



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**Aplicado a una Persona Adulta Mayor con Alteración en la Necesidad de
Nutrición e Hidratación con el Modelo de Virginia Henderson.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en enfermería

PRESENTA:

Correa Mora Janet

Número de cuenta: 410136959

DIRECTORA DEL TRABAJO:

M. E. María Aurora García Piña



MEXICO D.F, FEBRERO 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Para la realización de este proceso de titulación en Licenciatura de Enfermería agradezco el apoyo especial a:

Dios por la vida que me ha brindado.

Mi **familia** por la fortaleza, entereza y guía de superación que han dado a mi vida.

La asistencia tutorial de la profesora **Aurora García Piña**.

Las instituciones e instalaciones de la **Fes Zaragoza, ENEO, HECMNR, HGR # 25** por las consultas bibliográficas, comentarios y observaciones que aportaron en la realización de este proyecto.

Finalmente deseo manifestar mi agradecimiento a la señora **N.H.H** por su participación y colaboración en conjunto con su **familia**; por la entereza, cuidados, responsabilidad y compromiso al aceptar ser parte de este proceso.

A todos ustedes **GRACIAS** por permitirme aprender y seguir creciendo dentro de esta profesión con responsabilidad, calidad humana y ética.

ÍNDICE

	Página
I. Introducción.....	5
II. Justificación.....	8
III. Objetivos.....	9
3.1 Objetivo General	
3.2 Objetivos Específicos	
IV. Metodología.....	10
V. Marco teórico	
5.1 Antecedentes históricos de enfermería.....	13
5.2 Definición de enfermería.....	16
5.3 Teorías y modelos de enfermería.....	17
5.4 Definición y etapas del proceso.....	21
5.5 Conceptos y definiciones de Virginia Henderson.....	24
5.6 Etapa del adulto.....	26
VI. Desarrollo del proceso	
6.1 Caso clínico.....	29
6.2 Valoración de necesidades.....	34

6.3 Conclusión Diagnóstica.....	42
6.4 Plan de cuidados.....	46
VII. Conclusiones.....	88
VIII. Sugerencias.....	90
IX. Bibliografía.....	92
X. Anexos.....	96
1. Instrumento metodológico	
2. Cáncer de vejiga	
3. Escala de Glasgow	
4. Escala de BRADEN	
5. Escala visual analógica (EVA)	
6. Escala de BARTHEL	
7. Localización de la piel lesionada	
8. Valoración del edema con fóvea	
9. Ejercicios respiratorios	
10. Ejercicios en miembros superiores	
11. Ejercicios en miembros inferiores.	

I. INTRODUCCIÓN

Se han identificado cerca de cien tipos diferentes de cáncer, este da comienzo con la reproducción de células anormales que invaden los tejidos sanos del cuerpo, llegando a formar tumores. Siendo que el cáncer de vejiga es el tumor maligno más común del tracto genitourinario, representando el 10% en varones y el 4% en mujeres, la incidencia de padecer este tipo de neoplasias aumenta a partir de los 60 años de edad con etiología multifactorial, su clasificación se encuentra en tres tipos; el carcinoma de células transicionales, carcinoma escamoso y adenocarcinomas; el tratamiento va depender del agente causal y estadio en que se encuentre la persona (en el apartado de anexos se hablara más sobre esta patología).

Pero si bien la importancia y el actuar de la enfermera no es solo el conocimiento de dicha patología si no el pilar fundamental de nuestra profesión es el cuidado holístico, humano y desinteresado que se brinda en la satisfacciones de las necesidades alteradas de la persona y para ello es necesario conocer y llevar a cabo un método que guie en la planeación de las intervenciones de enfermería para brindar el cuidado, es entonces que abordaremos lo que es el proceso de enfermería.

Para la realización de este trabajo se ha elegido a una persona ostomizada del servicio de urología con alteración en la necesidad de nutrición e hidratación aunado a que presenta herida quirúrgica dehiscente, intervenida por una cistectomía radical como tratamiento del cáncer de vejiga; en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza (HECMNR), además de ello se a considerando la escasa información que se la ha brindado en el tratamiento para su autocuidado, enseñanza en el manejo y cambio de su estilo de vida, es así que

se da comienzo con la realización de este proceso de enfermería; que por cuestiones éticas se nombrara con las iniciales N.H.H.

El proyecto se encuentra organizado por un marco teórico, en este se explican los antecedentes históricos que han dado lugar a la trayectoria de enfermería; así como la definición de la disciplina, teorías y modelos que guían a la comprensión del cuidado basados en un metaparadigma; definiciones y etapas del proceso considerado como un método sistemático para proporcionar cuidados, empleando el lenguaje estandarizado; conceptos y definiciones de Virginia Henderson siendo el modelo de elección para este Proceso de Enfermería aplicado a una persona adulto mayor, conociendo e identificando los cambios biológicos, psicológicos y sociales en que se encuentra inmersa la persona.

En un segundo momento se describe la metodología que se ha desarrollado para llevar acabo dicho proceso, integrando las cinco etapas del proceso de enfermería y la realización de cada una de ellas, explicando con ello el material, equipo y tiempo utilizado; en la recolección para su posterior análisis y estructuración, con la finalidad de detectar las necesidades con mayor dependencia.

El caso clínico refiere a mujer de 71^a de edad, alerta, procedente del Estado de México, jubilada, hipertensa, con lesión en la mucosa oral, presentado placas blanquecinas, ulceración en lengua, edema gingival refiere dolor y ardor a la masticación y deglución; disnea de esfuerzo; post operada de cistectomía radical el (05-09-13), realizando urostomía, penrose izquierdo y derecho, presenta herida quirúrgica dehiscente (07-09-13); lesión dérmica periostomal, periferia de la herida dehiscente y sitios inguinales; edema ++ generalizado, no presenta problemas a la evacuación más sin embargo la peristalsis se encuentra disminuida. La señora N.H.H refiere sentirse incomoda y ser una carga para el personal y sus familiares, tiene miedo en el pronóstico a su rehabilitación e incertidumbre en su cambio de vida.

Se continua con plan de cuidados donde se anexa la evaluación diagnostica de cada objetivo planeado, evaluando los logros y grado de independencia que se obtuvo, así como el estancamiento, retroceso y limitación en el que aún se encuentra la persona, esto realizando la práctica durante un lapso de tiempo aproximado de cuatro meses.

Concluyendo que el proceso y los objetivos planteados fueron cubiertos en su totalidad, obteniendo resultados satisfactorios, logrando su independencia en algunas necesidades; en otras parcialmente dependiente; y por último continua aun con dependencia en la necesidad de eliminación, higiene y protección de la piel, necesidad de trabajo y realizarse. Debido al protocolo de tratamiento.

Por lo que se recomienda y sugiere a la persona y familiar continué con las actividades y acciones planteadas aun durante el proceso de tratamiento para no encontrar un retroceso en las necesidades que se han logrado satisfacer al cien por ciento.

Recabando la información bibliográfica en las instalaciones del HECMNR, HGR No 25, Fez Zaragoza y ENEO.

Por otra parte se redacta un apartado de anexos donde se encontrará el instrumento de valoración que se tomó como guía para la valoración de este proceso, bajo el modelo de Virginia Henderson, así como también las diferentes escalas que se tomaron como medida de valoración para la exploración física de la persona, una imagen realizando el marcaje de la piel lesionada y dehiscencia de herida quirúrgica y por último ejercicios y actividades que lograron restablecer algunas necesidades con dependencia.

II. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo se estructura con la finalidad de dar seguimiento al protocolo de titulación en la licenciatura de enfermería, para ello se ha optado por la realización de un proceso de enfermería en la práctica hospitalaria dentro del campo laboral del HECMNR del servicio de urología donde se ha observado que la mayoría de estos pacientes cursan por algún tipo de estoma como parte y medida para su tratamiento, pero indagando en ellos se identificó solo a una persona que a pesar de tener un estoma presenta dehiscencia de herida quirúrgica, aunado a la escasa información que se le ha proporcionado para su cuidado.

Es por ello que se elige la realización de este proceso atención de enfermería, con la finalidad de brindar atención, cuidados, enseñanza y conocimientos que orienten a su cuidado y satisfacción de las necesidades con dependencia, buscando el logro de su independencia total o parcial.

Apoyándome en un conjunto metodológico que marca la guía de inicio para la realización de este proceso, iniciando con el modelo de Virginia Henderson como base de conocimiento para la recolección de datos, valorando las 14 necesidades.

Ya que el actuar de la enfermera ha evolucionado en una profesionalización autónoma e independiente ejerciendo sus cuidados en base a las alteraciones detectadas en el ser humano, pero también se ha encargado de enfatizar en los cuidados que darán satisfacción en las necesidades con dependencia.

Este trabajo permitirá sustentar el examen profesional y obtener el título de Licenciada en Enfermería.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Estructurar un proceso atención de enfermería en base al modelo de Virginia Henderson en una persona adulta mayor con alteración en la necesidad de nutrición e hidratación con la finalidad de ser una guía en la práctica del cuidado dentro del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar la(s) necesidades con dependencia en base al modelo de Virginia Henderson.
- Formular los Diagnósticos de enfermería en base a la NANDA.
- Elaborar un plan de cuidados con las necesidades alteradas y que se encuentren con dependencia, utilizando la taxonomía NOC y NIC.
- Ejecutar el plan de cuidados, y
- Evaluar el progreso, estancamiento o cambio de la necesidad alterada.

IV. METODOLOGÍA

El comienzo de este trabajo se realizó a partir del 27 de agosto 2013, en las instalaciones de la ENEO para conocer los lineamientos del proceso, conociendo el contenido de dicha normativa se da inicio con la búsqueda de la persona a elegir dentro del HECMNR del servicio de urología 3-A.

La estructuración de este proceso es desarrollado bajo el modelo de Virginia Henderson eligiendo a una persona adulta mayor post operada de cistectomía radical en el HECMNR, piso de urología 3-A cama 304, con base a las cinco etapas del proceso de enfermería:

La Valoración se inicia el 14 de septiembre 2013, comenzando con la recolección de datos en base a la entrevista directa con la persona, familiares y amigos; uso del instrumento metodológico (ver anexo 1), para la atención de enfermería (Modelo de Virginia Henderson), e indirecta en el uso de expediente clínico así como también la observación directa y exploración física mediante los métodos de inspección, palpación, percusión, auscultación y medición.

Utilizando material y equipo para la valoración de oxigenación estetoscopio, reloj, baumanómetro, termómetro, saturómetro, resultados de laboratorio en gasometría, laboratorios de gabinete en radiografía de tórax y valoración de Glasgow (ver anexo 3); en la valoración de nutrición e hidratación el material y equipo fue en base a la entrevista, abatelenguas, lámpara, guantes, gasas, regla, hisopos, laboratorios hematológicos, escala de BRADEN (ver anexo 4); valoración de eliminación regla, hisopos, jeringa de 20 ml, gasas, guantes, envase recolector de 1000 ml.; valoración de termorregulación termómetro y entrevista; valoración moverse y mantener buena postura se utilizó el diálogo pedir movimientos pasivos, escala de EVA, escala de BARTHEL (ver anexo 5 y 6); en la valoración

de descanso y sueño se utilizó el dialogo; valoración de usar prendas de vestir adecuadas en base a la entrevista y nuevamente la valoración de la escala de BARTHEL (ver anexo 6); en la valoración de higiene y protección de la piel se utilizó la regla e hisopos para la medición de la dehiscencia de herida, y marcaje de las lesiones (ver anexo 7); en la valoración para las siguientes necesidades de evitar peligros, comunicarse, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, necesidad de jugar y actividades recreativas y de aprendizaje solo se requirió del dialogo, observación y tiempo de escucha de la persona, familia y amigos.

Recabando la información bibliográfica en las instalaciones del HECMNR, HGR No 25, Fez Zaragoza y ENEO.

Siendo así que el tiempo para la recolección de datos y valoración concluyendo el 30 de octubre 2013, identificando con mayor alteración la necesidad de nutrición e hidratación, pero simultáneamente se comenzó a trabajar con los planes de cuidados poniéndolos en práctica.

En la etapa de diagnóstico de enfermería; donde ya se han identificado y organizado los problemas reales y potenciales de salud en el individuo, se da comienzo con la estructuración y construcción de los diagnósticos de enfermería jerarquizando las necesidades con mayor dependencia, utilizando la taxonomía de la NANDA y capturándolos para la revisión de cada uno de ellos la cual comenzó a partir del 14 de septiembre 2013, concluyendo el 30 de octubre 2013.

Para la etapa de planeación, se elabora un plan de cuidados de enfermería, por cada diagnóstico realizado de la necesidad con dependencia e identificando los objetivos que nos ayudarán a la realización de los cuidados proporcionados bajo el instrumento del plan de cuidados de enfermería, utilizando la clasificación de los resultados de enfermería NOC y clasificación de las intervenciones de enfermería

NIC, cabe señalar que se integran algunas acciones realizadas, no indicadas en el NIC, retomando experiencia y conocimiento profesional.

Propiamente en la ejecución, se ha puesto en práctica los cuidados establecidos en la necesidad con mayor alteración, con apoyo de familiares y personal de salud, observando en un lapso de tiempo aproximado de cuatro meses, los cambios favorables que han sido determinantes en el progreso lento pero satisfactorio en las demás necesidades con dependencia.

En la etapa de evaluación, se valoran los cuidados planteados para el progreso y satisfacción de la necesidad afectada, observando el grado de independencia y autocuidado en el que se encuentra la persona.

Se da inicio con la transcripción del proyecto a partir del 13 de septiembre 2013 comenzando la revisión el día 17 de septiembre y con secuencia de todos los días martes terminando de realizar la transcripción y revisión del proyecto.

V. MARCO TEÓRICO

En este apartado se describe el pasado histórico, trayectoria y evolución de la naturaleza del cuidado de enfermería, antes visualizada como una actividad empírica donde las creencias y la cultura influían directamente en la forma de practicarlo, es decir la trascendencia en la profesionalización responsable del actuar independiente para la humanidad.

5.1 Antecedentes Históricos de Enfermería

En este subtema se dan a conocer los principales acontecimientos relacionados con los tiempos en la época de la prehistoria, la asistencia en el cuidado de la salud siendo de manera empírica, las cuales recaían en la mujer y el sanador, realizando rituales para la protección, promoción, continuidad, mantenimiento de la vida a través de la higiene, vestido, alimentación y cuidados que favorecen al bienestar (García 2001).

Llegando a la edad antigua (3,500 a.C – 476 d.C) la enfermedad y el cuidado eran vistos por seres mágico - religiosos que transmitían los aspectos aprendidos a nuevas generaciones bajo un conocimiento intuitivo; sin embargo cuando los ancestros tuvieron que migrar los cuidados recayeron en la figura femenina, siendo así las mujeres las cuidadoras indispensables para la supervivencia humana, responsables en la alimentación, afecto y el vestido, centrando sus cuidados en la vida cotidiana de la sociedad, familia y hogar (Hernández, 1995).

En esta etapa existieron las parteras como responsables en la asistencia del parto y las mujeres en la participación del cuidado a los niños, enfermos y ancianos (García, 2001).

En el inicio de la edad media comprendida de (476 d.C – 1453) y la llegada del cristianismo se proporcionaban los cuidados en base a un deber sagrado y enfoque humanitario como una obra de misericordia, existiendo grupos de mujeres llamadas diaconisas, viudas, vírgenes, matronas y comadres, ejerciendo sus cuidados a los enfermos y más necesitados. (García, 2001).

Así fue que se dio auge en las modificaciones de los cuidados donde la enfermería comenzó a ejercer fuera del hogar, con base a la caridad, ayuda y vocación en los cuidados brindados a los peregrinos y personas en situación de pobreza, visualizado como un acto de humanidad hacia los enfermos (Donahue, 1988).

Convirtiéndose el cristianismo en la religión más poderosa que determinó cambios y aspectos en la salud como la asistencia a los enfermos, donde los cuidados se encontraban a cargo de la mujer feudal y los monjes. En esta etapa se crearon los primeros hospitales donde la tarea de enfermería incluía la admisión y alta del paciente así como la responsabilidad en la cocina y lavandería (García, 2001).

Sin embargo en la enfermería no hubo un progreso en esta época cristiana donde se fue adiestrado para la docilidad, pasividad y humildad; promulgando la obediencia en el sacerdote o el médico y con ello la decisión de la enfermera ante un cuidado, queda olvidado, (Donahue, 1988).

Entre los años 1500 y 1860 de la edad moderna con un movimiento protestante trajo como consecuencia la división del cristianismo y con ello el retroceso en los cuidados a los enfermos, empleando a personas sin estudios ni conocimientos en la acción del cuidado. Siendo este periodo llamado como la época oscura de enfermería. Aun así a finales de este siglo los cuidados de enfermería eran regidos aun por los monasterios, (Donahue, 1988).

Con el aporte de Florence Nightingale conocida como la fundadora de la enfermería moderna vuelve a renacer la enfermería dejando de ser empírica y vocacional para convertirse en una disciplina profesional y de educación formal, siendo con ello que en 1860 organizo una escuela donde enseñaba el arte de enfermería y con eso romper la etapa oscura de la enfermería haciendo comprender a la sociedad que los profesionales eran personas de ética, moralidad y dignas, basando su interés principal en el cuidado enfermero.

A finales del siglo XIX, en 1899 las enfermeras estaban organizadas y formaron el Consejo Internacional de Enfermería cuyo objetivo es la lucha por la profesión autónoma, mejorar servicios de asistencia, evaluar el nivel de ética educacional y profesional, reconocimiento oficial de tipo profesional y educativo.

Fue hasta el año 1970 cuando empezó hacerse realidad la meta combinada del cuidado de enfermería por parte de enfermeras profesionales y el cuidado integral del paciente con un enfoque holístico (Donahue 1988).

Llegada la edad contemporánea aproximadamente a finales del siglo XIX (1890), al 2000 la concepción de enfermería tenía una nueva visualización en la profesionalización del cuidado, centrándose en el campo de actuación en la disciplina de enfermería en busca de una nueva transformación y paradigma del cuidado en la persona - salud y entorno. (Castrillón 1997).

