aguado CT, Luque RL. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de

depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Vol. 12 – Núm. 10 – diciembre 2002 MEDIFAM 2002; 12: 620-630

37. Imbert MLM. El entorno familiar del adulto mayor Realidad versus legislación. Derecho y Cambio Social Unión de Juristas de Cuba. Provincia: Granma. pp. 1,3



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

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

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

1.- DATOS GENERALES.

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

2.- CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA.

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

3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

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

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

1. HABITOS DE SALUD:

Higiene de fosas nasales Cada cuando _____ Convive con fumadores: Si No Fuma Si No Cuantos cigarros al día _____ Usa técnicas que mejoren su respiración (algún tipo de relajación) _____
 Requiere de algún apoyo respiratorio: Si No ¿Cual? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

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

2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua: Si No Garrafón: Potable: Otros: _____
 Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo): _____
 Líquidos que le gustan y/o desagradan: _____



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

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

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

1.- DATOS GENERALES.

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

2.- CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA.

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

3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

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

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

1. HABITOS DE SALUD:

Higiene de fosas nasales Cada cuando _____ Convive con fumadores: Si No Fuma Si No Cuantos cigarras al día _____ Usa técnicas que mejoren su respiración (algún tipo de relajación) _____
 Requiere de algún apoyo respiratorio: Si No ¿Cual? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

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

2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua: Si No Garrafón: Potable: Otros: _____
 Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo): _____
 Líquidos que le gustan y/o desagradan: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

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

3. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

1. HABITOS DE SALUD:

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

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

Alimentos que le gustan / desagradan: _____

Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) _____

Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) _____

Problemas relacionados con la digestión / ingestión: _____

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

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

2. REVISION POR SISTEMAS:

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

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

Observaciones: _____

Aparato digestivo: náusea vómito anorexia pirosis polifagia eructos dolor abdominal

Observaciones: _____

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

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

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

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

Vesical: (describir características y frecuencia) _____

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

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

Observaciones: _____

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

1. HABITOS DE SALUD

Tipo de actividad que realiza en: casa _____ trabajo _____

Realiza actividad física cual/frecuencia/tiempo: _____

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

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

Duerme durante el día: Sí No Cuanto tiempo: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

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

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

1. HABITOS DE SALUD

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

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

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

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

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

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

1. HABITOS DE SALUD

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

2. REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

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

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO

MENARCA	RITMO	DISMENORREA	GESTA	P	C	A	O	E

1. DESCRIPCIÓN GINECOLÓGICA

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

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

2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

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

3. DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

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

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

Numero de consultas de control prenatal: _____.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

A. DESVIACIÓN ACTUAL

1. Percepción de la desviación de salud

a) Inicio de consulta _____ Motivo de consulta _____

b) Comprensión de la alteración actual _____

c) Sentimientos en relación con su estado actual _____

d) Preocupaciones específicas _____

2. Mecanismos de adaptación

a) Uso previo de mecanismos de adaptación _____

b) Repertorio actual de mecanismos de adaptación y de adecuación de los mismos _____

c) Factores concomitantes de estrés (hechos cotidianos) _____

3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida

a) Psicológicos _____

b) Fisiológicos _____

c) Económicos _____

B. HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

Enfermedades en la edad adulta _____

Enfermedades de la infancia _____

Hospitalizaciones _____

Medicamentos prescritos o por iniciativa _____

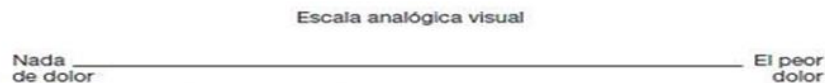
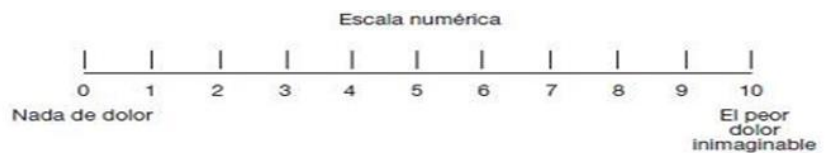
Inmunizaciones previas: _____

C. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: _____

Anexo (2)

ESCALA BRADEN					
PUNTOS		1	2	3	4
ESCALA BRADEN	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>	
	NIVELES DE RIESGO		ALTO RIESGO ≤12	RIESGO MODERADO ≤14	RIESGO BAJO ≤16

Anexo (3)



Instrucciones: Pida al paciente que indique en la línea en dónde está el dolor en relación con los extremos. Esta calificación es sólo una aproximación; por ejemplo, una marca en medio indicaría que el dolor es aproximadamente la mitad del peor dolor posible.



anexo (4)

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)

CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES/SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOTENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
DEFICIT SENSORIALES	NINGUNO	0
	VISUALES	1
	AUDITIVOS	1
	EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS..)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
PUNTAJE		0/14
ALTO RIESGO DE CAIDA		>2/14

Semaforización

	Puntos	Código
Alto riesgo	8-15	Rojo
Mediano riesgo	3-7	Amarillo
Bajo riesgo	0-2	Verde

Anexo (5)

Escala de Zarit reducida

1. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
2. ¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (P. ej., con su familia o en el trabajo)	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
3. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
4. ¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
5. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
6. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
7. En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5


Anexo (6)

Tabla III. Mini Nutritional Assessment	
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	
1. Índice de masa corporal. < 19 = 0. 19-21 = 1. 21-23 = 2. > 23 = 3.	
2. Circunferencia del brazo (cm). < 21 = 0. 21-22 = 0,5. > 22 = 1.	
3. Circunferencia de pierna (cm). < 31 = 0. > 31 = 1.	
4. Pérdida de peso en 3 m. > 3 Kg = 0. Desconocido = 1. 1-3 = 2. Sin pérdida = 3.	
VALORACIÓN GENERAL	
5. Vive independiente. NO = 0 SI = 1.	
6. Más de 3 medicinas/día. SI = 0 NO = 1.	
7. Enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos 3 meses. SI = 0 NO = 2.	
8. Movilidad. Encamado o silla = 0. Se levanta pero no sale a la calle = 1. Sale a la calle = 2.	
9. Problema neuropsicológico. Demencia severa o depresión = 0. Demencia leve = 1. No problemas = 2.	
10. Úlceras por presión. SI = 0 NO = 1.	
PUNTUACIÓN TOTAL	
> 24 = Bien nutrido. 17-23,5 = Riesgo de malnutrición. < 17 = Malnutrido.	
VALORACIÓN DIETÉTICA	
11. Comidas completas al día. 1 comida = 0. 2 comida = 1. 3 comida = 2.	
12. Consumo de marcadores de ingesta de proteínas. Al menos 1 derivado de la leche al día SI/NO. Dos o más platos de legumbres o huevos a la semana SI/NO. Carne, pescado, pollo cada día SI/NO. 0-1 SI = 0. 2 SI = 0,5. 3 SI = 1.	
13. Consume dos o más platos de fruta al día. NO = 0 SI = 1.	
14. Pérdida de peso en los últimos tres meses. Pérdida severa = 0. Pérdida moderada = 1. No pérdida = 2.	
15. Ingesta líquida al día. Menos de 3 vasos = 0. De 3 a 5 vasos = 0,5. Más de 5 vasos = 1.	
16. Modo de ingesta. Incapaz sin ayuda = 0. Solo con dificultad = 1. Solo sin problemas = 2.	
AUTOVALORACIÓN	
17. Se ven a sí mismos con problemas nutricionales Severo = 0. No sabe o moderados = 1. Sin problemas = 2.	
18. En relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud. No tan buena = 0. No sabe = 0,5. Tan buena = 1. Mejor = 2.	

Guigoz Y et al. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. 1994; 4(Supl. 2): 15-19.

