

VI. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

6.1 HISTORIA DE ENFERMERIA.

6.1.1 DATOS SOCIALES BASICOS

NOMBRE: J.V.R.
EDAD: 43 años
SEXO: Masculino
NACIONALIDAD: Mexicana
ESCOLARIDAD: Primaria
ESTADO CIVIL: Casado
RELIGION: Católica
DOMICILIO ACTUAL: c. Colinas de Guaymas No.77 "A"
Guaymas, Sonora.
LUGAR DE PROCEDENCIA: Guaymas, Sonora.
AGRUPACIONES A LAS QUE PERTENECE: Ninguna
PREFERENCIAS PERSONALES: Ver televisión y cocinar

6.1.2 DATOS FISIOLOGICOS BASICOS.

PESO: Anterior 104 Kgs. Actual 50 Kgs.

ESTÁTURA: 1.70 mts.

AUDICION: Anteriormente al inicio del padecimiento, su audición era normal, pero aproximadamente hace una semana refiere el paciente que con el oído izquierdo escucha con dificultad en ocasiones.

VISION: Con agudeza visual normal, lee sin dificultad sólo que despacio y distingue los colores a lo lejos.

OLFATO: Sabe distinguir los olores.

LENGUAJE: Al inicio de su padecimiento su lenguaje era normal, pero al acentuarse ha tenido dificultad para hablar y se expresa en ocasiones de manera intelectable.

CAPACIDAD PARA MOVILIZACION: Deambula con cansancio, fatiga, debilidad, dolor a la movilización y con ayuda de un familiar.

MANO DOMINANTE: Utiliza con mayor frecuencia la mano derecha ya que la izquierda ha perdido fuerza y destreza, menor movilidad.

ELIMINACION RENAL: No micciona normalmente ya que en ocasiones presenta disuria, oliguria y hematuria.

ELIMINACION INTESTINAL: No evacúa normalmente, ya tiene ciertos días que repentinamente presenta evacuaciones líquidas fétidas, melénicas hasta ocho veces al día en pocas cantidades.

REPOSO Y SUEÑO: Padece insomnio y duerme a intervalos.

6.1.3 FORMAS ORDINARIAS DE VIDA COTIDIANA.

HIGIENE PERSONAL: Presenta buenas condiciones de higiene, se baña diariamente, lo cambian de ropa por razón necesaria, lavado de dientes después de cada comida, lavado de manos las veces que sean necesarias, le cortan las uñas cada semana y es rasurado diariamente.

ALIMENTACION: Consume verduras, frutas y todo tipo de alimentos, ya que el paciente debido a lo acelerado de su padecimiento tiene una dieta a complasencia.

RECREACION: Actualmente no realiza ninguna actividad ya que se hospitaliza constantemente, y lo único que hace es ver televisión en ocasiones, ya sea en su domicilio o en el hospital. Tiene la visita frecuente de sus familiares y amigos.

TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO: Por veinte años positivo, dos cervezas al dia, actualmente no.

6.1.4 ESTUDIO DE SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA.

GENERALIDADES DE LA COLONIA EN QUE VIVE.

UBICACION: Se ubica al Norte de Guaymas, colindando al Norte con la colonia Mar de Cortéz, al Sur con la colonia San Vicente, al Este con la colonia Popular y al Oeste con la colonia Golfo de California. Cuenta con servicios como; alumbrado público, pavimentación, drenaje, teléfono público, luz eléctrica y cablevisión.

TIPO DE VIVIENDA: Duplex.

CONSTRUCCION: Está construida a base de blocks y cemento, tiene cinco habitaciones; dos recámaras, una estancia, sala, cocina y baño.

VENTILACION: Cuenta con seis ventanas, cinco puertas, tres abanicos y un aparato de aire acondicionado.

ILUMINACION: Luz eléctrica e iluminación natural.

ABASTECIMIENTO DE AGUA: Llave intradomiciliaria.

DISPOSICION Y ELIMINACION DE DESECHOS: La vivienda cuenta con drenaje y carros colectores de basura.

FAUNA NOSCIVA Y ANIMALES DOMESTICOS: En la vivienda hay cucarachas y moscas.

