

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

### Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

Proceso de atención de enfermería aplicado al paciente con cáncer de colon en el Servicio de  
Emergencia en un instituto especializado de Lima, 2018

**Por:**

Rocío Del Pilar Culqui Castañeda

**Asesor:**

Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, DANITZA RAQUEL CASILDO BEDÓN, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado al paciente con cáncer de colon en el Servicio de Emergencia en un instituto especializado de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada CULQUI CASTAÑEDA ROCIO DEL PILAR para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Oncología ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los treinta días del mes de abril de 2019.



---

Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

Proceso de atención de enfermería aplicado al paciente con cáncer de colon en el Servicio de  
Emergencia en un instituto especializado de Lima, 2018

# TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en  
Oncología

## JURADO CALIFICADOR



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales.

Presidente



Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Secretario



Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

Asesor

Lima, 30 de abril de 2019

## Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas .....	vi
Índice de anexos.....	vii
Resumen.....	viii
Capítulo I .....	9
Valoración.....	9
Datos generales .....	9
Valoración según patrones funcionales:.....	9
Tratamiento médico.....	12
Capítulo II .....	13
Diagnóstico, planificación y ejecución .....	13
Diagnóstico enfermero .....	13
Primer diagnóstico.....	13
Segundo diagnóstico. ....	13
Tercer diagnóstico. ....	13
Cuarto diagnóstico.....	14
Quinto diagnóstico. ....	14
Planificación.....	15
Priorización. ....	15
Plan de cuidados.....	17
Capítulo III.....	24
Marco teórico .....	24

Dolor crónico .....	24
Déficit del volumen de líquidos .....	27
Riesgo a infección .....	32
Deterioro de la integridad cutánea .....	34
Ansiedad.....	36
Capítulo IV.....	39
Evaluación y conclusiones.....	39
Evaluación por días de atención:.....	39
Primer diagnóstico.....	39
Segundo diagnóstico. ....	39
Tercer diagnóstico. ....	40
Cuarto diagnóstico.....	40
Quinto diagnóstico. ....	40
Primer diagnóstico.....	40
Tercer diagnóstico. ....	41
Cuarto diagnóstico.....	41
Quinto diagnóstico. ....	41
Conclusión: .....	42
Bibliografía .....	43
Apéndices.....	46

## Índice de tablas

Tabla 1 .....	12
Hemograma completo .....	12
Tabla 2 .....	17
Dolor crónico relacionado con agente lesivo biológico secundario a cáncer de colon evidenciado por dolor en fosa iliaca derecha y región del epigastrio según escala de Eva 8/10..	17
Tabla 3 .....	19
Diagnóstico de enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa: deposición con melenas, evidenciado por mucosas orales secas, flujo urinario disminuido, orina colurica, debilidad marcada .....	19
Tabla 4 .....	21
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo y disminución de hemoglobina e inmunosupresión.....	21
Tabla 5 .....	22
Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con déficit de la movilidad física y sobrepeso evidenciado por lesión en región sacra de 2 x 5 cm con bordes irregulares .....	22
Tabla 6 .....	23
Diagnóstico de enfermería: Ansiedad ante la muerte relacionada con experiencia cercana a la muerte manifestada por incertidumbre, temor y preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales por el proceso de enfermedad.....	23

## Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	46
Apéndice B: Consentimiento informado .....	52
Apéndice C: Escalas de evaluación .....	53

## Resumen

El presente informe describe la aplicación del proceso de atención de enfermería correspondiente a la paciente M.G.R., fue aplicado durante dos días a partir de su ingreso al servicio de Emergencia de un instituto especializado, con el diagnóstico médico cáncer de colon. Durante los 2 días de brindar los cuidados de enfermería se identificaron 10 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos de enfermería que fueron: Dolor crónico relacionado agente lesivo biológico secundario a cáncer de colon evidenciado por referencia de dolor en fosa iliaca derecha y región del epigastrio según escala de Eva 8/10; déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa deposición con melenas, evidenciado por mucosas orales secas, flujo urinario disminuido, orina colúrica y debilidad marcada; riesgo de infección relacionado por procedimientos invasivos: catéter venoso periférico, sonda Foley y disminución de la hemoglobina e inmunosupresión. Deterioro de la integridad cutánea relacionado déficit de la movilidad física con nutrición inadecuada, sobrepeso y presión sobre prominencias óseas evidenciado por lesión en región sacra de 2 x 5 cm con bordes irregulares; ansiedad ante la muerte relacionado con experiencia cercana a la muerte evidenciado por incertidumbre, temor y preocupación a causa de cambios vitales por el proceso de enfermedad. Los objetivos fueron: La paciente disminuirá progresivamente el dolor durante el turno, mantendrá el volumen adecuado del líquido durante el turno, disminuirá el riesgo de infección durante estancia hospitalaria, recuperará la integridad cutánea durante periodo progresivamente y disminuirá la ansiedad durante el turno. De los objetivos propuestos, se alcanzaron el primer, tercer y quinto objetivo. Los objetivos dos y cuatro no se pudieron alcanzar porque se necesitó trabajar más tiempo con el paciente.

Palabras claves: *Proceso de atención de Enfermería, cáncer de colon.*



## Capítulo I

### Valoración

#### Datos generales

Nombre: M.G.R

Edad: 42 años

Motivo de Ingreso y diagnóstico médico:

Paciente que ingresa al servicio de emergencia del hospital de Lima, a las 11: 00 p.m. del día 21/11/2018, en silla de ruedas en compañía de su esposo, encontrándose orientada en tiempo, espacio y persona; facies pálidas, quejumbrosa. Se hospitaliza con diagnóstico médico: cáncer de colón con grado de dependencia II.

Días de hospitalización: 02 días.

Días de atención de enfermería: 02 días.

#### Valoración según patrones funcionales:

##### **Patrón I: Percepción – control de la salud.**

La paciente en regular estado de higiene, manifiesta no haberse bañado, no presenta reacción alérgica. No tiene antecedentes de intervenciones quirúrgicas, niega consumir tabaco, y/o drogas, refiere que acude al hospital por su dolor desconoce de su enfermedad

##### **Patrón II: Nutricional metabólico.**

Presenta piel seca, palidez marcada cavidad oral con piezas dentarias incompletas en regular estado de higiene, déficit de higiene bucal se observa sarro dental y restos de alimentos entre dientes, presenta sobrepeso IMC: 25.92kg/m. peso: 68kg talla: 1.62 cm, piel seca, con palidez marcada, tibia al tacto; cavidad oral deshidratada con piezas dentarias incompletas.

La paciente refiere que presenta vómitos de 300cc aproximadamente; además presenta s.n.g a gravedad conectado a bolsa colectora con residuo gástrico de 300 cc, se encuentra en NPO con miembros inferiores edematizados con presencia de lesión por presión en región sacro de 2x5cm con bordes irregulares.

**Patrón III: Eliminación.**

La paciente se encuentra con sonda Foley conectado a bolsa colectora permeable; se evidencia orina colúrica aproximadamente 60cc de volumen y presenta deposiciones con melena en varias oportunidades.

**Patrón IV: Actividad – ejercicio.**

La paciente presenta FR: 20x´ y PA: 100/60mmhg. FC: 90x´ T° 36.5°C; no presenta cansancio, no existe otras alteraciones a ese nivel.

Actividad circulatoria: paciente con catéter venoso periférico N° 18 en dorso de mano derecho recibiendo Dextrosa 5% /1000cc.

Ejercicio: Capacidad de autocuidado:

Paciente en reposo relativo por régimen terapéutico. Utiliza cama con baranda para evitar riesgos de caídas. Miembros superiores y miembros inferiores edematizados, paciente con déficit de movilidad y fuerza muscular. Paciente necesita apoyo del personal para moverse. Paciente refiere “me voy a morir”, “que será de mis hijos”, “tengo mucho miedo”.

**Patrón V: Descanso – sueño.**

Problemas para dormir, se despierta de madrugada duerme un poco entre 3 y 4 horas.

**Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.**

Paciente con un Glasgow 14 apertura ocular se encuentra orientado y responde al llamado; refiere dolor en fosa iliaca derecha y región del epigastrio según escala del dolor 8/10.

La paciente refiere en estos momentos lo que más me duele es mi barriga.

**Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto**

La paciente irritada por su estado de salud actual, siente que su barriga está hinchada, refiere” ¿Me sanaré?”, “¿me voy a morir?”, “¿que serán de mis hijos?”.

**Patrón IX: Sexualidad/reproducción.**

Primera relación sexual a la edad de 15 años informa haber tenido dos parejas sexuales.

**Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés**

La paciente refiere “estoy preocupada por las complicaciones que estoy presentando”; se evidencia ansiedad. La familia pregunta cómo se encuentra, se los observa preocupados por el estado de su familiar.