Anexo (7)

1. ORIENTACIÓN						
• Dígame el día	Fecha	Mes	Estación	Año		(5)
• Dígame el lugar	Planta	Ciudad	Provincia	Nación		(5)
2. FIJACIÓN						
• Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana						(3)
3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO						
• Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿cuántas le van quedando?						(5)
• Repita: 5-9-2 (repetir hasta que lo aprenda)						(3)
• Ahora hacia atrás						(3)
4. MEMORIA						
• ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?						(3)
5. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN						
• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?. Repetirlo con el reloj						(2)
• Repita esta frase: "en un trigal había cinco perros"						(1)
• Una manzana y una pera son frutas, ¿qué son el rojo y el verde? ¿qué son un perro y un gato?						(2)
• Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo						(3)
• Lea esto y haga lo que diga. Cierre los ojos.						(1)
• Escriba una frase						(1)
• Copie este dibujo						(1)



Puntuación:
 >= 30: Normal
 29-24: Discreto déficit. Pueden ser ocasionados por una enfermedad depresiva o muy bajo nivel cultural
 <24: Deterioro cognitivo
 Punto de corte: 23/24;
 19-23: deterioro cognitivo leve
 14-18: moderado
 <14: grave

Figura 22. Miniexamen cognoscitivo o MEC de Lobo.

Anexo (8)

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE		
ÍTEM	PREGUNTAS	PUNTUACIÓN (1 punto si responde:)
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	No
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	Si
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si
4	¿Se siente frecuentemente aburrido?	Si
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	No
6	¿Tiene pensamientos que le molestan?	Si
7	¿Suele estar de buen humor?	No
8	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	Si
9	¿En general se siente usted feliz?	No
10	¿Se siente a menudo abandonado?	Si
11	¿Está muchas veces intranquilo e inquieto?	Si
12	¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	Si
13	¿Se suele preocupar por el futuro?	Si
14	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	Si
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	No
16	¿Se siente a menudo triste?	Si
17	¿Se siente inútil?	Si
18	¿Se preocupa mucho del pasado?	Si
19	¿Cree que la vida es muy interesante?	No
20	¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?	Si
21	¿Se siente lleno de energía?	No
22	¿Se siente sin esperanza?	Si
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	Si
24	¿Suele estar preocupado por pequeñas cosas?	Si
25	¿Siente a menudo ganas de llorar?	Si
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	Si
27	¿Está contento de levantarse por la mañana?	No
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	Si
29	¿Le resulta fácil tomar decisiones?	No
30	¿Su mente está tan clara como antes?	No
PUNTUACIÓN TOTAL		
0-10 normal		
11-14 depresión (sensibilidad 84%, especificidad 95%)		
>14 depresión (sensibilidad 80%, especificidad 100%)		

INDICE DE KATZ

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAÑARSE	INDEPENDIENTE: Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo. DEPENDIENTE: Incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
VESTIRSE	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos. DEPENDIENTE: No se viste solo
USAR EL RETRETE	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda (incluye la entrada y salida del baño). Usa el baño. DEPENDIENTE: Incluye usar orinal o cuña
MOVILIDAD	INDEPENDIENTE: No requiere ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE
CONTINENCIA	INDEPENDIENTE: Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE: Incluye control total o parcial mediante enemas, sondas o el empleo reglado del orinal y/o cuña
ALIMENTACIÓN	INDEPENDIENTE: Lleva la comida del plato, o equivalente, a la boca sin ayuda DEPENDIENTE: Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda

Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar.

CLASIFICACIÓN

A Independiente en todas las actividades
 B Independiente en todas las actividades, salvo una
 C Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional
 D Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional
 E Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional
 F Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional
 G Dependiente en las seis funciones

Anexo (9)

ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	
Paciente.....	Edad..... Sexo.....
Anotar con la ayuda del cuidador principal, cual es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividad instrumental de la vida diaria	
ESCALA DE ACTIVIDAD INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA	
	Puntos
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	0
4. No usa el teléfono	0
B. IR DE COMPRAS	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C. Preparación de la comida	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Caliente y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. CUIDAR LA CASA	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer camas	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
E. LAVADO DE ROPA	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte usando taxi, pero no usa transportes públicos	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsable la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc...	1
3. Incapaz de manejar dinero	0
Máxima dependencia 0 puntos	Independencia total 8 puntos

Figura 21. Escala de Lawton y Brody.