Se inicia la preparación y titulación de las enfermeras, surgen enfermeras investigadoras como Peplau, Henderson iniciando estudios sobre conocimientos teóricos de la enfermería al mismo tiempo surge la enfermería docente destacando a Ida J. Orlando (García, 2001).

Es así que la formación del personal de enfermería inicia desde un nivel básico, superior y especializado, donde se tiene la obligación de profundizar y organizar

los conocimientos en un lenguaje científico que oriente el objeto de estudio de la enfermería en el cuidado holístico. (García, 2001)

Por lo que determino es importante conocer el pasado histórico y trayectoria en que enfermería deja de ser una actividad empírica y asadora del médico, para convertirse en la formalización teórico-práctica de la profesionalización independiente con carácter y sentido humano que busca el bienestar de la persona en base a la fundamentación de la disciplina del cuidado.

5.2 Definición de Enfermería

Para comprender el enfoque de la disciplina de Enfermería que ejerce el cuidado a la salud de las personas citare las siguientes definiciones:

La enfermería es la profesión que tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas y tiene que poner a la persona en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella (Nightingale, 1969).

Según Henderson citada por Calveche (1998), define a la disciplina como la única función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que previeran la salud, recuperación o una muerte tranquila.

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación (CIE, 2010).

Por lo anterior concluyo que la Enfermería es la profesión que se encarga del cuidado holístico que se brinda al ser humano sano o enfermo durante las etapas de su vida en base a la profesionalización y ética con el fin de enseñar al otro para su autocuidado.

5.3 Teorías y Modelos de Enfermería

En este apartado se explica como un modelo y una teoría da auge al crecimiento de la disciplina de enfermería, basados en un metaparadigma.

Según para Fawcett, J (1995), un modelo es una idea global sobre cómo debe ser el cuidado, siendo imágenes mentales que ofrece orientación para identificar las cuestiones más importantes del cuidado. Existen modelos conceptuales que proporcionan un marco de referencia donde su función es explicar a través de conceptos mientras que los modelos de atención describen como será el cuidado brindado en la práctica de enfermería. Siendo que las teorías guían el pensamiento, la acción del cuidado en la práctica de enfermería, conformadas por conceptos y proposiciones dirigidas a explicar los fenómenos, a través del metaparadigma.

Por ejemplo para Wesley (1997), menciona que el metaparadigma es el marco que orienta la organización de los modelos y teorías de la profesión definiendo los siguientes constructos: persona, entorno, salud y Enfermería.

Duran (2001), menciona que la aplicación de los modelos y teorías de enfermería favorecen el desarrollo de la docencia, asistencia e investigación, promoviendo el liderazgo de valores éticos, garantizando la aplicación del cuidado humanitario, integral, continuo y de calidad.

A continuación, a manera de resumen se presenta en la tabla 1, las aportaciones de algunas teóricas que han dado pauta al metaparadigma:

Tabla 1. Aportaciones de algunas teóricas

Teóricas	Metaparadigma
<p><i>Florence Nightingale.</i> 1820-1910</p> <p>Pionera de la enfermería moderna.</p> <p>Creadora del primer modelo conceptual de enfermería. Notas de enfermería</p>	<p>Persona: como un ser humano afectado por el entorno.</p> <p>Entorno: condiciones y fuerzas externas que afectan la vida.</p> <p>Salud: la enfermedad es el proceso de reparación instaurado por la naturaleza.</p> <p>Enfermería: es quien colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene y tranquilidad (Marriner, 2007).</p>
<p><i>Hildegard E. Peplau</i> 1909 – 1999</p> <p>Considerada la madre de la enfermería psiquiátrica.</p> <p>Teoría de las relaciones interpersonales, centrada en la relación enfermera-paciente.</p>	<p>Persona: sistema compuesto de características y necesidades bioquímicas, físicas y psicológicas.</p> <p>Entorno: grupo de personas significativas con quien la persona interactúa.</p> <p>Salud: nivel productivo de ansiedad que permite una actividad interpersonal y el cumplimiento de tareas de desarrollo personal.</p> <p>Enfermería: orientado a favorecer el desarrollo de la personalidad mediante la orientación, identificación, profundización y resolución, (Marriner, 2007).</p>
<p><i>Martha Rogers</i> 1914 – 1994.</p>	<p>Persona: se contempla con un todo unificado que posee integridad.</p>

<p>Modelo de los seres unitarios.</p>	<p>Entorno: es un campo de energía tetra dimensional del campo humano.</p> <p>Salud: describe el bienestar y la ausencia de alteraciones y enfermedades importantes.</p> <p>Enfermería: es un arte y una ciencia que busca estudiar la naturaleza del hombre unitario en la interacción con el entorno (Marriner 2004).</p>
<p>Dorothea Orem 1914-2007.</p> <p>Modelo conceptual sobre enfermería con enfoque de autocuidado.</p>	<p>Persona: ser, con funciones biológicas, simbólicas y sociales con capacidad de autocuidado de la salud.</p> <p>Entorno: todos los factores externos que afectan los autocuidados.</p> <p>Salud: estado de ser completo e integrado a sus diferentes componentes y modos de funcionamiento.</p> <p>Enfermería: ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros. (Rosales 2004).</p>
<p>Ida Jean Orlando 1923.</p> <p>Teoría del proceso de enfermería entorno al comportamiento del paciente, función y respuesta de enfermería.</p>	<p>Persona: manifiesta acciones verbales y no verbales, las personas son capaces de satisfacer sus necesidades de ayuda en algunas situaciones, sufren cuando se sienten incapaces.</p> <p>Entorno: situación típica de enfermería cuando se establece un contacto entre la enfermera y el paciente.</p> <p>Salud: supone los sentimientos de conformidad y bienestar contribuyen a ella.</p> <p>Enfermería: deben ayudar a los pacientes a aliviar su malestar físico y mental (Marriner, 2004).</p>
<p>Madeleine Leininger</p>	<p>Persona: ser cultural que ha sobrevivido al tiempo y</p>

<p>1925-2012</p> <p>Fundadora de la enfermería transcultural.</p> <p>Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales, su objetivo es proporcionar cuidados culturales congruentes y formas de vida saludables.</p>	<p>espacio.</p> <p>Entorno: aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y grupos culturales.</p> <p>Salud: ciencia, valores y formas de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas para preservar y mantener el bienestar de una persona o un grupo.</p> <p>Enfermería: centrada en comportamientos funcionales, procesos de cuidados personalizados dirigidos a la promoción y conservación de los comportamientos de salud (Rosales 2004).</p>
<p>Callista Roy</p> <p>1939</p> <p>Modelo de adaptación.</p>	<p>Persona: sistema adaptativo en constante interacción con un entorno cambiante que tiene cuatro modos de adaptación, el fisiológico, de Autoconcepto, función según roles y de interdependencia.</p> <p>Entorno: todas las situaciones, circunstancias e influencias susceptibles de afectar el desarrollo y comportamiento de las personas o grupos.</p> <p>Salud: considera como un proceso de adaptación en el mantenimiento de la integridad fisiológica, psicológica y social.</p> <p>Enfermería: sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados a los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo (Marriner 2007).</p>
<p>Jean Watson</p> <p>1940.</p>	<p>Persona: ser viviente que crece y comprende alma y espíritu.</p> <p>Entorno: realidad interna y externa de la persona.</p>

<p>Pionera de la integración de las humanidades, artes y ciencias.</p> <p>Teoría del cuidado humano.</p>	<p>Salud: unidad y armonía entre el cuerpo y el espíritu.</p> <p>Enfermería: arte y ciencia humana del cuidado armonía entre el cuerpo - alma y espíritu (Rosales 2004, 235).</p>
--	---

Fuente: Marriner 2004. Modelos y teorías de enfermería; Rosales 2004. Fundamentos de enfermería.

Como bien se describe, cada uno de los metaparadigmas expuestos de las teóricas ya mencionadas orientan y guían al cuidado bajo un proceso de desarrollo global, es por ello la importancia de comprender como el cuidado es de carácter holístico en la práctica de enfermería.

5.4 Definición y Etapas del Proceso

Según Rosales S. (2004), lo define como un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo.

El consejo internacional de enfermería considera al proceso como un sistema de trabajo y medio para la aplicación práctica de los lenguajes estandarizados, estructurado, definido y unificador al establecer un lenguaje común en la práctica de enfermería (CIE, 2010).

Y para Nursing Diagnoses: Definitions and Clasification (NANDA) es un juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual, familiar

o comunitaria, que facilitan la elección de intervenciones y objetivos de enfermería, que la enfermera está capacitada para realizar (NANDA 2012 - 2014).

A continuación se describen las etapas del proceso de enfermería y son:

La **Valoración**, es la primera etapa del proceso, consiste en la recolección, selección y organización de datos sobre el estado de salud de la persona, familia o comunidad (Alfaro, 2003). En base a la observación, entrevista, exploración física, expediente clínico. (Rosales, 2004).

El **Diagnóstico** de enfermería, da inicio cuando todos los datos están recabados, siendo en esta etapa donde se ordena, clasifica y analizan los datos para definir el diagnóstico de enfermería. Según Gordon (1982), se describen como los problemas de salud reales o de riesgo que las enfermeras en virtud de su educación están capacitadas y autorizadas a tratar.

Mientras tanto Carpenito (1995), clasifica los diagnósticos de acuerdo a sus características y son:

- Diagnóstico de bienestar: es juicio clínico de un individuo, familia o comunidad desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto.
- Diagnóstico real: juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales.
- Diagnóstico de alto riesgo: juicio clínico sobre un individuo o grupo es más vulnerable.
- Diagnóstico posible: señala un problema que el personal de enfermería sospecha, pero necesita recoger más datos para confirmar o descartar.

Siendo que para la NANDA los diagnósticos se encuentran ordenados según sus dominios de la taxonomía, etiquetas diagnósticas, códigos diagnósticos, definición,

características definitorias, factores de riesgo y factores relacionados. (NANDA 2012 - 2014).

La etapa de **Planeación**, consiste en establecer los objetivos, cuidados de enfermería y criterios de evaluación, en el cual se lleva a cabo un instrumento de registro del plan de cuidados, priorizando las intervenciones correspondientes a los diagnósticos de enfermería. Según (Kozier 2008), plantea para la prioridad, la importancia vital del problema, jerarquización de las necesidades según Maslow, prioridad del usuario, planes de tratamiento médico, recursos de enfermería, interés particular e importancia a los problemas.

En la Clasificación de los resultados de enfermería, (2008). Establece los objetivos en base a la taxonomía NOC con la estructuración que incluye dominios, clases, resultados, indicadores de cada resultado, escala de medición y puntuaciones reales que se registran por los usuarios.

Mientras que para la Clasificación de intervenciones de enfermería. (2008). En la taxonomía NIC lo constituyen, campos, clases, la definición de cada intervención y las actividades que pueden seleccionarse o modificarse según proceda, de acuerdo con las necesidades específicas de la persona.

En la **Ejecución**, es la aplicación real del plan de cuidados en forma integral y progresiva en coordinación con el personal de salud y familiares, en esta fase se incluye cinco elementos validación del plan de cuidados, fundamentación o razonamiento científico, brindar cuidados de enfermería, continuar los cuidados y registrar los mismos, (Rosales, 2004).

En la última etapa la **Evaluación** consiste en valorar y revalorar los progresos de la persona hacia los objetivos de salud, tiene como objetivos determinar el

adelanto para alcanzar las metas u objetivos establecidos y juzgar la eficacia de los planes estrategias y cuidados de enfermería. (Rosales, 2004).

En mi criterio, la secuencia de llevar un método sistematizado como son las etapas del proceso con una estructura organizada, nos dan la pauta y guía de llevar a cabo la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de los cuidados individualizados aunado a unificar un lenguaje común y estandarizado en la práctica de enfermería.

5.5 Conceptos y Definiciones de Virginia Henderson

Según Rosales (2004), Virginia Henderson 1897 – 1996 su modelo se basa en las catorce necesidades fundamentales mencionando que la función principal de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud, recuperación o una muerte tranquila, que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, hacerlo de tal manera que le ayude a generar independencia lo más rápido posible.

Identifica las 14 necesidades de la persona agrupándolas en:

- **Fisiológicas** se encuentran: respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminar los desechos corporales, moverse y mantener posturas deseables, dormir y descansar, seleccionar ropas adecuadas: vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal.
- **Seguridad** encontrándose: mantener el cuerpo limpio, bien cuidado y proteger la piel, evitar los peligros del entorno sin lesionar a otros.
- **Autoestima** comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones.
- **Pertenencia** es rendir culto según su propia fe.

- **Autorrealización** las cuales son trabajar de tal manera que haya una sensación de logro, jugar o participar en diversas formas de ocio, aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva el desarrollo y salud normales, utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Según Henderson el metaparadigma comprende las siguientes definiciones de acuerdo a su modelo teórico:

- **Persona:** ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades humanas o para morir con tranquilidad. Las personas y la familia son vista como una unidad. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana.
- **Salud:** capacidad de actuar de forma independiente en relación con las catorce necesidades fundamentales. Equipara salud con independencia, energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida. requiere fuerza, voluntad o conocimiento.
- **Entorno:** la naturaleza del entorno es dinámica, con un impacto negativo o positivo, codificable o controlado. Conjunto de todas las condiciones o influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.
- **Enfermería:** asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyen a la salud o a una muerte tranquila: la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevara a cabo estas actividades sin ayuda.

Henderson identifica tres niveles de función enfermera: sustituta (compensa lo que le falta al paciente), ayudante (establece las intervenciones clínicas) o compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud).

Por lo tanto a mi parecer el modelo de Virginia Henderson observa a la persona en forma general, para así poder brindar cuidados de manera holista, es por ello que se optó por la elección de este modelo.

5.6 Etapa del Adulto

En este apartado se conocen los cambios en la estructura y funcionamiento del ser humano durante el proceso de la vida. Según Rosales (2004) el ciclo de la vida se ha clasificado en etapas desde el punto de vista; cronológicos, biológico, psicológico y social; esta etapa se subdivide en:

Adulto joven abarca de los 20 a los 40 años comienza la definición de la madurez, aparición de enfermedades relacionadas con la alimentación y hábitos higiénicos, necesidad de independencia y autonomía, elección de una carrera profesional, cambios de estilos de vida, cambios emocionales ante el embarazo y paternidad o maternidad, cambios sociales y emocionales.

Periodo de transición abarca de los 40 a 45 años presentan una ligera pérdida de elasticidad en la piel y cambio en el peso corporal, aparición de enfermedades relacionadas con hábitos higiénicos, aflicción por la pérdida de los padres y la adolescencia de los hijos.

Etapa del adulto va de los 45 a 65 años se encuentra estructura y fortaleza muscular y emocional, aparición del climaterio y menopausia en la mujer, disminución en la masa ósea y flujo vaginal, inestabilidad vasomotora, alteraciones en el estado de ánimo, insomnio, perdida de pelo y aparición de pelo cano, cambios sensoriales, confrontación con la vejez, termino laboral, perdida de

familiares o personas significativas, integración de necesidades espirituales y adaptación a cambios psicológicos.

Mientras que para el adulto mayor va de los 45 a más de 90 años, etapa en la que se encuentra enfocado el proceso atención de enfermería.

Según Garrison (2002), se da comienzo con el periodo de envejecimiento donde la esperanza de vida se ha incrementado, aparecen las alteraciones en cambios sensoriales como la visión; disminuyendo la pupila y capacidad visual, audición; capacidad auditiva disminuida, gusto y olfato; reduce la capacidad de los sabores como salado, dulce, ácidos, pérdida de la capacidad en identificar olores y por último el tacto; relacionado con la piel, hay pérdida de tejido adiposo originando piel frágil con aparición de arrugas, manchas, flacidez y sequedad.

En la estructura muscular se produce una pérdida progresiva de masa y fuerza muscular conocida como sarcopenia debido a la degradación de proteínas, alteraciones hormonales y disfunción mitocondrial, disminuyendo así la capacidad funcional. Siendo que para el sistema esquelético disminuye la masa esquelética, los huesos se tornan porosos y quebradizos. Mientras que en las articulaciones hay una mayor rigidez debido a la degeneración de cartílagos, tendones y ligamentos por ende la consecuencia del dolor.

En el sistema cardiovascular se encuentra un aporte menor de sangre oxigenada y en consecuencia disminuye la fuerza y resistencia física. Para el sistema respiratorio hay un debilitamiento de los músculos intercostales, caja torácica y columna así como deterioro del tejido pulmonar.

En base al sistema excretor puede haber una menor capacidad para eliminar los productos de desecho o presentar episodios de incontinencia.

Mientras que para el sistema digestivo se reduce la capacidad para secretar enzimas digestivas, disminución del tono muscular y peristaltismo.

En la degeneración progresiva de fibras nerviosas origina adinamia, lentitud en la marcha y retardo de reacciones defensivas, así como memoria retrograda, lentitud en el pensamiento modificación en calidad e intensidad de las emociones y sentimientos, cese de un trabajo remunerado, originando reducción económica, afección del estado psicobiológico, afectación en la relación familiar, aislamiento, soledad y disminución de actividades psicológicas, trastornos psicológicos o de personalidad, trastornos mentales, demencias, depresión y psicosis, elaboración de duelos por pérdida de seres, pertenencia, trabajo y sexualidad.

Es importante comprender los cambios físicos – emocionales que presenta una persona adulto mayor con la finalidad de conocer sus habilidades y capacidades de potencial de lucha ante las adversidades y con ello conocer sus fortalezas y resiliencia que podemos trabajar para ayudar a visualizar un estilo de vida mejor.

VI. DESARROLLO DEL PROCESO

6.1 Caso clínico

FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre: N.H.H	Edad: 71 ^a	Talla: 1.50 cm	Peso 72 kg
Fecha de nacimiento: 16-Agosto-1942		Sexo: Mujer	
Ocupación: Hogar- Jubilada	Escolaridad: Licenciatura completa en Químico Farmacéutico Biólogo	Fecha de admisión: 24-Agosto-2013	
Hora: 15:00	Procedencia: Edo. De México	Fuente de información: verbal y expediente clínico	
Fiabilidad: (1-4): 3	Miembro de la familia/ persona significativa: Hija		

Mujer de 71 años de edad, alerta, responde a estímulos verbales y del entorno, cooperadora, procedente del estado de México, jubilada, vive con su esposo, 3 hijos y 4 nietos en el mismo hogar el cual cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, católicos, hipertensa de hace 5 meses de evolución tratada con losartán 50 mg cada 24 horas, signos vitales t/a 120/80mmHg, fc 86x', fr 24 x', temperatura 36.5°C, grupo sanguíneo O+, Rh +, hemoglobina 11mg/dl, glucosa 97 mg/dl.