**Datos de valoración complementarios: Exámenes auxiliares.**

Tabla 1  
Hemograma completo

Compuesto	Valor encontrado
Glóbulos blancos	9,120/mm <sup>3</sup>
Segmentados	91%
Eosinófilos	0%
Basófilos	0.0%
Monocitos	2%
Linfocitos	7%
Glóbulos rojos	3,430.000/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	7.3 gr/dl
Hematocrito	28.9%
Volumen corpuscular medio	83.3fl
Hemoglobina corpuscular media	28.3
Recuento de plaquetas	69,000/mm <sup>3</sup>
Volumen plaquetario medio	6.8fl

Fuente: historia clínica

Interpretación: Anemia Severa

### Tratamiento médico.

Primer día y segundo día (21/11/2018 y 22/11/2018)

NPO + CFV

Dextrosa 5% /1000 cc

Tramadol 50mg E. /V c/ 8 horas.

Omeprazol 40 mg E/V c/ 24 horas

Meropenen 1gr E/V c/ 8 horas

Hidrocortisona 100 mg E/V c/ 8 horas

Metoclopramida 10 mg E/V c/ 8 horas

## Capítulo II

### Diagnóstico, planificación y ejecución

#### Diagnóstico enfermero

##### Primer diagnóstico.

Características definitorias: Informe verbal Evidencia de dolor. Escala de EVA 8/10

Etiqueta diagnóstica: dolor crónico.

Factor relacionado: agente lesivo biológico secundario a cáncer de colon.

Enunciado diagnóstico: dolor crónico relacionado a agente lesivo biológico secundario a cáncer de colon evidenciado por dolor en fosa iliaca derecha y región del epigastrio según escala de Eva 8/10.

##### Segundo diagnóstico.

Características definitorias: membranas mucosas orales secas, disminución de la diuresis.

Debilidad marcada.

Etiqueta diagnóstica: déficit de volumen de líquidos.

Factor relacionado: pérdida activa del volumen de líquidos.

Enunciado diagnóstico: déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa: deposición con melenas evidenciado por mucosas orales secas, flujo urinario disminuido, orina colúrica y debilidad marcada.

##### Tercer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de infección.

Factor relacionado: procedimiento invasivo: catéter venoso periférico y sonda Foley.

Enunciado diagnóstico: riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos y disminución de hemoglobina e inmunosupresión.

**Cuarto diagnóstico.**

Características definitorias: lesión en región sacra de 2 x 5 cm con bordes irregulares.

Etiqueta diagnóstica: deterioro de la integridad cutánea.

Factor relacionado: nutrición inadecuada, presión sobre prominencias óseas.

Enunciado diagnóstico: deterioro de la integridad cutánea relacionado con déficit de la movilidad física, sobrepeso y presión sobre prominencia óseas evidenciado por lesión en región sacra de 2 x 5 cm con bordes irregulares.

**Quinto diagnóstico.**

Características definitorias: incertidumbre, temor, preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales por el proceso de enfermedad.

Etiqueta diagnóstica: ansiedad ante la muerte.

Factor relacionado: experiencia cercana a la muerte.

Enunciado diagnóstico: ansiedad ante la muerte relacionada con experiencia cercana a la muerte evidenciada por incertidumbre, temor y preocupación a causa de cambios vitales por el proceso de enfermedad.

**Sexto diagnóstico.**

Características definitorias: higiene personal insuficiente.

Etiqueta diagnóstica: déficit de autocuidado.

Factor relacionado: déficit de la movilidad física.

Enunciado diagnóstico: déficit de autocuidado relacionado con déficit de la movilidad física evidenciado por higiene personal insuficiente.

**Séptimo Diagnóstico:**

Características definitorias: decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de la salud.

Etiqueta diagnóstica. Gestión ineficaz de la salud

Factor relacionado: conocimiento insuficiente del régimen terapéutico

Enunciado diagnóstico: Gestión ineficaz de la salud relacionada con conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de la salud

**Octavo diagnóstico:**

Etiqueta diagnóstica: riesgo de caída.

Factor relacionado: déficit de la movilidad física.

Enunciado diagnóstico: riesgo de caída relacionado déficit de la movilidad física.

**Noveno diagnóstico:**

Características definitorias: hemoglobina 7.3.

Etiqueta diagnóstica: protección ineficaz.

Factor relacionado: alteración de los componentes hematológicos.

Enunciado diagnóstico: protección ineficaz relacionado con alteración de los componentes hematológicos evidenciado, disminución de la hemoglobina en 7.3.

**Planificación****Priorización.**

1. Dolor crónico relacionado a agente lesivo biológico evidenciado por dolor en fosa iliaca derecha y región del epigastrio según escala de Eva 8/10.

2. Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa: deposición con melenas evidenciado por mucosas orales secas, flujo urinario disminuido, orina colúrica, debilidad marcada.
3. Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos: catéter venoso periférico, sonda Foley disminución de hemoglobina e inmunosupresión.
4. Deterioro de la integridad cutánea relacionado con déficit de la movilidad física, sobrepeso y presión sobre prominencias óseas evidenciado por lesión en región sacra de 2 x 5 cm con bordes irregulares.
5. Ansiedad ante la muerte relacionada con experiencia cercana a la muerte manifestada por incertidumbre, temor y preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales por el proceso de enfermedad.
6. Déficit de autocuidado relacionado por factores estresantes evidenciado por higiene personal insuficiente.
7. Gestión ineficaz de la salud relacionada con conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.
8. Riesgo de caída relacionado con déficit de la movilidad física.
9. Protección ineficaz relacionado a alteración de los componentes hematológicos evidenciado a disminución de hemoglobina 7.3.



**Plan de cuidados.**

Tabla 2

*Dolor crónico relacionado con agente lesivo biológico secundario a cáncer de colon evidenciado por dolor en fosa iliaca derecha y región del epigastrio según escala de Eva 8/10*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		21/11/18			22/11/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente evidenciará disminución de dolor progresivamente durante el turno.	1. Valorar las manifestaciones no verbales de la paciente frente al dolor. c/ 12 h.	7 a.m.	6 p.m.				6 a.m.
	2. Valorar características del dolor: localización, intensidad, duración por medio de la expresión verbal de la paciente, aplicando escala de EVA. c/12h.	7 a.m.	2 p.m.	6 p.m.	7 a.m.	2 p.m.	6 p.m.
Resultados: 1. La paciente presentará facies de alivio y sosiego.		7 a.m.	2 p.m.	6 p.m.	7 a.m.	2 p.m.	6 p.m.
2. La paciente manifestara disminución de dolor en escala de EVA 3/10.	3. Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. c/8h.	7 a.m.		7 p.m.	7 a.m.		7 p.m.
	4. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida c/8h.	7 a.m.			7 p.m.		
	5. Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo.	7 a.m.			7 p.m.		
	6. Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor.	7 a.m.	3 p.m.	11 p.m.	7 p.m.	3 p.m.	11 p.m.

- 
- |  |        |        |         |        |        |         |
|--|--------|--------|---------|--------|--------|---------|
| 7. Realizar la administración de Tramadol<br>50 mg Endovenoso diluido en Clna 100<br>cc. | 7 a.m. | 3 p.m. | 11 p.m. | 7 p.m. | 3 p.m. | 11 p.m. |
| 8. Realizar la administración de<br>Metoclopramida 10mg endovenoso en<br>Clna 100cc.     |        |        |         |        |        |         |
-

Tabla 3

*Diagnóstico de enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa: deposición con melenas, evidenciado por mucosas orales secas, flujo urinario disminuido, orina colorica, debilidad marcada*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		21/11/18		22/11/18			
		M	T	N	M	T	N
<p>Objetivo general: La pPaciente disminuirá riesgo de sangrado con intervención de enfermería durante hospitalización.</p> <p>Resultados: 1. La paciente presentará funciones vitales dentro de valores normales. 2. La paciente presentará progresivamente niveles de hemoglobina y hematocrito. 3. La paciente conocerá las recomendaciones para prevenir sangrado.</p>	1. Mantener vía endovenosa permeable con catéter N° 18 y Clna 0.9% X1000cc.	8 a.m.	4 p.m.				8 p.m.
	2. Supervisar reposo absoluto en la paciente.	8 a.m.	4 p.m.	7 p.m.	6am		5 a.m.
	3. Controlar funciones vitales.	8 a.m.	2 p.m.				6 a.m.
	4. Vigilar sangrado rectal permanente.	c/2h	c/2h	c/2h	c/2h		c/2h
	5. Administrar 300 mg de sulfato ferroso vía E/V cada 24 horas, aplicando las medidas de bioseguridad.	8 a.m.					8 a.m.
	6. Monitorizar resultados de laboratorio: Hemoglobina y hematocrito.	7 a.m.					
	7. Mantener paquetes globulares en reserva según PRN.						7 a.m.
	8. Educar a la paciente sobre medidas de prevención para evitar sangrado rectal.	8 a.m.					
	9. Pesarse a diario y controlar la evolución.	7 a.m.					