Más útil que las AVD básicas para detectar los primeros grados de deterioro en una persona

Anexo (10)

Anexo (11)

Consentimiento informado

Título: Visita Domiciliaria de Seguimiento

Visitador: Pasante de la Licenciatura en Enfermería Edith Duarte Arias

Procedencia: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

Universidad Nacional Autónoma de México

Lugar: Domicilio de la Paciente

Propósito de la visita domiciliaria: Dar seguimiento a los cuidados del plan de atención de enfermería realizado a la señora Consuelo. observar el estado de salud de la señora. Atender las necesidades alteradas utilizando el modelo de Dorotea Orem y su teoría de Déficit de Autocuidado. Valorar si los cuidados implementados en el medio hospitalario fueron los necesarios o requeridos para la mejora de salud de la paciente.

Procedimiento: Anamnesis, Exploración, Planeación y Valoración. Educación para la salud.

Beneficios: mejorar la salud de la paciente, tener un control específico de las necesidades que pudieron alterarse al dejar el ambiente hospitalario. Empatía

Privacidad y Confidencialidad: Todos los datos obtenidos durante la visita domiciliaria se mantendrán en estricta confidencialidad y solo se darán a conocer datos relacionados con el estado de salud de la paciente.

CONSENTIMIENTO

Acepto términos y condiciones que se estipulan en dicho documento
prestándome a los requerimientos de la misma.

Nombre del participante

Firma del participante

Nombre del visitador:

Firma del visitador

fecha:

METODOLOGÍA DE LA VISITA DOMICILIARIA

CRONOGRAMA

HORA	PROCEDIMIENTO	TIEMPO
9:00am	Salida de casa	• 1:30 min
10:30am	Llegada a domicilio del paciente	
10:30-10:50am	Presentación ante familiares y paciente	• 20 min
10:50-11:10am	Anamnesis	• 20 min
11:10-11:45am	Valoración	• 35 min
11:45-12:00am	Fármacos y dieta	• 20 min
12:00-12:20pm	Cuidado de heridas quirúrgicas	• 20 min
12:20-12:30pm	Cambión de bolsa de colostomía	• 10 min
12:30-12:50pm	Movilización del paciente en cama	• 20min
12:50-13:30pm	Recreación y entretenimiento	• 20 min
13:30-14:10pm	Creencias y valores	• 40 min
14:10-14:30pm	Salida del domicilio	• 20 min
Tiempo de visita		5: 15 hrs

MATERIAL	METODOLOGIA DE USO	USO
<ul style="list-style-type: none"> • Dinero • Celular • Libreta • Bauma y estetoscopio • Reloj • Termómetro • Lápiz • Pluma • Valoración • Yodo povidona • Solución salina 0.9% 250cc • Guantes • Gasas • Hoja de fármacos • Trípticos • Cambio de bolsa de colostomía • Cuidados de herida y datos de infección • Alimentos para pacientes de cáncer 	<ul style="list-style-type: none"> • Llamar al familiar para avisar que estamos en camino • Anamnesis a familiares • Toma de signos vitales • Valoración con hoja de enfermería • Curación de herida y cuidados (enseñanza a familiar) • Cambio de bolsa de colostomía (enseñanza a familiar) • Educación para la salud 	<p>Para transportarme hacia el domicilio y poder comunicarme con el cuidador primario</p> <p>Para realizar anotaciones que considere importantes</p> <p>Toma de signos vitales</p> <p>Implementar la volaron de Orem</p> <p>Realizar curación de las heridas quirúrgicas y cambio de bolsa de colostomía</p> <p>Educar sobre los cuidados de la herida, alimentos y bolsa de colostomía dejando una orientación escrita</p> <p>Para educar sobre la polifarmacia</p>

Anexo (12)

MEDICAMENTO S	LUNE S	MARTE S	MIERCOLE S	JUEVE S	VIERNE S	SABAD O	DOMING O
hrs.							
hrs.							
hrs.							
hrs.							
hrs.							
hrs.							
hrs.							
Tensión arterial:							
Hora:							

Marque con una (x) si se tomó el medicamento y anote la hora en que se tomó el medicamento



ALIMENTOS.