Post operada de cistectomía radical realizándole urostomía el día 05-09-13 drenando 1800 ml en 24 horas, penrose derecho 200 ml, penrose izquierdo de 100ml, presenta dehiscencia de herida el 07-09-13 sin datos de infección con drenado seroso hemático espeso abundante compresas empapadas, sin control en la cuantificación.

Se encuentra con lesión en boca placas blanquecinas, ulceración en lengua, edema gingival lo que le dificulta el comer causándole dolor, aunado a no poder

utilizar su puente maxilar, niega alergias alimentarias, su aporte dietético es de 1800 Kcal más 1 gramo de caseinato de calcio, es tratada con solución magistral y colutorios con agua bicarbonatada cada 4 horas alternado.

Refiere falta de aire a la movilización, al hablar produciéndole tos esporádica seca, temor a la inspiración profunda por presentar dolor en la herida, sus respiraciones han sido superficiales, se encuentra con aporte de oxígeno a 3 litros x', placa de tórax sin alteraciones, saturación de oxígeno del 94%, gasometría arteria pH 7.42, llenado capilar de 3", pálida +, turgencia y elasticidad de la piel aumentada, edema ++ generalizado, presencia de dolor a la movilización de extremidades y al momento de girarse, lesión dérmica periostomal e inguinales y periferia de la dehiscencia quirúrgica la cual el 25 de septiembre se coloca a succión continua drenando 400 ml en 24hrs, penrose derecho 100 ml y penrose izquierdo 30 ml, urostomía 1900 ml, el 1 de octubre se coloca el sistema de Cicatrización Asistida por Vacío (VAC), con esponja de plata actualmente ha drenado 300 ml en 24 hrs y se retira penrose izquierdo drenando 6 ml. No presenta problemas a la evacuación, sin embargo tiene abdomen blando, con dolor a la palpación, peristalsis disminuida; urostomía 1800 ml en 24 hrs.

La señora N.H.H manifiesta sentirse incómoda sin privacidad cuando la bañan o cambian, le da pena ser una carga para el personal que la cuida y sus familiares, siente impotencia en su autocuidado. Se mantuvo en reposo absoluto por 30 días, actualmente en reposo relativo, pero aún tiene miedo a incorporarse de pie por el temor a no soportar su propio peso y caer además de que salga líquido de algunas de sus bolsas colectoras o se desprege el sistema VAC.

Refiere no sentirse descansada, se encuentra triste, decaída, impotente de no ver una mejoría rápida, extraña mucho su hogar, a sus nietos, la demás familia, no sabe que pasara con ella, como seguir su cambio de vida, pero a la vez esta agradecida del apoyo incondicional que le han brindado cada uno de sus

familiares y amigos durante el proceso de su enfermedad y hospitalización ya que nunca la han dejado sola.

Al conocer e identificar las necesidades alteradas de la señora N.H.H se da comienzo con la estructuración de los diagnósticos de enfermería y organización del plan de cuidados, enfatizando el cuidado en la alteración de la necesidad de nutrición e hidratación, ya que al realizar la valoración observe y cerciore por la expresión verbal y facial de la señora N.H.H que el principal malestar era no poder soportar el dolor en la mucosa oral aunado a no poder probar alimento al grado de preferir rehusar la dieta en todo el día, por lo que mis acciones de enfermería en primera instancia fueron encaminadas a disminuir y erradicar las lesiones en la mucosa oral y estimular a la ingesta de alimentos.

Posterior a la ejecución del plan de cuidados la señora N.H.H se encuentra:

Necesidad de oxigenación: obtuvo su independencia total a partir del 12 de octubre 2013 retirando por completo el oxígeno suplementario.

Necesidad de nutrición e hidratación: se logró el 28 de septiembre controlar la infección en la mucosa oral, sin embargo se continúa como medio preventivo los agujeros con agua bicarbonatada y para el 16 de octubre el aseo bucal es realizado por propio conocimiento, fuerza y voluntad.

Necesidad de eliminación: para el 02 de noviembre el tamaño de la herida disminuyó a 4cm de base, 3cm medio y 2 cm inferior, con un drenado de 80 ml en 24 horas, y por el momento no ha presentado estreñimiento.

Necesidad de moverse y mantener buena postura: el 15 de octubre la movilidad en miembros superiores se vuelve más activa sin edema ni dolor, para el 30 de octubre se valoran miembros inferiores siendo más activos aun con

presencia de edema +, continuando con los ejercicios pasivos - activos se comienza a bajar de la cama con apoyo.

Necesidad de descanso y sueño: para el 10 de noviembre con las actividades durante el día, logra conciliar el sueño por las noches reportando al día siguiente haber descansado sin embargo a veces es interrumpido por la administración de medicamentos en la noche.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas: el 15 de octubre logra colocarse la vestimenta en la parte superior así como la lubricación de la piel de la cintura hacia la parte superior, pero aún se encuentra con limitación en miembros inferiores.

Necesidad de higiene y protección de la piel: las bolsas colectoras de urostomía se logran cambiar cada tercer día, disminuye el eritema e irritación periestomal y las lesiones dérmicas en ingle se erradican por completo el 12 de octubre.

Necesidad de evitar peligros: para el 30 de octubre 2013 la persona, familia y cuidador conocen las medidas de prevención y seguridad dentro del área hospitalaria, que ayudan al cuidado de la persona, así como también el tamaño de la herida ha ido disminuyendo.

Necesidad de comunicarse: el 19 de octubre recibe visitas de nietos menores de edad solo los sábados con autorización del médico de base y trabajo social.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores: su estado emocional el 04 de noviembre es cambiante, en ocasiones se encuentra animada y con energías de no darse por vencida y otros días donde se desespera y deprime de continuar

hospitalizada. Para el 08 de noviembre se ha pedido ayuda al profesional en el área de tanatología.

Necesidad de trabajar y realizarse: el continuar llevando a cabo dinámicas de expresión y desahogo ha influido a no encontrarse tan estresada ni adinámica.

Necesidad de jugar, participar en actividades recreativas: al recibir visitas de sus nietos incremento la motivación en su cuidado, sin embargo aún en la valoración del 04 de noviembre 2013 se encuentra comprometida la fuerza y movilidad muscular de los miembros inferiores.

Necesidad de aprendizaje: el 10 de noviembre la señora N.H.H, sus familiares y cuidadores tienen el conocimiento sobre la práctica de cuidado y prevención de riesgos.

6.2 Valoración de necesidades

Necesidad de oxigenación:

La señora refiere falta de oxígeno al moverse, cansancio, debilidad y fatiga al hablar, originándole tos seca esporádica. A la exploración física se le pide respirar profundamente y comenta que tiene miedo a presentar dolor si respira profundo, debido a las heridas que tiene en el abdomen, cuenta con aporte de oxígeno a 3 litros por minuto con mascarilla manifiesta sentirse bien con ella y solo se la retira al ingerir algún alimento, realiza sus enjuagues bucales o cuando ya le ha lastimado el resorte de la mascarilla. Sus signos vitales son: t/a 120/80 mmHg, temperatura 36.5 ° C, frecuencia cardíaca con ritmo regular y uniforme, amplitud normal y una frecuencia de 86 pulsaciones por minuto; en su respiración en momentos respira con la boca abierta, su frecuencia es de 24 respiraciones por minuto con ritmo irregular, amplitud y profundidad superficial.

En la exploración física de la cavidad torácica se encuentra tórax simétrico, sin datos de dolor ni anomalías a la palpación, se escucha la intensidad de los ruidos respiratorios siendo superficiales y variables. Sin embargo se mantiene con una saturación de oxígeno del 94%, llenado capilar de 3", gasometría arterial PH 7.42, Rx de tórax se observan tejidos blandos, óseos y parénquima pulmonar sin alteraciones, silueta cardíaca normal. Se encuentra alerta, orientada, refiere ansiedad y miedo en el retraso de su recuperación, palidez +, lechos ungueales ligeramente pálidos.

Necesidad de nutrición e hidratación:

Su dieta habitual durante la estancia hospitalaria ha sido de 1800 kcal. más caseinato de calcio 1gr; ingiere tres comidas al día en el desayuno consume

chilaquiles con pollo, atole y pan; en la comida carne en papilla, media manzana y agua; en la cena chayote, gelatina, atole y agua; pero comenta que presenta dolor con ardor en los labios y lengua al probar el alimento motivo por el cual ha ingerido muy poco, aunado a no poder utilizar su puente maxilar refiriendo dolor a la masticación y deglución por falta de piezas dentales en sus molares 3 superiores derechos y 3 izquierdos, niega alergias alimentarias, sin presencia de trastornos digestivos; su piel se encuentra con turgencia y elasticidad aumentada edema ++ en miembros superiores e inferiores con una fóvea prolongada tardía al retornar, se mantuvo en reposo absoluto prolongado.

Se observan mucosas hidratadas, comisuras bucales con lesiones, placas blanquecinas en labios y lengua la cual también presenta ulceraciones, bordes gingivales edematizados y rojizos, aspecto de los dientes amarillentos, desmerilizados; pesa 72 kg, mide 150cm, su IMC es de 32 obesidad grado 1, hemoglobina de 11mg/dl, glucosa 97mg/dl; cuero cabelludo hidratado, encanecido, cabello adelgazado y quebradizo blanco, uñas de las manos pálidas, opacas y frágiles, uñas de los pies se encuentran gruesas y pálidas; funcionamiento neuromuscular esquelético hay debilidad, dolor a la movilización autónoma, con ayuda presenta respuesta pero manifestando dolor en las articulaciones; cuenta con una urostomía definitiva y dos penrose laterales del 05 septiembre 2013 dehiscencia de herida quirúrgica 07 septiembre. Cuenta con el apoyo de familiares en base a ejercicios pasivos en extremidades y articulaciones, medias compresivas y cambios posturales.

Necesidad de eliminación:

Refiere evacuar dos veces al día de consistencia blanda, peristalsis presente disminuida; en la orina cuenta con urostomía balance de 1800 ml en 24 horas color ámbar, no concentrada, ni mal olor sin embargo presenta dolor e irritación periestomal y ardor en la piel cuando se fuga la secreción de la herida dehiscente

y orina; penrose izquierdo con escasa secreción serohemático de 6 ml en 24 horas, penrose derecho drenando 200 ml en 24 horas; inicia su menarquía a la edad de 12 años con duración de tres días, periodos de 28 días y su menopausia a la edad de 58 años, sin presentar dolor o alteraciones significativas.

Manifiesta sentirse molesta, incómoda y con pena que los demás pacientes y sus propios familiares observen cuando la tienen que cambiar, drenar su bolsa de urostomía o bañarla en la cama e impotencia en su autocuidado; presenta abdomen blando con dolor a la palpación, ruidos intestinales y peristalsis disminuida; sin palpación de la vejiga urinaria realizándole una cistectomía radical el 05- septiembre 2013, urostomía y penrose en flanco derecho, irritación periestomal, dehiscencia de herida en sitio de mesogastrio e hipogastrio en forma de base triangular de 6 cm, medio de 4.5cm e inferior de 2cm, con un largo de 12 cm y una profundidad de 1cm drenando secreción serohemático espesa, no fétida ni purulenta 400 ml en 24 horas, presenta lesión, enrojecimiento y calor local en la periferia de la herida, penrose en flanco izquierdo.

Necesidad de termorregulación:

Tiene adaptabilidad a los cambios de temperatura, pero refiere sentirse molesta y preocupada cuando la bolsa de urostomía se llena y fuga quedándose por tiempos prolongas con las sábanas mojadas; realiza ejercicios pasivos con ayuda del familiar en extensión y flexión de brazos y piernas así como movimientos circulares en las articulaciones; manifiesta sentirse más cómoda cuando está seca y cobijada o cuando hace calor; se encuentra normotérmica con 36.5°C, piel húmeda, pálida +, edema ++, fóvea profundo retardada, turgencia y elasticidad aumentada; la piel periestomal, periferia de la herida dehiscente y región inguinal se encuentran con lesiones dérmicas e irritación, enrojecimiento y dolor al tacto, presenta transpiración en un diálogo continuo de 30 minutos y al realizar sus ejercicio en cama.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Comenta sentirse débil, tener dolor y fatiga al querer incorporarse o voltearse por sí sola, tiene miedo a que algunas de las bolsas colectoras se despeguen; se mantiene en posición semifowler, actualmente ya se ha incorporado al reposet sus actividades que realiza durante la estancia hospitalaria son ejercicios respiratorios, ejercicios pasivos y de articulación en cabeza, brazos y piernas aún no ha querido caminar con la andadera, refiere temor a la falta de aire, y la fuga del líquido de algunas de sus heridas; en la exploración física en posición semifowler el cuello hombros, codos muñecas, brazos y manos presentan dolor moderado al movimiento lento autónomo sobre la flexión, extensión y rotación; en la columna vertebral se encuentra comprometida al movimiento generándole facies de dolor y fatiga cuando tiene que incorporarse con ayuda a otra posición; en los miembros inferiores presenta edema ++ al pedirle flexionar la pierna por si sola le genera dolor y con ayuda el dolor disminuye, al presionar el músculo en ambas piernas es marcada la fóvea pronunciada la señora estuvo en reposo absoluto por 30 días. Su estado de conciencia es óptimo, alerta, responde a estímulos verbales y del medio.

Necesidad de descanso y sueño:

La señora refiere tratar de dormir por las noches, menciona que no es molestada en ese lapso de tiempo desde las 23 horas a las 8 am; tiene dos siestas de 40 minutos aproximado, una a las 12 del día y otra a las 17hrs; su horario de sueño varia, solo duerme por ratos y al despertar no se siente descansada extraña mucho su casa; en este momento se encuentra alerta en tiempo y espacio, expresión facial de tristeza, en el diálogo sus respuestas son asertivas con fluidez y sin titubeos con un tono bajo y lenguaje lento refiere fatigarse al hablar y comienza con excesos de tos; hay días en que se encuentra triste, cansada, impotente, con la incertidumbre de su mejoría pero otros días se encuentra alegre de observar que poco a poco ha presentado mejoría en su respiración en que ya

puede comer ya que se han disminuido considerablemente las lesiones en boca, los ejercicios de las piernas que poco a poco va logrando realizarlo por sí sola; también se encuentra fastidiada del tiempo hospitalizado pero con la esperanza de que su proceso de recuperación será más rápido ahora que ya le colocaron el sistema VAC, retirado el penrose izquierdo y que su piel ya no se encuentra tan lesionada.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas:

“Por el momento debo usar batas del seguro y me siento incómoda porque me queda a veces chicas y cortas o solo cortas además como me mojo constantemente por lo de mis heridas, necesito una bata más holgada o que me dejen ponérmela con la abertura hacia adelante.” Refiere que antes de estar hospitalizada usaba prendas de vestir cómodas decidía que ponerse y era autónoma en su elección y vestimenta siempre limpia. Ahora se siente incómoda y con pena cuando le tienen que ayudar a colocarse la bata cuando esta mojada o cada vez que la bañan, pero siente mucha irritabilidad cuando se fuga la orina quedando mojada la bata y sabanas de la cama e impotencia de no poder cambiarse y esperar a que lo hagan.

Necesidad de higiene y protección de la piel:

La frecuencia del baño en el tiempo hospitalizado ha sido cada tercer día por las mañanas, el aseo bucal una en la mañana y una por la noche antes dormir; el aseo de manos es antes de ingerir alimentos. En su aspecto general se observa alerta, orientada, obesidad grado 1; edema generalizado acentuado mas en miembros inferiores; mucosas orales con lesiones en labios y lengua, placas blanquecinas, úlceras en lengua, dientes amarillentos, bordes gingivales edematizados, por ratos respira con la boca abierta turgencia de la piel aumentada, refiere dolor al movimiento cubriéndose con la mano el sitio de dolor,

presenta facies de dolor y tristeza; uñas de las manos opacas delgadas y quebradizas; presenta lesión dérmica con presencia de eritema, irritación y enrojecimiento en cuadrantes del abdomen flanco derecho, mesogastrio, flanco izquierdo, hipogastrio, y partes inguinales; estas lesiones han sido de producto mecánico al pegamento de las bolsas colectoras y químicas en relación con la secreción de la herida dehiscente y el pH de la orina al permanecer en la piel.

Necesidad de evitar peligros:

La familia de pertenencia la componen tres hijos y esposo, ante una situación de urgencia se une toda la familia para resolverlo y prevenir alguna lesión o complicación dentro del hogar. En el hogar hay alfombras que evitan se resbale y pueda caer utiliza lentes de aumento, andadera dentro de casa y cuando sale. Ahora que se encuentra hospitalizada cuenta con el familiar las 24 horas, cama con barandales en alto, sin embargo menciona que no hay personal que le oriente que debe hacer ella y su familia en caso de temblor y eso le asusta. En la exploración física se encuentra con limitación al movimiento, a menudo húmeda, en reposo absoluto, lesiones cutáneas enrojecimiento se toma la escala de valoración de BRADEN obteniendo una puntuación de 13 aunado al temor de no querer caminar con la andadera por temor a caer, el tiempo prolongado de la hospitalización y referente a su herida dehiscente.

Necesidad de comunicarse:

Casada de 42 años de relación, vive con esposo y tres hijos los cuales le ayudan y apoyan durante el proceso de la enfermedad, tiene 18 años de jubilada, en todo momento se encuentra acompañada por familiares y amigos, en su lenguaje articula palabras con fluidez en la conversación, usa lentes de aumento, hay visualización verbal en la audición no se encuentran alteraciones, sin embargo

manifiesta sentirse sola, aislada, quisiera interactuar con sus demás familiares, nietos; está cansada del tiempo hospitalizada.