ORGANIZACION FAMILIAR.

AUTORIDAD FAMILIAR: El padre.

NUMERO DE MIEMBROS QUE CONVIVEN CON EL PACIENTE.

PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCCUPACION	EDO.CIVIL
Esposa	31 años	Primaria	Hogar	Casada
Ira. Hija	15 años	2do.Sec.	Estudiante	Soltera
2da. Hija	10 años	4to.Prim.	Estudiante	Soltera

INTERRELACIONES FAMILIARES Y COMUNALES: La relación con la familia es buena, solo que el paciente en ocasiones se comporta en mal estado en general, agresivo, neurótico, debido a su enfermedad. Con los vecinos es antisocial, neurótico y agresivo.

SITUACION ECONOMICA: El ingreso mensual es de N\$1,000.00

DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS

Alimentación:	N\$600.00	Vestido:	N\$ 68.00
Educación:	N\$ 50.00	Recreación:	N\$100.00
Teléfono:	N\$ 50.00	Cablevisión:	N\$ 54.00
Luz:	N\$ 40.00	Agua:	N\$ 38.00
Otros ingresos:	N\$ 50.00		

6.1.5 ANTECEDENTES.

6.1.6 HEREDITARIOS Y FAMILIARES: Enfermedades crónico degenerativas de los familiares más cercanos; padre, niega datos de antecedentes de esta enfermedad, madre hipertensa, esposa, Gastritis Crónica e Hipotensión Arterial en ocasiones, hija mayor, Traumatismo de pie derecho hace diez años. Abuelos paternos y maternos niegan antecedentes patológicos.

PROTECCION ESPECIFICA: Cuenta con esquema completo de inmunizaciones de la infancia.

VIDA SEXUAL: Inicia a los 15 años.

ALTERACIONES DE LA VIDA SEXUAL: Actualmente desde el inicio de su enfermedad no tiene vida sexual activa.

6.1.7 PERSONALES PATOLOGICOS.

6.1.8 ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO: Tosferina, varicela, sarampión, paperas, gastritis, úlcera gástrica y la actual Cáncer Gástrico.

6.1.9 HOSPITALIZACIONES ANTERIORES.

En el año de 1974 se hospitalizó en seis ocasiones por presentar perforación de úlcera gástrica, y actualmente cuatro veces por Cáncer Gástrico en Cd. Obregón, Son. en una ocasión.

6.1.10 TRATAMIENTO RECIBIDO.

6.1.11 TRATAMIENTOS RECIBIDOS Y RESPUESTA A LOS MISMOS.

En las primeras hospitalizaciones por úlcera gástrica perforada, fué a base de transfusiones, sanguíneas, soluciones parenterales, lavados con agua helada por sonda nasogástrica y gel de hidróxido de Aluminio y Magnesio además de otros medicamentos y su curación fué total al paso de veinte años.

6.1.12 PERCEPCION DEL PACIENTE ACERCA DE SU ENFERMEDAD.

El paciente conoce su padecimiento actual, está informado acerca de su enfermedad, él es cooperativo con su tratamiento actual, pero en ocasiones debido al malestar general que siente se comporta quejumbroso, inquieto, agresivo, neurasténico y en ocasiones no es sociable.

DESCRIPCION DEL PACIENTE Y SU TRATAMIENTO.

Inició su padecimiento el 9 de Agosto de 1994, se efectuó una laparatomía exploradora en el Hospital General de Zona No4 y se diagnosticó Cáncer Gástrico con metástasis en otros órganos, se envió a Oncología al Centro Médico Nacional de Cd. Obregón, Son. donde se reafirmó su diagnóstico y se decidió que no era candidato para quimioterapia ni radiaciones.

Reingresó el 4 de Marzo de 1995 nuevamente con los siguientes signos y síntomas: Anemia severa, palidez generalizada, náuseas y vómitos, edema de miembros inferiores, principalmente dolor abdominal intenso, mareos, cefalea así como hematémesis y melenas, fatiga, cansancio, hipotensión arterial.