---

10. Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. (Balance Hídrico).	c/1h	c/1h	c/1h	c/1h	c/1h	10 p.m.
11. Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática).	7 a.m.			7 am		
12. Realizar la administración Omeprazol 40mg Endovenoso.	8 a.m.	4 p.m.	12 a.m.	8 am	4 p.m.	12 a.m.
13. Realizar la administración hidrocortisona 100mg Endovenoso.						

---

Tabla 4

*Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo y disminución de hemoglobina e inmunosupresión*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		21/11/18			22/11/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá riesgo de infección durante estancia hospitalaria.	1. Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas c/12 h.	8 a.m.					8pm
	2. Educar al paciente acerca de los signos y síntomas de infección c/24h.	8 a.m.					8 p.m.
Resultados: 1. La paciente presentará funciones vitales dentro de parámetro normales.	3. Realizar lavado de manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente.	7 a.m.					7 p.m.
2. La paciente presentará zona de inserción de catéter sin signos de inflamación.	4. Controlar funciones vitales c/6h.	7 a.m.	1 p.m.	7 p.m.	7 p.m.	1 p.m.	7 p.m.
	5. Control de resultados hematológicos c/8h.	8 a.m.			8 a.m.		
3. La paciente presentará zona genital limpia.	6. Desinfectar y mantener los accesos venosos c/6 horas.	8 a.m.	3 p.m.				3 p.m.
4. La paciente presentará resultados de exámenes en orina libre de agentes patógenos.	7. Realizar cambio de catéter c/72 horas.	8 a.m.		8 p.m.	8 a.m.	2 p.m.	8 p.m.
	8. Realizar higiene perineal en cada turno.		2 p.m.				
	9. Administrar Meropenem 1gr Endovenoso.	8 a.m.					
			2 p.m.	8 p.m.	8 a.m.	2 p.m.	8 p.m.

Tabla 5

*Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con déficit de la movilidad física y sobrepeso evidenciado por lesión en región sacra de 2 x 5 cm con bordes irregulares*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		21/11/18			22/11/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente recuperará la integridad cutánea durante el periodo progresivamente.	1. Valorar las características de lesión cutánea cada 24 hrs. 2. Realizar la curación de herida dos veces al día. 3. Coordinar con el servicio de nutrición para brindar dieta rica en nutrientes reparadores y constructores.	8 a.m.		7 p.m.	8 a.m.	6 p.m.	
Resultados: 1. La paciente presentará cicatrización progresiva de lesión en región sacra. 2. La paciente mejorará progresivamente la ingesta de alimentos. 3. La paciente disminuirá presión sobre prominencias óseas con los cuidados de enfermería.	4. Educar sobre la importancia de una ingesta adecuada para favorecer el proceso de cicatrización. 5. Evitar la formación de arrugas en la sábana de la cama. 6. Mantener la piel limpia, seca e hidratada. 7. Realizar cambios de posición cada 2-3 horas. 8. Realizar sesión educativa sobre la prevención de úlceras por presión dirigido al paciente y familia.	8 a.m. 8 a.m. c/2h c/2h 10 a.m. 8 a.m.	1 p.m.	7 p.m. 7 p.m. c/2h c/2h c/2h	7a a.m. 8 a.m. c/2h c/2h c/2h	1 p.m. c/2h c/2h c/2h c/2h	7 p.m. c/2h

Tabla 6

*Diagnóstico de enfermería: Ansiedad ante la muerte relacionada con experiencia cercana a la muerte manifestada por incertidumbre, temor y preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales por el proceso de enfermedad*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		21/11/18			22/11/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá ansiedad durante el turno de hospitalización.	1. Favorecer un ambiente tranquilo y sin interrupciones durante la hospitalización.	8 a.m.					8 p.m.
	2. Escuchar activamente las experiencias de sus emociones y la percepción que tienen de sí misma C/ 24 h.	8 a.m.					8 p.m.
Resultados: 1. La paciente manifestará sus temores, preocupaciones, y percepción sobre su estado de salud.	3. Motivar a que la paciente realice un listado de sus fortalezas y debilidades c/24 h.	8 a.m.					
	4. Aplicar terapia floral c/24 h.	10 a.m.					
2. La paciente identificará situaciones que precipiten ansiedad.	5. Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.	9 a.m.		4 p.m.			8 p.m.
3. La paciente logrará afrontar cambios en su estado de salud.							
4. La paciente eliminará tensión muscular.	6. Apoyar al paciente con la oración en cada turno.						

## **Capítulo III**

### **Marco teórico**

#### **Dolor crónico**

La Internacional Association for the Study of Pain (IASP, 2015) señala “el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión hística real o potencial, que se describe como ocasionada por dicha lesión”. Montero (2016) concuerda con dicha definición, agregando que esta experiencia pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso central. Actualmente, se entiende el dolor como el producto de un conjunto de mecanismos neurofisiológicos que modulan la información del daño físico a diferentes niveles y en diferentes partes.

Asimismo, NANDA (2015-2017) añade que puede iniciar súbitamente y lenta de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible de una duración mayor de seis meses.

Todo paciente con cáncer tiende a experimentar este tipo de diagnósticos de Dolor Crónico relacionado con agente lesivo biológico secundario a cáncer de colon evidenciado por referencia de dolor en fosa iliaca derecha y región del epigastrio (donde se ubica el tumor) según escala de analógica del dolor 8/10. El dolor es uno de los síntomas más comunes de los pacientes de cáncer y, a menudo tiene un efecto negativo sobre el estado funcional y la calidad de vida de los pacientes. Cuando el tumor cierra parcialmente el calibre del tubo intestinal se produce un cuadro de dolor abdominal tipo cólico. Cuando el cierre es completo se llama obstrucción intestinal: es una situación clínica grave que requiere asistencia médica urgente. Existe estreñimiento prolongado, náuseas, vómitos, dolor abdominal y malestar general.



La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 2017) subraya que no solamente se involucra el proceso fisiológico de estimulación de nociceptores, sino que abarca también un componente afectivo importante. Esto es lo que lo hace al dolor un fenómeno tan complejo, personal e intransferible. El dolor es parte de nuestras vidas desde el momento mismo que nacemos, incluso antes. Y aun siendo un síntoma tan cotidiano, muchas veces no se les da la importancia debida.

Por su parte, Galluzi (2005), al hablar sobre el dolor crónico, lo define como un dolor continuo a largo plazo que lleve padeciendo durante más de seis meses o que se prolongue durante más tiempo del previsto. Adiciona que el dolor crónico también se considera en aquellos casos para los que no se encuentra una causa evidente. Se cree que este dolor se debe a cambios en el sistema nervioso.

Se mide el dolor mediante la escala de evaluación analógica (EVA) que consiste en una línea recta que representa la intensidad continuada. Se realizará la entrevista al paciente preguntando la intensidad del dolor, siendo la intensidad máxima 10 y 0 puntos la ausencia del dolor. El paciente, tienen total libertad para identificar la intensidad del dolor. Según sea la calidad de comunicación que mantengamos con una persona, será la calidad de la relación que obtendremos. Para comunicarnos de manera efectiva, aun intuitivamente, sus ideas, propósitos y emociones (Bersallo, 2010).

En conformidad con García (2010), el apoyo social a la familia está claramente relacionado con los resultados de bienestar de las personas. Está demostrado que el principal apoyo social se encuentra dentro de la familia. Warner (2000) indica que el dolor raramente es estático; por tanto, su valoración no es puntual en el tiempo sino un proceso continuado, haciendo que la valoración del dolor sea el peldaño inicial de comprensión y obtención de los

objetivos del paciente. Así lo señala Elorza (2009), al indicar que los signos vitales son los indicadores del estado de salud de una persona. Su alteración significa enfermedad o riesgo para la vida de la paciente.

Las intervenciones de enfermería que se aplicaron para el presente diagnóstico fueron: Según Potter (2000), las respuestas fisiológicas no verbales están mediadas por el sistema autónomo, sirven para evaluar la efectividad de la medicación del dolor, se dará importancia a las facies de dolor que el paciente este expresando. Por su parte Williams (2000) refiere que esta intervención permite que la paciente exprese su experiencia dolorosa. A menudo el dolor es una manifestación en este tipo de pacientes. Para ser más exactos el dolor en la pelvis es uno de los señalamientos más frecuentes.

Asimismo, se aplicará la escala analógica del dolor (EVA) para valorar las características del dolor: localización, intensidad, duración por medio de la expresión verbal de la paciente (Willian, 2000).

Se deberá observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. Y determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida. Del mismo modo, apoyar en la resolución del dolor no solamente al paciente sino también a la familia (Bersallo, 2010).