Necesidad vivir según sus creencias y valores:

Su familia y ella profesan la religión católica, los principales valores dentro del hogar han sido el respeto, la generosidad, amor, lealtad, comunicación y tolerancia. Sus valores personales es la responsabilidad, voluntad, gratitud y perdón refiere esos valores por el proceso de su enfermedad aunque también ya se encuentra cansada con incertidumbre, dolor y desesperanza del tiempo y expectativa de vida, tiene dudas de cómo podrá manejar y adaptarse a vivir con su urostomía, pero sobre todo la desesperanza de no saber cuánto tiempo más pasara para cerrar su herida. Respeta otras religiones y las creencias que profesan las demás personas de su familia y amigos.

Necesidad de trabajar y realizarse:

Actualmente no trabaja, lleva 18 años de jubilada, se dedicaba al hogar, ahora lleva dos meses de hospitalización, la cual refiere sentirse fastidiada, frustrada aburrida del tiempo en el hospital; su estado emocional se encuentra alerta con tristeza e inquietud manifiesta impotencia, miedo, temor en el avance o retraso de su mejoría, extraña mucho su hogar, “ya quiero estar en casa”.

Necesidad de jugar, participar en actividades recreativas:

Antes de la hospitalización jugaba con sus nietos y le gusta bordar, ahora con el tiempo hospitalizado extraña mucho a sus nietos, en el tiempo libre realiza ejercicios con las muñecas y pelotas de esponja, sopla con un popote en un vaso con agua más tarde realiza sus ejercicios a veces se siente cansada pero ha

observado que el realizar esas actividades ha logrado mejoría en su movilización, aunque también se aburre de ver siempre lo mismo en el tiempo de hospitalización.

Necesidad de aprendizaje:

El nivel de educación es de licenciatura terminada en químico farmacéutico biólogo, no presenta problemas de aprendizaje ni cognitivos le gustaba mucho leer libros de medicina, pero desde que se jubiló comenzó a tomar clases de bordado cerca de su hogar, en este momento del proceso de enfermedad mantiene interés en su rehabilitación poniendo todo el empeño y entusiasmo en realizar las actividades y ejercicios que le recomiendan para su pronta recuperación, así como el manejo correcto del cuidado en el drenaje de la urostomía. Aunque hay días en que su estado de ánimo baja, se cansa y desespera de ver resultados tardíos.

6.3 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad		Grado de dependencia*		Fuente de dificultad**		Diagnóstico de enfermería
1	Oxigenación	I		F	X	<p>00092 Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno manifestado por informe verbal de falta de aire, fatiga, debilidad y cansancio.</p> <p>00032 Patrón respiratorio ineficaz relacionado con herida quirúrgica dehiscente manifestado por respiraciones superficiales irregulares, fatiga, tos seca y disnea.</p>
		PD		V		
		D	X	C		
2	Nutrición e hidratación	I		F	X	<p>00103 Deterioro de la deglución relacionada con dolor manifestado por ardor en labios, lengua, falta de piezas dentales superiores (3 molares derecho e izquierdo) poca ingesta alimentaria.</p> <p>00045 Deterioro de la mucosa oral relacionado con infección e higiene incorrecta manifestado por edema, dolor, úlceras y dificultad para comer.</p>
		PD		V		
		D	X	C		

3	Eliminación	I		F	X	<p>00100 Retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con herida quirúrgica dehiscente manifestado por salida de secreción serohemática espesa no fétida, necesidad de ayuda para completar el autocuidado.</p> <p>00015 Riesgo de estreñimiento relacionado con motilidad intestinal disminuida, actividad física insuficiente.</p>
		PD		V		
		D	X	C		
4	Termorregulación	I	X	F		
		PD		V	X	
		D		C		
5	Moverse y mantener una buena postura	I		F	X	<p>00085 Deterioro de la movilidad física general relacionado con disnea, herida quirúrgica dehiscente manifestado por expresión verbal y facies de dolor, enlentecimiento del movimiento y fatiga.</p> <p>00040 Riesgo de síndrome de desuso relacionado con reposo prolongado</p>
		PD		V		
		D	X	C		
6	Descanso y sueño	I		F		<p>00198 Trastorno del patrón del sueño relacionado con falta de intimidad manifestado por informe verbal de no descansar después de haber dormido.</p>
		PD		V		
		D		C		

7	Usar prendas de vestir adecuadas	I		F	X	00109 Déficit de autocuidado: vestido relacionado con deterioro músculo-esquelético, manifestado por dolor a la movilización e incapacidad para quitarse y colocarse la ropa.
		PD		V		
		D	X	C		
8	Higiene y protección de la piel	I		F		00046 Deterioro de la integridad cutánea relacionado con estoma e inmovilización física manifestado por enrojecimiento, eritema, irritación e inflamación de la piel.
		PD		V		
		D	X	C	X	
9	Evitar peligros	I		F		00004 Riesgo de infección relacionado con defensas primarias inadecuadas (dehiscencia de herida quirúrgica). 00155 Riesgo de caída relacionado con disminución de la fuerza en extremidades inferiores.
		PD		V		
		D	X	C	X	
10	Comunicarse	I		F		00052 Deterioro de la interacción social relacionado con limitación de la movilidad física manifestado por expresión verbal de sentirse sola y falta de interacción con sus demás familiares.
		PD	X	V	X	
		D		C		

11	Vivir según sus creencias y valores	I		F		00175 Sufrimiento moral relacionado con pérdida de autonomía manifestado por incertidumbre en el proceso de la herida y adaptación a su nuevo cambio de vida. 00124 Desesperanza relacionado con tiempo de hospitalización y retraso en su recuperación manifestado por incertidumbre y angustia.
		PD	X	V		
		D		C	X	
12	Trabajar y realizarse	I		F		00070 Deterioro de la adaptación relacionado con estado emocional manifestado por expresión de sentirse frustrada, aburrida, triste, inquieta e impotencia.
		PD	X	V	X	
		D		C		
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I		F		00097 Déficit de actividades recreativas relacionado con estancia hospitalaria manifestado por expresión verbal de aburrimiento.
		PD	X	V	X	
		D		C		
14	Aprendizaje	I		F		00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud manifestado por interés en su rehabilitación.
		PD	X	V		
		D		C	X	
*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente **(F) Fuerza (V) Voluntad (C) Conocimiento						

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de Oxigenación				
DOMINIO 4 Actividad / Reposo CLASE 4 Respuesta cardiovascular / pulmonar 00092 Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno manifestado por informe verbal de falta de aire, fatiga, debilidad y cansancio.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
	DOMINIO (I) Salud funcional CLASE (A) Mantenimiento de la energía 0005 Tolerancia a la actividad	000503 Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad 000516 Resistencia de la parte superior del cuerpo 000517 Resistencia de la parte inferior del cuerpo	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3 LEVE .4 NINGUNO 5	2 3 2	4 4 4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)					
CAMPO 1 Fisiológico: Básico CLASE A Control de actividad y ejercicio					
0180 Manejo de la energía 0200 Fomento del ejercicio	0202 Fomento de ejercicio: entrenamiento de extensión				

ACTIVIDADES

Administrar aporte de oxígeno.
 Auscultar campos pulmonares.
 Enseñar técnicas de respiración. (ver anexo 9)
 Vigilar signos y síntomas de intolerancia a la actividad.
 Insistir a la realización de ejercicios de movilidad activa-pasiva.
 Registrar frecuencia respiratoria ritmo y características antes y después de la actividad.
 Enseñarle a respirar durante la actividad.
 Incrementar la actividad física en forma paulatina.
 Enseñar y realizar ejercicios de relajación que ayuden a controlar la respiración.
 Controlar el déficit en el estado fisiológico de la persona que produce la fatiga.
 Vigilar la respuesta cardiorespiratoria a la actividad.
 Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno.
 Instruir a la persona, familiares y cuidador a reconocer los signos y síntomas en la falta de oxígeno.

Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.
 Determinar la motivación del ejercicio.
 Incluir a la familia/cuidadores de la persona en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
 Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de aire.
 Preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio.
 Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios coherente con la edad, estado físico.
 Enseñar la rutina de ejercicios en músculos, articulaciones menos rígidas o lesionadas.
 Enseñar a extender levemente el musculo/articulación hasta el punto de extensión máximo.
 Colaborar con los miembros de la familia en la planificación, enseñanza y control de un plan de ejercicios.
 Favorecer la actividad física.

Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet.

Fecha: 14-09-13 Se inicia con las acciones de enfermería. **Hora:** 17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30

01-10-13 Disminuye la disnea de esfuerzo.

15-10-13 La movilización en miembros superiores es más activa y cooperadora, sin presencia de edema.

Se continúa trabajando en miembros inferiores ya que aún se encuentra limitación al movimiento.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de Oxigenación				
DOMINIO 4 Actividad / Reposo CLASE 4 Respuesta cardiovascular / pulmonar 00032 Patrón respiratorio ineficaz relacionado con herida quirúrgica dehiscente manifestado por respiraciones superficiales irregulares, respiración con los labios fruncidos, fatiga, tos seca y disnea.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
	DOMINIO (II) Salud Fisiológica	041501 Frecuencia respiratoria		3	5
	CLASE (E) Cardiopulmonar	041512 Respiración con los labios fruncidos	GRAVE 1 SUSTANCIA 2 MODERADO 3 LEVE 4	4	5
0415 Estado respiratorio	041531 Tos	NINGUNO 5	3	5	
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) CAMPO 2 Fisiológico: Complejo CLASE K: Control respiratorio					
3390 Ayuda a la ventilación			3320 Oxigenoterapia		
ACTIVIDADES					
Mantener vía aérea permeable. Oxígeno suplementario con puntas nasales.			Administrar oxígeno suplementario. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (gasometría)		

<p>Colocar a la persona de forma que alivie la disnea. Fomentar una respiración lenta y profunda. Fisioterapia pulmonar. Ejercicios respiratorios (Se inició soplando con un popote en un vaso de agua durante 15 minutos tres veces al día al quinto día que se observó mayor eficacia en el soplido se implementó el uso de globos el cual le costó mayor esfuerzo por lo tanto se descartó en ese momento y se reemplazó por el uso del espantasuegras alternando el uso del vaso con agua y el espantasuegras cada cuatro horas en una duración de la actividad por 15 minutos; en el décimo día de iniciado los ejercicios la demanda de oxígeno disminuyó, se implementó el uso de bolitas de papel y a una distancia considerable soplarlas y por ultimo de nueva cuenta el inflar globos alternado con el uso del espirómetro.</p> <p>Enseñar técnicas de respiración con los labios fruncidos (indicar que debe inhalar por la nariz, detener el aire, fruncir los labios como si fuera a silbar o apagar una vela y exhalar lentamente por los labios).</p> <p>Valorar y registrar la fatiga muscular respiratoria.</p>	<p>arterial, pulsioximetría). Observar si hay signos de hipoventilación. Observar la ansiedad de la persona relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno. Comprobar la capacidad de la persona para tolerar la suspensión de oxígeno. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. Observar si produce respiraciones ruidosas. Auscultar sonidos respiratorios. Realizar el seguimiento de los informes radiológicos. Describir características de la tos.</p>
<p>Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet. Fecha: 16-09-13 Se inicia con las acciones de enfermería. Hora: 17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30</p>	

01-10-13 Queda el oxígeno suplementario a razón necesaria por puntas nasales, aún se continúa con el uso del espirómetro y fisioterapia pulmonar.

12-10-13 No es necesario el oxígeno suplementario.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de Nutrición e Hidratación				
DOMINIO 2	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
Nutrición	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
CLASE 1				MANTENER	AUMENTAR
Ingestión	DOMINIO (II)	101004 Capacidad de masticación	GRAVE 1	2	4
	Salud fisiológica		SUSTANCIAL 2		
00103	CLASE (K)	101006 Capacidad para limpiar la vía oral	MODERADO 3	2	4
Deterioro de la deglución relacionada con dolor manifestado por ardor en labios, lengua, falta de piezas dentales superiores (3 molares derecho e izquierdo)	Nutrición		LEVE 4		
poca ingesta alimentaria.	1010	Estado de deglución	NINGUNO 5		
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)					
CAMPO 1 Fisiológico: Básico			CLASE F: Facilitación de los autocuidados		
1860 Terapia de la deglución	1710 Mantenimiento de la salud bucal				
1803 Ayuda con los autocuidados: Alimentación					
ACTIVIDADES					
Proporcionar dispositivo de ayuda en la masticación (uso de puente maxilar).	Proporcionar higiene bucal antes y después del alimento.				
Enseñar a la persona a no hablar mientras come.	Identificar la dieta prescrita y cambio a papilla para facilitar la masticación y deglución.				

<p>Proporcionar un periodo de descanso antes de comer y hacer ejercicio para evitar la fatiga excesiva. Enseñar a la familia y cuidadores, las necesidades nutricionales en colaboración con la nutrióloga. Controlar si hay signos de fatiga al comer. Instruir a la familia y cuidador la forma adecuada de proporcionar el alimento.</p>	<p>Lavar las manos antes de comer. Colocar a la persona en una posición cómoda y adecuada para facilitar la masticación y deglución. Ayudar y enseñar los cuidados de portar el puente maxilar. Controlar la capacidad de deglutir. Comprobar que no queden restos de comida en la boca, al final de la comida. Animar y ayudar a la persona a lavarse la boca. Establecer una rutina de cuidados bucales. Enseñar a la persona, familia y cuidador en las intervenciones de una higiene bucal adecuada.</p>
--	---

Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet.

Fecha: 16-09-13 Se inicia con las acciones de enfermería. **Hora:** 17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30

21-09-13 Consume por completo la dieta prescrita en papillas, continúa con el tratamiento para controlar la infección en la mucosa oral.

Nota: El dolor disminuye con la aplicación de la solución magistral alternados con los enjuagues bucales. (Se tomará el indicar del dolor en el siguiente plan de cuidados).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de Nutrición e Hidratación				
DOMINIO 11	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
Seguridad /Protección	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
CLASE 2	DOMINIO (II)	110001 Limpieza de	GRAVE 1	2	4
Lesión física	Salud fisiológica	la boca	SUSTANCIAL 2		
00045	CLASE (L)	110021 Dolor	MODERADO 3	2	4
Deterioro de la mucosa oral	Integridad		LEVE 4		
relacionado con infección e	tisular	110022 Lesiones en	NINGUNO 5	2	4
higiene incorrecta	1100	la mucosa oral			
manifestado por edema,	Higiene bucal				
dolor, úlceras y dificultad					
para comer.					
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)					
CAMPO 1 Fisiológico: Básico			CLASE F: Facilitación de los autocuidados		
1400 Manejo del dolor		1730 Restablecimiento de la salud bucal			
1720 Fomentar la salud bucal					
ACTIVIDADES					
Administrar analgésico prescrito para controlar el dolor. Realizar enjuagues con té de manzanilla tibio para disminuir el dolor. Valorar la escala de EVA en la presencia del dolor. Determinar la causa del dolor			Extraer el puente maxilar cuando ya hay existencia de infección en mucosa oral. Utilizar un cepillo de cerdas suaves para la extracción de restos alimenticios. Utilización de hisopos estériles en la limpieza y aplicación de solución magistral en las encías.		
Registrar el aumento o disminución del dolor después					

<p>de cada enjuague realizado.</p> <p>Proporcionar dieta en papilla, retirando los alimentos cítricos.</p> <p>Establecer una rutina de cuidados bucales.</p> <p>Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca.</p> <p>Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como hábito.</p> <p>Inspeccionar la mucosa oral con regularidad.</p> <p>Ayudar con el cepillado de los dientes y enjuague de la boca, de acuerdo con la capacidad de autocuidados de la persona.</p> <p>Extraer, limpiar y volver a colocar la dentadura postiza, si es necesario.</p> <p>Evaluar y registrar los cambios y características en la mucosa oral</p>	<p>Fomentar enjuagues frecuentes de la boca con agua bicarbonatada y solución magistral.</p> <p>Enseñar a la persona, familia y cuidador la importancia de la solución magistral y enjuagues con agua bicarbonatada, evitando el uso de enjuagues bucales comerciales.</p> <p>Realizar higiene bucal antes de realizar los enjuagues bucales alternados cada cuatro horas</p> <p>Vigilar labios, lengua, membrana mucosa, encías, registrando características de las mismas.</p> <p>Enseñar y ayudar a la persona a realizar la higiene bucal después de las comidas.</p> <p>Planificar comidas de alimentos suaves.</p> <p>Determinar la percepción de la persona sobre los cambios en la mucosa oral, disminución del dolor, capacidad de alimentación y deglución.</p> <p>Integrar a la familia en las acciones de colaboración en el cuidado de la higiene bucal.</p> <p>No utilizar el puente maxilar hasta que se haya corregido la infección oral.</p>
<p>Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet.</p> <p>Fecha: 16-09-13 Se inicia con los cuidados de enfermería. Hora: 17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30</p> <p>28-09-13 Se controla la infección en la mucosa oral, suspendiendo la solución magistral, continuando solo con enjuagues con agua bicarbonatada y té de manzanilla.</p> <p>05-10-13 Se observa mejoría en la mucosa oral, se suspende el té de manzanilla y solo se continúa con la higiene bucal adecuada y agua bicarbonatada como medio preventivo.</p> <p>16-10-13 El lavado e higiene bucal es realizado por propio conocimiento y autonomía.</p>	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de Eliminación				
DOMINIO 4	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
Actividad / Reposo	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
CLASE 2	DOMINIO (II)	110207 Secreción		3	4
Actividad / Ejercicio	Salud fisiológica	serosanguinolenta del drenaje.			
00100	CLASE (L)	110214 Formación	GRAVE 1	2	3
Retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con herida quirúrgica dehiscente manifestado por salida de secreción serohemática espesa no fétida, necesidad de ayuda para completar el autocuidado.	Integridad Tisular	de cicatriz.	SUSTANCIAL 2		
	1102	Curación de la herida por primera intención	MODERADO 3		
			LEVE 4		
			NINGUNO 5		
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)					
CAMPO 2: Fisiológico complejo			CLASE L : Control de la piel/heridas		
CAMPO 1: Fisiológico básico			CLASE F: Facilitación de los autocuidados		
3660 Cuidados de las heridas.		1870 Cuidado del drenaje			
ACTIVIDADES					
Despegar los apósitos y limpiar la herida con solución salina.		Mantener la permeabilidad del drenaje.			
Anotar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.		Vigilar la permeabilidad y cualquier dificultad del drenaje.			
		Observar cantidad, color y consistencia del drenaje.			
		Mantener el recipiente del drenaje a nivel adecuado.			