Su tratamiento actual se ha transfundido en seis ocasiones desde el 4 de Marzo hasta el 23 de Marzo, así como soluciones parenterales, Buprenorfina 1 amp. IM PRN, Dextropopoxifeno 2 tab. v.o. cada seis horas., Ranitidina 1 amp. cada 6 Hrs., Cefatoxima 1 gr. IV cada 6 Hrs. y solución glucosada al 5%, más una ampolla de Dopamina a 10 microgotas por minuto.

La respuesta del paciente al tratamiento no es buena, ya que debido al estado avanzado de su padecimiento, su evolución no es favorable, por lo tanto se espera un desenlace final para su vida ya que hasta el momento aún está hospitalizado.

6.1.13 DESCRIPCION DEL PACIENTE CEFALOCAUDAL.

ASPECTOS GENERALES

Paciente masculino de 43 años de edad, consciente, con palidez generalizada, ojeroso y de complexión delgada, con notable alteración nutricional y con dificultad a la movilización, con piel reseca y áspera, distensión abdominal y con dolor a la palpación, en buenas condiciones de higiene, refiere tener insomnio (no dormir bien durante las 24. Hrs), así como alteración emocional.

SIGNOS VITALES: Temperatura 36.8 grados centígrados, pulso 84 por minuto, respiración 20 por minuto, presión arterial 110/70.

PESO ACTUAL: 50 Kgs, talla 1.70 mts., perímetro cefálico 54 cm. perímetro abdominal 68 cm., perímetro torácico 68 cm.

CABEZA: Tamaño normal, simétrica, sin cicatrices, lunares ni malformaciones.

CARA: No presenta edema, lunares, cicatrices ni lesión alguna, solo hace movimientos exagerados al hablar.

CUERO CABELLUDO: No hay presencia de pediculosis, cicatrices, solo ceborrea.

CABELLO: Color negro, en buena cantidad bien distribuido con brillo regular y textura delgada.

CEJAS: Simétricas, negras y bien pobladas.

OJOS: Simétricos, iris, pupilas y cristalino sin enrojecimiento ni datos de infección, ni lesiones, no utiliza lentes.

PARPADOS: Pálidos, sin edema ni lesiones, no presenta ninguna alteración.

OÍDOS: Con oído derecho con buena agudeza para la audición, sin dolor, zumbidos y hay sensibilidad a los ruidos; oído izquierdo con agudeza auditiva regular y poca sensibilidad a los ruidos.

OÍDO EXTERNO: Lóbulo, pabellón, conducto auditivo, no se observan lesiones, secreciones, ni dolor alguno.

NARIZ: Tamaño normal, percibe los olores sin dificultad, simétrica, sin enrojecimiento ni deformidades, refiere no tener alergias.

MUCOSA NASAL: Coloración pálida sin edema, exudados, ni hemorragias, no presenta enrojecimiento, sin dolor y con poca vellosidad.

BOCA Y GARGANTA: Boca simétrica de coloración pálida, con halitosis, y debilidad para masticar y moler sus alimentos así como alteración del sentido del gusto, con dificultad para hablar, a veces es inteligible.

LABIOS: Color pálidos, simétricos, mal hidratados, secos sin lesiones, costras, grietas ni inflamación o infección alguna.

ENCIAS: Color pálido sin edema, hemorragia y no presenta dolor.

DIENTES: Conserva su dentadura completa, solo presenta caries en cuatro molares, dos superiores y dos inferiores.

LENGUA: Tamaño normal, pálida, sin dolor, mal hidratada, no presenta lesiones, úlceras o algún tipo de infección.

GARGANTA: Con leve enrojecimiento, con poco ardor y dolor al deglutar sus alimentos, no refiere tos ni se observan secreciones.

VOZ: Débil.

CUELLO: Con movimientos normales, sin dolor, no presenta rigidez, masas, tumoraciones, solo flacidez, ni cicatriz alguna.

TRAQUEA: No presenta dolor a la palpitación, ni observa desviación alguna.

BAZOS: Pulso carotídeo ritmico, sin ingurgitaciones presentes.

GANGLIOS LINFATICOS: Sin adenomegalias presentes.

TORAX: Simétrico, tamaño pequeño y delgado, no presenta deformidades, cicatrices, ni lesión alguna, solo sensibilidad y dolor a la palpación.

PIEL: Falidez generalizada, áspera, flácida, sin erupciones, cicatrices, presenta edema y con poco vello.

MAMAS: Simétricas, pálidas, sin inflamación, cicatrices, masas o tumoraciones.

PEZON: Simétricos, color café, no presenta dolor, ulceraciones, ni secreción alguna.

AXILAS: Con presencia de vello, sin ganglios, ni erupciones, no presenta inflamación ni dolor.

PULMONES: Buena ventilación y ritmo con una frecuencia respiratoria de 20 por minuto.

CORAZON: Rítmico con buena intensidad con frecuencia cardíaca de 84 por minuto.

ABDOMEN: Asimétrico, pálido con distensión abdominal, flácido, con cicatriz debido a una intervención quirúrgica, con sensibilidad y dolor a la palpación.

RUIDOS: Peristalsis intestinal aumentada.

ELIMINACION INTESTINAL: Cantidad abundante en ocasiones de color café, olor fétido con sedimentos, acompañado en ocasiones de disuria, oliguria, hematuria.

APARATO GENITAL MASCULINO: Se omite la exploración.

ANO: Se omite la exploración.

EXTREMIDADES: Simétricas con dificultad a la movilización, pies fríos, pálidos, con edema, con cicatriz en primer ortejo, debilidad muscular y en ocasiones presenta calambres, no presenta ulceraciones ni deformidad alguna. En miembros superiores se encuentra con buena temperatura, color pálido, sin edema, cicatrices, erupciones, ni ulceraciones.

ARTICULACIONES: Simétricas, de movilidad activa y pasiva, sensibilidad a la palpación y dolor al movilizarlo, sin deformidades.

VASOS: Sin presencia de varices, pulsos periféricos normales.

ESPALDA: Presenta dolor leve a la palpación, sin enrojecimiento, lesiones y anomalías de la columna.

6.1.14 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Paciente masculino de 43 años de edad en el cual en Agosto de 1994 se le detectó Cáncer Gástrico, se le detectaron los siguientes problemas:

1.- Alteración en el bienestar a causa del dolor relacionado con la presencia de masa tumoral.

2.- Alteración de la Nutrición por presencia de Hematemesis relacionada con sangrado y obstrucción pilórica.

3.- Presencia de evacuaciones melénicas relacionadas con Cáncer Gástrico.

4.- Alteración de la Nutrición debido a náuseas y vómitos.

5.- Presencia de estrés con relación al dolor de cabeza.

6.- Patrones ineficaces a causa de fatiga y cansancio por intolerancia a la actividad.

7.- Alteraciones en la pérdida de peso a causa de náuseas, vómitos, anorexia.

8.- Alteración en el estado emocional del paciente relacionado a su enfermedad de Cáncer Gástrico.

9.- Aislamiento social relacionado a juicios erróneos.

6.1.15 PLAN DE ATENCION.

Nombre: J.V.R.
Sexo: Masculino
Edad: 43 años
Servicio: Medicina Interna
Diagnóstico: Cáncer Gástrico
Fecha: 8 de Marzo de 1995

FUNDAMENTO DEL PROBLEMA REAL Y POTENCIAL

PROBLEMA REAL: Alteración en el bienestar a causa del dolor relacionado con la presencia de masa tumoral.

PROBLEMA POTENCIAL: Shock Neurogénico.

OBJETIVO: Prevenir oportunamente los episodios del dolor lo mas pronto posible.

ACCIONES DE ENFERMERIA

1.- Identificar la experiencia dolorosa observando manifestaciones fisiológicas y expresiones verbales.

2.- Aplicación de analgésico, Nubain, 1 ampolla cada 6 Hrs. intramuscular o intravenosa por razón necesaria por indicación médica.

3.- Recurrir a una sedación si es necesario, si no disminuye el dolor.

4.- Proporcionar cambios frecuentes de posición para disminuir el dolor.

5.- Proporcionar apoyo emocional si el paciente está consciente, darle confianza de que su dolor disminuirá.

6.- Proporcionar xifón al paciente para que efectúe ejercicios respiratorios.

EJECUCION Y/O DELEGACION: Enfermera general o auxiliar de enfermería.

EVALUACION: El alivio al dolor es de un 70% ya que el efecto de los analgésicos no logra evitar el dolor totalmente por estar en un estado avanzado de su padecimiento.

PROBLEMA REAL: Alteración de la nutrición por presencia de hematemesis relacionado con sangrado digestivo y obstrucción pilórica.

PROBLEMA POTENCIAL: Hipovolemia debido a una desequilibrio hidroeléctrico y ácido básico.

OBJETIVO:

Disminuir el sangrado al máximo.

Evitar un desequilibrio hidroeléctrico.

Evitar estado de shock hipovolémico.

ACCIONES DE ENFERMERIA

1.- Proporcionar una vasija (Riñón) para el vómito.

2.- Colocar al paciente en una posición adecuada (posición semifowler) para favorecer el drenaje postural.

3.- Observar el contenido del vómito y sus características.

4.- Toma de signos vitales frecuentemente.

5.- Administrar Difenidol 1 amp. intramuscular cada 8 Hrs.

6.- Administración de vitamina K 10 mg. intramuscular.

7.- Administración de soluciones Hartmann y fisiológica para 6 Hrs. o para 8 Hrs. por vía parenteral.

8.- Puncionar una vía intravenosa para administrar una hemotransfusión, así como preparación del paciente para la misma.

9.- Cambio de ropa al paciente así como la ropa de cama las veces que sea necesario.

10.- Colocar sonda nasogástrica para efectuar lavados con agua fría para disminuir el sangrado.

11.- Efectuar control de líquidos diario.

12.- Ayudar al paciente a efectuar lavados bucales.

13.- Hacer que el paciente ingiera trocitos de hielo para disminuir la ansiedad y sed.

14.- Proporcionar orientación al familiar y al paciente sobre que tipo de alimentación debe ingerir.

EJECUCION Y/O DELEGACION: Auxiliar de Enfermería y enfermera general.

EVALUACION: Debido al estado físico y nutricional del paciente, no se logró evitar la anemia totalmente, solo que el paciente estuviera bien hidratado.

PROBLEMA REAL: Presencia de evacuaciones melénicas relacionadas con Cáncer Gástrico.

PROBLEMA POTENCIAL: Anemia severa.

OBJETIVO: Evitar una anemia severa, Evitar un desequilibrio hidroelectrolítico.

ACCIONES DE ENFERMERIA

1.- Proporcionar el cómodo al paciente las veces que sea necesario.

2.- Observar el contenido y características de las evacuaciones.

3.- Efectuar cambio de ropas al paciente así como de su cama si es necesario.

4.- Hacer la reposición de sangre si está indicada.

5.- Brindarle confianza y apoyo emocional al paciente.

6.- Preparación del paciente para transfundirse, puncionar una vía intravenosa para administrar hemotransfusión

7.- Llevar hoja de enfermería de control de líquidos

EJECUCION Y/O DELEGACION: Enfermera General y auxiliar de enfermería.

EVALUACION: Se logra mantener limpio y cómodo al paciente, se evita en un 80% que el paciente no continúe con evacuaciones melénicas en periodos cortos.

PROBLEMA REAL: Alteración de la nutrición debido a náuseas y vómitos.

PROBLEMA POTENCIAL: DHE (Deshidratación).

OBJETIVO: "Prevenir" oportunamente los episodios de náuseas y vómitos, evitar el desequilibrio hidroelectrolítico.

ACCIONES DE ENFERMERIA

- 1.- Brindar vasija (Riñón) al paciente.
- 2.- Cambios frecuentes de ropa de cama así como del paciente.
- 3.- Toma de signos vitales frecuentemente o cada 4 Hrs.
- 4.- Aplicación de sonda nasogástrica si es necesario si continúa con el vómito.
- 5.- Administración de Antihemético por vía intramuscular o intravenosa.
- 6.- Administración de soluciones fisiológicas y Hartmann cada 6 o cada 8 Hrs.
- 7.- Cuidados bucales, después del vómito así como lavado de dientes con pasta dental.
- 8.- Proporcionarle trocitos de hielo para evitar las náuseas.
- 9.- Favorecer la ingesta de líquidos en su dieta para evitar la deshidratación y ayudar a fluidificar secreciones.
- 10.- Pedirle al paciente que coma raciones pequeñas de alimentos.
- 11.- Control de líquidos estricto.