Una de las actividades primordiales es el Administrar analgesia en este caso Tramadol según indicación médica se realizará por vía endovenosa y diluido en Clna 100 cc el Tramadol es un opiáceo que alivia el dolor actuando sobre células nerviosas específicas de la medula espinal y del cerebro (Vademecum, 2018).

Se deberá administrar en forma lenta pues tiene un efecto secundario inmediatamente después de la administración que son las náuseas y vómitos los que complicaran el estado de

malestar del paciente por lo que se deberá tener mayor cuidado quizás administrando un antiemético conjuntamente con el analgésico para restringir el efecto secundario

También sugieren la administración de Metoclopramida 10mg es un antiemético es utilizada para el tratamiento de las náuseas y los vómitos. Debe ser utilizada con precaución en los pacientes con disfunción renal (Vademecum, 2010).

Se deberá registrar tanto la administración de la terapéutica, así como la evaluación de la eficacia de esta, así mismo se deberá apoyar al paciente favoreciendo las posiciones antalgicas para disminuir el dolor (Perry & Potter, 2000).

Así mismo, sugieren utilizar medios distractores para que el paciente no se concentre en el dolor que siente al mismo tiempo favorecer un ambiente tranquilo y la visita de familiares allegados al paciente (Leksell, 1992).

### **Déficit del volumen de líquidos**

NANDA (2015 -2017) indica que el déficit del volumen de líquidos es la disminución del líquido extravascular, intersticial y/o intracelular, también nos menciona a la deshidratación o pérdida solo de agua sin cambio en el nivel de sodio.

Por su lado, Berl (2015) define el desequilibrio de líquidos refiriéndose a todas las partes de su cuerpo que necesitan agua para funcionar. Menciona que cuando una persona está saludable, su cuerpo es capaz de equilibrar la cantidad de agua que entra o sale. También menciona un concepto más amplio e indica que un desequilibrio de líquidos puede suceder cuando se pierde más agua o líquido del que consume. Así mismo puede suceder cuando usted consume más agua o líquido del que su cuerpo es capaz de eliminar (Potter, 2000).

Continuando con la definición, Berl (2015) agrega que este déficit de volumen de líquidos; es una reducción de líquido intravascular, intersticial o intracelular que pueden

deberse a pérdidas exageradas de líquidos, a un aporte insuficiente, como lo mencionamos anteriormente esto debido a un fallo de los mecanismos reguladores o de los desplazamientos del líquido dentro del cuerpo.

Es así que este autor manifiesta que, los efectos que produce en los tegumentos son: disminución de la turgencia cutánea, piel seca, extremidades pálidas y frías. Y los efectos en las mucosas: pueden estar pegajosas, disminución del volumen de la lengua, pliegues longitudinales aumentados. La sequedad de la piel muy frecuente en el envejecimiento, es característico que produzca prurito, xerodermia (una de las dermatosis más frecuentes en adultos mayores se da una piel seca, áspera y escamosa, preferentemente en extremidades) y purpura senil (se producen microtraumatismos cutáneos producido por la alteración de la microvasculatura dérmica) (Berl, 2015).

Céspedes (2012) refiere que los líquidos y electrolitos se encuentran en el organismo en un estado de equilibrio dinámico que exige una composición estable de elementos esenciales para conservar la vida. El cuerpo humano está constituido por agua en un 50 a 70% del peso corporal, en dos compartimientos: intracelular, distribuido en un 50% y extracelular, en un 20%, a su vez éste se subdivide, quedando en el espacio intersticial 15%, y 5% se encuentra en el espacio intravascular en forma de plasma. Estos están en ambos compartimientos, pero principalmente en el extracelular: Sodio, calcio y cloro. Los intracelulares: Potasio, magnesio fosfato y sulfato. Los electrolitos poseen una carga eléctrica y se clasifican en aniones, los de carga + y cationes los de carga -, cuando éstos se ionizan (atraen sus cargas + y - se combinan formando compuestos neutros) o se disocian (se separan recuperando su carga eléctrica) se denominan iones.

De esta forma, el balance de líquidos está regulado a través de los riñones, pulmones, piel, glándulas suprarrenales, hipófisis y tracto gastrointestinal a través de las ganancias y pérdidas de agua que se originan diariamente. Por su parte, el riñón también interviene en el equilibrio ácido-base, regulando la concentración plasmática del bicarbonato. El desequilibrio o alteraciones de los líquidos y electrolitos pueden originarse por un estado patológico preexistente o un episodio traumático inesperado o súbito, como diarrea, vómito, disminución o privación de la ingesta de líquidos, succión gástrica, quemaduras, fiebre, hiperventilación, entre otras. El indicador para determinar las condiciones hídricas de un paciente es a través del balance de líquidos, para lo cual se tendrán que considerar los ingresos y egresos, incluyendo las pérdidas insensibles (Céspedes, 2012).

Asimismo, Aguilera *et al.* (2014) concuerdan con el concepto de desequilibrio al hablar del balance hídrico e indica que se deriva del concepto de balance de materia; es decir, que es el equilibrio entre todos los recursos hídricos que ingresan al sistema y los que salen del mismo, en un intervalo de tiempo determinado. Para poder evidenciar el balance dentro del organismos. Esto refiere que deberá ser de manera estricta para tener mayor confiabilidad de los datos y tener una evidencia del desequilibrio que presenta el paciente.

Muy a menudo los pacientes con cáncer como en el caso del paciente en estudio presentan el diagnóstico déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa, ya sea por deposiciones con melenas evidenciara mucosas orales secas, flujo urinario disminuido, orina colúrica y debilidad marcada. En particular, el paciente con cáncer de colon o del intestino grueso tiene células malignas en crecimiento, es decir, en el revestimiento interior del colon o del recto. El intestino grueso está conformado tanto por el colon, como por el recto. El

intestino grueso es la última parte del sistema digestivo, este revestimiento interior se ve deteriorado y por ello es que con lleva a un desequilibrio de líquidos.

Frente a este problema las Intervenciones de Enfermería a realizar serán:

El control de las funciones vitales pues estos nos darán datos significativos como previo aviso de un desbalance en alguna parte del cuerpo. Así lo menciona, Elorza (2009) al referir que, los signos vitales son los indicadores del estado de salud de una persona. Su alteración significa enfermedad o riesgo para la vida de la paciente.

Otra intervención importante es el de mantener vía endovenosa permeable con catéter de gran calibre N° 18 y Clna 0.9% X1000cc es un método de acceso vascular de elección en el paciente con perdida sanguínea a la cual nos permite la administración rápida y con gran volumen de líquidos (OMS, 2001).

Al mismo tiempo, se supervisará reposo absoluto en la paciente para de esta manera no perder energía en los procesos fisiológicos lo cual afecta la oxigenación en la sangre por la anemia que estará presente en estos casos (Potter & Perry 2000).

Se pondrá mayor cuidado en vigilar sangrado rectal permanente. Se mantendrá al paciente en continuo chequeo hematológico y observación de las perdidas ya sean deposiciones u vómitos en busca de signos de sangrado.

Así mismo, administrar 300 mg de sulfato ferroso vía E/V cada 24 horas o según prescripción, aplicando las medidas de bioseguridad. Para contrarrestar la anemia que viene presentando el paciente, secundario al sangrado activo la administración de hierro se realizará antes de los alimentos y con preferencia con bebidas cítricas para favorecer la absorción del hierro. Se comunica que las heces saldrán oscuras mientras tomen hierro oral (Elorza, 2009).

Monitorizar resultados de laboratorio: Hemoglobina y hematocrito y otros componentes nos permite asumir conductas oportunas al personal de salud.

Mantener paquetes globulares en reserva según PRN. son constituyentes de la sangre, la sangre total se obtiene de donantes de sangre humanos la cual es colectada en contenedores de plástico estériles y desechables que contienen soluciones anticoagulantes o administrar según indicación médica para reponer pérdidas (OMS, 2001).

Educar a la paciente sobre medidas de prevención para evitar sangrado rectal. En la cual nos sirve para estimular un cambio de conducta sobre medidas de prevención (Potter & Perry, 2000).

Pesar a diario y controlar la evolución. A la cual ayudará a establecer el diagnóstico y tratamiento del paciente (Guadalupe, 2013).

Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. Balance Hídrico es decir que es el equilibrio entre todos los recursos hídricos que ingresan al sistema y los que salen del mismo en un intervalo de tiempo determinado (Aguilera *et al.*, 2010).

Una de las actividades primordiales es el administrar el Omeprazol 40mg según indicación médica se realizará por vía endovenosa y diluido en Clna 100 cc, es un fármaco que reduce la secreción de ácido gástrico a través de un mecanismo altamente selectivo. Actúa rápidamente y produce un control mediante la inhibición reversible de la secreción acida del estómago con solo una dosis diaria (Vademécum, 2012).