Alimentos que aumentan los gases y el mal olor: legumbres, cebollas y ajos, col y coliflor, frutos secos, huevos, bebidas con gas y cerveza carne de cerdo. especias.

Alimentos que inhiben el mal olor: mantequilla, yogurt, queso fresco, cítricos.

Alimentos aconsejados: frutas y verduras, pescados y aves, pastas y arroces, leche y derivados.

Alimentos que dan consistencia a las heces: verduras, frutas y legumbres, cereales integrales, salvado.

Alimentos astringentes: Plátano y manzana, arroz cocido.

Alimentos que se deben evitar: carne de cerdo y grasas, picantes, alcohol y bebidas gaseosas

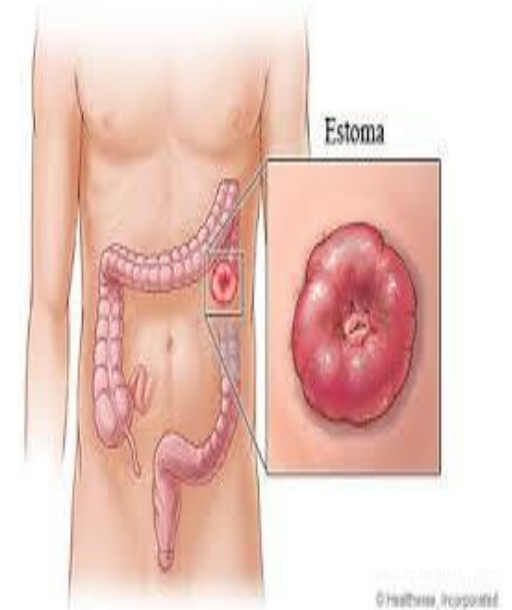
Tendrá que acudir a su Centro de Salud si presenta algunas de las siguientes complicaciones del estoma:

- Sangrado a través del estoma
- Enrojecimiento de la piel de alrededor
- Hundimiento
- Estrechamiento



PASANTE DE ENFERMERIA EDITH DUARTE ARIAS

ne_nis1234@hotmail.com



CUIDADOS DE COLOSTOMÍA

¿qué es un estoma y como cuidarla?



¿Qué es una estoma?

Una estoma es un orificio en la pared abdominal para exteriorizar el intestino o los uréteres. Se denomina;

- Ileostomía, si se trata del intestino delgado
- Colostomía: si es el intestino grueso
- Urostomía en caso de los uréteres Tanto la orina como las heces, se recogerán con un dispositivo diseñado para ello.

HIGIENE Y CUIDADOS. –

Despegar el dispositivo de arriba hacia abajo, sosteniendo la piel. - Limpiar con esponja enjabonada (jabón neutro), si sangra es normal, si persiste utilizar agua fría. - Aclarar y secar con toalla o papel de celulosa, evitando frotar. - Si existe vello rasurar periódicamente en sentido de crecimiento; no utilizar cremas hidratantes, pues provocan después problemas para pegar el dispositivo. - Cambiar los dispositivos cada 24 horas si son de una pieza y cada 3-4 días si son de dos, vaciando siempre cuando estén a 2/3 de su capacidad en ambos casos. - Ducharse o bañarse no supone ningún problema siempre que se tape el filtro o se realice con la bolsa o dispositivo adecuado (obturador). - Utilizar cremas barrera cuando existan problemas de dermatitis. - No perforar nunca la bolsa para facilitar la salida de gases.



ALIMENTACION.

- En las ileostomías, al principio, aumentar al ingesta de alimentos astringentes (manzana cocida, yogur...)
- Evitar comidas abundantes y repartir en 5-6 tomas.
- Beber abundantes líquidos preferentemente fuera de las comidas y en periodos de diarrea.
- Masticar lentamente con la boca cerrada y sin prisas.
- Reducir la ingesta de bebidas alcohólicas.
- Consultar con su médico/enfermera durante los periodos de diarrea y estreñimiento
- Observar cambios importantes en la coloración y textura de las heces, o del aspecto de la orina



DIETA

- Llevar una alimentación balanceada para favorecer la cicatrización como los alimentos ricos en hierro (alimentos verdes como, brócoli, acelgas, espinacas, etc.)
- Recordar que los alimentos deben ser hipo sódico esto quiere decir bajo en sales para evitar la presión arterial alta o hipertensión.