<p>Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. Inspeccionar la herida cada vez que se realice la curación. Colocación de carayá en la periferia de la herida. Colocación de esteridrey como malla protectora de la herida. Colocación de sonda y tubo de succión en la herida. Mantener la herida a succión continua Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. Cambiar de posición a la persona. Fomentar la ingesta de líquidos. Enseñar a la persona y miembros de la familia los procedimientos de cuidados de la herida. Enseñar a la persona y familia los signos de una infección. Documentar la localización, tamaño y apariencia de la herida.</p>	<p>Cambiar el dispositivo del drenaje cuando sea necesario. Asegurar el funcionamiento del tubo y del equipo correspondiente. Administrar cuidados de la piel perilesional. Fomentar periodos de aumento de la actividad Enseñar a la persona y familia el propósito del drenaje. Proporcionar apoyo emocional.</p>
<p>Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet. Fecha: 25-09-10 Se inicia con las acciones de enfermería. Hora: 16:00 – 18:00 y 21:00 – 21:30 25-09-13 Al implementar la succión continua se lleva un control en la cuantificación, aminorando el daño en tejido cutáneo. 01-10-13 Se implementa el sistema VAC, con esponja de plata, actualmente continua con el tratamiento disminuyendo el tamaño de la herida.</p>	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de Eliminación				
DOMINIO 4 Eliminación / Intercambio CLASE 2 Función Gastrointestinal 00015 Riesgo de estreñimiento relacionado con motilidad intestinal disminuida, actividad física insuficiente.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
	MANTENER	AUMENTAR			
	DOMINIO (II) Salud fisiológica CLASE (F) Eliminación 0501 Eliminación intestinal	050101 Patrón de la eliminación. 050112 Facilidad de eliminación de heces.	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3 LEVE 4 NINGUNO 5	4	5
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) CAMPO 1 Fisiológico: Básico CLASE B: Control de la eliminación					
0450 Manejo del Estreñimiento / Impactación					
ACTIVIDADES					
Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. Comprobar movimientos intestinales. Vigilar la existencia del peristaltismo. Identificar factores que pueden causar el	Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos. Determinar en colaboración con el dietista el tipo de alimentación. Dar comidas ligeras en puré y blandas. Asegurar de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra				

<p>estreñimiento. Enseñar a la persona, familia y cuidador a registrar la consistencia, color y frecuencia de las deposiciones.</p>	<p>para evitar el estreñimiento. Instruir a la persona/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación.</p>
<p>Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet. Fecha: 18-09-13 Se inicia con las acciones de enfermería. Hora:17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30 02-11-13 Hasta el momento no ha presentado estreñimiento.</p>	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura				
DOMINIO 4 Actividad / Reposo CLASE 2 Actividad / Ejercicio 00085 Deterioro de la movilidad física general relacionado con disnea, herida quirúrgica dehiscente manifestado por expresión verbal y facies de dolor, enlentecimiento del movimiento y fatiga.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
	DOMINIO I: Salud funcional CLASE C: Movilidad 0208 Nivel de la movilidad	020803 Movimiento muscular. 020804 Movimiento articular	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3 LEVE 4 NINGUNO 5	3	4
DOMINIO V: Salud percibida CLASE V: Sintomatología 2102 Nivel del dolor	210201 Dolor referido 210210 Frecuencia respiratoria	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3 LEVE 4 NINGUNO 5	3	5	
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)					
CAMPO 1: Fisiológico básico CLASE A: Control de actividad / ejercicio CLASE C: Control de inmovilidad					
0226 Terapia de ejercicios: control muscular 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular			0840 Cambios de posición		

ACTIVIDADES

Determinar la disposición de la persona para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.
Evaluar las funciones sensoriales (visión-audición).
Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y protocolo propuesto a la persona y familiar.
Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidado.
Comenzar realizando ejercicios pasivos.
Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento.
Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor y resistencia en la movilidad.
Fomentar la deambulaci3n.
Vestir a la persona con prendas c3modas.
Reorientar a la persona sobre la funci3n de los movimientos del cuerpo.
Utilizar dispositivos de ayuda visual, para facilitar la ense1anza de los movimientos.
Colaborar e integrar a los familiares y cuidadores en la pr1ctica y fomento del ejercicio que se le proporciona a la persona.

Vigilar el estado de oxigenaci3n antes y despu3s del cambio de posici3n.
Colocar en posici3n terap3utica especificada.
Colocar en posici3n en que alivie la disnea (posici3n semifowler).
Poner apoyos en zonas edematosas y cuidados en salientes 3seas con almohadillas de franela.
Fomentar la realizaci3n de ejercicios activos-pasivos con un margen de mantenimiento.
Colocar en una posici3n que evite tensi3n sobre la herida.
Ense1ar a la persona a adoptar una buena postura.
Administrar analg3sicos prescritos.

Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet.

Fecha: 16-10-13 Se inicia con las acciones de enfermería. **Hora:**17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30

01-10-13 Disminuye la disnea de esfuerzo.

15-10-13 Los movimientos en miembros superiores son más activos, se observan sin edema y continuamos con los ejercicios como medio de reforzamiento y preventivo de la fuerza muscular.

30-10-13 Los movimientos en miembros inferiores son más activos sin embargo continua con edema de +, se comienza a bajar de la cama con apoyo.

20-10-13 Se gira pasivamente por si sola de un lado a otro.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura				
DOMINIO 4 Actividad / Reposo CLASE 2 Actividad / Ejercicio 00040 Riesgo de síndrome de desuso relacionado con reposo prolongado	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
	DOMINIO I: Salud funcional CLASE (C) Movilidad 0204 Consecuencia de la inmovilidad: fisiológicas	020411 Función muscular 020412 Tono muscular	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3 LEVE 4 NINGUNO 5	3 3	4 4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) CAMPO 1: Fisiológico: Básico CLASE C: Control de inmovilidad					
0740 Cuidados del paciente encamado					
ACTIVIDADES					
Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.	Enseñar ejercicios de cama. Reforzar los ejercicios de movimientos pasivos y activos.				

<p>Cambiarla de posición cada dos horas a la persona. Vigilar el estado de la piel. Poner apoyos en las zonas edematosas. Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulación</p>	<p>Aplicar medidas de profilácticos antiembólicas. Fomentar la realización de ejercicios activos-pasivos que faciliten la movilización y fuerza muscular. (Ver anexo 10 y 11)</p>
<p>Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet. Fecha: 16-09-13 Se inicia con las acciones de enfermería. Hora:17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30 30-10-13 Se continua reforzando con ejercicios de aducción – abducción, movilidad articular y muscular con movimientos activos-pasivos a tolerancia.</p>	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de Descanso y Sueño				
DOMINIO 4 Actividad / Reposo CLASE 1 Sueño / Reposo 00198 Trastorno del patrón del sueño relacionado con falta de intimidad manifestado por informe verbal de no descansar después de haber dormido.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
	MANTENER	AUMENTAR			
DOMINIO (I): Salud funcional	000404 Calidad del sueño	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2	3	5	
CLASE (A): Mantenimiento de la energía 0004 Sueño	000406 Sueño interrumpido	MODERADO 3 LEVE 4 NINGUNO 5	3	4	
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) CAMPO 1 Fisiológico: Básico CLASE F: Facilitación de los autocuidados					
1850 Mejorar el sueño					
ACTIVIDADES					
Determinar el esquema de sueño vigilia. Explicar la importancia de un sueño adecuado. Enseñar a la persona a controlar las pautas de sueño			Enseñar a la persona, a realizar técnicas de relajación que ayuden y faciliten el sueño. Brindar un esquema o folletos que favorezcan el sueño.		

<p>Ajustar al ambiente para favorecer al sueño Ayudar a la persona a limitar el sueño durante el día, disponiendo una actividad que favorezca la vigilia. Ayudar a eliminar las situaciones estresantes. Comentar con la persona y familia técnicas de relajación que favorezcan el sueño</p>	<p>Agrupar actividades para minimizar el número despertarse con ayuda y colaboración del personal nocturno. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño, con apoyo del personal nocturno. Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.</p>
--	--

Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet.

Fecha:27-09-13 **Hora:**17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30

Nota: Se trabajo en conjunto con los familiares para realizar actividades de ocio evitando las siestas durante el día obteniendo resultados positivos en algunos días, sin embargo no se encuentra con actividades durante la mañana y tarde refiere no poder dormir aunado a la administración de medicamentos nocturnos siendo interrumpido el ciclo del sueño.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas				
DOMINIO 4	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
Actividad / Reposo	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
CLASE 5	DOMINIO (I)	030204	GRAVE 1	3	5
Autocuidado	Salud funcional	Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo	SUSTANCIAL 2		
00109	CLASE (D)	030205	MODERADO 3		
Déficit de autocuidado:	Autocuidado	Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo.	LEVE 4	2	4
vestido relacionado con deterioro musculo - esquelético, manifestado por dolor a la movilización e incapacidad para quitarse y colocarse la ropa.	0302		NINGUNO 5		
Autocuidados:	Autocuidados:				
vestir	vestir				
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)					
CAMPO 1 Fisiológico: Básico CLASE F: Facilitación de los autocuidados					
1630 Vestir					
ACTIVIDADES					
Identificar las áreas en las que la persona necesita ayuda para vestirse.	Vestir a la persona después de completar la higiene personal.				

<p>Mantener la intimidad mientras la persona se viste. Observar la capacidad del paciente para vestirse. Fomentar su participación en la elección de su vestimenta.</p>	<p>Vestir a la persona con ropas que no le aprieten. Vestir a la persona con ropas personales. Fomentar el uso de mecanismos para su autocuidado. Proporcionar asistencia hasta que el paciente sea totalmente capaz de responsabilizarse y desvestirse por sí mismo.</p>
<p>Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet. Fecha: 05-10-13 Se inicia con las acciones de enfermería. Hora:17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30 15-10-13 Logra colocarse adecuadamente la vestimenta en la parte superior, así como lubricación en piel, cara y brazos. Se peina por sí sola, sin embargo aún en miembros inferiores se encuentra con limitación en la movilidad, requiriendo de ayuda en la vestimenta y lubricación</p>	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de Higiene y Protección de la piel				
DOMINIO 11 Seguridad / Protección CLASE 2 Lesión física 00046 Deterioro de la integridad cutánea relacionado con estoma e inmovilización física manifestado por enrojecimiento, eritema, irritación e inflamación de la piel.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
					MANTENER
DOMINIO II: Salud fisiológica.	110113 Integridad de la piel. 110115 Lesiones cutáneas.	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3 LEVE 4 NINGUNO 5	3	5	
CLASE L: Integridad tisular.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.		3	5	
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) CAMPO 2: Fisiológico: Complejo CLASE L: Control de la piel / heridas					
0480 Cuidados de la ostomía					

ACTIVIDADES

Instruir a la persona, familiares y cuidador en la utilización del equipo de ostomía.
 Disponer la demostración del uso del equipo a la persona y familiares.
 Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente.
 Vigilar posibles complicaciones posoperatorias en la estoma como inicio de las fisuras.
 Vigilar la curación de la estoma, tejido circundante y adaptación al equipo de ostomía.
 Cambiar/vaciar la bolsa de ostomía.
 Irrigar la ostomía.
 Ayudar y enseñar a la persona a practicar autocuidados.
 Animar a la persona y familiar a expresar sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal.

Examinar los cuidados de la ostomía de la persona.
 Lavarse las manos antes y después de limpiar la piel o vaciar la bolsa recolectora.
 Limpiar la piel periestomal con agua y jabón neutro sin lociones.
 Seque la piel con toques suaves antes de aplicar la nueva barrera cutánea.
 Explicar a la persona lo que representaran los cuidados de la ostomía en su rutina diaria.
 Proporcionar apoyo y asistencia mientras la persona desarrolla la técnica para el cuidado de la estoma.
 Expresar confianza respecto a que la persona puede continuar haciendo vida normal con la ostomía.
 Fomentar la participación en grupos de apoyo de ostomías, después del alta hospitalaria

Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet.

Fecha: 28-09-13 Se inicia las acciones de enfermería. **Hora:**17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30

01-10-13 Los dispositivos de ayuda en las bolsas colectoras de ostomías fueron funcionales, cambio de la bolsa de urostomía cada tercer día.

12-10-13 Disminuye el eritema e irritación periestomal.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de evitar peligros				
DOMINIO11	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
Seguridad/Protección	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
CLASE 1	DOMINIO (II)	110321		2	3
Infección	Salud fisiológica	Disminución del tamaño de la	GRAVE 1		
00004	CLASE (L)	herida	SUSTANCIAL 2		
Riesgo de infección	Integridad	tisular.	MODERADO 3		
relacionado con defensas	1103	Secreción	LEVE 4	2	3
primarias inadecuadas	Curación de la	serosanguinolenta	NINGUNO 5		
(dehiscencia de herida	herida por				
quirúrgica).	segunda				
	intención.				
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)					
CAMPO 2: Fisiológico: Complejo			CLASE L: Control de la piel/heridas		
3660 Cuidados de la herida		3662 Cuidados de las heridas: Drenaje cerrado			
ACTIVIDADES					
Monitorizar las características de la herida, incluyendo		Colocación del sistema VAC			

<p>drenaje, color, tamaño y olor. Documentar la localización, tamaño y apariencia de la herida. Fomentar la ingesta de líquidos. Medir el lecho de la herida. Limpiar con solución salina</p>	<p>Limpiar la herida con solución salina. Medir la esponja de plata al tamaño de la herida en superficie y profundidad. Cortar y embonar el orificio de conector a la succión. Cubrirlo y fijarlo con esteridrey Conectarlo a la bomba de succión del sistema VAC. Vaciar el sistema de drenaje. Registrar volumen y características del drenaje. Comprobar la permeabilidad de la unidad. Evitar acodar los tubos Fijar el sistema VAC de drenaje a la cama de la persona. Cambiar el sistema VAC de 3 a 5 días si no hay presencia de infección, siempre y cuando no sea un exudado abundante de 24 horas.</p>
<p>Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet. Fecha: 01-10-13 Se inicia con las acciones de enfermería. Hora: 16:00 – 18:00 y 21:00 – 21:30 02-11-13 El tamaño de la herida tiene una medida de 4 cm en base superior, medio 3 cm y parte inferior de 2 cm, drenando 80 ml en 24 horas.</p>	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de evitar peligros				
DOMINIO 11	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
Seguridad / Protección	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
CLASE 2	DOMINIO (IV)	190903 Colocación		3	5
Lesión física	Conocimiento y	de barreras para			
	conducta de	prevenir caídas.	GRAVE 1		
	de salud.		SUSTANCIAL 2		
00155	CLASE (T)	190901 Uso	MODERADO 3	2	3
Riesgo de caída relacionado	Control de	correcto de	LEVE 4		
con disminución de la fuerza	riesgo.	dispositivos de	NINGUNO 5		
en extremidades inferiores.		ayuda.			
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) CAMPO 4: Seguridad CLASE V: Control de riesgos					
6490 Prevención de caídas					
ACTIVIDADES					

<p>Identificar el déficit cognoscitivo o físico de la persona que puedan aumentar la posibilidad de caídas.</p> <p>Proporcionar dispositivos de ayuda (andadera) para conseguir la deambulaci3n.</p> <p>Animar al paciente a utilizar su andador</p> <p>Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.</p> <p>Instruir a la persona para que pida ayuda al moverse.</p> <p>Sugerir calzado seguro con suelas antideslizantes.</p>	<p>Enseñar a la persona y familia el uso adecuado del dispositivo de ayuda (andadera).</p> <p>Ayudar y ensear a la persona y familiar en el apoyo para la deambulaci3n.</p> <p>Utilizaci3n de lentes de aumento.</p> <p>Ensear a los miembros de familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas.</p> <p>Establecer un programa de ejercicios físicos de rutina que incluyan el andar.</p> <p>Comienza con bajarse de la cama y mantenerse de pie por 20 minutos, descansa por tres horas y vuelve a colocarse de pie.</p>
--	--

Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet.

Fecha: 30-10-13 Se inicia con los cuidados de enfermería. **Hora:**17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30

Nota: Se orienta a la persona, familia y cuidador en la enseanza de prevenci3n y manejo del riesgo de caídas durante la estancia hospitalaria.

Se baja de la cama a reposet por unos minutos, aun continua pendiente la marcha.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de Comunicarse				
DOMINIO 7	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
Rol / Relaciones	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
CLASE 3 Desempeño del rol 00052 Deterioro de la interacción social relacionado con limitación de la movilidad física manifestado por expresión verbal de sentirse sola y falta de interacción con sus demás familiares.	DOMINIO (III) Salud psicosocial CLASE (P) Interacción social. 1503 Implicación social.	150303 Interacción con los miembros de la familia.	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3 LEVE 4 NINGUNO 5	2	4
	DOMINIO (III) Salud psicosocial CLASE (M) Bienestar psicológico 1203 Severidad de la soledad	120307 Expresión de aislamiento social.	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3 LEVE 4 NINGUNO 5	3	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)**CAMPO 5:** Familia**CLASE X:** Cuidados de la vida**CAMPO 3:** Conductual**CLASE Q:** Potenciación de la comunicación**7110** Fomento de la implicación familiar**5100** Potenciación de la sociabilización.**ACTIVIDADES**

Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado con la persona.

Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.

Identificar la disposición de la familia para implicar con la persona.

Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización.

Facilitar la comprensión por parte de la familia de los aspectos médicos de la enfermedad.

Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación de la persona.

Animar a los miembros de la familia a mantener las relaciones familiares.

Establecer una relación personal con la persona, familia y cuidador que estarán implicados en el cuidado.

Animar a los miembros de la familia y la persona a ayudar y desarrollar un plan de cuidados.

Se habla con médico de base y trabajo social en la

Animar a la persona a desarrollar relaciones.

Fomentar las actividades sociales.

Fomentar compartir experiencias comunes con los demás.

Fomentar la sinceridad al presentarse con los demás.

Fomentar la participación en grupo.

Facilitar la participación de la persona en grupos para contar su historia.

Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y demás actividades.

Ayudar al paciente a que aumente la conciencia de sus virtudes.

Animar a la persona a que sociabilice con su entorno.

Fomentar la planificación de actividades en grupos pequeños de la misma sala.

autorización de entrada de más familiares, haciendo hincapié en los menores de edad, autorizarles la entrada los sábados, como estímulo de recuperación del paciente.	
---	--

Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet.