Asimismo, la Hidrocortisona 100mg según indicación médica se realizará la administración endovenoso y diluido en Clna 20cc en bolo, sirve para el tratamiento de trastornos hematológicos a la cual el paciente recibe este medicamento para aliviar la inflamación de su cuerpo y para prevenir reacciones alérgicas (vademécum, 2014).

## **Riesgo a infección**

NANDA (2015 -2017) define el riesgo de ser invadido por microorganismos, el riesgo de presentar infección o el aumento de la predisposición a ser invadido por organismos patógenos.

Según la Sociedad Española (2013), las predisposiciones a contraer infección es el uso de catéteres vasculares, este vendría a ser un problema de especial relevancia por su frecuencia, por su morbimortalidad y por ser procesos clínicos potencialmente inevitables. En la actualidad, la mayoría de pacientes hospitalizados y un número considerable de enfermos en régimen ambulatorio son portadores de este tipo de dispositivos.

Por su parte, Noriega (2001) refiere que las infecciones de catéter mayormente se deben al crecimiento microbiano significativo esto se puede corroborar en un cultivo de un segmento del catéter. Muy a menudo esto conllevará a la infección del torrente sanguíneo, complicando al paciente y poniéndolo en riesgo de muerte.

El diagnóstico de riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo: catéter venoso, periférico, sonda Foley las infecciones asociadas a catéteres son provocadas por la migración de microorganismos cutáneos desde el punto de inserción, la contaminación de las conexiones del catéter, lo que favorece a su vez la colonización. Es por ello que la piel y la conexión son las principales fuentes de la colonización de microorganismos patógenos del catéter.

Frente a esta situación las intervenciones de enfermería serán:

Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas, continuamente se mantendrá en uso las medidas asépticas en cada uno de los procedimientos se dará mayor importancia en los accesos venosos para evitar posible contaminación. Así mismo, Doenges (2008) indica



educar al paciente acerca de los signos y síntomas de infección, la paciente ayudará en su propia recuperación.

Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente. La desinfección constante evitará las infecciones cruzadas por lo cual se debe tener mayor cuidado y de esta manera disminuir los casos y no poner en riesgo al paciente (Francisco, 2014).

Controlar funciones vitales, estos reflejan funciones esenciales del cuerpo incluso el ritmo cardiaco la frecuencia respiratoria la temperatura y la presión arterial (Elsevier & Mosby, 2015).

Control de resultados hematológicos para tener un control exhaustivo del avance y la evolución del paciente.

Realizar cambio de catéter c/72 horas las evidencias demuestra que para prevenir la flebitis en pacientes hospitalizados el cambio de catéter venoso periférico no necesariamente sea el rutinario de realizarlo. La mayoría de los estudios revisados dan como aporte al profesional de enfermería y ala instituciones de salud (Cachi, Bertha, Sánchez & Marcela, 2017).

Realizar higiene perineal en cada turno comprobar la permeabilidad de la sonda Foley se debe tener en cuenta una buena higiene rigurosa de la zona genital con una técnica aséptica en resumen las principales medidas para tratar de reducir las infecciones urinarias (Babio & Campos, 2014).

Una de las actividades primordiales que para prevenir la infección que al Administrar El Meropenem 500mg según indicación médica se realizará por vía endovenosa y diluido en Clna 100 cc este antibiótico sirve para combatir sepsis infecciones del s.n.c y fibrosis quística, también de infección urinaria de piel y partes blandas (Vademecum, 2018).

## **Deterioro de la integridad cutánea**

NANDA (2017) define el deterioro de la integridad cutánea como la alteración de la epidermis y dermis.

Por su parte, Fuden (2015) señala el deterioro de la integridad tisular es un diagnóstico general que incluye diagnósticos más específicos, como son: Deterioro de la integridad cutánea. Este diagnóstico se utiliza cuando existen lesiones amplias (p. ej. úlcera) más profundas de la dermis que abarcan distintas estructuras. Cuando la úlcera abarca exclusivamente a la epidermis y a la dermis, debe aplicarse Deterioro de la integridad cutánea.

De esta forma, Briggs (2015) señala que las lesiones por presión son áreas en las que la piel y el tejido subyacente presentan un daño localizado. Estas lesiones pueden estar producidas por un exceso de presión, cizallamiento o rozamiento. También reciben el nombre de escaras, decúbitos o lesiones por decúbito.

Así también, Tene (2016) indica que, las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante mucho tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas.

El paciente en estudio tiene Dx médico de cáncer de colon se observa con deterioro de la integridad cutánea relacionado a presión en zonas prominentes como es el sacro entre otras además esta con nutrición inadecuada, esta lesión por presión está en región sacro de 2 x 5 cm con bordes irregulares. Las úlceras de decúbito son lesiones de la piel y del tejido que se encuentra debajo, que se producen como resultado de una presión prolongada sobre la piel. En los pacientes con cáncer la debilidad muscular, las úlceras de decúbito se manifiestan en la piel que recubre las partes óseas del cuerpo, como los talones, los tobillos, las caderas y el coxis. Las personas que corren más riesgo de padecer úlceras de decúbito son las que tienen una

enfermedad que limita su capacidad de cambiar de posición o las que pasan la mayor parte del tiempo en una cama los cual son los pacientes con cáncer.

Las intervenciones de enfermería a realizar frente a esta problemática:

Valorar las características de lesión cutánea como su localización, forma, profundidad, bordes tunelizaciones, tejido necrótico y otras características, como el exudado la superficie y el tamaño. El cual es considerado como uno de los aspectos de medida más importantes en la valoración del proceso de cicatrización, ya que se considera que la disminución de esta característica es un buen indicador de proceso (Restrepo, 2016).

Realizar la curación de herida dos veces al día en el turno limpiar las lesiones en cada cura con suero fisiológico. Usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la ulcera para facilitar el arrastre de las bacterias la presión de lavado más eficaz es la proporción por la gravedad a través de una jeringa (López, 2011).

Coordinar con el servicio de nutrición para brindar dieta rica en nutrientes reparadores y constructores garantizar un soporte nutrición al adecuado a sus requerimientos calórico-proteicos que permita una mejoría del estado nutricional, así como una pronta resolución del proceso ulcerativo (Palma & Gomez, 2016).

Educar sobre la importancia de una ingesta adecuada para favorecer el proceso de cicatrización Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión, sino que también puede evitar la aparición de éstas, al igual que complicaciones locales como la infección (Baron, 2015).

Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama (García *et al.*, 2014).

Mantener la piel limpia, seca e hidratada, utilizar jabón neutro aclarar y secar la piel minuciosamente sin fricción teniendo en especial atención en los pliegues cutáneos y zonas

interdigitales, no realizar masajes en prominencias óseas, no realizar masajes en prominencias óseas, aplicar crema hidratante en la superficie corporal, excepto en los pliegues cutáneos (Cacicedo *et al.*, 2011).

En general se darán cambios posturales cada 2-3 horas (al menos dos por turno) a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada que incluya siempre que se pueda el decúbito supino, la sedestación, el decúbito lateral izquierdo y el decúbito lateral derecho, y registrando la posición en la que se deja al paciente para dar continuidad a los cuidados (ver posiciones terapéuticas y colocación de almohadas) (García *et al.*, 2014).

Deben utilizarse superficies de apoyo en sitios específicos como las extremidades del paciente y las prominencias óseas manteniendo alejada las áreas óseas entre sí y del contacto directo con otras superficies duras; por ejemplo, use artículos como almohadas, o cuñas de espuma, coderas taloneras en puntos de presión (Morilla, Martín, Santos & Asencio, 2004).

Realizar sesión educativa sobre la prevención de úlceras por presión dirigido al paciente y familiares (Jinete, de la Hoz, Montes & Aliba, 2016).

### **Ansiedad**

NANDA (2015 -2017) define como la sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo) determina también que puede ser señal de alerta que advierte de un peligro eminente y permite que el individuo tome medidas para que afronte cualquier amenaza.

Virues (2005) define el término ansiedad que proviene del latín *anxietas*, congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza

inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

Por otro lado, Rojas (2014) habla sobre la ansiedad negativa donde la persona presenta bloqueo, malestar físico y psicológico, que se mezclan con ideas y pensamientos negativos y que conduce a estar como paralizado y, a la vez, envuelto en amenazas y sentimientos de temor. Existen formas de ansiedad, por ejemplo, la ansiedad exógena (producido por estímulos externos como acontecimientos de la vida: problemas afectivos, conflictos agudos, súbitos, inesperados, situaciones de tensión emocional, crisis de identidad personal) endógena (depende de la genética, la herencia) y existencial (inquietud sobre la vida, la muerte y el más allá).

En esta situación, es básico actuar con premura brindando intervenciones para sobrellevar este problema. Berman (2008) sugiere favorecer un ambiente tranquilo y sin interrupciones durante la hospitalización el entorno físico está constituido por los elementos físicos en los que el paciente es tratado como la ventilación la temperatura el orden del lugar la higiene, la luz el ruido.