PASANTE DE ENFERMERIA EDITH DUARTE ARIAS

ne_nis1234@hotmail.com

*CUIDADOS DE LA
HERIDA EN
PACIENTE POST-
QUIRÚRGICO*



DATOS DE INFECCIÓN



- Inflamación y/o enrojecimiento
- Sangrado
- Salida de secreción purulenta o fétida
- Fiebre igual o mayor de 38°C
- Escalofríos
- Náuseas y/o vomito.



HIGIENE

- Lavarse las manos con agua y jabón
- Realizar un baño diario
- No tocarse con las manos sucias
- Mantener el área de la sutura limpia y seca.

INDICACIONES

Después de una cirugía la piel inicia inmediatamente el proceso de cicatrización. Durante este tiempo es importante que usted realice los cuidados especiales para evitar infecciones en las incisiones y así evolucione adecuadamente.



Licenciada en nutrición Flora Janet Rodríguez Méndez está adscrita al servicio de nutrición del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.



Boca seca

- Elige alimentos blandos y húmedos (jugos, licuados de fruta, o verdura cocida). Añade cremas, caldillos o salsas a los alimentos más sólidos.
- Evita alimentos muy calientes o muy fríos. Se debe masticar lentamente y aumentar la frecuencia de la higiene bucal.



PASANTE DE LA LICENCIATURA
EN ENFERMERÍA EDITH
DUARTE ARIAS

SUGERENCIAS PARA ALIMENTAR AL ADULTO MAYOR CON CÁNCER

Un buen estado nutricional en el adulto mayor con cáncer es el soporte adecuado para el tratamiento, para una mejor defensa contra agentes infecciosos y sobre todo para mejorar su calidad de vida.



La desnutrición en el adulto mayor con cáncer se manifiesta a través de cansancio crónico, pérdida de peso y falta de apetito. La pérdida de peso ocurre, aunque el número y cantidad de comida sean normales; a la falta de apetito contribuyen factores como sensación de saciedad permanente, alteraciones en la absorción de nutrientes, hormonas relacionadas con el crecimiento del tumor, náuseas, vómitos, alteraciones digestivas, depresión, cambio en el sentido del gusto o rechazo a determinados alimentos, situaciones todas derivadas de los tratamientos con quimioterapia o radioterapia.

Es muy frecuente que en el desayuno o a media mañana, el paciente elija tomar el plato más fuerte del día, apóyalo en esto y sigue sus preferencias el resto de la jornada.

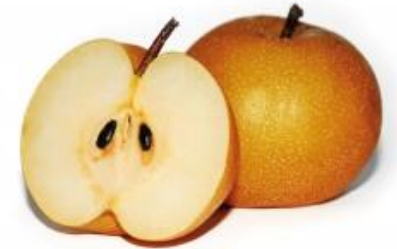
Anorexia y trastornos del apetito

- Ofrece comidas frecuentes, ricas en calorías y de poco volumen. El mejor momento para hacerlo es cuando el adulto mayor goza de buen estado de ánimo. Coloca un plato con alimentos variados que contenga suficiente energía (pollo, carne o pescado; verduras o crema de verduras; pastel o cremas de fruta).

Náuseas y vómito



- Elige alimentos secos, como galletas, pan o tostadas, sobre todo en las primeras comidas del día. No ofrezcas bebidas durante la ingesta de los alimentos. Ofrece trozos pequeños que se mastiquen bien y lentamente. Los alimentos salados o dulces se elegirán según el gusto del paciente.



Diarrea

- Evita lácteos en general, alimentos muy grasos o con alto contenido de fibra (frutas, verduras, alimentos integrales, frituras, etcétera).
- Dale manzana, guayaba o pera (cruda o cocida), alimentos con propiedades astringentes. Cuida que no se deshidrate, necesita beber suficientes líquidos