Fecha: 14-10-13 Se inicia con las acciones de enfermería. **Hora:**17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30

16-10-13 Se logra la autorización para entrada de los familiares menores de edad.

19-10-13 Por primera vez recibe la visita de sus nietos. Han continuado con el plan de visitas cada sábado.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de vivir según sus creencias y valores				
DOMINIO 10	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
Principios vitales	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
CLASE 3	DOMINIO (IV)	161403 En el		3	4
Valores / Creencias / Congruencia de la acción	Conocimiento y conducta de salud	proceso de toma de decisiones muestra independencia	GRAVE 1		
			SUSTANCIAL 2		
00175	CLASE (Q)		MODERADO 3		
Sufrimiento moral	Conducta de salud		LEVE 4		
relacionado con pérdida de autonomía manifestado por	1614	Autonomía personal	NINGUNO 5		
incertidumbre en el proceso de la herida y adaptación a su nuevo cambio de vida.					
	DOMINIO (III)	130934 Verbaliza la	GRAVE 1	3	4
	Salud psicosocial	preparación para aprender	SUSTANCIAL 2		
	CLASE (N)		MODERADO 3		
	Adaptación psicosocial		LEVE 4		
	1309	130903 Expresa	NINGUNO 5	3	4
	Capacidad personal de recuperación	emociones			

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
CAMPO 3: Conductual CLASE R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	
<p>5270 Apoyo emocional</p> <p>5220 Potenciación de la imagen corporal.</p>	<p>5230 Aumentar el afrontamiento</p>
ACTIVIDADES	
<p>Comentar la experiencia emocional.</p> <p>Abrazar o tocar a la persona para proporcionarle apoyo.</p> <p>Ayudar a la persona a reconocer sentimientos de ira, ansiedad o tristeza</p> <p>Favorecer la conversación, llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</p> <p>Ayudar a la paciente a que pueda explicar la decisión a otras personas.</p> <p>Servir de enlace entre la persona y familia.</p> <p>Servir de enlace entre la persona y otros profesionales de salud.</p> <p>Animar a la persona a expresar sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal.</p> <p>Utilizar una guía en la preparación de la persona para los cambios de la imagen corporal.</p> <p>Determinar las percepciones de la persona y familia sobre las alteraciones de la imagen corporal.</p> <p>Determinar estrategias de adaptación en su imagen corporal.</p>	<p>Valorar la comprensión de la persona sobre el proceso de enfermedad.</p> <p>Ayudar a la persona a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a la toma de decisiones.</p> <p>Facilitar la toma de decisiones en colaboración.</p> <p>Disponer un ambiente de aceptación.</p> <p>Proporcionar a la persona elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.</p> <p>Evaluar la capacidad de la persona para evaluar decisiones.</p> <p>Favorecer situaciones que fomenten la autonomía de la persona.</p> <p>Proporcionar la información necesitada que requiera la persona.</p> <p>Apoyar el uso de mecanismos de defensa.</p> <p>Remitir a grupos de ayuda (Tanatología).</p>

Ayudar en su arreglo personal e imagen antes de recibir visitas.
Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.
Ayudar a la persona a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de la imagen corporal.

Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet.

Fecha: 25-09-13 Se inicia con las acciones de enfermería. **Hora:**17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30

08-11-13 El hecho del retraso y estancia hospitalaria en su recuperación ha generado inestabilidad emocional ya que en días se encuentra con apatía en la realización de actividades para su autocuidado y otros días en que trata de afrontar su situación y calidad de vida.

Nota: Su adaptación al nuevo cambio en su imagen corporal y estilo de vida le genera incertidumbre y miedo en el momento que la den de alta.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de vivir según sus creencias y valores				
DOMINIO 6 Auto percepción CLASE 1 Autoconcepto 00124 Desesperanza relacionado con tiempo de hospitalización y retraso en su recuperación manifestado por incertidumbre y angustia.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
	DOMINIO (III) Salud psicosocial CLASE (M) Bienestar psicológico 1206 Deseo de vivir	120602 Expresión de esperanza	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3 LEVE 4 NINGUNO 5	3	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) CAMPO 3: Conductual CLASE R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles					
5310 Dar esperanza			5420 Apoyo espiritual		
ACTIVIDADES					
Utilizar serenidad y brindar seguridad a la persona. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las sensaciones que presentara durante los procedimientos. Proporcionar información objetiva en el tratamiento y pronóstico.			Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía. Utilizar herramientas para controlar el bienestar espiritual (la fé, biblia y rezar). Tratar al individuo con dignidad y respeto. Animar a participar en interacciones con miembros de la		

<p>Evitar disfrazar la enfermedad. Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir la angustia. Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.</p>	<p>familia, amigos y demás. Enseñar métodos de relajación como la musicoterapia y masajes, proporcionar literatura, tv, música. Expresar simpatía con los sentimientos del individuo. Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo. Estar abiertos a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y muerte. Ayudar al individuo a expresar y liberar la ira de forma adecuada.</p>
<p>Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet. Fecha: 25-09-13 Se inicia con las acciones de enfermería. Hora:17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30 04-11-13 El estado emocional es cambiante, en ocasiones se encuentra animada con energías de no darse por vencida y otros días donde se desespera y deprime de continuar aún hospitalizada. Nota: 08-11-13 Se ha pedido ayuda del personal en el área de tanatología.</p>	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de Trabajar y Realizarse				
DOMINIO 9 Afrontamiento / Tolerancia al estrés CLASE 1 Respuesta postraumática. 00070 Deterioro de la adaptación relacionado con estado emocional manifestado por sentirse frustrada, aburrida, triste, inquieta e impotencia.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
	DOMINIO III: Salud psicosocial CLASE N: Adaptación psicosocial. 1300 Aceptación: estado de salud.	130007 Expresa sentimientos sobre el estado de salud.	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3 LEVE 4 NINGUNO 5	MANTENER 3	AUMENTAR 4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) CAMPO 3: Conductual CLASE R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.					
5230 Aumentar el afrontamiento.					
ACTIVIDADES					
Valorar el ajuste de la persona a los cambios de imagen corporal.			Animar a la persona a desarrollar relaciones. Favores las relaciones con personas que tengan		

<p>Valorar el impacto de la situación vital de la persona en los papeles y relaciones.</p> <p>Valorar la comprensión de la persona en el proceso de enfermedad.</p> <p>Disponer un ambiente de aceptación.</p> <p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>Proporcionar a la persona elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.</p> <p>Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.</p> <p>Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre una situación estresante.</p>	<p>intereses y objetivos comunes.</p> <p>Fomentar las actividades sociales y comunitarias.</p> <p>Alentar el uso de fuentes espirituales.</p> <p>Facilitar las salidas constructivas de la ira y hostilidad.</p> <p>Favorecer situaciones que fomenten la autonomía de la persona.</p> <p>Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.</p> <p>Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo.</p> <p>Animar a la persona a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.</p> <p>Instruir a la persona en el uso de técnicas de relajación.</p> <p>Ayudar a la persona a que se queje y trabaje por las pérdidas de la enfermedad.</p> <p>Animar a la persona a evaluar su propio comportamiento.</p>
---	---

Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet.

Fecha: 25-09-13 Se inicia con las acciones de enfermería. **Hora:** 17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30

10-11-13 El platicar y ponerle atención en su forma de pensar con el simple hecho de escucharla se desahoga, llora, comenta que se quita un gran peso de encima y se siente descansada emocionalmente.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de jugar, participar en actividades recreativas				
DOMINIO 4 Actividad / Reposo CLASE 2 Actividad / Ejercicio 00097 Déficit de actividades recreativas relacionado con estancia hospitalaria manifestado por expresión verbal de aburrimiento.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
	DOMINIO (IV) Conocimiento y conducta de salud CLASE (Q) Conducta de salud 1604 Participación en actividades de ocio	160411 Participación en actividades de ocio que requieren poco esfuerzo. 160404 Refiere relajación con las actividades de ocio	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3 LEVE 4 NINGUNO 5	3 3	5 5
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) CAMPO 3: Conductual CLASE R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles					
5360 Terapia de entretenimiento					
ACTIVIDADES					
Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas. Comprobar las capacidades físicas y mentales para			Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad (lotería-cartas). Comprobar la respuesta emocional, física y social a la		

<p>participar en actividades recreativas. Identificar las necesidades emocionales. Consultar fuentes para recomendar la lectura como terapia. Fomentar la lectura. Pedir que nos de su interpretación de la lectura.</p>	<p>actividad recreacional Fomentar el juego y destreza en manualidades (insertar una agujeta en una tabla con hoyos, o un zapato de plástico, realizar figuras con plastilina etc.) Informar a los familiares, realicen cartas que le puedan dar a la persona como un estímulo de apoyo, de otros familiares y nietos que no los ha visto.</p>
<p>Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet. Fecha: 18-10-13 Se inicia con las acciones de enfermería. Hora:17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30 Al recibir la visita de sus nietos a partir del día 16-10-13, incrementó la motivación sobre su autocuidado. 28-10-13 Con la dinámica de escritura y cartas de más familiares que no han podido ir a visitarla, al recibir estas cartas ha manifestado deseos de querer salir y pasar la navidad rodeado de sus seres amados. 04-11-13 Sin embargo la movilidad y fuerza muscular en miembros inferiores aún se encuentra comprometida.</p>	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD)	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Necesidad de Aprendizaje				
DOMINIO 1 Promoción de la salud CLASE 2 Gestión de la salud 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud manifestado por interés en su rehabilitación.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
	DOMINIO (IV) Conocimiento y conducta de salud.	181302 Responsabilidad de los propios cuidados para el tratamiento actual.	GRAVE 1 SUSTANCIAL 2 MODERADO 3	3	5
	CLASE (S) Conocimiento sobre salud. 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.	181304 Efectos esperados del tratamiento. 181308 Ejercicio prescrito	LEVE 4 NINGUNO 5	2	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) CAMPO 3: Conductual CLASE S: Educación de los pacientes					
5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito 5618 Enseñanza: procedimiento y tratamiento	5520 Facilitar el aprendizaje				
ACTIVIDADES					

<p>Informar a la persona del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio y procedimientos.</p> <p>Reforzar los ejercicios activos-pasivos, haciendo hincapié en miembros inferiores.</p> <p>Explicar el procedimiento.</p> <p>Enseñar a la persona a realizar la actividad/ejercicio.</p> <p>Enseñar a la persona como controlar la tolerancia a la actividad/ejercicio.</p> <p>Informar a la persona acerca de las actividades apropiadas en la función al estado físico.</p> <p>Realizar anotaciones antes de cada procedimiento y realizar valoraciones posteriores del procedimiento.</p> <p>Incluir a la familia en el cuidado y realización del ejercicio.</p>	<p>Establecer metas realista objetivas con la persona.</p> <p>Ayudar a la persona a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.</p> <p>Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante.</p> <p>Utilizar un lenguaje familiar.</p> <p>Realizar demostraciones en técnicas de cuidado y pedirle a la persona lo realice.</p> <p>Explorar con la persona métodos de evaluación de la consecución de los objetivos.</p> <p>Integrar al familiar en la enseñanza y práctica del cuidado.</p>
---	--

Nombre de la enfermera: Correa Mora Janet.

Fecha: 05-10-13 se inicia con las acciones de enfermería. **Hora:**17:00 – 18:00 y 21:00 - 21:30

Nota: 10-11-13 La persona, familia y cuidador tienen el conocimiento sobre la práctica de cuidado y prevención de riesgo, sin embargo hay días en que la persona pierde la voluntad y deseos de continuar con su autocuidado.

VII. CONCLUSIONES

Si bien los objetivos planteados se han logrado cubrir en su totalidad, cabe destacar que el aplicar un proceso y llevarlo a la práctica es un compromiso mutuo entre la persona – familia y enfermera, pero también buscar colaboradores en el equipo multidisciplinario de la salud que aporten acciones en busca del bienestar de la persona por lo que agradezco a los residentes de urología, dietología, tanatología y trabajo social por su colaboración e interés en buscar el bien y con ello ayudar aminorar algunas de las necesidades con dependencia.

Siendo que para poder llevar a cabo un proceso de enfermería es indispensable conocer el pasado histórico y trayectoria que han dado auge a una profesionalización autónoma e independiente con la finalidad de dar cuidados en busca de la independencia total o parcial de la persona, como también es trascendental identificar algunas teóricas que han dado pauta a la disciplina de enfermería basado en un metaparadigma, es por ello que se ha elegido el modelo teórico de Virginia Henderson como instrumento de valoración y guía para la práctica, realizando valoraciones generalizadas en el estado de salud de la persona e identificando las necesidades con dependencia y con ello implementar un plan de cuidados que restauren y restablezca dicha necesidad, ayudando a la persona a adquirir su independencia total o parcial a través del cuidado holístico, en este proceso de enfermería.

Además de que es grato adquirir mayor conocimiento, destreza en la redacción de los diagnósticos de enfermería con base a la taxonomía NANDA y llevar a cabo un plan de cuidados individualizado con la clasificación e intervenciones de enfermería NOC y NIC, con lo cual obtuve un mayor dominio y manejo en la práctica e identificación de los diagnósticos.

También es agradable observar como el plan de cuidados propuesto ha dado resultados satisfactorios ya que en las necesidades con dependencia se logró su independencia total, sin embargo en otras de ellas aún se encuentra con dependencia parcial; debido a la herida quirúrgica y urostomía.

No obstante existe un mal sabor de boca al reconocer y llevarme una experiencia en las limitantes de colegas de enfermería al no apoyar de manera profesional a otro enfermero; dicha situación fue una enseñanza el reconocer que si uno se lo propone puede llegar a encontrar logros y me alegra observar como la señora N.H.H, se encuentra con menos dependencia a como cuando la conocí.

Finalmente el tener este proceso de enfermería con el plan de cuidados establecidos, lo propongo como proyecto de guía y cuidados estandarizados para el servicio de urología del HECMNR.

VIII. SUGERENCIAS

Al personal profesional activo en el área de la salud con énfasis primordial en el actuar de enfermería, es necesario recordar la trayectoria que ha recorrido nuestra profesión para alcanzar a ser una labor independiente, autónoma, eficaz y ética en el momento de proporcionar los cuidados de calidad en nuestro actuar con sentido humano a la persona que lo requiera. Además es indispensable cuidar y continuar en la superación de nuestra carrera y forjar logros sustentados dentro de nuestra vocación logrando ser reconocidos en el ámbito de la enfermería e institución laboral.

Así como en este caso en particular concientizar al personal de enfermería que pertenecemos a un solo núcleo y somos colaboradores en busca del bienestar de la persona obteniendo un fin común que es proporcionar cuidados profesionales.











Llevar a cabo la elaboración de un proceso enfermero bajo el modelo teórico de elección particular o el que maneje la institución laboral con el apoyo de las taxonomías, NANDA, NOC y NIC con la finalidad de documentar la práctica, el plan de cuidados y evaluación que se da a la persona, evidenciando los cambios en el progreso de la restauración en la salud, aunado a encontrar un lenguaje unificador en el gremio de enfermería. Ya que el implementar los modelos teóricos en nuestra práctica laboral se nos facilitará el dominio y la realización en un proyecto que se efectuará en el tiempo activo de la profesión.












Es importante encontrar apoyo en el equipo multidisciplinario de la salud y colegas de enfermería con compromiso, para lograr al máximo los objetivos planteados.

En lo personal propongo se lleve a cabo el seminario de titulación como semestre de práctica y aprendizaje con la finalidad de poder obtener facilidades para una beca en nuestra institución laboral.








Y por último tomar esta elaboración del proceso como guía, práctica asistencial y futura en la implementación de cuidados que puedan proporcionarse a otras personas.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  Abellán, G. (2006). Tratado de geriatría para residentes. Sociedad española de geriatría y gerontología: Madrid
-  Alfaro, R. (2003). Aplicación del proceso enfermero. Masson: Barcelona.
-  Brunce, A. (2009). Manual de oncología. McGraw-Hill: Interamericana de México.
-  Delgado, R. (2005). Manual de Prevención y Tratamiento de úlceras por Presión. Xunta Galicia: Santiago de Compostela.
-  Calveche, P.M. (1998). La enfermería sistémica. Díaz Santos: Madrid.
-  Carpenito, L. (2002). Diagnósticos de enfermería. McGraw-Hill: Interamericana – España.
-  Castrillón, M.C. (1997). La dimensión social de la práctica de enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia.
-  Clasificación de los resultados de enfermería. (2008). Elsevier: España
-  Clasificación de intervenciones de enfermería. (2008). Elsevier: Mosby – España.
-  Consejo internacional de enfermeras. (2005). <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing>

-  Consejo internacional de enfermeras. (2010). <http://www.icn.ch.2010>
-  Collière, M. (1993). Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidadoras de enfermería. McGraw-Hill: Interamericana – Madrid.
-  Donahue, P. (1988). Historia de enfermería. Elsevier: Doyma – Barcelona.
-  Duran, M.M. (2001). Fuentes y recursos para el desarrollo teórico de enfermería. Bogotá: Colombia.
-  Fawcet, J. (1995). Análisis y evolución de modelos conceptuales de enfermería. Davis: Company – Philadelphia.
-  Ferri, F. (2000) Consultor clínico. Barcelona: España.
-  García, C. (2001). Historia de enfermería. Madrid: España.
-  Garrison, M. (2002). Psicología, 2da ed. McGraw-Hill: Interamericana de México.
-  Gomez, W. (2008). Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilación mecánica. Manual Moderno: Bogota – Colombia.
-  Gordon, M. (1982). Manual de diagnósticos de enfermería. Elsevier: Mosby – Madrid.
-  Hernández, J. (1995). Historia de enfermería. McGraw-Hill: Interamericana – Madrid.