Escuchar activamente las experiencias de sus emociones y la percepción que tienen de sí misma, la expresión abierta de los sentimientos es una alternativa para reconocernos y comenzar a enfrentarlos mientras más específicos sean los sentimientos más fáciles será que la persona los enfrente. Así mismo, motivar a que la paciente realice un listado de sus fortalezas y debilidades. El paciente puede tener dificultad para reconocer sus fortalezas, los listados escritos constituyen una medida concreta para identificar los recursos (Schultz, 2013).

Aplicar terapia floral, es el tratamiento a través del uso de esencia floral tienen la propiedad de actuar, de mejorar síntomas producidos por el miedo como tensión, las personalidades fóbicas, permiten asumir con coraje y confianza (Pascual & Moreno 2014).

Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente. La comunicación con el usuario funciona por unidades de significación de la importancia del concepto de marcador un marcador empático puede ser brevísimo en el tiempo, pero siempre va a entender que nos hemos percatado de la emoción del paciente (Geercolumna, 2015).

También realizar una oración ya que según Fernández (2015), el enfermo se siente reconfortado, se vacía de angustias internas y se ofrece a Dios.

## **Capítulo IV**

### **Evaluación y conclusiones**

Se atendió 2 días al paciente, iniciando el 21/11/18 al 22/11/18.

Se atendió al paciente M.G.R en la unidad de emergencias durante 2 días, el desarrollo del proceso de enfermería inició el 21 de noviembre y finalizó la atención el 22 de noviembre del 2018.

#### **Evaluación por días de atención:**

##### **Primer día**

##### **Primer diagnóstico.**

Dolor crónico relacionado agente lesivo biológico secundario a cáncer de colon evidenciado por dolor en fosa iliaca derecha y región del epigastrio según escala de Eva 8/10.

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente aun presenta dolor en región abdominal según escala EVA 3/10. La paciente refiere dolor abdominal leve. A pesar de las intervenciones no se logra la ausencia del dolor; sin embargo, se ayuda a mitigar la intensidad. No se logró la ausencia del dolor pues la paciente continua con el tumor el cual le genera el dolor.

##### **Segundo diagnóstico.**

Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa: deposición con melenas evidenciadas por mucosas orales secas, flujo urinario disminuido orina colúrica y debilidad marcada.

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente continúa con pérdidas activas de sangre, último resultado de control de hemoglobina de 10.3 g/dl. Se repuso las pérdidas; sin embargo, presenta melenas en menor proporción, pero aun existentes.

**Tercer diagnóstico.**

Riesgo de infección manifestado por procedimiento invasivo: catéter venoso, periférico, sonda Foley y disminución de la hemoglobina e inmunosupresión.

Objetivo parcialmente alcanzado: paciente con catéter permeable, con manejo de desinfección de vía periférica y sonda Foley libre de infección sin embargo el riesgo continuo al presentar con cierto grado de anemia (hemoglobina 10.3g/dl) y pérdida activa (melenas).

**Cuarto diagnóstico.**

Deterioro de la integridad cutánea relacionado a déficit de la movilización física y sobrepeso evidenciado por lesión en región sacro de 2 x 5 cm con bordes irregulares,

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente queda en unidad con curaciones 3 veces al día y cambios de posiciones cada 2 horas. La regeneración de la ulcera será paulatinamente por lo que tomará mayor tiempo para su resolución.

**Quinto diagnóstico.**

Ansiedad ante la muerte relacionada con experiencia cercana a la muerte evidenciada por incertidumbre, temor y preocupación a causa de cambios vitales por el proceso de enfermedad.

Objetivo alcanzado: La paciente queda en unidad más tranquila, no se muestra ansiosa, se muestra colaborativa.

**Segundo día****Primer diagnóstico.**

Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa: deposición con melenas evidenciadas por mucosas orales secas, flujo urinario disminuido orina colúrica y debilidad marcada.



Objetivo parcialmente alcanzado: En el Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa, continúan las deposiciones con melenas sin embargo han disminuido y los vómitos ya no se han presentado, aún con las mucosas orales secas, flujo urinario disminuido orina colúrica y debilidad marcada. En el último resultado de control de hemoglobina de 10.3 g/dl, se repuso las pérdidas. La paciente continua con melenas en menor proporción, pero aun existentes.

### **Tercer diagnóstico.**

Riesgo de infección manifestado por procedimiento invasivo: catéter venoso, periférico, sonda Foley y disminución de la hemoglobina e inmunosupresión.

Objetivo parcialmente alcanzado: Paciente con catéter permeable, con manejo de desinfección de vía periférica y sonda Foley libre de infección sin embargo el riesgo continuo al presentar cierto grado de anemia (hemoglobina 10.3g/dl) y pérdida activa (melenas)

### **Cuarto diagnóstico.**

Deterioro de la integridad cutánea relacionado a déficit de la movilización física y sobrepeso evidenciado por lesión en región sacro de 2 x 5 cm con bordes irregulares,

Objetivo parcialmente alcanzado: Paciente queda en unidad con curaciones 3 veces al día y recibiendo cambios de posiciones cada 2 horas y a demanda. La regeneración de la ulcera será paulatinamente por lo que tomará mayor tiempo para su resolución.

### **Quinto diagnóstico.**

Ansiedad ante la muerte relacionada con experiencia cercana a la muerte evidenciada por incertidumbre, temor y preocupación a causa de cambios vitales por el proceso de enfermedad.

Objetivo alcanzado: La paciente queda en unidad más tranquilo, no se muestra ansiosa, se muestra colaborativa.

**Conclusión:**

El proceso de enfermería es un método científico para la práctica asistencial de enfermería en la atención integral del paciente, pues mediante este proceso se planificará en forma exhaustiva las intervenciones frente al problema de salud que presente el paciente, logrando un cuidado eficaz, oportuno, racional, lógico y sistemático; en ese sentido, se logró realizar al paciente en estudio el cuidado integral, obteniendo como resultado la mejoría en muchos aspectos sin embargo por situaciones ajenas a la atención, que es tiempo de recuperación, no se pudieron alcanzar algunos objetivos propuestos.

Sin embargo, muchas veces por la demanda de las actividades en el servicio y la cantidad de usuarios externos (pacientes) se obvia la realización de este proceso lo que ocasiona un cuidado falente. Este proceso nos asegura un cuidado eficaz que es lo que requiere al momento de brindar el cuidado; no solamente se realiza la atención al paciente sino también al familiar, al brindarle la educación y el apoyo y soporte psicológico, se entrega pautas para evitar complicaciones mayores. Personalmente, este método facilita la atención pues al realizar el proceso de enfermería se obtiene menor rango de actividades no realizadas, al ser tan detallado otorgando un cuidado humanizado que es la base fundamental del que hacer enfermero.

## Bibliografía

Aguilera et al., (2010). Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería.

Recuperado de:

[https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user\\_upload/area\\_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos\\_2012/c3\\_balance\\_equili\\_liquidos.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/c3_balance_equili_liquidos.pdf)

Bellas, B., Ferrándiz, J., Mascort, J., Amador, J. y marzo, M. (2004). Guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal: hacia un abordaje integral, integrado y coordinado.

Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-guia-practica-clinica-prevencion-del-13069029>

Cacicedo et al. (2011). Prevención y cuidados locales de heridas crónicas. Cantabria, España:

Servicio de cántabro de salud.

Cachi, Bertha, Sánchez y Marcela., (2017). EFECTIVIDAD DEL CAMBIO DE CATETER

VENOSO PERIFERICO EN LA PREVENCION DE FLEBITIS. Recuperado de:

[http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/607/T061\\_07714421\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/607/T061_07714421_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Carrascal, L. (2017). Actualización de los cuidados de enfermería al paciente encamado.

Recuperado de: [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE002570.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002570.pdf)

Choliz, M. (200). Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. Facultad

de Psicología Universidad de Valencia. Valencia, España. Recuperado de

<https://www.uv.es/=choliz/RelajacionRespiracion.pdf>

Elorza, G. (2009). Manual de enfermería Zamora. Bogotá, Colombia: Zamora Editores.