EJECUCION Y/O DELEGACION: Auxiliar de enfermería y enfermera general.

EVALUACION: Se evita el vómito en un 80% ya que el paciente continúa presentandolos cada tercer día en periodos cortos y a intervalos.

PROBLEMA REAL: Presencia de estrés con relación al dolor de cabeza.

PROBLEMA POTENCIAL: Hipotensión Arterial, angustia e irritabilidad.

OBJETIVO: Disminuir el dolor en toda su totalidad, brindar confianza, apoyo emocional así como espiritual.

ACCIONES DE ENFERMERIA

- 1.- Toma de tensión arterial.
- 2.- Administración de analgésico. Dipirona 2 gr. cada 6 Hrs. o por razón necesaria.
- 3.- Aplicación de compresas húmedas en la frente.
- 4.- Proporcionarle un ambiente agradable evitando el ruido y la iluminación.

EJECUCION Y/O DELEGACION: Auxiliar de enfermería y enfermera general.

EVALUACION: Desaparece cefalea por completo a intervalos largos.

PROBLEMA REAL: Patrones ineficaces a causa de fatiga y cansancio por intolerancia a la actividad.

PROBLEMA POTENCIAL: Incremento de disnea, temor a la deambulación.

OBJETIVO: Disminuir la ansiedad y evitar la disnea.

ACCIONES DE ENFERMERIA

- 1.- Mantener una ventilación adecuada.
- 2.- Mantenerlo en posición semifowler.
- 3.- Administración de oxígeno nasal 3 lts. por min.
- 4.- Mantenerlo cómodo y con ropa holgada.
- 5.- Dar seguridad al paciente y explicarle acerca de su enfermedad con palabras claras y sencillas.
- 6.- Verificar su seguridad y dejarlo tranquilo.

EJECUCION Y/O DELEGACION: Enfermera general auxiliar de enfermería y médico.

EVALUACION: Disminuye un 50% debido al mal estado general del paciente.

PROBLEMA REAL: Alteración en la pérdida de peso a causa de náuseas, vómitos y anorexia.

PROBLEMA POTENCIAL: Desnutrición.

OBJETIVO: Recobrar gradualmente su apetito y mantener en equilibrio el peso corporal.

ACCIONES DE ENFERMERIA

- 1.- Tomar peso diario al paciente usando la misma báscula.
- 2.- Investigar cuales son los alimentos que le gustan y cuales no.
- 3.- Fomentar que los familiares le traigan alimento de su casa en caso de que lo permitan.

4.- Dar buena presentación a sus alimentos para que le estimule a su ingesta.

5.- Protegerlo y asistirlo en los horarios de sus alimentos.

6.- Ofrecer trocitos de hielo para disminuir la náusea y el vómito.

7.- En caso de no aceptar alimentos, administrar alimentación parenteral si el estado físico del paciente lo permite.

EJECUCION Y/O DELEGACION: Auxiliar de enfermería, enfermera general, familiar participativo y dietista.

EVALUACION: No se logra debido a su estado patológico avanzado.

PROBLEMA REAL: Alteración en el estado emocional del paciente relacionado a su enfermedad de Cáncer Gástrico.

PROBLEMA POTENCIAL: Aumento de estrés.

OBJETIVO: El paciente y la familia aceptarán el diagnóstico y colaborarán de manera positiva en el tratamiento.

ACCIONES DE ENFERMERIA

1.- Mostrar confianza al paciente desde el momento de su ingreso, explicar el funcionamiento del Área.

2.- Escuchar con atención al paciente de lo que nos diga y demostrarle de que le creemos y deseamos ayudarlo y el

tratamiento y funciones que usted como enfermera y su médico desempeña para salir adelante.

