



APÉNDICE ANEXO I

UNIVERSIDAD DE SONORA
 DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES																																			
	ABRIL							MAYO							JUNIO							JULIO														
	L	M	J	V	L	M	L	M	J	V	L	M	L	M	J	V	L	M	L	M	J	V	L	M	L	M	J	V	L	M						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6
1. Actualización de conocimientos de enfermería.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
2. Capacitación sobre técnicas de investigación.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
3. Capacitación sobre la realización del PE.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
4. Elaboración de Fichas Bibliográficas.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
5. Elaboración del Plan de Trabajo.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
6. Elaboración de Fichas de Trabajo.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
7. Elaboración del marco referencial.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
8. Solicitar anuencia para realizar el estudio en el área hospitalaria.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
9. Revisión del expediente del área de medicina.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
10. Consentimiento formal para la realización del PE al usuario y familia.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
11. Realización de la Investigación de Campo.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
12. Taller para la realización del Proceso Enfermero.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
13. Visita domiciliaria.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
14. Asesorías con la directora del trabajo	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
15. Entrega del Primer Borrador del trabajo de titulación.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
16. Seminario de Titulación.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
17. Redacción y captura del trabajo profesional.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
18. Examen Profesional.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█

 PROGRAMADO
 REALIZADO

ANEXO II

**GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN PATRONES
FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON**

**SECCIÓN I
HISTORIA DE ENFERMERÍA**

DATOS BÁSICOS DE INGRESO

Nombre (siglas) _____ fecha _____ persona para contactar
(nombre) _____ teléfono _____ domicilio _____ Llego de
Hogar solo _____ Hogar con familia _____ Sin hogar _____ Otro: _____
(Especifique). Llegada: Por su propio pie: _____ Otras: _____ Motivo de
hospitalización y/o solicitud de atención: _____
Último ingreso en el hospital: Fecha _____
Motivo: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Personales patológicos y tratamientos recibidos (desde su infancia) tanto
médicos _____ y/o _____ quirúrgicos
indicados _____

Personales no patológicos como: inmunizaciones, acontecimientos de
importancia _____ del _____ nacimiento _____ y/o
crecimiento _____

Heredofamiliares: de los padres, hermanos, tíos, sobre todo enfermedades
padecidas y/o causas de defunción o relacionados con el motivo de su
hospitalización o solicitud de atención de enfermería _____

(especificar defunciones). _____

Instrucciones: Llenar con una X los datos que se encuentren presentes en la
valoración (objetivos y subjetivos) y ampliar o describir en aquéllos que requieren
especificar.

1. Patrón de mantenimiento y percepción de la salud

- a) Historia de su salud _____
- b) Como la percibe en este momento: bien _____ regular _____ mal _____
- c) Hábitos de cuidados bucodental:
3 veces al día _____ 2 ó menos _____ nunca _____
- d) Hábitos de higiene general: baño diario _____ cada tercer
día _____ otros _____ especifique _____
 - Cambios de ropa al bañarse _____ cambio de ropa sin baño _____
 - Lavado de manos: si _____ no _____ antes y después de comer _____ antes
y después del uso del sanitario _____
- e) Consumo de tabaco: Si _____ No _____ Más de 1 cajetilla al día _____
menos de 1 cajetilla al día _____

Tiempo que fumo: nunca ___ lo dejo (fecha) ___ otros: ___
especifique ___

Bebidas de contenido alcohólico:

Nunca ___ tipo y cantidad: al día ___ a la semana ___

Al mes ___ lo dejó (fecha) ___ tiempo que consumió ___

- Otras sustancias: no ___ si ___ especifique tipo y frecuencia ___
- Presencia de alergias a medicamentos, alimentos, ropa, etc: no ___
si ___ especifique ___ tipo de reacción ___
- Asistencia a revisión médica (aunque no se sienta enfermo): no ___
si ___ periodicidad ___
- Realización de ejercicio: no ___ si ___ especifique ___
- Tratamientos, remedios caseros o de otro tipo que lleva a cabo: no ___
si ___ especifique ___
- Conoce la causa de su hospitalización y el objetivo: no ___ si ___
especifique ___
- Sigue el tratamiento y/o recomendaciones médicas o de enfermería:
si ___ no ___ porque ___

f) Condiciones de la vivienda:

Material de construcción ___ numero de habitaciones ___

Usos ___ ventilación natural ___ artificial ___

especifique ___ iluminación natural ___ artificial ___

- Mobiliario acorde a necesidades básicas: si ___ no ___ especifique ___
- Disposición de excretas de vivienda:
Sanitario a drenaje ___ fosa séptica ___ letrina ___ pozo negro ___
otros ___
- Ubicación del sanitario: afuera de la vivienda, si ___ no ___
especifique ___
- Aseo diario de la vivienda: si ___ no ___ especifique ___
- Presencia de vectores (moscas, cucarachas, roedores, etc) no ___ si ___
especifique ___
- Medidas de control de vectores: si ___ no ___ especifique ___
- Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda: no ___ si ___
especifique ___

2. Patrón Nutricional-Metabólico

- Dieta y complementos específicos:
- Número de comidas al día ___ menú típico de un día (especificar tipo y
cantidad):
Desayuno ___ Comida ___ Cena ___

- Alimentos que desagradan _____

- Ingesta de líquidos al día_____ (especificar tipo y cantidad)_____
- Apetito: normal___aumentado___disminuido___ especificar_____
- Presencia de náuseas_____ vómitos_____ otros_____
- Variaciones de peso (últimos 6 meses): ninguno___ aumento___ kg, disminuyó___ kg.
- Dificultades para la deglución: ninguna___ sólidos___ líquidos___ especifique_____
- Problemas de la piel y/o cicatrización: ninguno___ anormal___ (exantemas, sequedad, exceso de transpiración, etc)_____
- Cuero cabelludo-cabello: cambios_____ especifique_____
- Estado de uñas_____
- Presencia de dolor abdominal___ agruras___ distensión___ sonda nasogástrica___ succión gástrica___ nutrición parenteral-enteral___ gastrostomía___ especifique_____

3. Patrón de Eliminación

- Hábitos de evacuación intestinal:
Frecuencia al día___ fecha de la última defecación___ dentro de límites normales___ uso de laxantes y supositorios_____
- Presencia de estreñimiento___ diarrea___ hemorroides___ sangrado___ Ostomías___ incontinencia___ flatulencia___ aparatos auxiliares___ especifique_____
- Hábitos de evacuación urinaria
Dentro de los límites normales___ presencia de distensión vesical___ dolor___ ardor___ retención___ incontinencia___ incontinencia al esfuerzo___ urgencia diurna___ urgencia nocturna___ alteraciones (sangre, turbiedad)___ especifique_____

4. Patrón de actividad y ejercicio

- Ha percibido cambios en función cardíaca al realizar actividades cotidianas: no___ si___ especifique (palpitaciones, desmayos, lipotimias, presencia de marcapaso)_____
- Ha sentido cambios en el patrón respiratorio: no___ si___ especificar (fatiga, disnea al caminar, al comer, subir escaleras, al estar acostado, etc)
- Ha presentado cambios en estado vascular periférico: no___ si___ especifique (distensión venosa yugular, equimosis, hematomas, varicosidades, red venosa alterada, etc).
- Ha percibido cambios neuromusculares: no___ si___ especifique (calambres, disminución de la sensibilidad, dolor, limitación del movimiento, antecedentes de fracturas, etc).
- En los tiempos libres que actividades realiza: recreativas___ domesticas___ (especificar salida, paseo, ver televisión, etc).

ACTIVIDAD	0	1	2	3	4	Frecuencia/semana
Baño/higiene						
Comer/vestirse						
Evacuación: intestinal						
Vesical						
Caminar						
Limpieza/arreglo del hogar						
Ir de compras						
Subir escaleras						
Movilizarse en cama						
Trabajar						
Ejercicio (especificar tipo)						

Nota: Valorar la capacidad de realización con los siguientes valores que al ser detectados marcará con una X en la casilla que corresponda

0= Independiente	1= Con aparato auxiliar	2= Ayuda de otros
3= Ayuda de otros y de equipo	4= Dependiente/incapacitado	

5. Patrón de sueño y descanso

- Hábito: horas de sueño nocturno _____ horario de sueño _____
siesta: no _____ si _____ (especifique tiempo) _____
- Apoyos para dormir (medicamentos, luz, música, etc)
especifique _____
- Presencia de cambios de humor _____ bostezos _____ ojeras _____
especifique (en relación al sueño) _____

6. Patrón Cognitivo-Perceptivo

- Audición: dentro de límites normales _____ alteración _____
sordera _____ zumbidos _____ auxiliares auditivos _____ (en todos
especifique derecho-izquierdo)
- Vértigo: si _____ no _____ molestias y/o dolor: ninguna _____ agudo _____
crónico _____ tipo _____ control del dolor y/o molestia _____
especifique _____
- Visión: dentro de límites normales _____ alteración _____ ceguera _____
prótesis _____ auxiliares externos _____ (especifique que tipo y
lado derecho o izquierdo).
- Olfato: problemas para distinguir olores _____ especifique _____
- *Memoria: intacta _____ alteración _____ especifique _____
(Estimar con repetición de mesa=0, León=1, guantes=2, total 3 puntos)

- *Orientación: intacta _____ alteración _____
especifique _____
(estimar con: nombre=0, día=1, lugar=2, total 3 puntos)
- Lenguaje: tono de voz _____ fluidez en discurso _____
alteraciones _____ especifique _____
- Cambios en sensibilidad (al tacto, frío y calor, dolor) _____
especifique _____
- Dificultad para tomar decisiones: no ___ si ___
especifique _____
 - Nota: Si tiene menos de 6 puntos reporte y considere "riesgo de lesiones o accidentes"

7. Patrón de Autopercepción y concepto de si mismo

- Preocupaciones fundamentales con relación a hospitalización y/o enfermedad: económicas, de autocuidado, de empleo, amputaciones, cicatrices _____ especifique _____
- Temor de pérdidas a renunciar a algo que le guste _____
- Descripción como persona: seria _____ alegre _____ temerosa _____
optimista _____ irritable _____ otros _____
especifique _____
- Conformidad con lo que es _____
- Pérdida del interés por las cosas: no ___ si ___ especifique _____
- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión: no ___ si ___
especifique _____
- Pérdidas y/o cambios importantes en el último año: no ___ si ___
especifique _____
- Qué le ayudaría a sentirse mejor en este momento
(especifique) _____

8. Patrón Rol-Relaciones

- Profesión y/u ocupación _____ situación actual:
empleado _____ desempleado _____ incapacidad
temporal _____ pensionado _____
- Sistemas de apoyo: (con quien vive) cónyuge _____ vive solo _____
vecinos _____ amigos _____ vive con familia _____ número de
miembros _____ especifique edad, sexo y
ocupación _____
- Papel que desempeña en la familia: dependiente _____ proveedor _____
cuidador _____ algún problema por ello _____
especifique _____
- Dificultad para comunicarse: no ___ si ___ especifique _____
- Correspondencia de la comunicación verbal con la no verbal al comunicarse: si ___ no ___ especifique _____
- Se observan expresiones faciales acordes con lo que comunica: si ___
no ___ especifique _____

- Pertenece a algún grupo, asociación o club, etc: no___ si___
especifique_____

9. Patrón Sexualidad-Reproducción

- Expresa algún cambio en las respuestas sexuales por la enfermedad: no___ si___ especifique: sin vida sexual activa___(núbil) ciclo menstrual_____
- Satisfecho con el número de hijos procreados: si___ no___ especifique_____
- Prácticas de autoexamen mamario mensual: si___ no___ examen cervico-vaginal/prostático mensual: si___ no___ fecha del último_____ resultado_____
- Examen testicular mensual_____ si___ no___ fecha del último_____ no corresponde_____
- Algún problema detectado: si___ no___ especifique_____
- Presencia de flujos: no___ si___ especifique_____ embarazo: no___ si___ especifique tiempo y fecha esperada de parto_____ gestas_____ partos_____ abortos_____ cesáreas_____ menarquia_____ menopausia_____
- Practica de sexo seguro: si___ no___ (uso de condón, una sola pareja abstinencia total)_____

10. Patrón de Afrontamiento y Tolerancia al Estrés

- Expresión habitual de la tensión o preocupación (llanto, ira, congoja, molestias físicas) especifique_____
- Acciones que realiza para controlar la tensión o la ira (beber alcohol, leer, comer, fumar, tomar medicamentos, café, etc) especifique_____
- Frecuencia con la cual presenta estas respuestas al estrés: 1-2 veces al mes_____ 1-2 veces a la semana_____ diariamente_____

11. Patrón de Valores y Creencias

- Practicas de alguna religión: no___ si___ especificar cual_____
- Restricciones por su religión: no___ si___ cuáles_____
- Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio: no___ si___ especificar cuál_____
- Valores morales más importantes: describa_____

SECCIÓN II EXAMEN FÍSICO (DATOS OBJETIVOS)

1. Aspecto General:

- Edad real _____ edad aparente _____
 - Aliñada si _____ no _____
 - Facies (dolor, angustia, aprensión) especifique _____
 - Estado de ánimo: (euforia, decaído, irritable) especifique _____
 - Estado de conciencia _____ inconciencia _____
 - Responde a las preguntas (colaborador): si _____ no _____
 - Postura adoptada (erguida, semierguida, movimientos repetitivos, gestos, libremente escogida, etc) _____
 - * Memoria _____ puntos
 - ** Orientación _____ puntos
- *Estimar con repetición: mesa=0, león=1, guantes=2, total 3 puntos
**Estima con: nombre=0, día=1, lugar=2, total 3 puntos.

2. Signos Vitales

- Temperatura _____ °C (axilar, rectal, oral)
- Pulso _____ (especificar características)
- Respiración _____ (especificar características)
- T/A _____ (especificar sitio y posición)

3. Patrón Respiratorio/Circulatorio

- Movimientos respiratorios: expansión torácica si _____ no _____ especifique _____ (asimetría, disociación toracoabdominal, tiros intercostales, etc).
- Auscultación de campos pulmonares: sonidos normales presentes _____ (vesiculares, broncovesiculares) anormales _____ ausentes _____ (especificar en ambos lados derecho-izquierdo) _____ (sibilancias, estertores, roncus, etc)
Tos: no _____ si _____ especificar (con expectoración de secreciones _____ seca _____ mucho esfuerzo _____ otros _____ características del esputo _____)
- Red venosa: visible _____ no visible _____
- Inspección y palpación del estado vascular periférico: varicosidades _____ (coloración, temperatura, especificar región y extensión) _____
- Llenado capilar: alterado _____ sin alteración _____
- Catéter vascular _____ (sitio _____ y características) _____

4. Patrón Nutricional-Metabólico

- Peso real _____ kg, peso ideal _____ kg, talla real _____ m, talla ideal _____ m.
- Piel: color _____ lesiones _____ cicatrices _____ edema _____
- Estado de uñas _____
- Cabeza: cuero cabelludo hidratado _____ prurito _____ zonas dolorosas _____ especificar si hay alteraciones, protuberancias, hundimientos, heridas, proporcional, etc: _____
- Mucosa bucofaríngea: íntegra _____ color _____ lesiones _____ movilidad _____ reflejo nauseoso, hidratada, obstrucción _____ presencia de cánulas, mascarillas, catéter (especificar) _____
- Piezas dentarias íntegras: si _____ no _____ (especificar piezas, sitio y tipo de alteración)
- Higiene adecuada: si _____ no _____ (especificar presencia de detritus, halitosis, etc)
- Abdomen: forma _____ simetría _____ masas _____ dolor _____ distensión _____ ruidos peristálticos _____ otros (visceromegalias, reflejos, cicatrices, ostomias, etc) _____
(Especificar todos los hallazgos)

NOTA: Algunos datos podrán ser recolectados en valoración subsecuente y/o a partir de patrones que impliquen procesos vitales mientras se estabiliza la condición del usuario, así como la valoración de perímetros cuando sea necesario.

5. Patrón de Eliminación

- Defecaciones: frecuencia _____ características: normal si _____ no _____ (especificar duras, semilíquidas, líquidas con sangre, parásitos, cantidad, semipastosas, con dolor, etc) _____
- Región perianal: íntegra _____ con lesiones _____ (describir)
- Orina: frecuencia _____ características normales si _____ no _____ (especificar, cantidad, sangre, color, turbiedad, etc) _____
- Dolor a la micción: no _____ si _____ ardor _____
- Dolor perineal: íntegra _____ con lesiones _____ (describir)
- Presencia de sondas u otros dispositivos _____ (especificar tipo y estado de la región) _____

NOTA: Inspección y auscultación de la región genital en caso de detección de alguna señal en la alteración de este patrón desde el momento de la Historia de Enfermería.

6. Patrón Cognitivo-Perceptivo:

Visión, audición, olfato y tacto

- Visión normal 20/20 (seis metros) _____ disminuida (especifica) ojo derecho (OD) _____ ojo izquierdo (OI) _____ reflejos pupilares presentes y simétricos en ambos ojos _____ asimétricos (especificar OD, OI) _____ ojos limpios _____ secreciones _____ conductos lagrimales permeables _____

- obstrucción _____ ceguera total _____ lesiones _____
 especificar _____
- Oído externo integro _____ (forma, proporción, integridad, etc) alteraciones _____ (especificar deformidades, hiperemia, obstrucción) limpios: si _____ no _____ (especificar) _____
 Audición intacta a susurro/prueba de diapason: si _____ no _____ (especificar a más de 30 cm lateralización derecho/izquierdo).
 - Olfato intacto a la prueba del olor y reflejo de estornudo (alcohol y pluma de algodón) si _____ no _____ alteración (especificar) _____
 - Tacto: sin alteración a la prueba de sensibilidad si _____ no _____ (especificar al calor, frío, dolor) _____
 - * Al dolor estimar intensidad con escala de 1 al 10 (1= intolerable, 10= tolerable).

7. Patrón de Actividad-Ejercicio

- Capacidad de movilización: completa _____ incompleta _____ (describir de acuerdo a arco de movimientos en articulaciones) _____
- Marcha: estable _____ inestable _____ con aditamentos _____ (especificar muletas, andadera, bastón, pasamano, etc)
- Fuerza en anos: igual _____ fuerte _____ débil _____ fuerza en piernas: igual _____ fuerte _____ débil _____ (especificar contrarresistencia, contra gravedad, etc).
- Reflejos osteotendinosos:
 Bicipital presente _____ ausente _____ especificar _____
 Rotuliano presente _____ ausente _____
 Aquiliano presente _____ ausente _____
 Otros _____ especificar _____
- Ausencia de miembro _____ total _____ parcial _____ (describir donde y tipo)
- Parálisis: si _____ no _____ (especificar lugar y magnitud) _____
- Lesiones en sitios de presión _____ (describir tipo y magnitud valorando desde occipucio hasta el talón de Aquiles).

8. Patrón de Sexualidad-Reproducción

- Integridad de genitales externos si _____ no _____ (especificar lesiones, episorrafias, circuncisión, fimosis, sangrados, características) _____
- Reflejo cremasteriano: si _____ no _____ no corresponde _____
- Mamas: forma _____ simetría _____ piel _____ prominencias _____ dolor _____ galactorrea _____

SECCIÓN III

DATOS OBJETIVOS DE FUENTES SECUNDARIAS

(En relación con patrones funcionales de salud)

1. Patrón Nutricional-Metabólico

- Resultados de exámenes de laboratorio
- Biometría hemática, química sanguínea, glucemia, otros (enlistar)

2. Patrón de Eliminación:

Intestinal (exámenes):

- Coproparasitoscopico, coprocultivo, guayaco, otros

Urinario (exámenes):

- General de orina, urocultivo, creatinina, urea, nitrógeno y electrolitos, entre otros.

3. Patrón de Actividad-Ejercicio

Exámenes

- Enzimas cardíacas, gases arteriales, pruebas de coagulación, otros (pruebas de esfuerzo, Glasgow, electrocardiogramas, pruebas de función pulmonar).

4. Resultados de estudios citológicos, patológicos y/o imagenología:

- Papanicolau, biopsias, exudados, rayos X, tomografía axial computarizada, ultrasonidos, etc. Se anotarán las interpretaciones que haya descrito el profesionista que lo realizó y/o quien firme el documento consultado.

Adaptado por: Lic. Enf. Martha L. Rendón Olgún
1997 (en validación)

Diseñado por: Carpenito, L.J., Marjory Gordon (1998)
Alfaro M. y Lic. Rodríguez V. y Galindo Cruz (1994)
UANL, Monterrey

M.A. Cabrera Aída. Notas didácticas Mimeo 1996.

ANEXO III

VISITA DOMICILIARIA

INFORME DE LA VISITA DOMICILIARIA

El día 16 de mayo de 2003 se contacta vía telefónica a la hija del Señor MAB para comentarle sobre la realización de una visita a su hogar, el día 17 de mayo de 2003 a las 11:00 hrs. Transportándonos en carro particular. A nuestra llegada el usuario se encontraba en su recámara rodeado por miembros de su familia, su rostro reflejaba tranquilidad y cierta alegría por nuestra llegada. Se inicia con una conversación agradable sobre su hogar, sobre los años en los que habitó esa casa, sobre su familia, etc.

Conforme transcurrían los minutos se fue incluyendo a la plática información sobre su estado de salud actual, comentando que lo visita constantemente el médico que le realizó la cirugía, para efectos de dar seguimiento a la evolución de su padecimiento. Permittiéndonos revisar el área de la intervención quirúrgica y llevar a cabo curación de la herida, la cual se observó con 30 puntos de sutura, limpia sin datos de infección aparente. Nos manifestó su inquietud por no saber para qué son los medicamentos que consume actualmente, de los cuales se le informó su acción:

- CIPROFLOXACINO 250 mg, dos cada 12 horas durante 15 días.
- CALCITONINA 100 u/l una cada tres días por un mes.
- CALCIO 500 mg efervescentes una cada 12 horas por 30 días.
- NIMESULIDA 100 mg una cada 12 horas.
- CALCITRIOL cápsulas 0.250 mcg cada 12 horas durante 30 días.
- ÁCIDO ASCÓRBICO un gr cada 12 horas durante 30 días.
- CURACIÓN DIARIA

Otro de los temas que se abordó en la visita domiciliar fue, como influye el ambiente familiar en su recuperación: "para mí es mucho mejor encontrarme aquí en mi casa, en compañía de mi familia y de mis nietos".

Así mismo observamos que la casa se encuentra limpia y en buenas condiciones, las ventanas se encuentran abiertas, se le recomienda cerrar las del área donde él está, para evitar de la manera posible la entrada de polvo.

Por último se trató un tema importante como es la alimentación, comenta que ya no acostumbra a comer tantos dulces y tomar café entre horas, sustituyendo estos por frutas, aumentando el número de ingestas de líquidos.

La zona en que se encuentra ubicada la vivienda es céntrica por lo cual se tiene acceso a varios medios de transporte urbano y carros particulares.

Así también cuentan con los servicios básicos, agua, electricidad y teléfono. Las calles por las cuales se localiza la vivienda están pavimentadas. Además de contar con el acceso a diferentes centros y tiendas comerciales.

ANEXO IV

TÉCNICA DE ASEO DE PRÓTESIS DENTAL

OBJETIVOS

- Eliminar las partículas de alimento y microorganismos de los dientes artificiales.
- Prevenir la infección de los tejidos orales.
- Mejorar la sensación de bienestar del usuario.

INTERVENCIÓN

Quitar la dentadura tomándola de la parte superior con una gasa por los dientes centrales con el pulgar y el índice, y se mueve la dentadura hacia arriba y hacia abajo ligeramente, se baja la dentadura superior, se saca de la boca y se procede a colocarla en un recipiente. Se levanta la dentadura inferior, ladeándola para el lado izquierdo para extraer la dentadura y se coloca en el recipiente con enjuague bucal. Para lavarla se coloca en el lavabo sobre un recipiente encima de una toallita para evitar daños a la dentadura en caso de caerse. Con un cepillo de cerdas rígidas se cepilla la dentadura con el agente limpiador y agua templada, ya que el agua caliente puede cambiar la forma de algunas piezas, se enjuaga y se pone en una toalla a sacar; se observa la dentadura por si hay zonas ásperas cortantes o desgastadas ya que puede irritar la lengua o las mucosas de la boca, los labios y las encías. Se inspecciona la boca para detectar enrojecimientos, zonas irritadas o manifestaciones de infección. Se valora el ajuste de las dentaduras y se le recomienda visitar al dentista al menos una vez al año. Se procede a proporcionar enjuague bucal y enjuagar boca hasta que esté libre de residuos, posteriormente se insertan las dentaduras.

ANEXO V

TÉCNICA DE MASAJE ABDOMINAL

El masaje abdominal puede utilizarse para estimular el peristaltismo y tratar el estreñimiento crónico en usuarios con discapacidades neuromusculares graves. Dado que estos usuarios presentan una disminución del tono muscular y un movimiento funcional o deambulacion mínimos. El masaje abdominal obvia la necesidad regular de supositorios y enemas, y es menos invasor. Puede ser realizado por un fisioterapeuta o por una enfermera. El procedimiento dura aproximadamente de 15 a 20 minutos. Se aplica masaje sobre el abdomen siguiendo la morfología del colon (ascendente, transversal y descendente).

Se recomienda realizarlo de 30 a 40 minutos después del desayuno a la misma hora y con movimientos suaves, diariamente hasta producir efecto deseado (realizar la defecación).