- Fernández, E. (2015). La dimensión espiritual del paciente oncológico desde la bioética personalista. Recuperado de:
- Fernández, et.al. (2014). Úlceras por presión: prevención. Recuperado de:  
<https://www.ulceras.net/monografico/112/100/ulceras-por-presion-prevencion.html>
- Fornes j. (2011) Enfermería en salud mental y psiquiátrica valoración y cuidados. (2.ª ed.). Palma de mallorca, España: Editorial medica panamericana.
- Gálan, C. y Menéndez, C. (2006). Protocolos de endocrino-metabolismo. Recuperado de:  
[https://www.sccalp.org/documents/0000/0180/BolPediatr2006\\_46\\_sup11\\_076-083.pdf](https://www.sccalp.org/documents/0000/0180/BolPediatr2006_46_sup11_076-083.pdf)
- Jinete, de la Hoz, Montes y Alba. (2016). Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión. Recuperado de:  
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/706/163>
- López, J. (2011). Cuidados auxiliares básicos de enfermería. (2.ª ed.). Málaga, España: Editorial Vértice.
- Melo, M. y Murciano, T. (2012). Interpretación del hemograma y pruebas de coagulación. Pediatría Integral. Recuperado de: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-06/interpretacion-del-hemograma-y-pruebas-de-coagulacion/>
- Morilla, J., Martin, F., Morgado, J., y Asencio, J. (2004). Guía de práctica para el manejo del deterioro de la integridad cutánea: úlcera por presión. Málaga, España: Junta de Andalucía.
- Montero, J. (2016). Lo que el dolor cuenta de ti. Permiso para quejarse. Barcelona: Ariel.
- NANDA Internacional. (2015). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015–2017. Barcelona: Elsevier Inc.

Organización mundial de salud. (2001). Uso clínico de la sangre. Malta, London: Biblioteca de la OMS

Palma, S. y Gómez, C. (2016). Alimentación y úlceras por presión. Recuperado de:

<https://geriatricarea.com/alimentacion-y-ulceras-por-presion/>

Restrepo, M., Escobar, C., Cadavid, C. y Muñoz, V. (2013). Propuesta de atención al paciente con úlceras por presión (UPP) a través del proceso de atención de enfermería (PAE).

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/1590/159029099008/>

Restrepo, M. (2016). ¿Cómo valorar una herida crónica? Lo que debe saber el profesional de la salud recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273849945019>

(2015). Guía para la Prevención y manejo de las upp y heridas crónicas. Recuperado de:

[http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia\\_Prevention\\_UPP.pdf](http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Prevention_UPP.pdf)

Sidore, C. y colaboradores (2015). Genome sequencing elucidates Sardinian genetic architecture and augments association analyses for lipid and blood inflammatory markers».

Tene, I. (2016). ¿Cómo prevenir úlceras por presión en un paciente en casa? Recuperado de:

<https://www.hospitalvernaza.med.ec/blog/item/1054-como-prevenir-ulceras-presion-paciente-casa>

## Apéndices

### Apéndice A: Guía de valoración

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

Historia Clínica: \_\_\_\_\_ N° Cama: \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p><b>1. PERCEPCIÓN – CONTROL DE LA SALUD</b></p> <p><b>Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas:</b> HTA ( ) DM ( ) GASTRITIS ( ) TBC ( ) Asma ( ) Otros: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Antecedentes Familiares:</b> Cáncer ( ) HTA ( ) DM ( ) TBC ( ) Asma ( ) Otros: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Alergias y/o Reacciones:</b> Medicamentos ( ) Especifique: _____</p> <p>_____</p> <p>Alimentos ( ) Especifique: _____</p> <p>_____</p> <p>Otros: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Factores de Riesgo:</b> Tabaco ( ) Alcohol ( ) Drogas ( ) ) Automedicación ( ) Especifique: _____</p> <p>_____</p> <p>Hospitalizaciones Previas: Si ( ) No ( )</p> <p><b>Estilos de vida:</b> Deporte ( ) Consume Agua ( ) Frutas - Verduras ( )</p> <p><b>Estado de Higiene Corporal:</b> Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )</p> <p><b>¿Conoce sobre su enfermedad?</b> Sí ( ) No ( ) Detalle: _____</p> <p>_____</p>	<p><b>6. DESCANSO - SUEÑO</b></p> <p><b>Siente que se levanta descansado:</b> Sí ( ) No ( )</p> <p><b>Utiliza ayuda para dormir:</b> Sí ( ) No ( ) Especifique: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Tiene horario establecido para dormir:</b> Sí ( ) No ( )</p> <p>_____</p> <p><b>7. PERCEPTIVO - COGNITIVO</b></p> <p><b>Nivel de Conciencia:</b> Orientado ( ) Alerta ( ) Despierto ( ) Somnoliento ( ) Confuso ( ) Irritable ( ) Estupor ( ) Comatoso ( )</p> <p>Comentarios: _____</p> <p><b>Orientación:</b> Orientado en: Tiempo ( ) Espacio ( ) Persona ( )</p> <p><b>Perfusión Tisular Cerebral:</b> Parálisis ( ) Dificultad en la Deglución ( ) ) Comentarios: _____</p> <p>Plejía: Hemi( ) Cuadro( ) Para( ) Paresia: Hemi( ) Cuadro( ) Para( )</p> <p>Tono: Normal ( ) Hipotónico ( ) Hipertónico ( ) espástico ( )</p> <p><b>Dificultad para comunicarse:</b> Sí ( ) No ( ) Identifique Dificultad: Hablar ( ) Oír ( ) Ver ( ) TQT ( ) Prótesis Sensoriales ( ) Otro idioma ( )</p> <p><b>Pupilas:</b> Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Reactivas ( ) No Reactivas ( )</p> <p>Foto reactivas ( ) Mióticas ( ) Midriáticas ( )</p> <p>Comentarios: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Escala de Glasgow:</b> Puntaje Total ( ) pts.</p>
--	---

Respuesta Motora		Respuesta Verbal		Apertur
Obedece a una orden verbal	6	Habla: Orientado	5	Los ojos Espontá
Localiza el dolor	5	Desorientado	4	A una o
Retira al dolor	4	Palabras inapropiadas	3	Al dolor
Rigidez de descerebración	3	Sonidos inapropiados	2	No resp
Rigidez de descerebración	2	No responde	1	
No responde	1			

**2. RELACIONES - ROL**

Se relaciona con el entorno: Sí ( ) No ( )

**Estado Civil:** Soltera(o) ( ) Casada(o) ( ) Conviviente ( )  
Divorciada(o) ( ) Viuda(o) ( )

**Ocupación/Profesión:**

\_\_\_\_\_

**Situación Laboral:**

\_\_\_\_\_

**Vive con:**

\_\_\_\_\_

¿Cuenta con apoyo familiar? Sí ( ) No ( )

**Personas a su cargo:** \_\_\_\_\_

**Recibe Visitas:** Sí ( ) No ( )

**Comentarios:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. VALORES - CREENCIAS**

**Religión:** \_\_\_\_\_

**Restricción Religiosa:**

\_\_\_\_\_

**4. AUTOOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO**

**Estado Emocional:** Tranquilo ( ) Triste ( ) Preocupado ( )  
Ansioso ( ) Apático ( ) Irritable ( ) Negativo ( )  
Indiferente ( ) Temeroso ( ) Intranquilo ( ) Agresivo ( )

**Preocupaciones Principales – Comentarios:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y ESTRÉS**

**Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación:** Sí ( )  
No ( )

Ansiedad ( ) Temor ( )

**Expresa sentimientos de:**

\_\_\_\_\_

**8. ACTIVIDAD - EJERCICIO**

**Aparato Respiratorio:**

**Frecuencia respiratoria:** \_\_\_\_\_ rpm

**Aparato Respiratorio:** Normal ( ) Disnea ( ) Polipnea ( )  
Oxígeno ( )

TET ( ) Ventilación mecánica ( ) Otros:

\_\_\_\_\_

**Simetría Torácica:** Simétrico ( ) Asimétrico ( )

**Murmullo Vesicular:** ACP ( ) HTI ( ) HTD ( )

**Ruidos agregados:** Ninguno ( ) Roncantes ( ) Crepitantes ( ) Sibilantes ( )  
Estridor ( )

**Uso de músculos respiratorios:** Ninguna ( ) Intercostales ( )  
Subcostales ( ) Supraclaviculares ( ) Subxifoidales ( )

**Ritmo:** Regular ( ) Irregular ( )

**Profundidad:** Normal ( ) Superficial ( ) Profunda ( )

**Drenaje Torácico:** Sí ( ) No ( ) **Oscila** Sí ( ) No ( )

**9. NUTRICIONAL - METABÓLICO**

**Cabello:** Normal ( ) Rojizo ( ) Amarillo ( ) Ralo ( ) Quebradizo ( )  
Alopecia ( )

**Piel:** Normal ( ) Hidratada ( ) Seca ( ) Pálida ( ) Cianótica ( )  
Ictérica ( ) Fría ( ) Caliente ( ) Rubicunda ( ) Despigmentada ( )

**Lesiones dérmicas:** Sí ( ) No ( )

**Localización y observaciones:**

\_\_\_\_\_

Negación ( ) Ira ( ) Depresión ( ) Aceptación ( )