3.- No hacer comentarios enfrente del paciente.

4.- Ayudar al paciente y a su familia a controlar sus temores y suprimir los mitos.

EJECUCION Y/O DELEGACION: Enfermera general y auxiliar de enfermería.

EVALUACION: Este no se logra ya que el paciente tiene conocimiento de su padecimiento y que su pronóstico es fatal para la vida.

PROBLEMA REAL: Aislamiento social relacionado a juicios erróneos.

PROBLEMA POTENCIAL: Segregación permanente.

OBJETIVO: El paciente comprenderá el padecimiento y disminuirá la sensación de aislamiento.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

1.- Tratar que el paciente nos diga lo que sabe de su enfermedad, esto dependerá de varios factores, étnicos, religiosos culturales de personalidad e interpretación del diagnóstico.

2.- Explicarle por qué sus amigos y familiares se han alejado.

3.- Evitar que el paciente se aísle ya que es posible que piense que los demás lo rechazan.

4.- Permitir visitas de amigos y familiares en su casa como en el Área hospitalaria.

5.- Informar a los familiares y amigos de no hacer comentarios negativos enfrente del paciente.

EJECUCION Y/O DELEGACION: Auxiliar de enfermeria y enfermera general, familiares y amigos.

EVALUACION: Esta se logra en un 70% ya que en ocasiones lo visitan amigos y familiares tanto en el área hospitalaria como en su domicilio.

6.1.16 RESUMEN DE LA EVOLUCION DEL PACIENTE.

El paciente inicia su enfermedad el dia 9 de Agosto de 1994, el cual presenta los siguientes signos y sintomas: Eructos, vómito, mareos, fiebre, pérdida de peso, palidez generalizada y anemia severa. Se internó en el Hospital General de Zona No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Guaymas, Sonora; donde se le efectuaron diferentes estudios, y se procedió a efectuarse una operación llamada laparatomía exploradora, con la cual se le diagnosticó Cáncer Gástrico, se envió al paciente al Centro Médico del Noroeste de Cd. Obregon Sonora, donde se corroboró su diagnóstico y se valoró que no era candidato a tratamiento de quimioterapia ni radiaciones, ya que su padecimiento estaba muy avanzado. Reingresó al Hospital General de Zona No.4 de Guaymas Sonora el 4 de Marzo de 1995, donde se tomó como paciente para realizarse el presente trabajo, se dió de alta dos días y volvió a ingresar al hospital el 7 de Marzo del mismo año, con anemia severa, quejumbroso, intranquilo, con dolor abdominal intenso, palidez generalizada, hematemesis, evacuaciones melénicas, en mal estado por desnutrición, edema de miembros inferiores, así como fatiga cansancio y debilidad.

Continuó con mal evolución a partir del 27 de Marzo de 1995, presentando dolor intenso en abdomen, hematemesis, evacuaciones melénicas, hipotensión arterial, edema generalizado y presentando signos de insuficiencia respiratoria, perdió su estado de conciencia hasta llegar a la muerte el iro. de Abril de 1995.

6.1.17 RESUMEN DE LA VISITA AL HOGAR DEL PACIENTE.

Se efectúa visita domiciliaria el dia 5 de Marzo de 1995 al paciente masculino de 43 años de edad con diagnóstico de Cáncer Gástrico, encontrándose en su hogar en buenas condiciones higiénicas generales, buena iluminación, ventilación, en un medio ambiente favorable.

Al observar al paciente éste se encontró en buenas condiciones higiénicas, consciente, quejumbroso, inquieto, con dolor en abdomen pero coopera con el interrogatorio, hay palidez generalizada, cansancio, agotamiento y desnutrición.

En su casa habitación se cuenta con todos los servicios como: Agua intradomiciliaria, luz eléctrica, cablevisión, teléfono, drenaje, recolección de basura.

A la recolección de datos sobre el paciente tuvimos cooperación por parte de los familiares, nos dimos cuenta que llevan buenas relaciones interpersonales. Cabe mencionar que el paciente es dado de alta durante dos días donde se efectuó la visita domiciliaria, reingresando de nuevo al hospital, falleciendo posteriormente.