- 📖 Iyer, P. (1997). Procesos y diagnósticos de enfermería. McGraw-Hill: México
- 📖 Kapandji, A, (2007). Fisiología articular miembro superior. Volumen 1 Maloine: Panamericana.
- 📖 Kapandji, A, (2007). Fisiología articular miembro superior. Volumen 2 Maloine: Panamericana.
- 📖 Kozier, E. (2008). Fundamentos de enfermería. Pearson: Madrid.
- 📖 Kasper, D. (2005). Manual de medicina. McGraw-Hill: Interamericana – Madrid.
- 📖 Lynn, S. (2010). Guía de exploración física e historia clínica. Lippincott: Philadelphia.
- 📖 Marriner, A. (2007) Modelos y teorías de enfermería. Elsevier: Mosby – Madrid.
- 📖 NANDA Internacional. (2012 – 2014). Diagnósticos de enfermeros: definiciones y clasificación. Elsevier: Madrid – España.
- 📖 Palma, M. (2012). Proceso Atención Enfermería en un paciente que presenta alteración en las necesidades de eliminación basado en el modelo de Virginia Henderson. Zihuatanejo – Guerrero.
- 📖 Pérez, M. (2013). Proceso Atención Enfermería aplicado en un adulto mayor con alteración significativa en la necesidad de oxigenación basada en el modelo de Virginia Henderson. México.

-  Potter, P. A. (2001). Fundamentos de enfermería. Harcourt: Madrid.
-  Ramírez, M.A (2004). Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un paciente con alteración de la oxigenación relacionado con el desequilibrio entre demanda y aporte de oxígeno por infarto en el miocardio y manifestado por disnea. México.
-  Rosales, S. (2004). Fundamentos de enfermería. Manual moderno: México
-  Shirley, E. (2000). Enfermería oncológica. Barcelona: España.
-  Tucker, S. (2003). Normas del cuidado del paciente. Volumen II. Harcourt: Océano – España.
-  Venegas, M. (2002). Proceso Atención de Enfermería a un paciente adulto joven con alteración de la eliminación urinaria con base al modelo teórico de Virginia Henderson. México.
-  Wesley, R.L. (1997). Teorías y modelos de enfermería. McGraw-Hill: Interamericana de México

XI. ANEXOS

Anexo 1. Instrumento metodológico.

I: FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre: N.H.H	Edad: 71 ^a	Talla: 1.50 cm	Peso: 72kg
Fecha de nacimiento. 16 Agosto 1942		Sexo: Mujer	
Ocupación: Hogar - jubilada	Escolaridad: Licenciatura completa Químico Farmacéutico Biólogo	Fecha de admisión: 24 Agosto 2013	
Hora: 15:00	Procedencia. Edo. De México	Fuente de información: verbal y expediente clínico	
Fiabilidad: (1-4): 3	Miembro de la familia / persona significativa: Hija		

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN	
Datos Subjetivos:	
Disnea debido a; si debido a presentar dolor por la herida quirúrgica dehiscente	Tos productiva /seca: tos seca esporádica
Dolor asociado con la respiración: no	
Fumador: no	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: no	
Datos Objetivos:	
Registro de signos vitales y características: 120/80 mmHg, temperatura 36.5 °C, frecuencia cardiaca con ritmo regular y uniforme de 86 pulsaciones por minuto, 24 respiraciones por minuto con ritmo irregular, amplitud y profundidad superficial.	
Tos productiva /seca: tos seca esporádica	Estado de conciencia: alerta, orientada
Coloración de piel/lechos ungueales/peri bucal: lechos ungueales ligeramente pálidos	
Circulación del retorno venoso:	
Otros:	

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	
Datos subjetivos:	
Dieta habitual (tipo): 1800 kcal. Mas 1 gr de caseinato de calcio	
Número de comidas diarias: 3 comidas al día	
Trastornos digestivos: no	
Intolerancia alimentarias/ Alergias: no	
Problemas de la masticación y deglución: si	
Patrón de ejercicio. Se encuentra en reposo absoluto.	
Datos Objetivos:	
Turgencia de la piel: turgencia y elasticidad aumentada, edema ++ de miembros superiores e inferiores, fóvea prolongada.	
Membranas mucosas hidratadas/ secas: mucosas hidratadas, comisuras bucales lesionadas,	

placas blanquecinas en labios y lengua con ulceraciones.
Características de uñas/cabello: cuero cabelludo hidratado, encanecido, adelgazado, quebradizo; uñas pálidas, opacas, y frágiles; uñas de los pies gruesas y pálidas.
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: debilidad, dolor a la movilización autónoma.
Aspecto de los dientes y encías: edema gingival, edematizados y rojizos, dientes amarillentos desmerilizados.
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: urostomia definitiva a partir del 05 septiembre, penrose izquierdo y derecho, herida quirúrgica dehiscente a partir del 07 septiembre 2013.
Otros:

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN	
Datos Subjetivos:	
Hábitos intestinales: evacuación dos veces al día.	
Características de las heces/orina/ menstruación: heces blandas, peristalsis disminuida; en orina presenta urostomia con balance de 1800 ml en 24 horas, color ámbar, no concentrada ni mal olor; inicia su menarquia a la edad de 12 años con duración de 3 días, periodo de 28 días, menopausia a la edad de 58 años sin datos significativos.	
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: no	
Uso de laxantes: no	Hemorroides: no
Dolor al defecar/menstruar/orinar: negados	
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: molesta, incomoda con pena cuando tiene que cambiar y drenar su bolsa de urostomia y bañarla.	
Datos Objetivos:	
Abdomen, características: abdomen blando con dolor a la palpación.	
Ruidos intestinales: audibles pero con perístasis disminuida.	
Palpación de la vejiga urinaria: sin palpación, se le realizo cistectomía radical el 05 septiembre del 2013.	
Otros:	

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN	
Datos Subjetivos:	
Adaptabilidad a los cambios de temperatura: si pero algo molesta y preocupada cuando queda periodos prolongados con las sabanas mojadas.	
Ejercicio, tipo y frecuencia: realiza ejercicios pasivos con ayuda del familiar en extensión y flexión de los brazos y piernas; movimientos circulares en articulaciones.	
Temperatura ambiental que le es agradable: se siente más cómoda cuando está seca, cobijada y cuando hace calor.	
Datos Objetivos:	
Características de la piel: piel humedad, pálida +, edema ++, fovea profunda retardada, turgencia y elasticidad aumentada.	
Transpiración: húmeda continuamente.	
Condiciones del entorno físico:	

Otros: la piel periestomal, periferia de la herida dehiscente y región inguinal con presencia de lesiones dérmicas, irritación, enrojecimiento, dolor al tacto.

Otros:

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana: débil, fatiga, dolor al incorporarse o voltearse por si sola.

Actividades en el tiempo libre: ejercicios respiratorios, movimientos pasivos en articulaciones, brazos y piernas.

Hábitos de descanso: refiere no descansar después de haber tomado siestas.

Hábitos de trabajo: no

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza / Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: en miembros superiores se encuentra débil con presencia de dolor moderado al movimiento siendo lentos; columna vertebral comprometida con facies de dolor al movimiento, fatiga; en miembros inferiores edema ++, dolor al movimiento

Posturas: semifowler

Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: dependiente.

Dolor con el movimiento: si

Presencia de temblores: si

Estado de conciencia: optimo, responde a estímulos verbales y del medio.

Estado emocional: alerta.

Otros:

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos Subjetivos:

Horario de descanso: 23 pm a 8 am

Horario de sueño: varia

Horas de descanso:9 horas

Horas de sueño: solo duerme por ratos

Siesta: 2 de 40 minutos aproximados

Ayudas: no

Insomnio: no

Debido a: tiene miedo a que se le desprendan las bolsas colectoras.

Descansado al levantarse: refiere no

Datos Objetivos:

Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje: alerta en tiempo y espacio, expresi3n de tristeza, dialogo fluido sin titubeos tono bajo, lenguaje lento refiere fatigarse al hablar y comienza con exceso de tos.

Ojeras: si

Atenci3n: si

Bostezos: si

Concentraci3n: si

Apatía: algunas ocasiones

Cefaleas: algunas veces

Respuesta a estímulos: si

Otros:

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	
Datos Subjetivos:	
Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: por la estancia hospitalaria debe usar batas institucionales.	
Su autoestima es determinante en su modo de vestir: refiere que por el momento no le queda de otra.	
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: no	
Necesita ayuda para la selección de su vestuario: no	
Datos Objetivos:	
Viste de acuerdo a su edad: fuera del hospital si	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: limitada	
Vestido incompleto: si	Sucio: no
Inadecuado: no	
Otros: necesita ayuda al colocarse la bata	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	
Datos Subjetivos:	
Frecuencia del baño: cada tercer día por las mañanas	
Momento preferido para el baño: en las mañanas	
Cuántas veces se lava los dientes al día: dos veces al día	
Aseo de manos antes y después de comer: antes de ingerir alimentos	
Después de eliminar: después de ir al baño	
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no	
Datos Objetivos:	
Aspecto general: alerta, orientada, obesidad grado 1, edema generalizado, mucosas orales lesionadas, labios lengua, placas blanquecinas, úlceras en lengua dientes amarillentos, bordes gingivales edematizados, por ratos respira con la boca abierta, turgencia de la piel aumentada, dolor al movimientos, se encuentra triste, uñas de las manos opacas-delgadas y quebradizas, lesión dérmica con eritema e irritación enrojecimiento, en cuadrantes del abdomen flanco derecho, mesogastrio, flanco izquierdo, hipogastrio y partes inguinales.	
Olor corporal si	Halitosis: no
Estado del cuero cabelludo: cuero cabelludo hidratado, encanecido, adelgazado, quebradizo	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama): herida quirúrgica dehiscente, urostomia, lesiones inguinales.	
Masculino	Femenino
	

NECESIDAD DE DE EVITAR PELIGROS	
Datos Subjetivos:	
Que miembros componen la familia de pertenencia: tres hijos y esposo	
Cómo reacciona ante situación de urgencia: se une toda la familia para resolverlo.	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: no mucho	
Hogar: hay alfombras que evitan se resbale, utiliza lentes de aumento, andadera.	Trabajo: no
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: si	
Familiares:	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: llora	
Datos Objetivos:	
Deformidades congénitas: no	
Condiciones del ambiente en su hogar	
Trabajo	
Otros. Ahora hospitalizada cuenta con familiar las 24 horas, cama con barandales en alto.	

NECESIDAD DE COMUNICARSE	
Datos Subjetivos:	
Estado civil: casada	Años de relación: 42 años
Viven con: esposo e hijos	Preocupaciones / estrés: si
Familiar: si	
Otras personas que pueden ayudar: amigos	
Rol en estructura familiar: jubilada	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: si	
Cuanto tiempo pasa sola:	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: amigos	
Datos Objetivos:	
Habla claro: si	Confuso: no
Dificultad. Visión: si	Audición: no
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas: si	
Otros: manifiesta sentirse sola y aislada, refiere estar cansada del tiempo hospitalizada.	

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	
Datos Subjetivos:	
Creencia religiosa: católica	
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: no	
Principales valores en la familia: respeto, generosidad, amor, lealtad, comunicación y tolerancia.	
Principales valores personales: responsabilidad, voluntad, gratitud, perdón	
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: si	
Datos Objetivos:	
Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso): no	
Permite el contacto físico: si	
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: no	
Otros:	

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE	
Datos Subjetivos:	
Trabaja actualmente: no	Tipo de trabajo:
Riesgos:	Cuánto tiempo le dedica al trabajo:
Está satisfecho con su trabajo:	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: jubilada	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega:	
Datos Objetivos:	
Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/ eufórico: alerta, triste, impotente, miedo y temor en el retraso de su mejoría.	
Otros: refiere sentirse frustrada, fastidiada del tiempo de hospitalización	

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	
Datos Subjetivos:	
Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: ejercicios en las muñecas, con pelotas de esponja, sopla con un popote en un vaso de agua	
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: si	
Recursos en su comunidad para la recreación: no	
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: no	
Datos Objetivos:	
Integridad del sistema neuromuscular: si , ha encontrado cambios y disminución del dolor cuando con los ejercicios	
Rechazo a las actividades recreativas: no	
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo. Aburrido de la estancia hospitalaria.	
Otros	

NECESIDAD DE APRENDIZAJE	
Datos Subjetivos:	
Nivel de educación. Licenciatura completa en Químico Farmacéutico Biólogo	
Problemas de aprendizaje: no	
Limitaciones cognitivas: ninguna	Tipo
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: no	
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo: no	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: si	
Otros	
Datos Objetivos:	
Estado del sistema nervioso: integro	
Órganos de los sentidos: limitación visual	
Estado emocional ansiedad, dolor: a veces triste	
Memoria reciente: sin alteraciones	
Memoria remota: sin alteraciones	
Otras manifestaciones: ninguna	

Anexo 2. Cáncer de vejiga

Existen más de cien tipos de cáncer, uno de ellos es el cáncer de vejiga que a continuación se explicará dicha patología, siendo para (Bruce 2009):

Definición: Comprende una gama heterogénea de neoplasias, de grado bajo, solo lesiones papilares y grado alto de tumores invasivos que muchas veces ya han producido metástasis.

Epidemiología: Se diagnostica cada año alrededor de 49.000 casos nuevos y se atribuyen a cáncer de vejiga a más de 10.000 fallecimientos.

Etiología: se encuentra relacionada con factores como:

Carcinoma de células transicionales:

- Consumo del cigarrillo
- Exposición laboral: industria de colorantes, industria textil, industrias de neumáticos y del caucho, industrias del petróleo.
- Exposición química
- Exposición a VPH tipo 16

Carcinomas escamosos se asocian con:

- Esquistosomiasis
- Cálculos urinarios
- Sondas permanentes
- Divertículos vesicales

Causas diversas:

- Abuso de fenacetina
- Ciclofosfamida
- Irradiación pélvica

- Tuberculosis

Adenocarcinomas se asocian con:

- Extrofia
- Endometriosis
- Vejiga neurogenica
- Anomalías uracales
- Metástasis distantes de tumores primarios de órganos (ej. Cáncer de colon)

Clasificación:

Según (Shirley, 2000), menciona que se pueden encontrar clasificaciones de:

- **Carcinoma de células transicionales:** surge del euroepitelio, es el carcinoma más común corresponde al 90% de los casos.
- **Cánceres de vejiga no invasivos** permanecen en la capa interna de las células del epitelio de transición y no han crecido hacia las capas más profundas.
- **Cánceres invasivos** crecen hacia la lámina propia o incluso más profundamente hacia la capa muscular. Los cánceres invasivos tienen más probabilidad de propagarse y son más difíciles de tratar.
- **Carcinomas papilares** son proyecciones delgadas de la superficie interna de la vejiga a manera de dedos que crecen hacia el centro hueco. A menudo, los tumores papilares crecen hacia el centro de la vejiga sin crecer hacia las capas más profundas de la vejiga.
- **Carcinomas planos** no crecen nunca hacia la parte hueca de la vejiga.
- **Carcinomas escamo** corresponde un 2% de los canceres de vejiga, comúnmente son invasivos.
- **Adenocarcinomas** correspondiente al 1% del cáncer de vejiga suelen ser invasivos.

Características clínicas: hematuria profusa, hemorragia intermitente, poliaquiuria, disuria ocasional, dolor abdominal, lumbar, linfedema, insuficiencia renal.

Pruebas de laboratorio y gabinete: pielografía intravenosa, ecografía renal, pielografía retrógrada, tomografía computarizada, resonancia magnética, cistoscopia con bombeo y biopsia de vejiga, análisis de orina, marcadores de tumor vesical. Si no existen síntomas esqueléticos, la gammagrafía ósea no se recomienda.

Tratamiento:

Los tipos principales del tratamiento son:

- Cirugía: cirugía trasuretral, cistectomía parcial, cistectomía radical.
- Terapia intravesical
- Quimioterapia
- Radioterapia

La elección dependerá de la etapa en que se encuentra el cáncer.

Complicaciones:

- Cirugía: preocupación por la imagen corporal, disminución de la función corporal, trastornos de la sexualidad-sensualidad.
- Terapia intravesical: preocupación por la imagen corporal, mielosupresión, síntomas de irritación, granulomatosis.
- Quimioterapia y radioterapia: preocupación por la imagen corporal, supresión de la médula ósea, alopecia, fatiga, disminución de la función orgánica; renal, cardíaca, neurológica.

Es así como la evolución del cáncer de vejiga ha tomado importancia en el entendimiento, pronóstico, prevención y tratamiento que la población necesita para su rehabilitación.

Anexo 3. Escala de GLASGOW

Respuesta apertura ocular		Respuesta motriz		Respuesta verbal	
Espontanea	4	Obedece ordenes	6	Se orienta- conversa	5
A la orden verbal	3	Localiza el dolor	5	Conversa confusa	4
Al dolor	2	Se retira al dolor	4	Palabras inadecuadas	3
Sin respuesta	1	Flexión anormal	3	Sonidos incomprensibles	2
		Extensión anormal	2	Sin respuesta	1
		Sin respuesta	1		

Fuente: Tucker, S (2003). Normas del cuidado del paciente.

Anexo 4 Escala de BRADEN

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y peligro de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	A menudo húmeda	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	
NIVELES DE RIESGO ♣ Alto riesgo < 0 = 12 ♣ Riesgo moderado 13 – 14				♣ Riesgo bajo 15 – 16 ♣ Sin riesgo 16 - 18		

Fuente: Delgado, R (2005). Manual de Prevención y Tratamiento de Ulceras por Presión

Anexo 5. Escala Visual Analógica (EVA)

					
Sin dolor	Poco dolor	Siente un poco mas de dolor	Siente aun más dolor	Mucho dolor	El dolor es el peor que pueda imaginarse

Fuente: Lynn, S (2010). Guía de exploración física.

Anexo 6. Escala de BARTHEL

ALIMENTACIÓN		
2	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
1	Necesita ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.
BAÑO		
1	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE		
2	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braguero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
1	Necesita alguna ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
0	Dependiente	
ARREGLARSE		
1	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.

0	Dependiente	Necesita alguna ayuda
DEPOSICIONES		
2	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema
1	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.
0	Incontinencia	
MICCIÓN		
2	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina
1	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
0	Incontinencia	
RETRETE		
2	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
1	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	

TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas		
3	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas levantando reposapiés, cerrando la silla, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
2	Mínima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos.
1	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	
DEAMBULAR		
3	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
2	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
1	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
2	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar

		bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
1	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.
0	Dependiente	

Fuente: Abellón, G. (2006). Tratado de geriatría.

Escala de registro

DEPENDENCIA TOTAL

- 1- Asistencia total de otra persona
- 2- Necesita asistencia de otra persona, aunque es capaz de realizar la tarea en un 25%

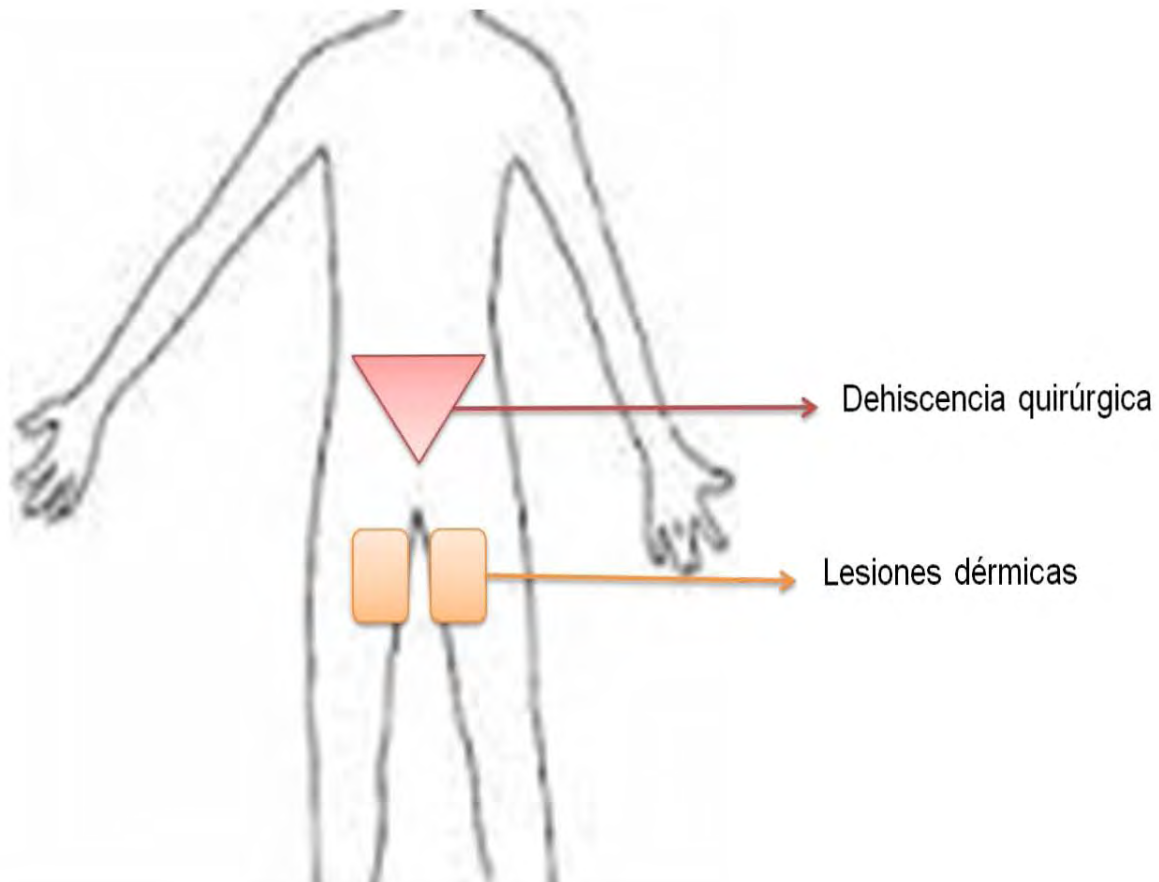
DEPENDENCIA PARCIAL (PRECISA LA ASISTENCIA O SUPERVISIÓN DE OTRA PERSONA)

- 3- Necesita asistencia moderada, aunque es capaz de realizar la tarea en un 50%
- 4- Necesita asistencia física, aunque es capaz de realizar la tarea en un 75%
- 5- Necesita supervisión y estímulo verbal, no asistencia física

INDEPENDIENTE (NO PRECISA ASISTENCIA DE OTRA PERSONA)

- 6- Independencia modificada: precisa alguna ayuda ortopédica, o el tiempo de ejecución es superior al normal, y no tiene mucha seguridad.
- 7- Independencia total. La actividad se efectúa con seguridad y sin demora.

Anexo 7. Localización de la piel lesionada.



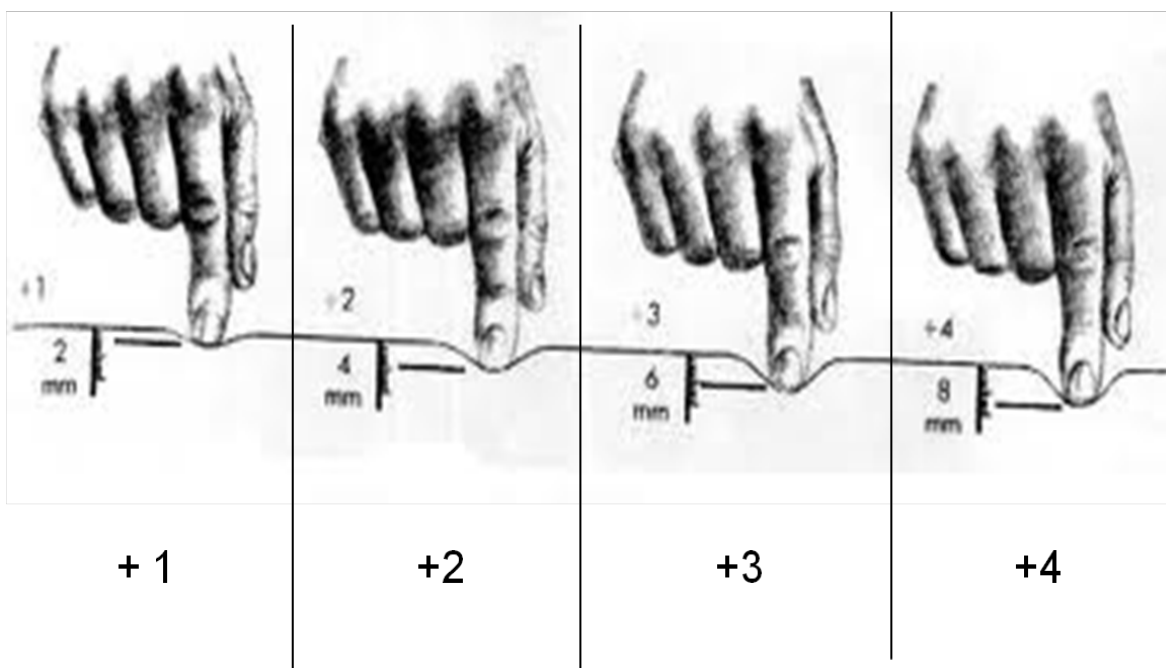


Fuente: Fotografía tomada en el HECMNR, con autorización de la señora N.H.H y familiares



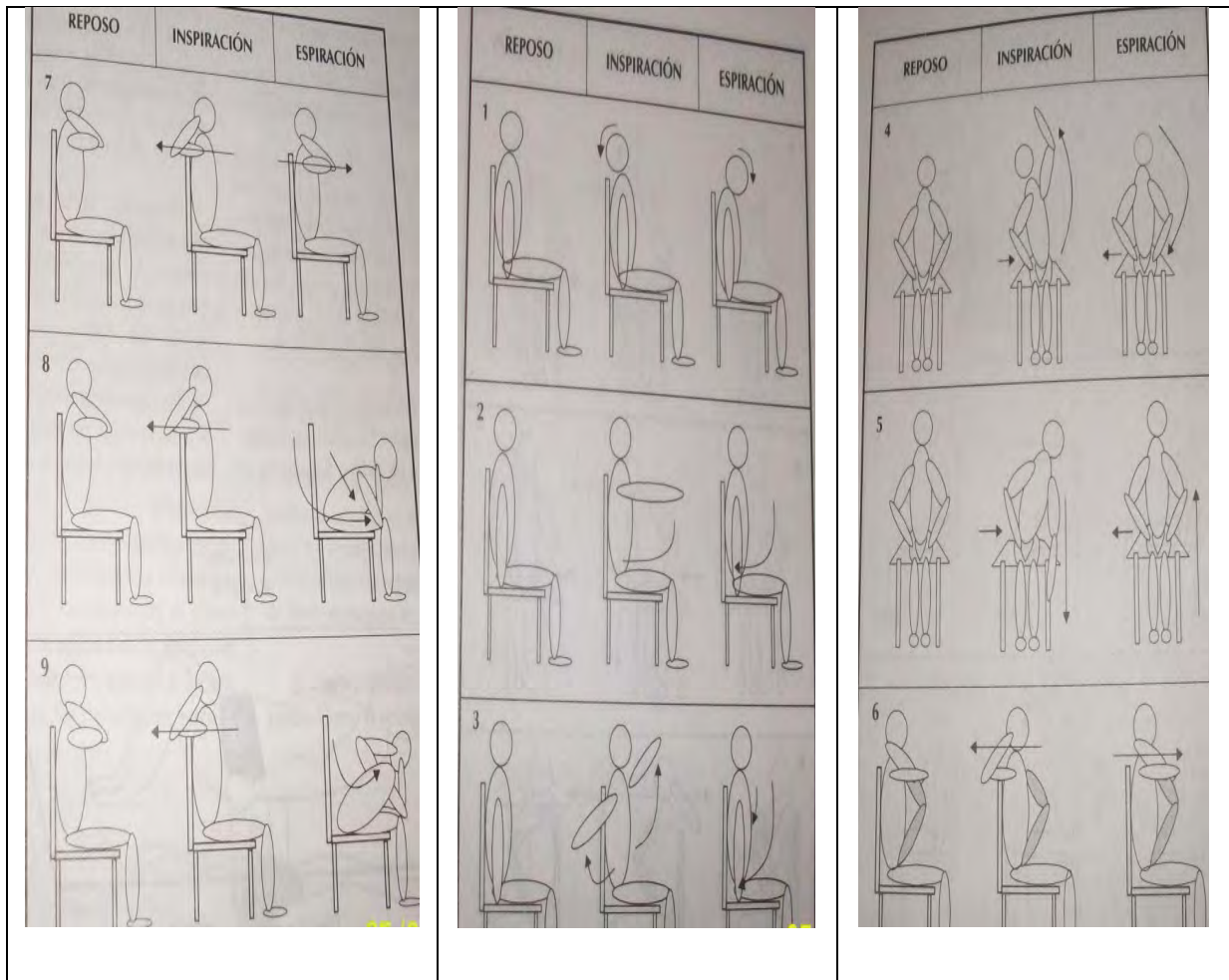
Fuente: Fotografía tomada en el HECMNR, con autorización de la señora N.H.H y familiares

Anexo 8. Valoración del edema con fóvea



Fuente: Tucker, S (2003). Normas del cuidado del paciente.

Anexo 9. Ejercicios Respiratorios



Gómez, W. (2008). Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilación mecánica.

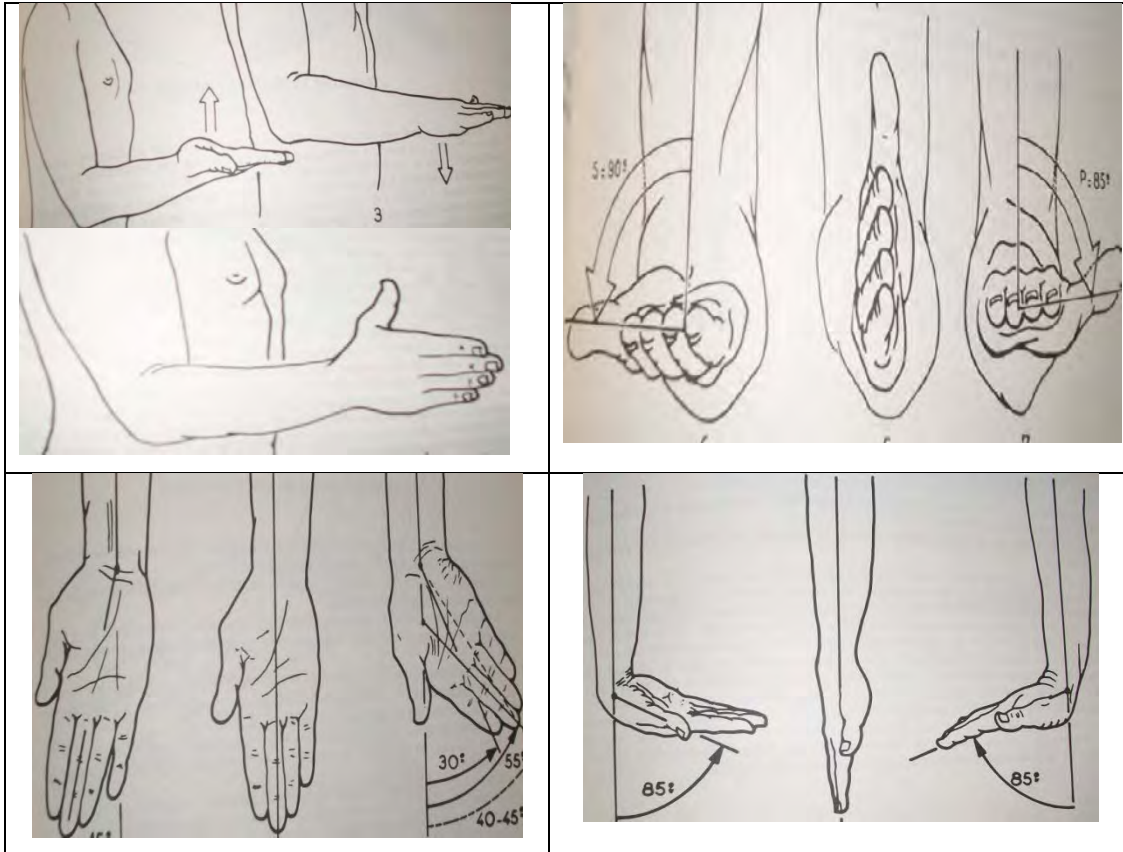
Anexo 10. Ejercicios en miembros superiores.

Movimientos en hombro, codo y brazo.

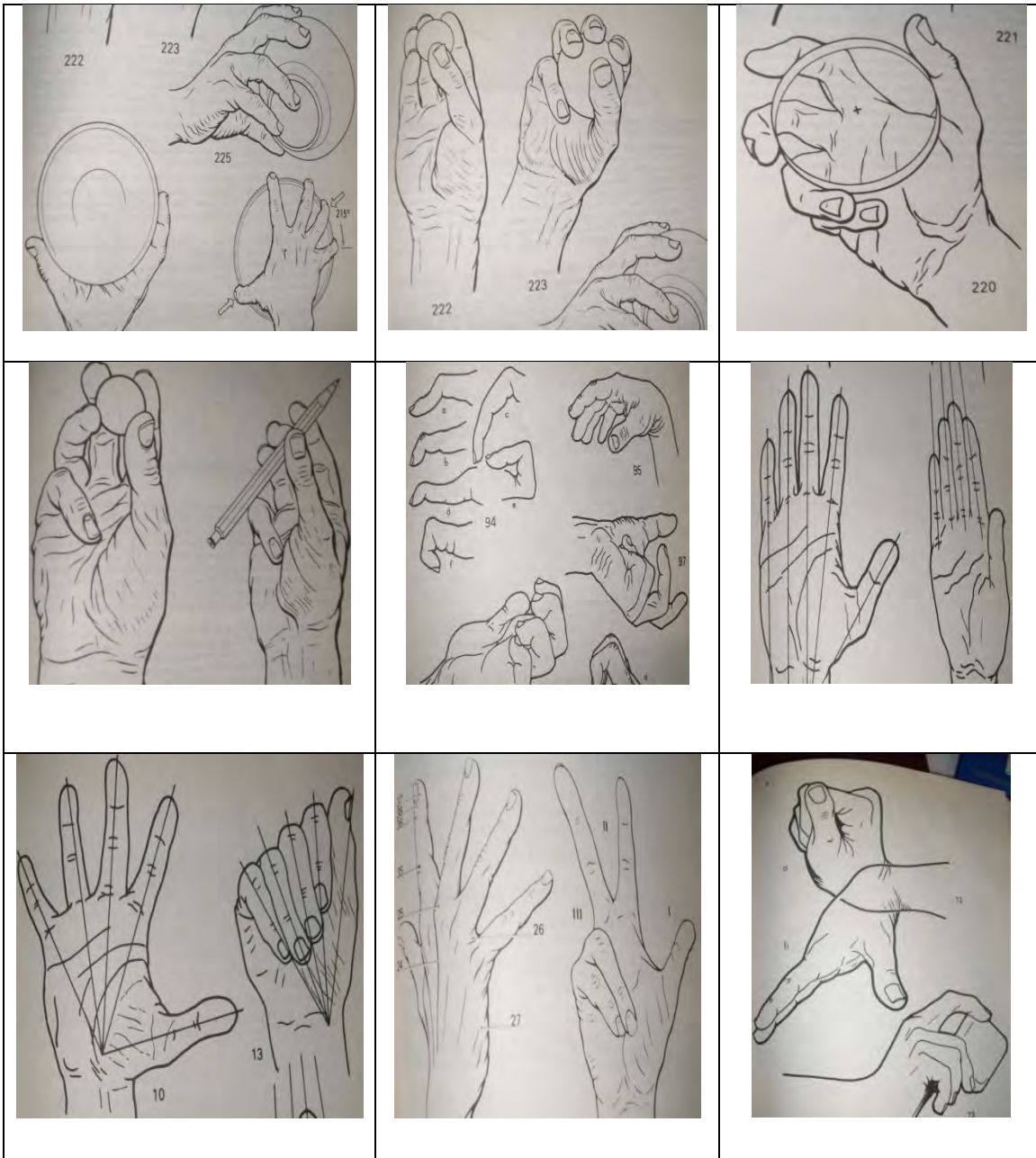


Kapandji, A. (2007). Fisiología articular miembro superior. Volumen 1. Maloine: Panamericana.

Movimiento en muñeca, mano y dedos.



Kapandji, A. (2007). Fisiología articular miembro superior. Volumen 1. Maloine: Panamericana.



Kapandji, A. (2007). Fisiología articular miembro superior. Volumen 1. Maloine: Panamericana.

Anexo 11. Ejercicios en miembros inferiores



Kapandji, A. (2007). Fisiología articular miembro superior. Volumen 2. Maloine: Panamericana.