**Actividad Circulatoria:**

**Frecuencia cardiaca:** \_\_\_\_\_ por minuto

**Ritmo cardiaco:** Regular ( ) irregular ( )

**Pulso:** Normal ( ) Fuerte ( ) Débil ( )

**Llenado Capilar:** < 2'' ( ) > 2'' ( )

**P.A.:** \_\_\_\_\_ mmHg Normotenso ( ) Hipotenso ( )

Hipertenso ( )

<i>Nivel de PA</i>	<i>Según OMS</i>		
<i>Categoría</i>	<i>Sistólica</i>		<i>Diastólica</i>
<i>Hipotensión</i>	< 80		< de 60
<i>Normal</i>	<120	y	<80
<i>PreHipertensión</i>	120-139	o	80-89
<i>Hipertensión Estadio I</i>	140-159	o	90-99
<i>Hipertensión Estadio II</i>	160	o	100

**Hemoglobina:** \_\_\_\_\_ g/dl

**Anemia:** Sí ( ) No ( ) → Leve ( ) Moderada ( )

Grave ( )

<i>Leve</i>	<b>Grado I</b>	<i>10-13 g/Dl</i>
<i>Moderada</i>	<b>Grado II</b>	<i>9.9 – 8 g/Dl</i>
<i>Grave</i>	<b>Grado III</b>	<i>7.9 – 6 g/Dl</i>
<i>Grave</i>	<b>Grado IV</b>	<i>&lt; 6 g/Dl</i>

Según OMS - Adultos

**Recuento Plaquetario:** \_\_\_\_\_ → Plaquetopenia: Sí ( )

No ( )

<i>Recuento</i>	<i>Grado</i>	
75-50	<b>II</b>	Grado II ( )
50-25	<b>III</b>	Grado III ( ) Grado IV ( )
Menor de 25	<b>IV</b>	<i>*Fuente: INEN</i>

**Recuento Leucocitario:** \_\_\_\_\_ → Neutropenia: Sí ( )

No ( )

<i>Recuento</i>	<i>Grado</i>	
1500-1000	<b>II</b>	Grado II ( )
1000-500	<b>III</b>	Grado III ( )
Menor de 500	<b>IV</b>	Grado IV ( )

*\*Fuente: INEN*

**Diáforesis:** Sí ( ) No ( )

**Termorregulación:** Temperatura: \_\_\_\_\_ °C

**Mucosas:** Húmedas ( ) Secas ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

Grado de Mucositis: \_\_\_\_\_

<b>Grado 0</b>	Ningun síntoma
<b>Grado 1</b>	Dolor y eritema
<b>Grado 2</b>	Eritema, úlceras y capacidad para comer una dieta sólida
<b>Grado 3</b>	Úlceras, eritema externo y precisa dieta líquida
<b>Grado 4</b>	Úlceras que imposibilitan la alimentación, precisa alimentación i.v o por sonda

**Peso:** \_\_\_\_\_ Kg **Talla:** \_\_\_\_\_ m **IMC:** \_\_\_\_\_

<b>IMC</b>	<b>Quiere decir:</b>
Menor a 18.5	Peso bajo
18.5 a 24.9	Peso normal
25 a 29.9	Sobrepeso
30 a 34.9	Obesidad grado 1
35 a 39.9	Obesidad grado 2
Igual o mayor a 40	Obesidad grado 3

**Apetito:** Conservado ( ) Disminuido ( ) Ausente ( )

**Presenta:** Náuseas: Sí ( ) No ( ) Vómitos: Sí ( ) No ( )

Cantidad: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Características: \_\_\_\_\_

**Dificultad para:** Masticar: Sí ( ) No ( ) Deglutir: Sí ( ) No ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

**Alimentación:** NPO ( ) Completa ( ) Blanda ( ) Líq. Amplia ( )

Tolerancia Oral ( )

**Enteral:** SNG ( ) SNY ( ) Yeyunostomía ( )

Fecha de inicio/colocación: \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

**Parenteral:** Parcial 2/1 ( ) Total 3/1 ( )

Fecha de inicio de NP: \_\_\_\_\_ Volumen total: \_\_\_\_\_ N°

bolsa: \_\_\_\_\_

Con Vitamina: Sí ( ) No ( ) Hora de inicio: \_\_\_\_\_

**Abdomen:** Blando/depresible ( ) Distendido ( ) Timpánico ( )

Doloroso ( )

**Ruidos Hidroaéreos:** Normales ( ) Aumentados ( ) Disminuidos ( )

Ausentes ( )

**Herida Operatoria:** Sí ( ) No ( )

Ubicación: \_\_\_\_\_ Características: \_\_\_\_\_

Apósitos: Secos ( ) Húmedos ( ) Serosos ( ) Hemáticos ( )

Serohemáticos ( )



**Edemas:** Sí ( ) No ( ) Grado: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

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

**Clasificación según OMS**

**Vías Invasivas:** CVC( ) Zona: \_\_\_\_\_ Catéter PICC ( )

Vía periférica ( ) Localización: \_\_\_\_\_ Fecha inserción: \_\_\_\_\_

Apósito simple ( ) Apósito con Clorhexidina ( ) Fecha: \_\_\_\_\_

**Autocuidado:**

**Situación Funcional:** Reposo Absoluto ( ) Reposo Relativo( ) Se moviliza solo( )

**Función Motora:** Conservada ( ) Alterada ( ) Ausente ( )

**Deambulaci3n:** Independiente ( ) Asistida ( ) Imposibilitado ( )

**Capacidad de autocuidado:** Puntaje: \_\_\_\_\_

0=Independiente 1=Ayuda de otros 2=Ayuda del personal 3=Dependiente

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Movilización en cama				
Deambula				
Ir al baño / bañarse				
Tomar alimentos				
Vestirse				

**Aparatos de Ayuda:**

**Movilidad de Miembros:** Contracturas( )Flacidez( ) Parálisis ( )

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Riesgo de caídas:** Sí ( ) No ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Drenaje:** Sí ( ) No ( )

Especificar: \_\_\_\_\_ Fecha de colocaci3n: \_\_\_\_\_

Características: \_\_\_\_\_

Funcionalidad: Oscilante ( ) Depresible ( ) Tenso ( )

Drena: Adecuadamente ( ) Disminuido ( ) No drena ( )

**Lesi3n por presi3n:** Sí ( ) No ( ) Grado:\_\_\_\_\_ Ubicaci3n: \_\_\_\_\_

**ESCALA DE NORTON MODIFICADA**

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

Puntuaci3n:

Dependiente: 0 – 5

Ayuda parcial: 6 – 9

**Riesgo:**

5-9: Muy alto

10-12: Alto

13-14: Medio

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993)		
Riesgo de caída > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

Escala de caídas: \_\_\_\_\_

Puntuaci3n: \_\_\_\_\_

Alto: 8 –

15

## 10. ELIMINACI3N

### Intestinal:

**Deposici3n:** Frecuencia: \_\_\_\_\_

Características: Normal ( ) Grumosa ( ) Líquida ( )

Semilíquida ( )

Melena ( )

Obs. \_\_\_\_\_

**Ostomías:** Colostomía: ( ) Ileostomía ( )

Obs. \_\_\_\_\_

**Uso de laxantes:** Sí ( ) No ( )

### Vesical

**Diuresis:** Espontánea: Sí ( ) No ( )

Utiliza pañal: Sí ( ) No ( )

**Uso de dispositivos:** Sonda Foley ( ) Nefrostoma ( ) Fecha: \_\_\_\_\_

**Características de la orina:** Amarillo ámbar ( )

Hematúrica ( ) Colúrica ( )

Obs. \_\_\_\_\_

## 11. SEXUALIDAD - REPRODUCCI3N

**Secreciones Anormales en Genitales:** Sí ( ) No ( )

Especifique: \_\_\_\_\_

Testículos No Palpables: Sí ( ) No ( )

Fimosis Sí ( ) No ( )

Masas Escrotales	Sí ( ) No ( )	
Uso de anticonceptivos:	Sí ( ) No ( )	
Otras molestias:		
_____		
Observaciones:	_____	
_____		
_____		
Nombre	del	enfermero (a):
_____		
Firma:	_____	
CEP:	_____	
Fecha:	_____	

## Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión  
Escuela de Posgrado  
UPG de Ciencias de la Salud.

### Consentimiento Informado

#### Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con diagnóstico médico Cáncer de Colon en el servicio de emergencia en un Instituto Especializado, Lima-2018”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales M.G.R Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Rocio Del Pilar Culqui Castañeda, bajo la asesoría de la Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

#### Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

#### Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

#### Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido:

---

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha:

---

\_\_\_\_\_  
Firma

## Apéndice C: Escalas de evaluación

### Escala de dependencia

Nivel	1	2	3
Movilización en cama	X		
Deambulaci3n		X	
Ir al ba1o/ba1arse		X	
Tomar alimentos	X		
Vestirse	X		

1= Independiente

### ESCALA VISUAL ANAL3GICA (EVA) PARA LA MEDICI3N DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor

