



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE OXIGENACIÓN, CON BASE EN EL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

MARÍA MAGDALENA VILLEGAS GONZÁLEZ

NÚMERO DE CUENTA: 090508303

DIRECTOR DEL TRABAJO:

M. E. MARIA AURORA GARCIA PIÑA

MÉXICO, 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

A mis padres por su apoyo incondicional, su paciencia, amor y comprensión, que para la realización de este gran logro me han brindado.

A mis hijos por su amor constante, su ternura y por todas las enseñanzas que me han dado.

A mis hermanos por ser siempre mis héroes en mis constantes batallas y por estar siempre conmigo.

INDICE

	Pag.
I. Introducción.....	5
II. Justificación.....	7
III. Objetivos.	
3.1. Objetivo general.....	8
3.2. Objetivo específico.....	8
IV. Metodología.....	9
V. Marco teórico	
5.1. Antecedentes históricos de enfermería.....	10
5.2. Definición de enfermería.....	21
5.3. Teorías y modelos de enfermería.....	22
5.4. Definición de las etapas del proceso enfermero.....	22
5.5. Conceptos y definiciones de Virginia Henderson.....	23
5.6. Etapa del adulto mayor	25
VI. Desarrollo del proceso	29
6.1. Caso clínico.....	30
6.2. Valoración de necesidades.....	31
6.3. Plan de cuidados.....	43
VII. Conclusiones.....	75
VIII. Sugerencias.....	77

IX. Referencias bibliográficas.....	78
X. Anexos	
10.1. Instrumento metodológico para recolección de datos.....	81
10.2. Leucemia.....	94
10.2.1. Definición.....	95
10.2.2. Etiología.....	95
10.2.3. Signos y síntomas.....	96
10.2.4. Diagnóstico médico.....	97
10.2.4. Anatomía y fisiología.....	97
10.2.5. Tríptico y cartel de aseo bucal.....	106

I. INTRODUCCIÓN

Es en el recuento histórico donde surgen grandes teóricas que nos permiten vislumbrar la trayectoria y los avances científicos aplicados a esta disciplina. Dentro de estas grandes teóricas se encuentra a Virginia Henderson con su modelo aplicado a catorce necesidades donde su principal objeto es ayudar a la persona, sana o enferma, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación, con la finalidad de brindar información encaminada a cada una de las necesidades, otorgando cuidados específicos, reintegrando al paciente a su núcleo familiar sin limitantes, con la información precisa para su independencia, interactuando con la familia y encaminado en su rol social.

Y es a través de la investigación donde la enfermería ha evolucionado en el arte del cuidado aplicando en forma científica y metodológica el proceso enfermero, siendo el cuidado la esencia primordial de la enfermera, que durante toda la historia ha contribuido a grandes descubrimientos para la atención de las personas, familias o comunidades.

El presente trabajo está organizado con una metodología basada en antecedentes históricos, para lo cual fue necesaria la consulta de diversa bibliografía que me permitió llevar a cabo la realización de este proyecto.

Para el logro de esto es indispensable la utilización de un proceso con toda su metodología para que nos encamine en forma detallada y precisa en la aplicación de cuidados a una persona con problemas hematológicos. consultando los diagnósticos y cuidados NANDA - NIC - NOC.

En este trabajo se presenta un caso clínico sobre una persona de 51 años que se encuentra hospitalizado en el servicio de hematología de Centro Médico Nacional Siglo XXI, con diagnóstico de Leucemia. Se hace una valoración de las 14 necesidades básicas siguiendo el modelo de Virginia Henderson, mediante una entrevista dirigida y la obtención de datos mediante la observación y exploración física; se desarrolla el caso clínico, priorizando las acciones en base a la necesidad más afectada como lo es la de oxigenación.

Considerando como objetivo general el de elaborar un plan individualizado de cuidados a dicha persona, la aplicación del proceso enfermero individualizado con la utilización de la taxonomía NANDA-NOC-NIC que permitirá valorar, planear y aplicar cuidados específicos de manera integral, que por motivo de privacidad se llamara el señor B; este modelo permite enseñar a la persona a restablecer sus actividades físicas en su entorno familiar agradable y poco estresante, para cuando abandone el hospital pueda reintegrarse con el más mínimo de limitaciones y reincorporarse si es posible a su entorno diario.

Con la consulta y manejo de etiquetas diagnosticas, se lleva a cabo la planeación, consultando las acciones e intervenciones de enfermería específicas para cada etiqueta diagnostica, ejecutando las acciones sugeridas que nos encaminan paso a paso para brindar una mejor atención y cuidados, ya realizadas las actividades realizamos una evaluación de intervenciones planeadas, determinando así la importancia de nuestros cuidados y los beneficios de la aplicación del proceso. Observando la importancia y beneficios de la utilización de dicha metodología, previa a la evaluación en base a objetivos y puntuación diana, de las actividades que nos permiten observar lo favorable de su aplicación.

De la misma forma elaboro sugerencias en base a los inconvenientes encontrados en la realización del proceso y otras que favorezcan la realización de trabajos posteriores.

Para la documentación científica es necesaria la consulta de diversa bibliografía así como la utilización de carteles que permiten la continuidad del conocimiento.

II. JUSTIFICACIÓN

La leucemia mieloide aguda (LMA) es una proliferación neoplásica de células inmaduras de estirpe mieloide que se produce por una alteración en el crecimiento y diferenciación de las células hematopoyéticas. En la actualidad ocupa el quinto lugar de morbilidad en nuestro país, (INEGI, 2010). Por ello la importancia de conocer los cuidados específicos de enfermería aplicados a las persona que cursan con esta enfermedad.

Ante un diagnóstico de enfermedad terminal tanto el paciente como la familia se ven afectados en su vida cotidiana se desestabiliza y provoca profundos cambios en la unidad familiar.

La utilización de un proceso de atención de enfermería permite en forma sistémica guiada determinar acciones encaminadas a restablecer la independencia de la persona determinando actividades que permitan la restauración de su salud y es con la aplicación del modelo de Virginia Henderson con el que se trabaja este proceso, utilizando etiquetas diagnósticas con la taxonomía NANDA, NIC, NOC, que dentro de la aplicación de actividades se pueda orientar a la persona sobre nuevos hábitos o actividades que le permitan cuidarse y mantenerse estable.

Considerando este proceso como un documento sustentable para que la enfermera desempeñe actividades fundadas en conocimientos científicos aplicables tanto dentro del área hospitalaria como en el entorno familiar de la persona.

Al término del trabajo se pretende demostrar el dominio de la sustentante de la metodología utilizada y con fines de acreditación a examen profesional de la carrera licenciatura en Enfermería.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Elaborar un plan de cuidados individualizado, con fines de acreditación a examen profesional de la licenciatura en Enfermería, basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, a una persona que presenta alteración de la oxigenación en el servicio de Hematología en un hospital de tercer nivel, durante los meses de agosto a noviembre de 2013.

Objetivos Específicos:

- Realizar valoración de las 14 necesidades utilizando el instrumento metodológico
- Estructurar Diagnósticos de Enfermería, con base en la taxonomía NANDA.
- Diseñar y ejecutar el plan de cuidados con base en las guías NOC y NIC.
- Evaluar la aplicación del proceso enfermero, a través de los objetivos, indicadores y puntuación Diana.

IV. METODOLOGIA

Se realiza el presente trabajo iniciando con seminario de introducción para la elaboración del proyecto, asesorías semanales a partir del 27 de agosto del 2013 al 29 de octubre en un periodo de 8 semanas consecutivas y posteriormente asesorías programadas.

Así mismo se recopilaron datos que permiten la elaboración de marco teórico, consultando diversa bibliografía, así como bases de datos en páginas web iniciando con la búsqueda de libros relacionados con la historia de la enfermería, para la obtención de antecedentes históricos, en la cual se utilizan hojas, lápiz, colores y se realiza en la fecha establecida del 3 al 24 de septiembre.

Posteriormente se realiza la selección de la persona eligiendo al señor B., contando con su autorización para la realización de dicho proceso y para continuar con el desarrollo de caso clínico donde se determina las características del paciente a estudiar, además de utilizar el instrumento metodológico de 14 necesidades realizado en entrevista directa al paciente y mediante observación. Con la utilización de hojas, lápiz, reloj, baumanómetro, cinta métrica, báscula. Estetoscopio, glucómetro; esta actividad se realiza con fecha de 9 al 18 de octubre.

Una vez obtenida la información se realiza un análisis de cada una de las necesidades para priorizar la más dependiente, obteniendo la de oxigenación la mas pronta a tratar, el día 22 de octubre.

En la estructuración de diagnósticos enfermeros, además de sustentar las intervenciones con la utilización de la taxonomía NANDA, NI, NOC, se utilizo computadora, USV; y se requirió de consulta paso a paso para la elaboración y determinación de las etiquetas, esto se realizo del 3 de septiembre del 2013 al 14 de enero 2014

Se determinaron objetivos e intervenciones incluyendo acciones de enfermería planeadas y llevadas a cabo dando espacio a la realización de cada una de ellas para las intervenciones aplicadas en la necesidad de oxigenación se utilizaron globos, oxímetro, mascarillas, nebulizador y almohadas.

Posteriormente se detectaron otras necesidades como la de nutrición y alimentación la cual se atendió del 28 de octubre al 15 de noviembre. Se utilizamos trípticos, carteles y libros (ver anexos 2 y 3). Cada una de las necesidades se trato de forma individual para los que se requirieron sesiones diarias de terapia ocupacional; en estas se utilizaron hilo, estambre, agujas, libros y revistas, para las que se emplearon dos horas del día 2 al 28 de noviembre.

Se documentaron los resultados obtenidos así como su evaluación en relación a objetivos mediante indicadores y puntuación diana establecidos llegando a la conclusión de datos, que permiten ver los resultados del proceso, encaminado a transcribir los datos para su revisión y asesoría, se imprimieron, encuadernaron previa revisión de sinodales para su presentación final, para estos e utilizo hojas, impresiones, lápiz, calculadora y engargolados, USB, computadora etc.

V. MARCO TEORICO

5.1 Antecedentes históricos

La enfermera se ve a sí misma en función de sus experiencias, su legado, su información externa recibida en forma empírica y científica que durante varios años y con el paso del tiempo han generado hallazgos históricos de suma importancia y trascendencia como son los siguientes.

Dentro de los legados se ha logrado observar: en las momias del antiguo Egipto, signos importantes de arterioesclerosis y afecciones óseas. Siendo en diversos estudios demostrable que los hombres vivían más que las mujeres, lo que demostraba los peligros que pasaban en el embarazo y el parto. Considerando que los hombres primitivos trataban sus enfermedades de forma similar a los animales, lamiendo sus heridas, comiendo hiervas, etcétera, Hernández. C. J (2003).

Este instinto que le permite guiar sus impulsos para la búsqueda de comida y procedimientos que lo nutrieran, lo cuidaran y lo protegieran de diversos peligros como son las picaduras de insectos, mordeduras y se conoce que el hombre primitivo practicaba cultos curativos y a utilizar las hiervas para su propia cura, Osmar, C. R. (2003).

En la historia de los cuidados de la humanidad, la etapa primera se caracteriza por una serie de hipótesis sobre la forma de organización social que va de bandas primitivas a la unión de los primeros seres humanos, a grupos tribales y clanes organizados bajo el liderazgo de un individuo perteneciente a una familia clánica o tribal con dotes de mando, ágil para la cacería, la recolección y la pesca, así como responsable de la protección del grupo social. Desde este punto de partida, el hombre más fuerte ya prodigaba cuidados de manutención y salvaguardaba a los integrantes de la organización social.

La prehistoria se divide en tres etapas: Paleolítica, mesolítica y neolítica.

Desde el inicio de la vida humana, la organización de los individuos en las primeras bandas y grupos se caracterizó por dedicarse a la caza, la recolección, eran nómadas, habitaban en cuevas y desarrollaron el proceso de hominización, el cual consistía en el proceso de habilidades físicas (crecimiento de la capacidad cerebral, caminar en dos extremidades inferiores, reducción de la mandíbula) e intelectuales (surgimiento del lenguaje y del pensamiento simbólico), los cuales les permitió dominar el fuego y consolidar la evolución humana.

Esta etapa (paleolítica) estuvo caracterizada, también, por ideas mágico-religiosas que explicaban el origen del ser humano, y al mismo tiempo las relativas a la enfermedad y el cuidado a partir de una deidad. La intención de ese conjunto de acciones e ideas se basaba esencialmente en la conservación de la especie y la satisfacción de necesidades.

En el segundo periodo humano, mesolítico, se desarrolló la agricultura y la cerámica; los humanos vivieron sedentariamente, es decir en un lugar fijo. Se desarrollaron las primeras herramientas humanas a partir del uso de recursos naturales, los individuos pasaron de recolectores básicamente a cazadores y de cierta manera a productores.

Los cuidados en esta etapa histórica consistieron básicamente en satisfacer necesidades de los grupos organizados. Se puede entender entonces, como afirma Hernández (1995), que existió un concepto de ayuda, bajo el que se configuraban las prácticas de los cuidados alrededor de la supervivencia del grupo. Asimismo, el cuidado era una actividad colectiva porque no existía la idea de individualidad, por lo que la participación de todos los integrantes del grupo social contribuían entre sí a los cuidados colectivos.

Durante el neolítico los seres humanos avanzaron en la consolidación de sus características físicas; por ejemplo. El homo erectus tuvo un dominio del fuego, cuya herencia provino del homohabilis durante el neolítico, quien desarrolló las primeras herramientas producto de una actividad intelectual y cultural más compleja. Esto hace suponer que a la práctica de los cuidados en esta etapa humana se les sumaron aspectos de tipo psicológicos y culturales que los alejaron de sólo la supervivencia grupal, lo que supone una capacidad de aprendizaje y una mayor variabilidad de la especie humana.

Dentro del periodo neolítico (10.000 a 7.000 años A.C.) el hombre comienza a cultivar para conseguir sus propios alimentos, reforzándolo con la cacería y es con el uso de herramientas que logran esta actividad, esto les permite desarrollar otras actividades como la artesanía y la búsqueda de otras actividades como el desarrollo de te curativo, y diversos instrumentos (cuchillos, hachas, ruedas etc.), Reyes. G.E. (2003).

Este autor menciona que durante todo este proceso surge un cambio muy importante que es el de la humanización, las comunidades comienzan a desarrollar actividades de cuidados entre los habitantes, la ayuda mutua y el transmitir los conocimientos para la cacería la agricultura y los actos religiosos, en este sentido podemos afirmar que durante este periodo los cuidados se brindan de acuerdo a un plan, basados en conocimientos naturales del medio que habitan y la regularidad de los cambios climáticos y a los medios de adaptación que utilizaron para sobre vivir.

El origen del ser humano se ubica en el continente africano, así se considera por los diferentes restos fósiles encontrados en él, lo que señala que a lo largo de muchos millones de años los cuidados fueron similares por las condiciones climatológicas y naturales del medio en que vivían esos ancestros humanos. Sin embargo, cuando los ancestros del hombre migraron de África al resto los continentes, tuvieron que adaptarse a nuevas condiciones climatológicas, como las existentes en Europa y Asia.

Al inicio de las primeras civilizaciones surge el descubrimiento de grandes papiros que permiten conocer los antecedentes del cuidado y sus orígenes, cada uno de ellos mostraron gran información sobre las investigaciones realizadas sobre el cuidado. No obstante la gran iconografía egipcia eleva con todos estos papiros las actividades del cuidado domestico, Ralle, A.M (2005).

Es en Grecia donde se efectúa el paso del pensamiento místico al pensamiento racional, esto es las cosas dejan de ser místicas para tornarse conforme a la naturaleza y la razón de las cosas. La actividad de la mujer se limitaba solo a las actividades de la casa, por lo que se convierten en las primeras aplicadoras del cuidado como amas de crías y parteras empíricas, se hacen conocedoras en la aplicación de hierbas medicinales para las enfermedades presentadas en el hogar. Es aquí donde surgen las diversas formas del cuidado, comienza el desarrollo de la ciencia y el estudio de la diversidad de la vida por lo que se enfoca la religión al cuidado de los enfermos, Hernández. C. J (2003).

En el templo de Esculapio, en la antigua Grecia, se practicaban algunas actividades relacionadas al cuidado cuya orientación era más de tipo mística y dominada por la medicina natural, es decir, los cuidados partían de remedios naturales y una fuerte carga de explicación sobrenatural sobre la recuperación o la pérdida de la salud, Hernández. C. J (2003).

En ese sentido el cuidar estaba a cargo de personas que auxiliaban a los practicantes de la medicina hipocrática, que corresponde una de las primeras figuras históricamente institucionalizadas que realiza prácticas de enfermería, como baños o indicaciones dietéticas. Sin embargo, el eje central de la actuación de las personas del cuidado también residía en el papel mágico religioso predominante en esa época.

En esta misma época los cuidados cambiaron de orientación y se centraron en la vida cotidiana de la sociedad, la cual incluyó ubicarlos en la familia y el hogar a partir del papel de la mujer.

El sacerdote es el vínculo entre la sociedad dominante y su religión y el ámbito familiar, donde la mujer predominaba en los cuidados. El sacerdote actúa como intermediario de los dioses consagrados en la religión, sus rituales y las ceremonias contenían muchos elementos obtenidos de la naturaleza, por lo que a su vez estos componentes son transmitidos a las familias seguidoras de dicha religión. Sobre su papel de intermediario, el sacerdote actuaba como funcionario de un trabajo organizado, especializado y que determina la jerarquía social; esa experiencia fue reflejo de lo que los ancestros humanos heredaron al Medioevo entre la naturaleza y su religión animista, y utilizaba para sí como componentes necesarios para el cuidado de la sociedad.

Es importante recalcar que la religión antigua está integrada por los dioses y por una serie de elementos culturales asociados a ellos, como los rituales y los mitos que se aprecian más significativamente en la antropología los cuidados. Sin embargo, debe señalarse que la religión antigua, como en la moderna, la divinidad, los mitos y los rituales otorgan una fundamentación a la creencia, por lo que puede afirmarse que en la época antigua los mitos y la religión son formas institucionalizadas de organizar las actividades relacionadas con la salud desde la perspectiva religiosa institucional, Siles, (1999)

Desde esta óptica los seres humanos tienen que alabar y orar a sus dioses para mantener la salud. Así, se puede afirmar entonces que los cuidados en la Edad Media dependían de una relación íntima que los seres humanos asumían respecto a su divinidad, ya que de ello dependía la salud y la enfermedad, lo que limitó los cuidados a oraciones y rituales religiosos.

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintos órdenes religiosos. Durante las Cruzadas, por ejemplo, algunas órdenes militares de caballeros también ofrecían cuidados de enfermería, y la más famosa era la de los hombres hospitalarios (también conocida por los Caballeros de san Juan de Jerusalén). Al surgir la era científica se comienza a conocer la causa de las enfermedades y a mejorar el tratamiento; lo que hace que se deba comenzar a estudiar seriamente

para adquirir los conocimientos para saber lo que se debe hacer y lo que se debe evitar, Hernández. C. J (2003).

Las características de quienes se encargaban de dar los cuidados en etapa del cristianismo estaban al servicio de los peregrinos, de la caridad y de la ayuda al prójimo como fin de salvación y vida eterna. La mujer como enfermera se desempeñará oficialmente en las tareas de auxilio a los pobres, enfermos y desvalidos. Al mismo tiempo surge la noción sobre las mujeres que prodigaban los cuidados como una noción de humildad, a diferencia de otras actividades relacionadas con la salud, como el caso de la medicina en esa época.

Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en, Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale .Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres.

Los cuidados en la etapa cristiana, consideró el papel importante de las “diaconisas”, que eran las mujeres que ayudaban al padre de los pobres en el siglo III la función principal de aquellas mujeres tenía como objeto auxiliar a los más necesitados, como ejercicio de caridad por lo que también tenían a su cargo la educación de niños huérfanos, a las labores pastorales entre mujeres y el cuidado de los enfermos, Hernández (1995).

En el renacimiento se va a presentar también un cambio profundo en la manera de pensar de los individuos a partir de la masificación de algunos textos provenientes de la imprenta, con la impresión de las ideas de Platón y Aristóteles se va a dar un giro a las situaciones de la salud-enfermedad ya que cambió el concepto de naturaleza, se desdibujó paulatinamente la idea religiosa sobre ella

transformándola en un concepto laico, racional y que dio lugar a las interpretaciones de la enfermedad con sus causas naturales

Las nodrizas adquirieron un lugar esencial como siervas elegidas por sus prácticas sociales de moralidad y buenas costumbres, mujeres que residían en las mansiones estaban a cargo de la alimentación, de cuidar a los niños y proporcionar lactancia a los recién nacidos, Hernández (1995).

En otro sentido, el siglo XIX presentó un cambio en la concepción de la ciencia, ya que fueron diferentes disciplinas que se consolidaron como áreas del saber humano. Por ejemplo, las sociales que se formalizan con objetos de estudio específicos, tal es el caso de la antropología, la sociología, el derecho y la economía, entre otras. Cada una de ellas contribuyó con su aplicación a la vida en sociedad y a su vez a explicar la salud enfermedad. La enfermedad no existe sólo como un proceso físico, sino que tiene implicaciones sobre las condiciones sociales y culturales en las que están inmersos los humanos.

Estos aspectos deben ser tomados en consideración para explicar el surgimiento de la enfermería profesional. Desde esta perspectiva no sólo el desarrollo de la medicina influyó para la formación del personal especializado en los cuidados, sino que también se deben considerar las condiciones de vida propias desarrolladas en las ciudades, Hernández (1995).

Los cuidados en siglo XIX estuvieron vinculados directamente con las enfermedades propias de esa época, tales como las epidemias de peste que azotaron diferentes puntos de Europa e hicieron obligatoria, al menos en Inglaterra una vacuna que propiciaron la prevención de la enfermedad. Sin embargo no sólo la peste azotó las ciudades europeas, sino también el cólera, la gripe, la fiebre amarilla y la difteria.

Lo anterior, durante esa época se presentaron cambios profundos en la manera de atender y de prestar cuidados a los enfermos, ejemplo de ello es Semmelweis, quien revolucionaría la atención a las parturientas mediante medidas higiénicas a

través de personal especializado y conceptualizado como enfermeras; la quinina, utilizada en nuestro país desde la época prehispánica, fue perfeccionada lo que contribuyó a mejorar el estado sanitario de las tropas militares.

No obstante que la hospitalización de los enfermos y que los estados nacionales se desentendieron de algunos problemas de salud, fueron aspectos que retrasaron el pleno establecimiento de la profesión de enfermería. Sin embargo, en la obra de Nightingale se observan acciones reflejadas y los intereses a favor de la mejora de las condiciones de vida existentes. *Notas sobre enfermería*, constituyen precisos aspectos relacionados con la higiene, alimentación y todos los fenómenos del ambiente que influyeron en el bienestar de los individuos, los cuales se reflejaron en sus condiciones de salud.

Las notas de Florence Nightingale constituyen por sí mismas acciones claras del avance de los cuidados en la historia mundial, constituyen elementos poderosos para la historiografía de enfermería en el siglo XIX, pero son reflejo de la sistematización que presentaron las ciencias en ese siglo, pero incorporándolos a las acciones de enfermería.

Fue hasta principios del siglo XX que se reconocieron los avances planteados por Nightingale, ya que los hospitales se modernizaron y se beneficiaron a través de sus planteamientos sobre la sanidad en los hospitales, además de las observaciones precisas sobre el cuidado. Con ello se empezó a sistematizar el método de los cuidados, cuyo reflejo también es producto del avance de las ciencias sociales y ciencias naturales y sus respectivos métodos de trabajo.

Los primeros centros de instrucción de los cuidados enfermeros surgieron en el siglo XIX. Las Diaconisas de Kaiserswerth, fundado en Alemania en 1836, emularon las acciones de enfermería. Frederika Munster y su esposo Teodor Fliedner, junto a otros personajes de su época, organizaron una sociedad de enfermeras visitadoras, que consistía en un curso con duración de tres años, cuyo objetivo se centraba en el lanzamiento de nuevos estudiantes sobre los cuidados.

Esas acciones fueron indispensables para la conceptualización de la enfermería y su objeto de estudio y práctica, los cuidados

La llegada de las escuelas de enfermería y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida. La enfermería se ocupa de los cuidados del enfermo y otros trabajos relacionados con la prevención y la salud pública.

En la mayoría de los países se considera la enfermería como profesión cualificada para la que se precisa un programa de formación previo al reconocimiento académico, Hernández. C. J. (2003).

Siguiendo a la autora menciona que la formación, en la mayoría de países, dura tres años y comprende formación general en medicina y experiencia práctica trabajando con pacientes bajo la supervisión de enfermeras y enfermeros veteranos. Al final de la formación, y antes de recibir título profesional. En nuestro país, a la llegada de los españoles así como en el inicio de la época de la Colonia la regulación de los establecimientos y el ejercicio de las profesiones enfocadas a la curación y atención de los enfermos estuvieron a cargo del Tribunal de Protomedicato.

Es así que para el estudio de la historia de enfermería se ha dividido en etapas dando la siguiente clasificación destinada a 4 etapas donde presenta, la etapa domestica: esta se presente al inicio de la civilización y en ella se establecen como primordial los cuidados básicos la segunda Etapa vocacional, esta se inicia y se asocia en el nacimiento de la religión cristiana y religiosa apagándose a los cuidados eclesiásticos.

En la tercera etapa llamada técnica, se presenta en un periodo de transición y la entrada del conocimiento donde surgen nuevas ciencias y teorías. Y por último, la etapa profesional y en ella se observa ya la aplicación del conocimiento y la experiencia existe la intervención de profesionales, hasta nuestros días, Martínez, (2005).

Se observa que la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria. Éstas incluyen áreas quirúrgicas, dentales, maternidad, psiquiatría y salud comunitaria. Dentro de cada una de estas especialidades se puede optar por una nueva especialización.

Con este concepto comienza la etapa del currículum centrada en la persona, es decir contemplada en el ser humano, en su totalidad y para ello es necesario impartir una base científica muy amplia y sólida para que la enfermera se adapte a las exigencias de la época y de esa manera poder brindar prestaciones de buena calidad, Hernández. C. J. (2003).

Siendo la esencia de la enfermería el cuidado surgen las diferentes tendencias y significados para cada uno de los autores Browe (citado por Medina, 1986) indica que "cuidar es una actitud antropológica antes que una técnica; el que la adopta no pretende irrumpir agresivamente en la realidad técnicamente sino dejarla ser" Medina, (1999).

Para Collière (1993), cuidar es dar vida. Leininger afirma: "El constructo del cuidado se ha manifestado durante millones de años como fundamental, en el crecimiento, desarrollo y supervivencia de los seres humanos", Alarcón, (1986)

Florence Nightingale plantea lo que tiene que ser la acción de cuidar. Desde ese momento hasta nuestros días, es Leininger quien principalmente diferencia y estudia los distintos niveles del cuidar. No existía una distinción entre lo que es el cuidado genérico y el cuidado profesionalizado, aunque en la literatura científica se definen frecuentemente los cuidados enfermeros.

Tipos de cuidados según Leininger (2007), cuidados genéricos: Los que el grupo realiza para la sobrevivencia, como son los cuidados domésticos. Mientras que los cuidados profesionales, son los que ejercen otros profesionales con el fin de mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.

Los cuidados profesionales enfermeros, son los cuidados humanísticos y científicos aprendidos cognitivamente para ayudar a la persona, familia o comunidad a mantener, o desarrollar condiciones de vida saludables, para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidados orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte". Leininger, citada por Medina, (1999).

Durante la **etapa profesional**, aborda el desarrollo y la consolidación de los cuidados, centrándose en el campo de actuación en la disciplina enfermera. José Luis Medina, en su publicación "la pedagogía del cuidado"(1999) refiere que cuando se proporcionan cuidados profesionales el cuidador ejecuta acciones intencionales basadas en un conjunto de saberes usados para asistir a las personas.

Continua diciendo al referirse a Leininger: "el cuidado profesional enfermero se diferencia del resto de cuidados profesionales en el mantener y desarrollar la salud, el bienestar de las personas, con acciones intencionadas fundadas en un cuerpo de saberes que se suponen pueden ser enseñadas y aprendidas, añadiendo cierta destreza distintiva y complejidad en esas acciones de soporte y ayuda que son propias de los seres humanos. A la noción de cuidado de Leininger se asocian ideas como empatía, compasión, presencia, alivio, compromiso, soporte, confianza, estímulo, implicación, restauración, protección, contacto físico", Medina, (1999).

Es así que a lo largo del recorrido de la historia universal del cuidado donde he descubierto los periodos a través del tiempo me han permitido observar los cambios y trayectoria de enfermería, el remontarse a los inicios de manera cronológica, el conocer los avances, despierta la conciencia en el actuar propio de la disciplina de enfermería, considerando el logro de la profesionalización del cuidado hasta nuestros días.

5.2. Definición de enfermería

Es aquí donde surge el concepto de enfermería definiéndole como, el cuidado de la salud del ser humano, fundamentada en ciencia y que se dedica al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales.

Para Virginia Henderson la Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por si misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimiento con el fin de conservar o restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Para Dorotea Orem, representa un campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de las personas, en el ejercicio de autocuidado relacionado con su salud reforzando sus capacidades de autocuidado.

Para Hildegard Peplau la enfermería es la relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro frases: orientación, identificación, profundización y resolución.

Madeleine Leininger considera que enfermería es una ciencia y arte humanista, dirigida a dar cuidado personalizado y con un enfoque de promoción, conservación o recuperación de las conductas de salud, a través de la restauración de los cuidados culturales, Kérouac, S., (2004).

Considero que la enfermera se ha caracterizado por no perder su esencia y arte del cuidado, que en el paso del tiempo diversas teóricas nos permiten ver distintas dimensiones y enfoque de su aplicación pero siempre sin perder la línea importante que es la persona y su integridad asegurando su entorno y bienestar.

5.3. Teorías y Modelos

El crecimiento de la disciplina de enfermería, radica en parte, en el desarrollo de las teorías que dan sustento a la profesión. Las teorías están conformadas de conceptos y proposiciones dirigidas a explicar los fenómenos con mucho más minuciosidad que los modelos conceptuales, y explican los fenómenos del Metaparadigma: persona, entorno, salud y cuidado, explicando las relaciones derivadas de estos cuatro conceptos, por lo que la teoría articula y comunica una forma de ver los diferentes fenómenos, guiando de esta manera la práctica enfermera, Fawcet (2001).

Al respecto de la definición la de teoría Durán (2001), menciona que una teoría es una representación de aspectos de la realidad que se descubren o inventan, para describir, explicar y predecir o prescribir respuestas, eventos, situaciones, condiciones o relaciones; las teorías tienen conceptos que están relacionados unos con otros, formando definiciones teóricas.

Mientras se considera que un modelo de cuidado nos remite a la construcción de un conocimiento que favorece un cuidar diferenciado y específico, que auxilia el cuidado prestado al ser humano. Al mismo tiempo, impulsa el propio conocimiento y desarrollo de la enfermería. De esa forma, los modelos de cuidado engloban un conjunto de conocimientos para calificar y perfeccionar la praxis de la enfermería.

El primer componente en esta jerarquía es **el metaparadigma**, el cual es definido como los conceptos globales que identifican el fenómeno sobre el que se centra la

atención de una disciplina, las propuestas generales que describen los conceptos y las propuestas globales que plantean las relaciones entre los conceptos.

La comunidad científica de enfermería ha aceptado que el metaparadigma de enfermería está formado de cuatro conceptos: persona, ambiente, salud y enfermería.

Duran y Meleis han expresado que la aplicación de los modelos y teorías en enfermería además de contribuir con la coherencia y cohesión del conocimiento en la práctica disciplinaria, favorecen el desarrollo y generación del mismo desde la docencia, la asistencia y la investigación mediante el hilo conductor que genera, contribuye con la identidad de la profesión. El liderazgo, promueve los valores éticos y garantiza la aplicación de un cuidado humanizado, integral, continuo y de calidad centrado en las necesidades del paciente, familia o colectivo, Durán de Villalobos, M. M. (2002).

5.4. Etapas del Proceso.

El proceso es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma, Alfaro (2005).

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales.

Alfaro, L. (2005), define al Proceso de Enfermería (PE), como un método sistemático y organizado de administrar cuidados individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales y consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; las cuales se describen a continuación.

La etapa de **valoración** permite a las enfermeras, comprender la situación de las personas, consiste en recolectar y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de enfermería. En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales (de riesgo). Los datos significativos pueden ser objetivos o subjetivos, históricos o actuales. Para la obtención de datos se cuenta con dos tipos de fuentes, las primarias: observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete. Mientras que las fuentes secundarias: expediente clínico, referencias bibliográficas, artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)

Los **diagnósticos** de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias. El propósito de esta fase es identificar los problemas de enfermería de la persona. Los diagnósticos de enfermería están siempre referidos a

respuestas humanas que originan déficits de autocuidado en la persona. Alfaro (2005).

Para **planear** los cuidados de enfermería tendientes a ayudar a las personas a recuperar su autonomía en la satisfacción de sus necesidades, o bien, a recuperar su salud ante la presencia de enfermedad. Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Consta de cuatro etapas; establecimiento de prioridades, elaboración de objetivos, desarrollo de intervenciones de enfermería y documentación del plan.

Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los Individualizados, permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. El estandarizado, es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellas personas que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad, Alfaro (2005).

Dentro de los estandarizados con modificaciones, permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Los Diagnósticos de enfermería **NANDA** considera que un diagnóstico enfermero se define como un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia y/o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras, para lograr los objetivos de que las enfermeras son responsables, NANDA (2011).

La precisión y la validez de los diagnósticos enfermeros guían la selección de intervenciones que probablemente producirán los efectos deseados del tratamiento y determinarán los resultados sensibles a los cuidados enfermeros.

Los diagnósticos enfermeros se consideran la clave para el futuro de los cuidados profesionales basados en evidencia, y la forma de satisfacer de manera más efectiva las necesidades de los pacientes, a la vez se garantiza su seguridad.

Lo más importante es utilizar los conocimientos generados en la disciplina de enfermería a través de los años y cuyo marco teórico ha tenido como base el desarrollo del proceso de cuidados de enfermería incorporando los diagnósticos de enfermería conforme a las normas NANDA.

La necesidad de integrar un marco conceptual con los lenguajes estandarizados enfermeros se hace inminente en el quehacer diario de la enfermera; así como el desarrollo de habilidades en el juicio diagnóstico y terapéutico para la planificación de cuidados con distintas formas y estrategias. Con las guías estandarizadas se ofrece una propuesta destinada al uso clínico, con un enfoque basado en el razonamiento a partir de los elementos del diagnóstico conjugándolo con la **NIC-NOC**.

Considerando que el **NIC** es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería en función a las personas en forma independiente como de colaboración, en cuidados tanto directos como indirectos. Una intervención se define como cualquier tratamiento basado en el criterio y conocimiento clínico que realiza un profesional para mejorar los resultados en la persona. Incluye tanto la esfera fisiológica como la psicológica.

Cada intervención que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y la lectura referida. Sin embargo los cuidados pueden individualizarse a través de las actividades, la **NIC** permite comunicar con facilidad nuestras intervenciones, la etiqueta diagnóstica con una definición formal y una lista de actividades.

Mientras que **NOC** presenta una manera de estandarizar la terminología de los resultados enfermeros utilizados por profesionales interesados en los cambios de la persona después y antes de cada intervención; son útiles para evaluar la efectividad de las intervenciones. Cada resultado posee una escala de medida o una combinación de escalas, una lista de indicadores asociados que permiten determinar la asertividad de las intervenciones.

Posterior a que la enfermera **ejecuta** los cuidados que previamente se establecieron en la planificación, verifica que éstos se hayan cumplido. Esta verificación la hace comparando los criterios de **evaluación** previstos en el plan de cuidados con los resultados posteriores a la intervención. Para ello, la enfermera tendrá que recurrir nuevamente a la valoración para recoger los datos que le permitirán hacer esta comparación y comprobar si se cumplió o no el objetivo, Álfaro (2005).

5.5. Conceptos Principales de Virginia Henderson

En el texto impreso en 1966, “La Naturaleza de la Enfermería”, Henderson, describe la función de la enfermera de la siguiente manera: “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”, Marriner, A., (1996).

Siguiendo los planteamientos de Henderson, los conceptos básicos y metaparadigmas del modelo son:

La **persona**, definida como el individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte tranquila, la persona y la familia son vistas como una unidad.

El **Entorno**, no describe este constructo, sin embargo utiliza la del diccionario que se define como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

La **salud**, considera la salud en términos de habilidad de la persona para realizar sin ayuda sus necesidades. Equipara salud con independencia, se refería a que siempre es importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, es una energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el potencia más alto de satisfacción en la vida.

Así la **Enfermería**, la refiere como el proceso de cuidar está dirigido a suplir, ayudar o sustituir al otro como persona o bien herramienta (lentes, bastón) que la persona no conociera su manejo, para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de necesidades desde el nacimiento hasta la muerte.

Necesidades, Henderson identifica 14 necesidades básicas de la persona que integran los elementos del cuidado enfermero y son: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, moverse, dormir y descanso, vestido termorregulación, higiene, peligros, comunicación, creencias, ocupación recreación aprendizaje.

Henderson, define a la persona y la familia, como una unidad, el entorno es concebido como todos los factores externos que afectan la salud de una persona, es comprensible que uno de los factores es la cultura. El practicar su religión según sus creencias y evitar los peligros del entorno son necesidades básicas de las personas las cuales debe atender la enfermera durante los cuidados desde la óptica de la antropología.

La teoría de las necesidades al referirse la autora, en su definición de enfermería a “sustituir, apoyar, suplir” se relaciona con la idea de empatía que según la antropología filosófica es la relación de confianza, comprensión, amor, compasión,

emoción en una relación intersubjetiva que establece la enfermera con la persona e implica ubicarse en el lugar del otro.

Esta teoría permite conocer las diversas partes de la personas tanto en forma interna como en forma externa y considera su entorno y la importancia de la interacción entre la familia, la persona y la enfermera, estoy de acuerdo que es primordial incluir a la persona dentro de su núcleo familiar ya que esto favorece su pronta recuperación.

5.6.- Etapa del adulto mayor

Las edades comprendidas entre los 40 y 65 años forman parte de los periodos denominados de estabilidad y consolidación. Los hombres experimentan una disminución de la producción de hormonas durante estos años. El climaterio se refiere al cambio en la vida del hombre, cuando la actividad sexual disminuye, Kozier (2006.)

En los hombres no existe ningún cambio que se pueda comparar con la menopausia. Los niveles de andrógenos disminuyen lentamente; sin embargo los hombres pueden ser padres hasta los últimos estadios de su vida. Los vasos sanguíneos pierden su elasticidad y se hacen más espesos.

Este autor menciona que dentro de las características físicas específicas encontramos: El pelo empieza a parecer más fino y aparecen canas. Disminuye la turgencia y la humedad de la piel, disminuye la grasa subcutánea y se producen arrugas. El tejido graso se distribuye, dando como resultado depósitos grasos en el área abdominal.

Sistema musculo esquelético: La masa muscular esquelética disminuye hacia la edad de los 60 años. El adelgazamiento de los discos intervertebrales produce una disminución en la talla de cerca de un centímetro, la pérdida de calcio del tejido óseo es más común en las mujeres.

La agudeza visual declina, a menudo a final de los 40. La agudeza auditiva para sonidos de alta frecuencia también disminuyen, especialmente en hombres, también disminuyen las sensaciones de gusto. El metabolismo se enlenteciendo como resultado aumento de peso, Kozier (2006).

En el sistema gastrointestinal existe disminución gradual del tono del intestino grueso que puede predisponer al individuo al estreñimiento. En el sistema urinario, se pierden nefronas y disminuye la filtración glomerular.

Los planes de jubilación son importantes para estas personas. Es esencial que consideren la posibilidad de la jubilación y que lleven a cabo un plan para emplear su tiempo libre. Aquellas personas que poseen cierta estabilidad económica y encuentran nuevas formas de mantenerse ocupados se adaptan más fácilmente.

Las capacidades intelectuales y cognitivas de los adultos varían un poco, entre los procesos de conocimientos e incluyen el tiempo de reacción, la memoria, la percepción, el aprendizaje, la resolución de problemas y la creatividad, Kozier (2006).

Siguiendo a la autora, refiere que el adulto se acerca a la vejez y como tal se siente, las consideraciones religiosas y filosóficas adquieren gran importancia. Las personas de esta edad tienden hacer menos dogmáticos en lo que refiere a religión aunque por otro lado la fe les proporciona un sentimiento de seguridad que no poseían antes. Estas personas suelen aplicar sus creencias religiosas cuando se enfrentan con la enfermedad, la muerte o la fatalidad.

VI.-DESARROLLO DEL PROCESO

6.1.- Caso clínico

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Ficha de identificación

Nombre: B. D. B.	Edad: 51 años	Talla:1.70 cm
Fecha de nacimiento: 25- noviembre 1962	Sexo: Masculino	
Ocupación: Personal de seguridad de museo	Escolaridad: primaria	Fecha de admisión: 23 julio 2013
Hora:17:00	Procedencia: hogar	Fuente de información: entrevista directa
Fiabilidad: (1-4)	Miembro de la familia/ persona significativa: hijo mayor	

El Sr. B. Inicia su padecimiento el 17 de julio del 2012, presentado pérdida de peso alrededor de 5 a 7 kilos en un periodo de 8 meses, con aparición de sangrado nasal constante sin lograr detenerlo, seguido de dolor torácico y cuadros febriles por lo que acude a su unidad médica para atenderse. Es hospitalizado por encontrar en laboratorios lo siguiente. Leucocitos de 4.8, neutrofilos de 3.16, hemoglobina de 10.3, plaquetas de 161,000, glucosa de 80 miligramos, urea de 43, creatinina de 0.87 y bilirrubina de 0.21. Frecuencia cardiaca de 65 por minuto, presión arterial de 110/90 milímetros de mercurio, temperatura de 38°C, respiración de 18 por minuto, saturación de 95; peso de 65 kilos, talla de 1.75 cm.

Originario del estado de Veracruz, con escolaridad primaria y trabaja siendo vigilante en museo (Dolores Olmedo), casado procreo dos hijos de 23 y 20 años. Profesa la religión católica. Es el 8° de nueve hermanos, integrante de una familia de característica nuclear. Fumador desde hace 20 años consumiendo dos cajetillas de cigarros al día, ingiriendo alcohol en forma ocasional y en fiestas.

Se encuentra consiente orientado en tiempo lugar y espacio, a la exploración céfalo caudal, cabello escaso por presentar alopecia, cráneo de 58 cm; ojos con pupilas isocorionocas en ambos ojos, con presencia de derrame ocular izquierdo y dolor al movimiento.

En nariz se observa desviación de tabique nasal, fosas nasales limpias, con presencia de dificultad para respirar y utilización de oxígeno por puntas nasales; cavidad oral limpia con mucosas orales hiperémicas y lesión en encía inferior; se observan faltando dos molares inferiores y uno superior, labios con presencia de cianosis peri bucal, mucosas orales deshidratadas y lesionadas. Los oídos pabellón auricular formado audición presente y sin problemas.

El tórax, con presencia de catéter venoso central derecho, campos pulmonares derecho con presencia de sibilancias y estertores a la exhalación, presenta respiración de 18 por minuto con una saturación de 95. Abdomen blando depreciable a la palpación, peristaltismo presente, refiere dolor a la palpación en hipogastrio. Se palpa vejiga ocupada sin dolor a la palpación.

Refiere que sin ningún problema en genitales, testículos con saco escrotal sin ninguna complicación y problema aparente, menciona haber realizado consultas hace dos años para una revisión de próstata saliendo sus estudios bien. El señor B. no acepta la auscultación por lo que solo se refiere lo anterior.

Extremidades superiores se observan con presencia de catéter venoso del lado derecho, hematomas en ambos y refiere dolor por las diversas veces en las que se ha puncionado.

Miembros inferiores comenta que tienen dolor en los músculos cuando hace algún ejercicio los mueve pero poco porque siente lastimarse se observan petequias en muslo y pies principalmente en talones, tiene una lesión en el talón derecho es

una quemadura que tuvo en su casa desde hace dos meses, se encuentra profunda y con secreción amarillenta no fétida.

Piel seca sin turgencia, escaso tejido adiposo con presencia de lesiones dérmicas múltiples en espalda en región lumbar por punción, en glúteo derecho por raspado de medula ósea, pie derecho con lesión.

6.2.-Valoración de necesidades

Necesidad de oxigenación:

El señor B. lo encuentro despierto consiente, ubicado en tiempo lugar y espacio. Originario del estado de Veracruz, con escolaridad primaria y trabaja siendo vigilante en museo (Dolores Olmedo), casado procreo dos hijos de 23 y 20 años de edad respectivamente, profesa la religión católica, es el 8° de nueve hermanos, integrante de una familia de característica nuclear. Fumador desde hace 20 años consumiendo dos cajetillas de cigarros al día, ingiriendo alcohol en forma ocasional y en fiestas.

En nariz se observa desviación de tabique nasal, fosas nasales limpias, con presencia de dificultad para respirar con ventilación superficial, utiliza oxígeno por puntas nasales, menciona tener dolor al respirar y que el oxígeno le falta. Dice tener tos con flemas, se observa tórax con presencia de catéter venoso central derecho con movimientos de expansión disminuidos, murmullo vesicular presente, campos pulmonares encontrando el lado derecho sibilancias y estertores; ritmo cardiaco disminuido con frecuencia cardiaca de 65 latidos por minuto, presión arterial de 110/70 mmhg, temperatura de 38°C, respiración de 28 por minuto, saturación de 83 por minuto. Pulsos radial y carotideo disminuidos en frecuencia e intensidad, presenta cianosis peribucal, lecho ungüal y diaforesis.

Necesidad de nutrición e hidratación:

Presenta cabello escaso y en algunos lugares alopecia, cráneo de 58 cm de diámetro; ojos con pupilas isocorionicas, agudeza visual sin problemas no requerimientos de lentes, existe paralelismo de ejes oculares y motilidad ocular, con presencia de derrame ocular izquierdo refiriendo dolor al movimiento., transparencia y regularidad en pared palpebral.

Se explora cavidad oral, se observa limpia con mucosas orales hiperémicas y lesión en encía inferior; se observan faltando segundo molar inferior y diente canino superior.

Su piel esta deshidratada sin turgencia, sin elasticidad en pliegues se encuentra escamosa secundaria a exposición de productos químicos, con facies de dolor, palidez generalizada, llenado capilar de 3 segundos, presenta petequias en miembros pélvicos y equimosis en ambos brazos así como diversas punciones para colocación de venoclisis.

Por el momento se encuentra hospitalizado, ingiere dieta blanda astringente, realiza tres comidas al día dentro de las que incluye en el desayuno leche, atole y/o té, fruta pan y jamón; en la comida verdura cocida: zanahoria, calabaza o chayote, pollo, fruta y agua; en la cena galletas, pan jamón y fruta. Menciona que trata de comer todo solo que no le gusta la verdura y con la leche le duele el estomago y le da diarrea, dice que extraña los frijoles y las tortillas por que en su hogar es lo que más come. Refiere dolor al masticar por la lesión en la encía inferior, logra masticar bien sus alimentos y deglutirlos sin problema.

Encontrando un peso de 65 kilos talla de 1.75 cm en el último año perdió 7 kilos, Ingiere los cuatro vasos de agua que le dan en las comidas además de tomar la mitad de la jarra que le ponen (500 MI).

Necesidad de eliminación

Abdomen blando, plano, depresible a la palpación sin datos de irritación peritoneal simétrico con presencia de cicatriz umbilical central. En la auscultación se escuchan ruidos intestinales de 5 por minuto.

En la palpación se revisan todos los cuadrantes, sin encontrar acromegalias la persona refiere dolor en hipogastrio, a la percusión cavidad gástrica con sonido zúmbante con intestino grueso ocupado por materia fecal, menciona evacuaciones dos veces al día, con características de heces fecales formadas, café pastosa pero en ocasiones son líquidas dice que por los alimentos que ingiere como la leche.

En la actualidad no refiere estreñimiento pero se encuentra ingiriendo medicamento para poder evacuar: senosidos dos tabletas cada 24 horas.

Micción de cuatro a cinco veces al día (de 300 a 200 ml por micción) de color amarilla concentrada y con olor fétido y cetónico.

Necesidad de Termorregulación

Masculino de 51 años de edad, actualmente refiere frío y temblores finos así como sudoración, presenta diaforesis "por la fiebre que tengo" se coloca termómetro y se observa temperatura de 38°C, piel pálida, seca, deshidratada, sin turgencia, llenado capilar de 2 segundos.

Se encuentra en aislamiento protector, encontrándose en primera fase de recuperación por quimioterapia (metrotexate vía intra - teal cada 24 horas, fosfamida 500 miligramos por vía intravenosa cada 12 horas), cursando periodo de inmunosupresión, está en reposo la mayor parte del día la pasa en cama y solo se levanta para asistir al baño.

La habitación se encuentra totalmente cerrada sin ventanas ni entradas de aire, cuenta con baño propio.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Comenta que antes de enfermarme caminaba 20 minutos diarios, le gustaba ir al campo a jugar futbol, en su descanso dormía alrededor de seis horas diarias sin realizar siestas ya que su trabajo es de doce horas y no lo permite, pero las últimas semanas que trabajo se sentía ya muy cansado, convive con su familia todo el tiempo que descansa y generalmente se encuentra en casa realizando actividades del hogar, ahora extraña mucho su hogar ya su familia, en el hospital no puedo convivir con todos al mismo tiempo, "me siento solo y a veces triste por esta enfermedad", comento.

Se observa un persona de complexión delgada con tono muscular disminuido, en la exploración presenta dolor en la flexibilidad de brazos y piernas, ahora se encuentra cansado y sin fuerzas; la mayoría del tiempo permanece acostado o en sillón, no requiere de asistencia para moverse lo hace pausadamente por sí mismo., su marcha es lenta.

Mantiene posturas alineadas anatómicamente correctas sentado y de pie, es capaz de buscar dispositivos de apoyo por sí solo y de acuerdo a sus necesidades para caminar, presenta facies de dolor al apoyar pie derecho este presenta lesión en tobillo. En glúteo tiene un hematoma y orificio de punción por espirado de medula ósea para estudio, el cual también le causa dolor.

Extremidades superiores con presencias de hematomas por diversas punciones, tono muscular disminuido, articulaciones con dolor al movimiento pero sin causar limitación, extremidades inferiores con presencia de petequias y hematomas; del lado derecho se observa una lesión ulcerosa en talón, no refiere dolor en el sitio y en articulaciones.

Necesidad de descanso y sueño.

Diariamente duerme 6 horas con una siesta de una a dos horas en la tarde como a las doce del día, refiere, por la noche me despierto para ir a miccionar y cada vez que me toman la presión que son dos veces por la noche, siento en ocasiones que no descanso y generalmente me despierto con cansancio y dolor muscular. Al encontrarme todo el día en cama es incómodo y cuando llega la hora de dormir no encuentro la posición más cómoda.

Refiere roncar durante el sueño, se observa desviación de tabique nasal cuello corto y ancho, presenta ojeras y muestra cansancio, fatiga y bostezos al dialogar lo hace en forma abierta y sin perder la línea de diálogo.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Comenta que en casa el selecciona su ropa que incluye pantalón de vestir y camisa de manga larga su ropa es de color azul o negra, en el hospital solo le permiten pijama de dos piezas y pantuflas, para él es cómodo por que “estoy todo el tiempo acostado, pero extraño salir a la calle y vestirme como lo hago normalmente”. Cuando me dan la semana de descanso en casa si me pongo la ropa de diario solo que estoy en casa y tengo limitada la salida a la calle.

El refiere vestirse solo y mantiene su ropa limpia y en orden con ayuda de su esposa.

Necesidad de higiene y protección de la piel.

En casa comenta que normalmente el baño lo realiza diariamente utiliza jabón, shampo, crema talco y desodorante solamente, con cambio de ropa completa, el aseo bucal es dos veces al día con pasta dental. Ahora en el hospital realiza baño diario por sí mismo y sin ayuda, utilizando solo jabón neutro, shampo, desodorante, crema hipoalergénica y talco, no tiene autorizado perfumes y spray; su cambio de ropa interior es diario así como el pijama.

El aseo bucal es tres veces al día con realización de enjuague con nistatina después de cada aseo. El corte de uñas se realiza con cortaúñas limpio, estas actividades las realiza el solo y mantiene en orden sus artículos personales.

Se observa piel seca, deshidratada con pérdida de la turgencia, cabello escaso (alopecia) y limpio, cuero cabelludo sin lesiones; esclerótica en ojo derecho blanco pero en izquierdo con presencia de derrame. Mucosa oral limpia, deshidratada, hiperémicas, con presencia de ulceración en encía.

Piel de brazos con presencia de hematomas por múltiples punciones, uñas amarillas, cortas y limpias, en los pies se observa piel deshidratada sin turgencia, con presencia de petequias y ulceración en tobillo derecho, uñas de pies engrosados y amarillos, pero cortas.

Necesidad de evitar peligros

El señor B. se encuentra consciente, alerta, orientado en tiempo, lugar y espacio (sabe el día en que se encuentra y donde se encuentra), su lenguaje es fluido y coherente, responde acertadamente a todas las preguntas que se le realizan en cuanto a su salud.

Se encuentra en estado de inmunosupresión posterior a la aplicación de fase tres de quimioterapia.

No presenta alteraciones auditivas, olfativas ni táctiles, refiere en ocasiones tener alteraciones en la visión y para leer utiliza lentes ya que la vista se hace borrosa y no puede ver las letras, alteraciones gustativas porque después del tratamiento en la comida no encuentra sabor alguno

Se observa disminución en la velocidad de la marcha, con pérdida del balanceo de brazos, menor cadencia, aumento de la anchura de la zancada y disminución

del ángulo que forma el pie con el suelo realizando pasos cortos pero firmes cuando siente balancearse se toma de la pared.

Necesidad de comunicarse

Su lenguaje es fluido y coherente proviene de una familia nuclear, la cual está conformada por su esposa y dos hijos con los cuales convive diariamente, su casa es propia cuenta con todos los servicios (agua, Luz, teléfono). Menciona tener buenas relaciones con todos los integrantes de la familia y con su nuera. Es respetuoso y atento en el diálogo, expresa fácilmente sus ideas y pensamientos, menciona sentirse afligido por encontrarse hospitalizado tantos días y que su enfermedad lo han mantenido en reposo por mucho tiempo, (se pone las manos en la cara y se pone triste).

Sexualidad: inicia su vida sexual a los 17 años, tres parejas sexuales, sin utilizar ningún método anticonceptivo, realizó hasta hace dos años sus revisiones de próstata por sentir una ligera molestia. Menciona con un poco de timidez que en sus relaciones sexuales la mayoría de las veces se sintió satisfecho. Actualmente no tiene relaciones sexuales con su esposa por temor a que esto le haga daño.

Necesidad de vivir sus creencias y valores.

Se refiere católico, fue bautizado por sus padres y actualmente profesa la religión católica, asiste cada domingo con su esposa a misa, es parte del grupo que reza el rosario en la iglesia de su comunidad, pero últimamente no asiste.

Con la enfermedad menciona “me he acercado más a rezar y a pedir por mi salud a Dios”, siento temor por lo que me pueda pasar aunque sé que esta enfermedad no tiene cura – se mantiene en silencio- pero voy seguir las indicaciones de los médicos hasta que Dios diga, menciona que el morir le da temor.

Se expresa siempre con respeto hacia los demás, es muy atento y se observa que la familia y los amigos son importantes para él, los valores con los que menciona fue educado lo han llevado a tener diversas amistades.

Necesidad de trabajar y realizarse.

Trabajo 10 años como vigilante del museo Dolores Olmedo. Su situación económica es de bajos recursos, se mantienen con su sueldo de vigilante, y su hijo mayor trabaja y estudia pero lo que gana es para él, la seguridad social se la brinda su trabajo, se manifiesta impotente por no poder trabajar ya que ahora solo su sueldo es la mitad de lo que gana normalmente, extraña la actividad en el trabajo y los recorridos realizados en el museo, se siente relegado y triste por el rol que desempeña actualmente en su familia no le gusta sentirse dependiente de sus hijos y de su esposa ya que el siempre ha sido el soporte económico y moral.

Necesidad de jugar y realizar actividades recreativas

Antes de enfermarse comenta que le gustaba jugar fútbol con sus hijos en el campo los fines de semana, a veces lo hacían cada quince días, participaba en actividades recreativas que le brindaba el museo, como casa de cultura, donde convivía con sus compañeros de trabajo, las reuniones son los fines de mes. Ahora le gustaría poder caminar por las tardes, pero el reposo obligatorio que le impusieron por su enfermedad no se lo permite. Menciona “ojala pudiera hacer mi vida como antes pero esta enfermedad no me deja ni tomar el sol”. En el cuarto me aburro y me desespera no poder hacer nada útil, solo me pongo a pensar en la enfermedad.

Se observa aparentemente tranquilo pero con una tristeza grande en los ojos, procura hacer bromas durante la plática pero el aislamiento le hace que tenga más presente su enfermedad.

Necesidad de aprendizaje.

Padre de familia con escolaridad primaria completa, sabe leer y escribir, le gusta leer pero sus ocupaciones se lo impiden, ahora que está hospitalizado a tratado de hacerlo, sabe cómo utilizar fuentes de apoyo que le permitan conocer más de su enfermedad.

Se observan capacidades auditivas y de comprensión sin trastornos, su capacidad visual se encuentra un poco disminuida ya que para leer utiliza lentes.

Hasta el momento ha seguido al pie de la letra las indicaciones y tratamientos para la mejora de la enfermedad, sabe qué tipo de enfermedad es y que llevara siete fases de quimioterapia, que cada una de ellas será más fuertes y terminara con sus células buenas y malas, sabe – hace una pausa- que su enfermedad es incurable y que puede morir pronto., desconoce los cuidados que encasa pueden dañarlos como que comida puede comer y como debe prepararla, si puede salir cubierto o solo con su ropa normal y si no sigue las indicaciones que pasaría.

Refiere tener temor a no saber cuidarse debidamente para poderse curar pronto, en casa no cuento con lo necesario para poder cuidarme.

6.3. Conclusión Diagnóstica de Enfermería

Necesidad		Grado de dependencia		Fuente de dificultad		Diagnóstico de enfermería	
		I	PD	D	F		X
1	Oxigenación	I			F	X	Deterioro del intercambio de gases (00030) Relacionado con ventilación perfusión manifestado por disnea, cianosis peribucal, lechos ungüeales y diaforesis.
		PD			V		
		D	X		C		
2	Nutrición Hidratación	I			F		Deterioro de la mucosa oral (00045) relacionado con quimioterapia manifestado por úlceras orales, hiperemia y dolor al masticar.
		PD	X		V	X	
		D			C		
3	Eliminación	I			F		Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196) relacionado con agentes farmacológicos manifestado por vaciado gástrico acelerado, dolor al defecar.
		PD	X		V	X	
		D			C		
4	Moverse y mantener una buena postura	I			F	X	Deterioro de la de ambulación (00088) relacionado con perdida en la habilidad para caminar manifestado por dolor en articulaciones y músculos. Deterioro de la movilidad física (00085) relacionado con aislamiento protector y reposo manifestado por dolor muscular y movimientos lentos. Fatiga (00093) relacionado con inmunosupresión manifestado por cansancio, apatía y letargo.
		PD			V	X	
		D	X		C		
5	Descanso y sueño	I			F		Trastornos del patrón de sueño (00198) relacionado con interrupciones en el ciclo (nictura) manifestado por ojeras, quejas verbales de no sentirse descansado y nicturia.
		PD	X		V	X	
		D			C		
6	Usar prendas de vestir adecuadas	I	X		F		
		PD			V		
		D			C		

7	Termo- regulación	I	X	F	X	Hipertermia relacionada con inmuno- supresión manifestada por diaforesis, temblores finos, escalofríos
		PD		V		
		D		C		
8	Higiene y protección de la piel	I	X	F		Protección ineficaz (00043) relacionado con perfiles hematológicos anormales manifestado por deterioro de la cicatrización.
		PD		V	X	Deterioro de la integridad cutáneas (00046) relacionado con déficit inmunitario y uso de sustancias químicas.
		D		C		
9	Evitar peligros	I	X	F	X	Riesgo de infección relacionado con disminución de las defensas secundarias, hemoglobina, leucopenia
		PD		V		
		D		C		
10	Comunicarse	I	X	F	X	Deterioro de la interacción social (00052) relacionado con aislamiento terapéutico manifestado por interacción disfuncional de familiares.
		PD		V		
		D		C		
11	Vivir según sus creencias y valores	I		F		Temor (00148) relacionado con deterioro del estado de la salud manifestado por miedo a la muerte.
		PD	X	V	X	
		D		C		
12	Trabajar y realizarse	I		F		Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con enfermedad física y cambios del rol social
		PD	X	V	X	
		D		C	X	
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I	X	F	X	Déficit de actividades recreativas (00097) relacionado con aislamiento protector prolongado manifestado por afirmaciones del paciente de que se aburre.
		PD		V		
		D		C		
14	Aprendizaje	I		F		Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080) relacionado con dificultades económicas manifestado por falta de cuidados en el hogar.
		PD		V		
		D	X	C	X	
		*(F) Fuerza (V) Voluntad (C) Conocimiento				
		**(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente				

6.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Oxigenación

Dominio: 3 eliminación e intercambio Clase: 4 sistema pulmonar	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) PERFUSIÓN TISULAR: PULMONAR					
	Resultado(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN		PUNTUACIÓN DIANA	
Diagnósticos de enfermería NANDA Etiqueta: (00030) Deterioro del intercambio de gases Factores relacionados: Relacionado con ventilación perfusión Características definitorias: manifestado por disnea, cianosis peri bucal, lechos ungueales y diaforesis.	Dominio: II salud fisiológica Clase: E cardio-pulmonar (0414)	O41406 Frecuencia respiratoria.	Grave	1	MANTENER	AUMENTAR
		041412 Saturación de oxígeno.	Moderado	3	2	4
					4	
		040813 Disnea de esfuerzo	Ninguno	5	2	4
	041417 Cianosis			3	4	
	041431 Diaforesis			3	4	

clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Campo: 2 Fisiológico complejo

Clase: K Control respiratorio

Intervención: (3390) Ayuda a la ventilación: estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que aumenta el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono en los pulmones.

ACTIVIDADES

Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas

Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema de humidificación.

Administrar oxígeno suplementario y vigilar el flujo de oxígeno a 3 litros.

Monitoreo cardiaco, toma y registro de frecuencia respiratoria, cardiaca y temperatura corporal

Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno y mantenerlo constante.

Instruir al paciente de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.

Proporcionar terapia postural.

Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiere con los intentos de respirar por parte del paciente.

Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno

Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.

Vigilar y reportar coloración dérmica, peribucal y de lechos ungüeales.

Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.

Enseñar técnicas de respiración para el pronto destete

Cambiar al dispositivo de aporte de oxígeno alterno para fomentar la comodidad, si tolera el paciente.

Brindar fisioterapia pulmonar.

Realizar ejercicios respiratorios con globos, popotes y con

<p>Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial)</p> <p>Asegurar la recolocación de cánula de oxígeno cada vez que se extrae el dispositivo.</p> <p>Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de oxígeno mientras come.</p> <p>Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la máscara a cánula nasal durante las comidas, según tolerancia.</p>	<p>boquillas que permitan el intercambio gaseoso profundo.</p> <p>Valorar la resistencia pulmonar sin los requerimientos de oxígeno y retirarlo.</p> <p>Observar si hay signos de hipo ventilación inducida por el retiro de aporte de oxígeno.</p> <p>Toma y registro de gasometrías valorando el retiro total de aporte de oxígeno</p>
<p>NOTA DE EVOLUCIÓN:</p> <p>Fecha: 11 de octubre 2013 a las 15:00 horas</p> <p>Se realizan actividades por 7 días obteniendo respuesta favorable, desaparece cianosis peribucal y de lecho ungueal, hasta logran en 10 días retirar en su totalidad los requerimientos de oxigenoterapia, continuando solo con terapia postural y ejercicios respiratorios para favorecer el flujo respiratorio.</p>	
<p>Elaboro: Villegas González María Magdalena</p>	

6.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NUTRICIÓN- HIDRATACIÓN

Dominio: 11 seguridad y protección Clase: 2 lesión física	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) Higiene bucal				
	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
Diagnósticos de enfermería NANDA Etiqueta: (00045) Deterioro de la mucosa oral Factores relacionados: Relacionado con higiene oral inefectiva e inmunosupresión. Características definitorias: Manifestado por úlceras orales, híp eremia y dolor al masticar.	Dominio: (II) salud fisiológica Clase:(L) integridad tisular (1100)	110010 humedad de la mucosa oral y de la garganta	Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5	MANTENER 2 2 1	AUMENTAR 3 4 4
		110012 integridad de la mucosa	2 3 4	4 4	
		110022 lesiones de la mucosa oral	1	4	
		110021 Dolor	2	3	

clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Campo: 1 Fisiológico básico **Clase:** F, Facilitación de los cuidados

Intervención: (1730) Restablecimiento de la salud bucal

ACTIVIDADES

Explicar la necesidad del cuidado bucal tres veces al día y después de cada alimento, como hábito.
Utilizar el cepillo de dientes suave para extracción de restos alimenticios.
Fomentar enjuagues frecuentes de boca con cualquiera de las siguientes sustancias: solución de bicarbonato de sodio, solución salina normal o solución de peróxido de hidrógeno o nistatina.
Enjuagues con solución de clorhexidina.
Enseñar y estimular el uso del hilo dental.
Vigilar labios, lengua, membranas mucosas y encías para determinar la humedad, color, textura, presencia de restos e infecciones, disponiendo para ello de una buena iluminación y una hoja para la lengua.
Determinar la percepción del paciente sobre sus cambios de gusto y deglución

Observar si se producen efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos, pastas de protección bucal y analgésicos tópicos o sistémicos, utilizados como enjuagues.
Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y los más a menudo que sea necesario.
Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis.
Aumentar el cuidado bucal a una frecuencia de cada 2 horas y dos veces por la noche, si la estomatitis no estuviera controlada.
Consultar con el médico odontólogo si los signos y síntomas de glositis y estomatitis persisten o empeoran.
Reforzar el régimen de higiene bucal como parte de la instrucción para el alta y como cuidados en el hogar.
Proporcionar información por escrito (trípticos) con contenido sobre la técnica de cepillado dental y la importancia de la

<p>Aconsejar al paciente que evite los enjuagues bucales comerciales.</p> <p>Aconsejar al paciente que informe inmediatamente al médico sobre cualquier signo de infección o presencias de nuevas úlceras.</p>	<p>higiene bucal.</p>
<p>NOTA DE EVOLUCIÓN:</p> <p>FECHA: 13 de octubre 2013 a las 19 horas</p> <p>Se brinda información sobre la importancia del aseo bucal, se repite ocho días después la plática reforzándola con carteles y en presencia del familiar. Se realiza al aseo bucal y se enseña la técnica adecuada, obtengo la cooperación del paciente y la recuperación de la mucosa oral se eliminan las lesiones y la hiperemia en 10 días.</p>	
<p>Elaboro: Villegas González María Magdalena</p>	

6.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ELIMINACIÓN:

Dominio: 3 Eliminación e intercambio Clase: 2 Función gastrointestinal	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) eliminación intestinal					
	Resultado(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN		PUNTUACIÓN DIANA	
Diagnósticos de enfermería NANDA Etiqueta:(00196) Motilidad gastrointestinal disfuncional Factores relacionados: relacionado con agentes farmacológicos Características definitorias: manifestado por vaciado gástrico acelerado, dolor al defecar	Dominio: (II) Salud fisiológica	050101 patrones de eliminación.	Grave	1	MANTENER 2	AUMENTAR 4
	Clase: F Eliminación (0501)	O50123 Abuso de ayuda para la eliminación	Sustancial	2	3	4
			Moderado	3		
			Leve	4		
		050128 dolor al paso de las heces	Ninguno	5	2	4

clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Campo: I Fisiológico básico

Clase: B Control de la eliminación

Intervención: (0430) Establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.

ACTIVIDADES

Determinar los objetivos para un programa de manejo intestinal con el paciente.

Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia.

Vigilar la existencia de peristaltismo.

Enseñanza de ejercicios pasivos y masaje abdominal

Enseñanza para el lavado de la zona perianal con agua y jabón secando bien después de cada deposición.

Llevar control de dieta y manejo de líquidos.

Pesar al paciente regularmente

Instruir al paciente sobre los alimentos en alto contenido de fibra.

Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.

Registro y vigilancia dietética y sus modificaciones en la digestión.

Comprobar movimientos intestinales incluyendo frecuencia en la defecación.

Evaluar la frecuencia y características de las evacuaciones así como la presencia de dolor.

Consultar el uso de analgésicos para mitigar el dolor en cada evacuación.

Instruir al paciente/ familia sobre el uso de laxantes y sus efectos secundarios.

Enseñar al paciente / familia sobre los procesos digestivos normales

Aconsejar al paciente a consultar al médico si las molestias al evacuar persisten

NOTA DE EVOLUCIÓN:

Fecha: 18- octubre 2013 a las 18:30 horas

Se realiza seguimiento de la dieta en cuanto al contenido en fibra, se realizan pláticas en cuanto al manejo intestinal, con la finalidad de retirar el medicamento (laxante), dando un seguimiento de esto por 15 días logrando disminuir su uso.

Elaboro: Villegas González María Magdalena

6.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Moverse y Mantenerse en Buena Postura:

Dominio: 4 Actividad y reposo Clase: 2 Actividad/ ejercicio	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)					
	Resultado(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
Diagnósticos de enfermería NANDA Etiqueta: (00085). Deterioro de la movilidad física Factores relacionados: relacionado con aislamiento protector y reposo Características definitorias: manifestado por dolor muscular, inestabilidad postural movimientos lentos	Dominio: (I) Salud funcional Clase: C Movilidad (0208)	020801		MANTENER	AUMENTAR	
		equilibrio	Grave 1			3
		020810	Marcha	Sustancial 2		
		020803	Movimiento muscular	Moderado 3	3	4
		020802	Mantenimiento de la posición corporal	Leve 4	2	4
				Ninguno 5	2	4

clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Campo: 1 Fisiológico Básico

Clase: A Control de actividad y ejercicio

Intervención: (0224) terapia: ejercicios movilidad

ACTIVIDADES

Determinar las limitaciones del movimiento articular/muscular y actuar sobre la función.
Realizar valoración del dolor (con escala de EVA).
Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.
Explicar al paciente/familiar el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.
Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actitud.
Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.
Vestir al paciente con prendas cómodas.
Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo.
Enseñar al paciente/familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos.

Animarle a visualizar el movimiento corporal antes de comenzar el movimiento.
Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular.
Realizar ejercicios respetando aislamiento y reposo.
Fomentar sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones.
Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado.
Realizar ejercicios pasivos o asistidos, si está indicado.
Colaborar con fisioterapeutas en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios

NOTA DE EVOLUCIÓN:**Fecha:13- octubre 2013 a las 15:30 horas**

Realizo valoración del dolor muscular, previo a los ejercicios y posterior a ellos y obtuve buena respuesta ya que en su totalidad se eliminaron las molestias, esto fue en un período de 25 días. La persona continúa realizando sus ejercicios pasivos. Obteniendo actividad articular sin dolor.

Elaboro: Villegas González María Magdalena

6.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Moverse y mantenerse en buena postura:

Dominio: 4 Actividad y reposo Clase: 3 Equilibrio de la energía	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
	Resultado(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
Diagnósticos de enfermería NANDA Etiqueta: (00093) Fatiga Factores relacionados: relacionado con inmunosupresión Características definitorias: Manifestado por cansancio, apatía y letargo.	Dominio: I Salud funcional	00726 Función inmunitaria.	Grave 1 Sustancial 2	MANTENER 2	AUMENTAR 3
	Clase: A Nivel de la fatiga 0007	00719 Calidad del descanso.	Moderado 3 Leve 4		
			00721 Actividad y reposo	Ninguno 5	2
clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)					
Campo: I Fisiológico básico		Clase: A Control de la actividad y ejercicio			
Intervención:(0180) manejo de la energía					
ACTIVIDADES					
Instruir al paciente y la familia acerca de los efectos de la quimioterapia y sobre el funcionamiento de la		Enseñar al paciente la relación de la fatiga con el proceso y el			

<p>médula ósea. Corregir déficit de estado fisiológico (anemia inducida por quimioterapia) Vigilar transfusiones hemáticas y plaquetarias, realizar registros correspondientes. Revisar estados de laboratorio (Hemoglobina, plaquetas etc.) Determinar el déficit en el estado fisiológico del paciente que produce fatiga. Vigilar la respuesta cardio respiratoria a la actividad (como taquicardia, otras arritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria). Determinar la percepción de la causa de la fatiga por parte del paciente. Corregir el déficit del estado fisiológico (anemia por quimioterapia) como elementos prioritarios.</p>	<p>estado de la enfermedad Ayudar al paciente a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto y en forma plena. Crear ambiente confortable para un descanso y sueño pleno Instruir al paciente y familia a reconocer signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad diaria. Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo que permitan prevenir la fatiga. Animar al paciente y a la familia a expresar los sentimientos relacionados con los cambios vitales causados por la fatiga. Realizar ejercicios y movimientos articulares pasivos para evitar la tensión muscular. Observar y registrar en esquema el número de horas de sueño efectivo del paciente. Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.</p>
<p>NOTA DE EVOLUCIÓN: Fecha:20- octubre 2013 a las 17:30 horas Realizo valoración del estado hematológico logrando niveles que permitieran la realización de ejercicios pasivos, con sesiones diarias por 20 días hasta la actualidad liberando en su totalidad la fatiga. Elaboro: Villegas González María Magdalena</p>	

6.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Descanso y sueño:

Dominio: 4 Actividad y reposo Clase: 1 Reposo /sueño	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)					
	Resultado(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN		PUNTUACIÓN DIANA	
Diagnósticos de enfermería NANDA Etiqueta: (00198) Trastornos del patrón de sueño Factores relacionados: relacionado con interrupciones en el ciclo. Características definitorias: manifestado por ojeras, quejas verbales de no sentirse descansado y nicturia.	Dominio: I Salud funcional Clase: A Sueño (0004)	000401			MANTENER	AUMENTAR
		Horas de sueño			2	4
		000404	Grave	1		
		Calidad del sueño	Sustancial	2	2	4
		000405	Moderado	3		
		Eficiencia del sueño	Leve	4	3	5
000406	Ninguno	5				
Sueño interrumpido (nicturia)				3	4	
clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)						
Campo: 1 Fisiológico Básico			Clase: F Facilitación de los auto - cuidados			
Intervención: (1850) Mejora del sueño						

ACTIVIDADES

Determinar el esquema de sueños/vigilia del paciente,
Incluir el ciclo regular del sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.

Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés y angustia

Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño.

Observar/ registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.

Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpan el sueño.

Enseñanza sobre educación vesical considerando horas de retención y miccionar antes de dormir.

Enseñar al paciente a controlar las pautas del sueño.

Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.

Controlar la participación en actividades que causen fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.

Disponer/llevar a cabo medidas agradables: masajes y aromaterapia.

Enseñar técnicas de relajación con musicoterapia.

Regular los estímulos del ambiente para mantenerlos ciclos día-noche normales.

Comentar con el paciente y la familia realizar sesiones de lectura para favorecer el sueño.

Controlar la ingesta de alimentos y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.

Animar al paciente a que establezca rutinas a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al sueño.

Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

Proporcionar información escrita sobre técnicas de relajación, uso de musicoterapia y aromaterapia para facilitar la inducción al sueño.

NOTA DE EVOLUCIÓN:

Fecha: 16- octubre 2013 a las 18:00 horas

Proporcionando la información con carteles y material, para las técnicas de relajación se obtuvo la participación de los familiares logrando que el sueño sea más efectivo, mas no se logro evitar la nicturia.

Elaboro: Villegas González María Magdalena

6.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Termorregulación:

Dominio: 11 Seguridad y protección Clase: 6 Termoregulación	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
	Resultado(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN		PUNTUACIÓN DIANA
Diagnósticos de enfermería NANDA Etiqueta: (00007) Hipertermia Factores relacionados: relacionada con inmunosupresión Características definitorias: manifestada por diaforesis, temblores finos, escalofríos	Dominio: II Salud fisiológica Clase:(I) Regulación metabólica 0800	080013 Frecuencia respiratoria 080001 Temperatura corporal aumentada	Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5	MANTENER	AUMENTAR
	Dominio: II Salud fisiológica Clase:(H) Respuesta inmune 0702	070212 Recuento leucocitario		1	3
clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)					
Campo: 2 Fisiológico complejo Clase: M Termo- regulación					
Intervención: (3740) tratamiento de la fiebre					

<p>ACTIVIDADES</p> <p>Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno. Toma y registro de frecuencia cardiaca y respiratoria. Monitorización cardiaca</p> <p>Vigilar pérdida imperceptible de líquidos.</p> <p>Establecer un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si procede.</p> <p>Observar el color de la piel y la temperatura.</p> <p>Comprobar la presión sanguínea, el pulso y la respiración,</p> <p>Vigilar por si hubiera descenso de los niveles de conciencia.</p> <p>Administrar un baño tibio con una esponja.</p> <p>Control de temperatura por medios físicos.</p> <p>Evitar incremento de la temperatura corporal evitando la presencia de convulsiones</p> <p>Registro de control térmico.</p> <p>Toma y valoración de laboratorios (nivel plaquetas, hemoglobina, leucocitos).</p>	<p>ACTIVIDADES</p> <p>Controlar ingresos y egresos.</p> <p>Realizar control de líquidos y manejo de los electrolitos.</p> <p>Monitorizar por si hubiera desequilibrio ácido-base. .</p> <p>Administrar medicación antipirética.</p> <p>Fomentar el aumento de líquidos orales.</p> <p>Administrar líquidos intravenosos para regular desequilibrio.</p> <p>Aumentar la circulación de aire mediante un ventilador.</p> <p>Facilitar o administrar la higiene,</p> <p>Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los temblores de frío.</p> <p>Administrar oxígeno.</p> <p>Colocar al paciente en una manta hipotérmica.</p> <p>Controlar la temperatura de manera continuada para evitar hipotermias inducidas por el tratamiento.</p> <p>Administrar medicamentos para tratar los temblores finos y diaforesis.</p> <p>Vigilancia en terapia transfusional (plaquetas)</p> <p>Información escrita al paciente sobre signos de alerta en caso de presenciar nuevamente hipertermia.</p>
<p>NOTA DE EVOLUCIÓN: Fecha:10- octubre 2013 a las 18:00 horas Primeramente se logró el control térmico a 2 horas después de la presencia de hipertermia</p>	
<p>Elaboro: Villegas González María Magdalena</p>	

6.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Higiene y protección de la piel:

Dominio: 11:Seguridad/ protección Clase: 2 Lesión física	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
	Resultado(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
Diagnósticos de enfermería NANDA Etiqueta: (00043) Protección ineficaz Factores relacionados: Relacionado con perfiles hematológicos anormales y uso de sustancias químicas. Características definitorias: manifestado por, piel seca, pérdida de la turgencia y deterioro de la cicatrización(lesión en tobillo)	Dominio: II Salud fisiológica Clase: H Estado inmune 0702	070215 Recuento total leucocitario.	Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3	MANTENER 2	AUMENTAR 3
	Dominio(II) Salud Fisiológica Clase: L Integridad tisular 11001	110104 Hidratación 110113 Integridad de la piel 110103 Elasticidad 110115 Lesiones cutáneas	Leve 4 Ninguno 5	2 2	4 5 4

clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Campo: II Fisiológico complejo

Clase: L Control de la piel / heridas.

Intervención: (3584) Cuidado de la piel

ACTIVIDADES

Valorar turgencia y elasticidad de la piel
Evitar uso de ropa con textura áspera
Observar si hay enrojecimiento, calor extremo y edema en piel
Valorar el estado de la zona de lesión
Realizar limpieza de la herida
Aplicación de parche coloide para regeneración de tejido por 5 días.
Aplicación de lubricante o crema en toda la piel
Realizar masaje alrededor de la zona afectada

ACTIVIDADES

Realización de baño coloidal
Mantener la piel libre de humedad y limpia
Colocación de parche coloidal para favorecer la regeneración tisular.
Cuidado y curación de herida en 5 días logrando restauración.
Guiar sobre la importancia de la movilización y ejercicio
Facilitar programas de cuidado de la piel que incluyan aseo y protección de salientes óseas así como lubricación constante.
Realizar registro de las curaciones y mejoras de la herida.
Información al paciente y familia sobre la importancia de la higiene y lubricación de la piel.

NOTA DE EVOLUCIÓN:

Fecha: 18- octubre 2013 a las 18:00 horas

Por 10 días se realizan cuidados de piel logrando la restauración total de la herida, se observa piel más hidratada y turgente.

Elaboro: Villegas González María Magdalena

6.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Evitar peligros:

Dominio: 11 Seguridad / protección Clase: 1 Infección	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)					
	Resultado(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN		PUNTUACIÓN DIANA	
Diagnósticos de enfermería NANDA Etiqueta: (00004) Riesgo de infección Factores relacionados: relacionado con disminución de las defensas secundarias, hemoglobina, leucopenia, plaquetopenia y aislamiento.	Dominio: IV	192401 Conocimientos y conducta de salud	Grave	1	MANTENER	AUMENTAR
	Clase: T	192408 Factores que afectan a la respuesta inmunitaria	Sustancial	2		
	1924	192412 Utiliza estrategias para evitar infecciones (aislamiento)	Moderado	3	2	3
			Leve	4	1	3
			Ninguno	5		
clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)						

Campo: II Fisiológico complejo		Clase: V control de riesgos	
Intervención: 6630 Aislamiento			
ACTIVIDADES Controlar poblaciones de riesgo de acuerdo con el régimen de prevención y tratamiento. Verificación y cotejo de resultados de laboratorio en cuanto a estado hematológico (plaquetas, hemoglobina y recuento leucocitario) Explicar el procedimiento, propósito y periodo de tiempo a utilizar esta intervención. Brindar información a familiares sobre las técnicas de aislamientos requeridas en el hospital, con la finalidad de protección al paciente. Fomentar el lavado de manos y uso de cubre bocas antes de entrar a visitar al enfermo. Disponer de la limpieza diaria o rutinaria de la zona de aislamiento.		ACTIVIDADES Controlar la incidencia de exposición a enfermedades transmisibles durante la inmunosupresión Controlar las condiciones sanitarias. Proporcionar alimentos y líquidos en recipientes desinfectados. Proporcionar información acerca de la adecuada preparación y almacenamiento de la comida. Informar a la familia respecto a la enfermedad y a las actividades asociadas con su control dentro del hospital y en el hogar Informar sobre los cuidados higiénicos aplicados en el hogar Informar sobre la limpieza y manejo de alimentos para evitar contraer infecciones gastrointestinales. Evaluar a intervalos regulares la necesidad de continuar con el aislamiento	
NOTA DE EVOLUCIÓN: Fecha: 10- octubre 2013 a las 14:00 horas Se brinda información al familiar y al paciente sobre la importancia de seguir con el aislamiento protector también en casa, obteniendo respuesta positiva y ambos realizaron los procedimientos enseñados.			
Elaboro: Villegas González María Magdalena			

6.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Comunicarse:

Dominio: 7 Rol /relaciones Clase: 3 Desempeño del rol	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)					
	Resultado(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN		PUNTUACIÓN DIANA	
Diagnósticos de enfermería NANDA Etiqueta: (00052) Deterioro de la interacción social Factores relacionados: Relacionado con aislamiento terapéutico Características definitorias: manifestado por interacción disfuncional de familiares	Dominio: III Salud psicosocial Clase: p Habilidades de Interacción social 1502	150206 Afrontación	Grave	1	MANTENER 2	AUMENTAR 4
		150216 Utilizar estrategias de resolución de conflictos	Sustancial	2	2	4
		10212 Relacionarse con los 67demás.	Moderado	3	2	4
			Leve	4	2	4
			Ninguno	5		
clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)						
Campo: 3 Conductual Clase: O Terapia conductual						
Intervención: (4362) modificación de la conducta : habilidades sociales						

<p>ACTIVIDADES</p> <p>Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social propiciada por aislamiento.</p> <p>Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales. Ayudar al paciente a identificar los resultados deseados de las relaciones o situaciones interpersonales problemáticas.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar tipos posibles de acción y sus consecuencias sociales/interpersonales.</p> <p>Enseñar actividades recreativas que faciliten la interacción con sus familiares.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar las etapas de conducta de la habilidad social objetivo.</p> <p>Proporcionar información sobre actividades en el hogar/ hospital que favorezcan un ambiente cordial.</p>	<p>ACTIVIDADES</p> <p>Ayudar al paciente a escenificar las etapas de conducta.</p> <p>Proporcionar seguridad (elogios o recompensas) al paciente sobre la realización de la habilidad social objetivo.</p> <p>Educar a los seres importantes para el paciente (familiares, su grupo y empleadores), si procede, sobre el propósito y proceso del ejercicio de las habilidades sociales.</p> <p>Implicar a los seres queridos en las sesiones de ejercicio de habilidades sociales (juego de roles) con el paciente, si resulta oportuno.</p> <p>Proporcionar seguridad al paciente y a los seres queridos sobre lo adecuado de respuestas sociales en las situaciones de conflictos y mejoras en la comunicación.</p> <p>Animar al paciente/seres queridos a que valoren los resultados esperados de la interacción social, establezcan recompensas para los resultados positivos</p>
<p>NOTA DE EVOLUCIÓN:</p> <p>Fecha: 10- octubre 2013 a las 14:00 horas</p> <p>Se brinda información al familiar y al paciente sobre la importancia de seguir con el aislamiento protector y los beneficios de coordinarse con familiares para tener mejor comunicación sin que el aislamiento sea un limitante, con terapias ocupacionales.</p>	
<p>Elaboro: Villegas González María Magdalena</p>	

6.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Vivir según sus creencias:

Dominio: 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés Clase: 2 Respuestas de afrontamiento.	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
	Resultado(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN		PUNTUACIÓN DIANA
Diagnósticos de enfermería NANDA Etiqueta: (00148) Temor Factores relacionados: Relacionado con la falta de familiaridad de experiencias ambientales Características definitorias: Manifestado por falta de aceptación de la enfermedad	Dominio: III Salud psicosocial Clase: O Autocontrol 1404	140401 Elimina los factores precursores del miedo.	Grave 1	MANTENER	AUMENTAR
		140410 Mantiene la realización del rol.	Sustancial 2 Moderado 3		
		140403 Busca información para reducir el temor.	Leve 4 Ninguno 5	2	4
				3	4

clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Campo: 3 Conductual

Clase: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles

Intervención: 5230 Aumentar el afrontamiento

ACTIVIDADES

Valorar el impacto de la situación vital del paciente.
Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad.
Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento
Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.
Proporcionar información objetiva respecto a la diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad
Evitar producir situaciones emocionales intensas
Alentar el uso de fuentes espirituales.

ACTIVIDADES

Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
Escuchar los miedos del paciente / familia
Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
Explicar al paciente / familia todas las pruebas y procedimientos
Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera
Ayudar al paciente / familia a identificar los factores que aumenten el sentido de seguridad
Ayudar al paciente a identificar las respuestas habituales a su capacidad de resolución de problemas.
Brindar actividades recreativas y ocupacionales con finalidad de relajación.
Favorecer situaciones que fomentan la autonomía del paciente.

NOTA DE EVOLUCIÓN:

Fecha: 19- octubre 2013 a las 14:00 horas

Se brinda información al familiar y al paciente sobre la importancia de platicar los temores y el apoyo familiar en forma diaria favoreciendo el afrontamiento aumentando la comunicación y sesiones de tanatología

Elaboro: Villegas González María Magdalena

6.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Trabajar y realizarse:

Dominio: 6 autopercepción Clase: 2 Autoestima	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)					
Diagnósticos de enfermería NANDA	Resultado(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN		PUNTUACIÓN DIANA	
Etiqueta:00153 Riesgo de baja autoestima situacional Factores relacionados: relacionado con enfermedad física y cambios del rol social	Dominio: 3 salud psicosocial Clase: P Interacción social 1501	150107 Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o la incapacidad 150101 Capacidad para cumplir las expectativas del rol	Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5	MANTENER <p style="text-align: center;">3</p>	AUMENTAR <p style="text-align: center;">4</p>	
				<p style="text-align: center;">3</p>	<p style="text-align: center;">4</p>	

clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Campo: 3 Conductual

Clase: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles

Intervención: 5370 Potencialización de roles

ACTIVIDADES

Valorar estado de ánimo ante la enfermedad
Favorecer terapias recreativas y ocupacionales dentro del hogar y hospital
Orientar sobre terapias alternativas que ocupen el lugar laboral dentro del hogar.
Ayudar al paciente a identificar los diversos planes de vida.
Escuchar al paciente sobre sus expectativas en la vida diaria.
Escuchar a la familia sobre la forma de afrontar los nuevos roles del paciente
Ayudar al paciente a identificar los roles habituales en la familia.
Ayudar al paciente a identificarlos periodos de transición de papeles a lo largo de la vida

ACTIVIDADES

Ayudar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol
Proporcionar alternativas ocupacionales donde participe la familia y el paciente identificando cada uno su lugar dentro del rol familiar.
Promover interacciones sociales y familiares como parte de aprendizaje en la ubicación de nuevos roles.
Realizar actividades de lectura y juegos de azar para lograr interacción familiar.

NOTA DE EVOLUCIÓN:

Fecha: 13- octubre 2013 a las 14:00 horas

Realice actividades de lectura sobre historia que le gustan mucho al paciente también actividades como el bordado quedando esta actividad como una rutina diaria que realiza el paciente.

Elaboro: Villegas González María Magdalena

6.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Jugar y participar en actividades recreativas

Dominio: 4 Actividad y reposo Clase:2 Actividad / ejercicio	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
	Resultado(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN		PUNTUACIÓN DIANA
Diagnósticos de enfermería NANDA Etiqueta: (00097) Déficit de actividades recreativas Factores relacionados: Relacionado con aislamiento protector prolongado Características definitorias: Manifestado por pérdida de continuidad de sus actividades y afirmaciones del paciente de que se aburre	Dominio: III Salud psicosocial Clase: M Bienestar psicológico 1203	120307 Expresión de aislamiento social	Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3	MANTENER 3	AUMENTAR 4
		120312 Dificultad para establecer contacto con otras personas	Leve 4 Ninguno 5	2	3
		120315 Fluctuación en el estado de ánimo		3	4
clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)					
Campo: 3 Conductual Clase: P terapia cognitiva		Campo: 3 Conductual Clase: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles			
Intervención:4820 Orientación de la realidad		Intervención: 5360 Terapia de entretenimiento			
ACTIVIDADES		ACTIVIDADES			

<p>Identificar las necesidades emocionales, cognitivas, de desarrollo y situacionales del paciente.</p> <p>Determinar la capacidad del paciente de leer de forma independiente.</p> <p>Establecer los objetivos de la terapia (Cambio emocional; desarrollo de personalidad; aprender nuevos valores y actitudes).</p> <p>Seleccionar los libros que reflejen la situación o sentimientos experimentados por el paciente.</p> <p>Consultar fuentes para recomendar literatura para la terapia.</p> <p>Realizar las elecciones adecuadas a nivel de lectura.</p> <p>Seleccionar historias, poemas, ensayos, artículos, libros de autoayuda o novelas que reflejen la situación o sentimientos que está experimentando el paciente.</p> <p>Leer en voz alta si es necesario o factible.</p> <p>Utilizar fotos e ilustraciones</p> <p>Ayudar al paciente a identificarse con los personajes y el contenido emocional de la lectura.</p> <p>Ayudar al paciente a reconocer como la situación en la literatura puede ayudarlo a hacer el cambio deseado.</p>	<p>Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.</p> <p>Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar de las actividades recreativas.</p> <p>Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas considerando el aislamiento protector.</p> <p>Explicar los beneficios de la estimulación para una variedad de modalidades sensoriales.</p> <p>(Proporcionar material (pintura, dibujos, telas, hilos, estambres, libros etc.)</p> <p>Enseñar actividades ocupacionales como pintura, tejido, papiroflexia, bordado etc.</p> <p>Enseñar La hechura de bufandas utilizando agujas para bordado.</p> <p>Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional.</p> <p>Seguir las sesiones de lectura con sesiones de juegos o trabajos de modelación de roles ya sea de manera individual o en grupos de terapia.</p>
<p>NOTA DE EVOLUCIÓN: Fecha: 13- octubre 2013 a las 14:00 horas Realice actividades de lectura sobre historia que le gustan mucho al paciente también actividades como el bordado quedando esta actividad como una rutina diaria que realiza el paciente.</p>	
<p>Elaboro: Villegas González María Magdalena</p>	

6.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Aprendizaje:

Dominio: 1 Protección de la salud Clase: 2 Gestión de la salud	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)				
	Resultado(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
Diagnósticos de enfermería NANDA Etiqueta:(00080) Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar Factores relacionados: Relacionado con dificultades económicas Características definitorias: Manifestado por falta de cuidados en el hogar.	Dominio: IV conocimiento y fomento en salud	170312 Percepción adecuada de la economía personal 170311 Percepción adecuada de seguir de salud	Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5	MANTENER 3	AUMENTAR 4
	Clase: R Creencias sobre la salud	170313 Afrontamiento familiar		3	4
	1703			2	4
clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)					
Campo: 1 Familia		Clase: X Asistencia en el mantenimiento en el hogar			
Intervención: (7180) Familia/ cuidados de la vida					

<p>Actividades</p> <p>Información y apoyo al paciente sobre la toma de decisiones en la asistencia de salud.</p> <p>Preparar al paciente para que entienda y coopere en mantener el tratamiento prescrito.</p> <p>Informar al paciente y a la familia sobre la importancia del proceso en el tratamiento prescrito y su seguimiento.</p> <p>Facilitar la participación familiar en el cuidado emocional y físico del paciente</p> <p>Ayudar al paciente y a la familia a que se adapten a los procesos estresantes y a los cambios que interfieran con el afrontamiento de la enfermedad.</p> <p>Ayudar a los familiares a planear y poner en práctica las terapias del paciente y los cambios en el estilo de vida.</p> <p>Apoyar en el mantenimiento de las rutinas y rituales familiares en el hospital.</p>	<p>Actividades</p> <p>Utilizar al núcleo familiar mediante reuniones para influenciar la salud del paciente en dirección positiva</p> <p>Promover la cohesión y la unidad familiar</p> <p>Informar sobre los grupos de apoyo (teratológicos) que favorezcan el afrontamiento de la enfermedad.</p> <p>Enseñar cómo gestionar el tiempo familiar organizando diversas actividades en el hogar.</p> <p>Enseñar diversas estrategias para el mantenimiento y la restauración de la salud del paciente.</p> <p>Ayudar al paciente y a su familia a establecer objetivos realistas de afrontamiento hacia la enfermedad.</p> <p>Planificar las actividades y cuidados en casa para disminuir la alteración en la rutina familiar.</p> <p>Identificar junto con los familiares las dificultades de afrontamiento, las fuerzas y las capacidades del paciente, proporcionando alternativas de solución.</p>
<p>NOTA DE EVOLUCIÓN:</p> <p>Fecha: 19- octubre 2013 a las 17:00 horas</p> <p>Realice un programa de actividades diarias en conjunto con el paciente, eligió las de su agrado, se logró hacer la estancia hospitalaria más aceptable.</p> <p>Elaboro: Villegas González María Magdalena</p>	

VII. CONCLUSIONES

Dentro de la valoración y al interactuar con la persona se logro una comunicación completa, que favoreció su confianza, empatía y al mismo tiempo conocer a fondo las necesidades más primordiales, llevando una secuencia y así plantear las intervenciones de enfermería oportunas, favoreciendo el bienestar de él y su familia. Siendo su participación muy importante para la realización de este proyecto.

Por otro lado el aprender el manejo de diagnósticos personalizados por la NANDA complementándolos con el uso del NIC y NOC en la integración de cuidados me permitió conocer la interacción de este lenguaje, el cual fue nuevo e interesante su consulta y utilización para la elaboración del proceso, determinación de etiquetas y la elaboración de actividades específicas.

Los objetivos planteados con el paciente se lograron en un 90 %, dando prioridad al diagnostico de enfermería, relacionado con el deterioro de intercambio de gases relacionado con la ventilación, perfusión, considerando que esta necesidad pone en riesgo la estabilidad y vida del paciente, colocando oxígeno, monitorizando al paciente, permeabilizando la vía aérea logrando estabilizar la oxigenación. Se logro la valoración completa de las 14 necesidades, brindando actividades específicas para cada una de las necesidades afectadas logrando su restablecimiento.

Considero que las intervenciones de enfermería son una herramienta útil, se debe tener conocimiento científico para realizar nuestras actividades. Permiten utilizar nuestra creatividad, amplia nuestra visión y conocimiento científico para que sean efectivas y benéficas para la pronta recuperación.

La enfermera profesional requiere del proceso como método de atención, al identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales e intervenciones individualizadas, permite lograr una interacción en forma completa integrando familia y comunidad.

Durante la realización del trabajo corroboro que el proceso enfermero es indispensable para brindar atención integral a los pacientes hospitalizados y no hospitalizados. Logrando con esto tener una visión más amplia de las actividades a realizar y sobretodo documentando como evidencia las intervenciones efectuadas en este trabajo.

Como estudiante logra ser una experiencia primordial que permite retomar cuidados profesionales con evidencias en nuestro actuar diario. Me ha demostrado que la aplicación del proceso enfermero se ve reflejado en el resultado final que como profesionales de la salud obtenemos a través de la satisfacción de nuestros pacientes. El logro de la interacción obtenida entre el trato de la persona y su familia se ve reflejado en este trabajo.

El proceso en la realización de este trabajo fue pausado y detallado, lo que incremento el tiempo en su realización.

VIII.-SUGERENCIAS

Dentro de la valoración como parte del proceso, sugiero se integre a cada uno de los integrantes de la familia para poder interactuar con ellos y realizar las actividades en forma más completa en el núcleo familiar.

Utilizar en forma más frecuente la taxonomía NANDA para la elaboración de diagnósticos y que dentro de las instituciones educativas se unifique su utilización.

Contar con más tiempo para dar seguimiento a corto y largo plazo de las intervenciones realizadas.

Que el personal de enfermería continúe actualizándose a fin de que al realizar sus acciones conozca su fundamentación evitando la rutina y haciendo personalizada la atención.

Así mismo que el personal de enfermería aplique en su quehacer profesional el proceso atención de enfermería con base en modelos o filosofías de enfermería como sustento científico para su aplicación, con la finalidad de guiar el cuidado.

Que exista mas difusión del plan de cuidados personalizado (NANDA- NIC-NOC) así como la en su aplicación para fomentar un proceso enfermero individualizado.

Como estudiante me gustaría se tome en cuenta que en los trámites de titulación, incluyendo la realización de procesos enfermeros, se acortarte el tiempo para su presentación y realización.

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Alfaro-Lefevre, Rosalinda (2003). Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. México: Masson.
- Benavent, Garcés Ma. Amparo, (2003). Fundamentos de Enfermería. Madrid-Valencia: Ediciones DAE (Grupo Paradigma). México.
- Collière, M. F. (1993). Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Durán de Villalobos, M. M. (2002). Teorías de rango medio: ¿Por qué para el cuidado? Importancia y utilidad para la práctica de enfermería. En El arte y la ciencia del cuidado. Grupo del Cuidado/Universidad Nacional de Colombia/Facultad de Enfermería.
- Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación (2010-2011). North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Madrid Elsevier
- Fuller (2003) Principios y practicas quirúrgicas, editorial Panamericana México.
- Griffith, Janet. Chirstensen, Paula J (1982). Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías, Guías y Modelos. México: El Manual Moderno.
- García Martin C. C. "Historia de la enfermería". Harcourt (2001).México.

- Gómez, J. L. y Ruiz, F. C. (2001). Importancia de la historia en la construcción disciplinar. HIADES.
- Hernández Coneza Juana. (2005). "Historia de la enfermería". México: Interamericana.
- Hillmon R. "Manual de hematología", Manual moderno (2010).
- Kozier (2006) Fundamentos de Enfermería, Edit. México: Pearson
- Karen Ballen (2008) Hematología. Editorial interamericana, México.
- Lillian Sholtis Brunner (2005) Enfermería medico quirúrgica Interamericana, McGraw-Hill, México.
- Louse M. "Hematología clínica, teoría y procedimientos", Manual moderno (2006).
- Murray H. M. "Proceso de atención de enfermería". Mcgraw- Hil Interamericana (2006).
- Pérez Cabrera y Castañeda Godínez (2006). "Inicio de la enfermería universitaria". ENEO 100, años 1907-2006, CD interactivo. México: ENEO-UNAM.
- Pérez Cabrera, Iñiga y María Cristina Castañeda Godínez (2007). "100 años de educación formal de la enfermería", En: ENEO 100 AÑOS. 1907-2006, México: UNAM-ENEO.
- Ralle Alligood Martha. (2011). "Modelos y teorías de enfermería". España: El sevier.

- Reyes Gómez Eva (2000) "Fundamentos de enfermería" México: Manual moderno.
- Siles González, José (1996). Pasado, presente y futuro de la enfermería en España. Perspectiva histórica y epistemológica. Alicante: CECOVA.
- Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, 2002. México.
- Swearingen P. "Manual de enfermería medico quirúrgica" Interamericana (2001).
- Westey R. (2000) "Teorías y modelos de enfermería" Mac Graw-Hil Interamericana. México.

ANEXOS

10.1.-INSTRUMENTO METODOLOÓGICO

I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: B.D.B	Edad: 51 años	Talla:1.70 cm.
Fecha de nacimiento: 25 noviembre 1962		Sexo: Masculino
Ocupación: Personal de seguridad en un museo	Escolaridad: Primaria	Fecha de admisión: 23 Julio 2013
Hora: 17:00	Procedencia: Hogar	Fuente de información: Entrevista directa
Fiabilidad: (1-4)	Miembro de la familia/ persona significativa: Hijo mayor	

II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos:

Disnea debido a: Fumador desde hace 20 años	Tos productiva /seca: Tos productiva
Dolor asociado con la respiración: Dificultad para respirar, estertores y sibilancias	
Fumador: Si	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: Hace 20 años, dos cajetillas al día. No varía la cantidad.	
Ingiere bebidas alcohólicas en forma ocasional y cuando se encuentra deprimido	

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características: Frecuencia cardiaca de 65 por minuto, Presión arterial 110/60 mmhg, temperatura de 38° C, respiración 28 por minuto, saturación de 83 por ciento	
Pulso radial y carotídeos disminuidos en frecuencia e intensidad	
Tos productiva /seca: Productiva con expectoraciones verdosas y espesas	Estado de conciencia: consiente, alerta responde a estímulos externos, verbales y fisiológicos.
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: Piel pálida, seca, sin turgencia, presenta cianosis peribucal y de lecho ungueal. Con presencia de diaforesis.	
Circulación del retorno venoso: De 3 a 5 segundos, Con latidos popliteos y femorales disminuidos, presencia de varices femorales, petequias, hematomas por contusiones.	
Otros: Presencia de petequias en brazos y cuello.	

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo) Blanda, incluye fruta, verdura y carne cocida y/o hervidas
Número de comidas diarias Realiza de tres a cuatro comidas diarias
Trastornos digestivos: estreñimiento
Intolerancia alimentarias/ Alergias: a la leche
Problemas de la masticación y deglución. Refiere faltantes de molares y presentar herida en encías inferiores
Patrón de ejercicio. Por el momento se encuentra en reposo absoluto por prescripción.

Datos Objetivos:

Turgencia de la piel: (++) , deshidratada, sin presencia de tejido adiposo, sin elasticidad, se encuentra escamosa secundaria a exposición de productos químicos. Palidez generalizada, llenado capilar de 3 segundos; con presencia de lesiones por múltiples punciones.
Membranas mucosas hidratadas/ secas: deshidratadas, con lesión en mucosa oral
Características de uñas/cabello: uñas cortas y limpias; cabello escaso y en algunos lugares alopecia.
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: se observa un poco espástico cursa con más de 10 días de reposo absoluto prescrito
Aspecto de los dientes y encías: Se observan faltantes de terceros molares inferiores y superiores, se observa lesión en mucosa oral inferior, gingivitis, gigiborea y muestra dolor al comer.
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: heridas con más de 10 días sin cicatrizar.
Otros: Presenta caries en la mayoría de las piezas dentales restantes.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: Evacuaciones una vez al día, refiere dolor y dificultad al defecar	
características de las heces/orina/ menstruación: pastosas, escasas, de color café oscuro	
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: al termino de cada quimioterapia refiere tener evacuaciones con sangre.	
Uso de laxantes: si, diariamente	Hemorroides: no
Dolor al defecar/menstruar/orinar: si, al evacuar	
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: influye más la falta de ejercicio y la quimioterapia.	

Datos Objetivos:

Abdomen, características: Blando, plano, deprecible a la palpación,
Dolor a la palpación,
Ruidos intestinales: con ruidos intestinales 5 por minuto
Palpación de la vejiga urinaria: Se palpa vejiga urinaria con presencia de globo vesical
Otros: Presenta nicturia levantándose de 3 a 4 veces durante la noche al baño

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: presenta aislamiento protector
Ejercicio, tipo y frecuencia: no realiza actividad física
Temperatura ambiental que le es agradable: no se encuentra aumentada

Datos Objetivos:

Características de la piel: Diaforética
Transpiración: presente, presenta temperatura corporal de 38°C
Condiciones del entorno físico: temperatura ambiental aumentada, se encuentran ventanas y puertas cerradas
Otros: Cursa periodo de inmunosupresión por infusión de quimioterapia

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana: Caminaba 20 minutos diarios y los fines de semana juega fútbol.
Actividades en el tiempo libre: por el momento se mantiene en reposo prescrito
Hábitos de descanso: solo las 6 horas de sueño diario
Hábitos de trabajo: trabaja con horario de 12 horas diarias

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: Astenia, adinamia y debilidad muscular.	
Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: Dolor a la flexibilidad y limita el movimiento	
Posturas: alineadas sentado y de pie	
Necesidad de ayuda para la deambulación: Busca apoyo en los muebles para desplazarse de un lugar a otro. (solo se realizo una actividad para observación y se pidió nuevamente se mantuviera en reposo)	
Dolor con el movimiento: presente en tobillo	Presencia de temblores: finos al desplazarse
Estado de conciencia: alerta.	Estado emocional: triste y deprimido por su situación actual
Otros: Tono muscular disminuido	

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos Subjetivos:

Horario de descanso: de 22:00 a 6:00 horas	Horario de sueño: 24:00 a 4:00 horas
--	--------------------------------------

Horas de descanso: seis horas	Horas de sueño:
Siesta: no	Ayudas: no
Insomnio: si	Debido a: nicturia
Descansado al levantarse:: no	

Datos Objetivos:

Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje: depresión , cansancio, fatiga	
Ojeras: si	Atención: presente
Bostezos: durante el transcurso de la plática varias veces	Concentración: si
Apatía: no, se siente molesto por la falta de oxigeno	Cefaleas: no
Respuesta a estímulos: presentes, verbales y dolorosos	
Otros: No realiza siestas durante el día, por los ruidos le cuesta trabajo conciliar el sueño	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos Subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir:
Su autoestima es determinante en su modo de vestir:
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría:
Necesita ayuda para la selección de su vestuario:

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: si cuando está en casa usa ropa de acuerdo a su edad con cambio diario de esta
--

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: lo hace solo	
Vestido incompleto: no	Sucio: no
Inadecuado: no	
Otros: Por el momento usa polo pijama el cambio de ropa lo hace diario junto con su aseo.	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

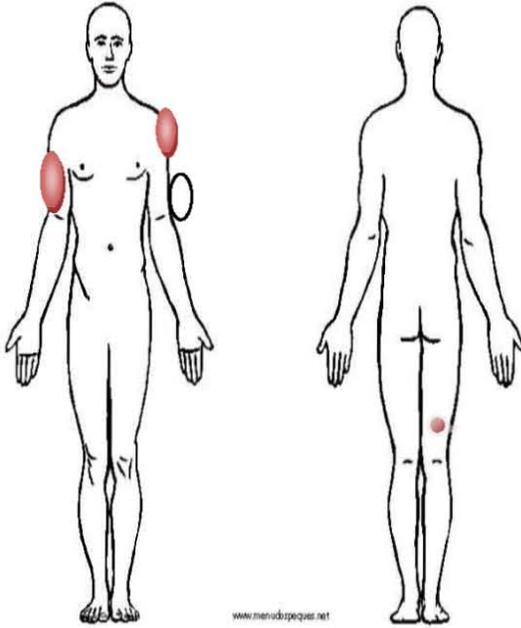
Datos Subjetivos:

Frecuencia del baño: diario
Momento preferido para el baño: por la mañana
Cuántas veces se lava los dientes al día: tres veces al día.
Aseo de manos antes y después de comer: si
Después de eliminar: si
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no

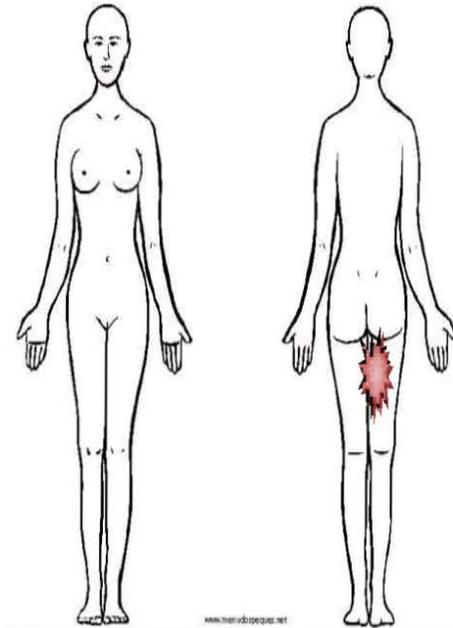
Datos Objetivos:

Aspecto general: Limpio arreglado si ropa se encuentra en buen estado higiénico	
Olor corporal. Cetónico	Halitosis: presente
Estado del cuero cabelludo alopecia	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama): en miembros superiores por múltiples punciones. Presenta ulceración en tobillo derecho	
Otros: Uñas amarillas cortas y limpias.	

Masculino:



Femenino:



NECESIDAD DE DE EVITAR PELIGROS

Datos Subjetivos:

Que miembros componen la familia de pertenencia: su esposa y dos hijos	
Cómo reacciona ante situación de urgencia: asiste al seguro social cuando necesita atención médica, en caso de siniestro sabe las rutas de evacuación y seguridad dentro del hospital. En el hogar todos conocen los teléfonos de emergencia pues él en su trabajo le brindaron información sobre siniestros y esto se lo transmitió a sus hijos y esposa.	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: si	
Hogar: creo rutas de evacuación en caso de sismos	Trabajo: existen letreros de rutas de evacuación, registro de extintores y zonas de seguridad bien señaladas.
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: No hasta el día que comenzó con la enfermedad	
Familiares: No, hasta ahora que medicamento les piden estudio para las transfusiones.	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Saliendo a caminar y platicando mucho con su familia. Entre todos se comunican y resuelven las situaciones difíciles.	

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas: no presenta ninguna
Condiciones del ambiente en su hogar: Cuenta con todos los servicios, tiene cuatro cuartos hechos de cemento con techo de losa cada cuarto tiene una ventana, presentan buena iluminación. Tiene solo un perro, y menciona no tener fauna nociva.
Trabajo. es un lugar cerrado, cuenta con aire acondicionado pero le da poca luz solar.
Otros

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos Subjetivos:

Estado civil: Casado	Años de relación: 25 años
Viven con: su esposa y dos hijos	Preocupaciones / estrés: su estado de salud
Familiar: dos hijos solteros	
Otras personas que pueden ayudar: ningún familiar vive cerca	
Rol en estructura familiar: Es el jefe de familia y lleva el primer rol	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: si, con sus familiares directos	
Cuanto tiempo pasa solo: Casi en el día por la mañana cuando su esposa e hijos realizan sus actividades	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: solo asiste a fiestas familiares	

Datos Objetivos:

Habla claro: se expresa claramente, un poco pausado por la fatiga.	Confuso: no, se encuentra ubicado en tiempo y espacio
Dificultad. visión: si, usa lentes	Audición, completa sin dificultad
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas: se puede comunicar en forma clara (por el momento con el uso de mascarilla le impide hablar fuerte.	
Otros: se encuentra bajo aislamiento prescrito y se siente encerrado e incomunicado con su comunidad y no puede realizar sus actividades cotidianas.	

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos:

Creencia religiosa: católico
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No, actualmente no puede asistir a la iglesia y eso le preocupa.
Principales valores en la familia: respeto, comprensión, amor, lealtad, comunicación integridad,
Principales valores personales: respeto a él y a los demás
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: si habla y se dirige a las personas en forma respetuosa y tranquila.

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso): ninguno
Permite el contacto físico: si, copera con la exploración
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: si en su cabecera tiene diversas imágenes religiosas.
Otros:

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos:

Trabaja actualmente: no	Tipo de trabajo: vigilante de un museo
Riesgos: de asalto o robo	Cuánto tiempo le dedica al trabajo: 12 horas diarias
Está satisfecho con su trabajo: si le gusta porque le encanta la historia.	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: solo	

para lo más básico
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: si

Datos Objetivos:

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: inquieto por la falta de oxígeno
Otros: Se siente relegado por no poder realizar ninguna actividad, menciona sentirse triste por permanecer mucho tiempo aislado, se resigna diciendo que si esto le ayuda a estar bien pues solo le queda soportar el aislamiento. Se siente limitado.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: juega futbol y le gusta caminar 20 minutos diarios
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: si
Recursos en su comunidad para la recreación: si asiste a grupos religiosos y culturales en su tiempo libre
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: si le gusta leer, tejer y pintar.

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular: se explora integro
Rechazo a las actividades recreativas. no
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo. aburrido por el aislamiento protector
Otros

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Subjetivos:

Nivel de educación: primaria	
Problemas de aprendizaje: solo económicos, le hubiera gustado asistir mas a la escuela	
Limitaciones cognitivas: ninguna	Tipo
Preferencias. Leer/escribir: le gusta leer la historia de México.	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: si pero por falta de recursos económicos no asiste	
Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: si	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: si muestra y participa en las enseñanzas para recuperar su salud.	
Otros	

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso: inquieto
Órganos de los sentidos: todos presentes. sin alteraciones a la exploración
Estado emocional ansiedad, dolor: Se observa inquieto por la falta de oxígeno, la presencia de fiebre y dolor bucal.
Memoria reciente: sus días últimos en el trabajo
Memoria remota: el encontrarse en casa sin ninguna enfermedad.
Otras manifestaciones: tristeza por encontrarse aislado y fuera de su hogar
NOTA: La descripción completa de las necesidades se observa de la página 31 a la 42. Que por falta de espacio solo se coloco lo esencial.

Anexo 10.2.- LEUCEMIA

La leucemia mieloblástica aguda es una enfermedad de personas mayores con la mediana edad en la sexta década de la vida

Las células sanguíneas se forman en la médula ósea. Los glóbulos blancos ayudan al organismo a combatir las infecciones. Sin embargo en los casos de leucemia la médula ósea produce glóbulos blancos anormales. Estas células reemplazan a las células sanguíneas sanas y dificultan que la sangre cumpla su función. Las células cancerosas impiden que se produzcan glóbulos rojos, plaquetas, glóbulos blancos adultos (leucocitos saludables), Louse (2006)

10.2.1.-Definición

La leucemia es una enfermedad clonal que afecta las células madre, en los pacientes las células madre no maduran de manera normal y generan un número excesivo de mieloblastos, Fuller (2002)

10.2.2.-Etiología

La leucemia mielógena aguda es una enfermedad de personas mayores con antecedentes de mieloplastia.

Los síndromes hereditarios que se asocian a alteraciones cromosómicas como son, el síndrome de Bloom, en los estudios criogénéticos, se observan fácilmente roturas cromosómicas, este síndrome se caracteriza por una talla baja y constitución delgada. La pancitopenia congénita. De Fanconi se trata de una enfermedad autosómica recesiva, asociada con frecuencia a múltiples anomalías cromosómicas, Louse (2006)

La radiación es un leucemógeno bien documentado, se ha demostrado un aumento de la incidencia de la leucemia proporcional a la dosis de radiación acumulada principalmente en las poblaciones expuestas a bombas atómicas.

Las enfermedades hematológicas en el 80% de los casos se observa algo que forma parte de su evolución natural como son los síndromes mielodisplásicos.

El uso de cigarrillo se asocia a un aumento de aproximadamente el 50 % del riesgo de sufrir leucemia, debido que acorta la duración de la remisión completa, el tabaquismo se ha asociado a infecciones graves durante la aplasia. Los compuestos leucemógenos que favorecen sus complejas anomalías del cariotipo.

En el estudio de la anatomía patológica observamos de hiper celularidad con la infiltración monótona de células inmaduras. Se observad e una disminución notable de los elementos normales de la médula ósea. La maduración de los eritroblastos es habitualmente megaloblastoide en todos los tipos de leucemia, Louse (2006)

Las células leucémicas suelen reproducirse más lentamente que su equivalente sanas. La hematopoyesis se altera antes de que al proporción de células blásticas en la médula ósea aumente notoriamente. Los progenitores de de leucocitos inmaduros y con mal funcionamiento sustituyen progresivamente la médula ósea normal e infiltran otros tejidos.

10.2.3.-Signos y síntomas

La debilidad y el cansancio inespecíficos son los síntomas más habituales. También resultan frecuentes los hematomas, la fiebre y la pérdida de peso.

La afección del sistema nervioso se ve manifestada con cefaleas, náuseas, vomito visión borrosa y alteraciones de los pares craneales.

La sensación de plenitud abdominal suele reflejar hepatoesplenomegalia que es más frecuente en la leucemia mieloblastica aguda.

Suele aparecer oliguria por deshidratación, nefropatía por ácido úrico o coagulación intravascular diseminada.

El estreñimiento puede indicar trastornos de hipocalcemia o hipopotacemia y hasta pérdida de potasio., Louse (2006)

Dentro de los signos físicos se observa palidez, petequias y purpura. La infiltración o masas de blastos extra medulares, que afectan especialmente a la piel, las orbitas, las mamas, las encías, los testículos en el varón.

La hemorragia desproporcionada para el nivel de trombocitopenia sugiere la presencia de coagulación intravascular diseminada.

10.2.4.-Diagnostico médico.

Debe de realizarse la evaluación de la extensión de la sangre en todos los casos. El hallazgo de blastos leucémicos circulantes establece el diagnóstico, pero debe confirmarse mediante en el estudio de la medula ósea, a partir de la cual es más probable obtener un análisis citogenético claro. El recuento de leucocitos se encuentra elevado en un 60%. Se demuestra la presencia de blastos circulantes. La cifra de reticulocitos se encuentra disminuida. Las plaquetas se encuentran disminuidas en un 90%. Robert S. (2006)

La realización de exámenes bioquímicos son favorables nos permiten conocer las concentraciones séricas de ácido úrico, calcio ionizado, fósforo, magnesio y lactato de hidrogenasa. La realización de pruebas de coagulación es importante para determinar la gravedad y tipo de leucemia.

Pruebas séricas de función renal y hepáticas

Las pruebas citogenéticas son esenciales en cada nuevo paciente debido a su importancia para el pronóstico. Las anomalías congénitas diferencian los tipos distintos de leucemia mieloide y constituye el factor que mejor predice la respuesta al tratamiento, la duración y la recidiva.

Los estudios radiológicos de tórax y segmentos óseos tomados de áreas dolorosas y sensibles para observar infiltrados leucémicos e infecciosos.

Por último los cultivos bacterianos de nariz, faringe, axilas y región peri anal permiten identificar los microorganismos infecciosos que pueden haber colonizado al paciente.

10.2.4.-Anatomía y fisiología

El aparato circulatorio tiene varias funciones: sirve para llevar los alimentos y el oxígeno a las células, y para recoger los desechos metabólicos que se han de eliminar después por los riñones, en la orina, y por el aire exhalado en los pulmones, rico en dióxido de carbono (CO₂). De toda esta labor se encarga la sangre, que está circulando constantemente. Además, el aparato circulatorio tiene otras destacadas funciones: interviene en las defensas del organismo, regula la temperatura corporal, transporta hormonas, etc., Robert S. (2006)

La sangre es el fluido que circula por todo el organismo a través del sistema circulatorio, formado por el corazón y un sistema de tubos o vasos, los vasos sanguíneos. La sangre describe dos circuitos complementarios llamados circulación mayor o general y menor o pulmonar.

La sangre es un tejido líquido, compuesto por agua y sustancias orgánicas e inorgánicas disueltas, que forman el plasma sanguíneo y tres tipos de elementos formes o células sanguíneas: glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. Una gota de sangre contiene aproximadamente unos 5 millones de glóbulos rojos, de 5.000 a 10.000 glóbulos blancos y alrededor de 250.000 plaquetas, Robert S. (2006)

El plasma sanguíneo es la parte líquida de la sangre. Es salado, de color amarillento y en él flotan los demás componentes de la sangre, también lleva los

alimentos y las sustancias de desecho recogidas de las células. El plasma cuando se coagula la sangre, origina el suero sanguíneo.

Los glóbulos rojos, también denominados eritrocitos o hematíes, se encargan de la distribución del oxígeno molecular (O_2). Tienen forma de disco bicóncavo y son tan pequeños que en cada milímetro cúbico hay cuatro a cinco millones, midiendo unas siete micras de diámetro. No tienen núcleo, por lo que se consideran células muertas. Los hematíes tienen un pigmento rojizo llamado hemoglobina que les sirve para transportar el oxígeno desde los pulmones a las células. Una insuficiente fabricación de hemoglobina o de glóbulos rojos por parte del organismo, da lugar a una anemia, de etiología variable, pues puede deberse a un déficit nutricional, a un defecto genético o a diversas causas más.

Los eritrocitos derivan de las células madre comprometidas denominadas hemocitoblasto. La eritropoyetina es una hormona de crecimiento producida en los tejidos renales, estimula la eritropoyesis (es decir, la formación de eritrocitos) y es responsable de mantener una masa eritrocitaria en un estado constante. Los eritrocitos, al igual que los leucocitos, tienen su origen en la médula ósea

Los glóbulos blancos o leucocitos tienen una destacada función en el Sistema Inmunológico al efectuar trabajos de limpieza (fagocitos) y defensa (linfocitos). Son mayores que los hematíes, pero menos numerosos (unos siete mil por milímetro cúbico), son células vivas que se trasladan, se salen de los capilares y se dedican a destruir los microbios y las células muertas que encuentran por el organismo. También producen anticuerpos que neutralizan los microbios que producen enfermedades infecciosas. Robert S. (2006)

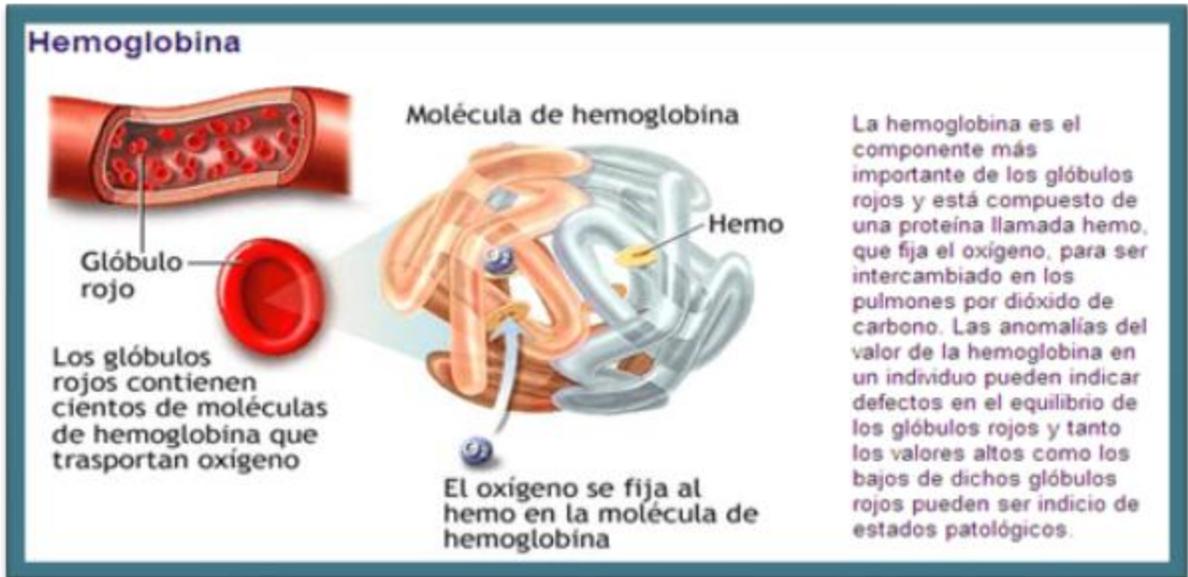
Los leucocitos son células móviles que se encuentran en la sangre transitoriamente, así, forman la fracción celular de los elementos figurados de la sangre. Son los representantes hemáticos de la serie blanca. A diferencia de los eritrocitos (glóbulos rojos), no contienen pigmentos, por lo que se les califica de glóbulos blancos.

Son células con núcleo, mitocondrias y otros orgánulos celulares. Son capaces de moverse libremente mediante pseudópodos. Su tamaño oscila entre los 8 y 20 micrómetros. Su tiempo de vida varía desde algunas horas, meses y hasta años. Estas células pueden salir de los vasos sanguíneos a través de un mecanismo llamado diapédesis (prolongan su contenido citoplasmático), esto les permite desplazarse fuera del vaso sanguíneo y poder tener contacto con los tejidos del interior del cuerpo humano.

Los glóbulos blancos se clasifican en: Polinucleares, son los leucocitos con núcleo lobulado y pertenecen a las células mieloides o mielocitos, neutrofilos, basófilos, y eosinófilos.

Los mono nucleares son los leucocitos sin lóbulo como son los linfocitos, linfocitos B son aquellos que producen anticuerpos; otro tipo de linfocitos son los T.

La observación a través del microscopio mediante la tinción de Romannowsky ha permitido su clasificación: en Granulocitos: estos presentan en su citoplasma un núcleo redondeado y lobulado, formados en las células madres de la médula ósea: eosinofilos, basófilos y neutrófilos. Robert S. (2006)



Fuente: Fuller (2005)

Las plaquetas o trombocitos son fragmentos citoplasmáticos pequeños, irregulares y carentes de núcleo, de 2-3 micras de diámetro, derivados de la fragmentación de sus células precursoras, los megacariocitos; la vida media de una plaqueta oscila entre 8 y 12 días. Las plaquetas juegan un papel fundamental en la hemostasia y son una fuente natural de factores de crecimiento. Estas circulan en la sangre y están involucradas en la hemostasia, iniciando la formación de coágulos o trombos.

Si el número de plaquetas es demasiado bajo, puede ocasionar una hemorragia excesiva. Por otra parte si el número de plaquetas es demasiado alto, pueden formarse coágulos sanguíneos y ocasionar trombosis, los cuales pueden obstruir los vasos sanguíneos y ocasionan un accidente cerebro vascular, infarto agudo de miocardio, embolismo pulmonar y el bloqueo de vasos sanguíneos en cualquier otra parte del cuerpo, como en las extremidades superiores e inferiores, Fuller (2005)

10.2.5.- Formatos de información.

HIGIENE DENTAL BÁSICA

1. Tipo de cepillo dental.

Básicamente, cualquier cepillo es aceptable. Los de cerda mediana son los más recomendables. Debe renovar el cepillo cada 3 meses.

2. Tiempo de cepillado.

El cepillado debe durar, al menos, 5 minutos. Use el cepillo sin pasta los 4 primeros minutos y, en el minuto final, añada un poco de pasta dentífrica.

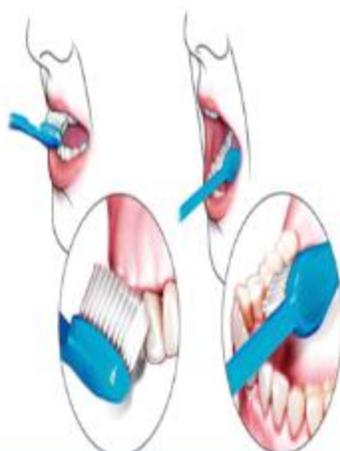
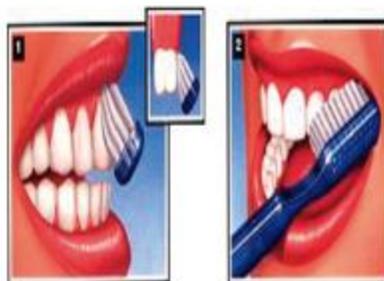
3. Frecuencia de cepillado.

Debe cepillarse, como mínimo, dos veces al día. El cepillado más importante es el de la noche, justo antes de irse a la cama. Un segundo cepillado se hará después del desayuno.

4. Forma de cepillarse.

En el gráfico de la derecha podrá observar cual es la manera correcta de cepillarse los dientes. Es muy importante cepillar las superficies internas y externas de cada diente. El movimiento debe ser suave, sin presionar, y debe evitar los movimientos circulares.

HIGIENE DENTAL BÁSICA



HIGIENE DENTAL BÁSICA

5. Otros consejos.

Además de todos los consejos anteriores, es muy recomendable utilizar seda o hilo dental después del cepillado aunque de una manera muy suave para así poder llegar a aquellas zonas en las que las cerdas no han podido hacer su trabajo.

Es importante también cepillar la superficie de la lengua ya que es portadora de ciertos gérmenes y bacterias causantes del mal aliento.

El uso de enjuague bucal es otra de las opciones a la hora de reforzar un buen cepillado. Debe ser un enjuague bucal recomendado por su especialista ya que algunos pueden llegar a ser muy abrasivos para las encías y dientes, pudiendo incluso dañar seriamente el esmalte de éstos últimos.

Y nuestro último, y no por ello menos importante consejo, es la necesidad de visitar a su dentista, al menos, 2 veces al año, para poder llevar una óptima y correcta higiene dental.

Fuente: fuller (2005)

¿Cómo lavar tus dientes?

1-Cepille los dientes anteriores. Colocar el cepillo a lo largo de la línea de la encía, marcando un ángulo de 45° respecto de la misma. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. Con movimientos de arriba hacia abajo.



Cepille las superficies internas de cada diente, utilizando la técnica del paso anterior.

2-Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 o 3 dientes por vez con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 o 3 dientes y repita la operación. Unas 10 a 15 veces cada dos o tres dientes.



3- Continúe cepillando las superficies masticatorias. Mantenga un ángulo de 45 grados con las fibras en contacto con la superficie dental y la encía. Para el cepillado de los molares, cepille suavemente con un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna.



Y ¿como dejarlos bien limpios?

4-Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Esto es para cepillar la cara interna de los dientes superiores e inferiores.

Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo.

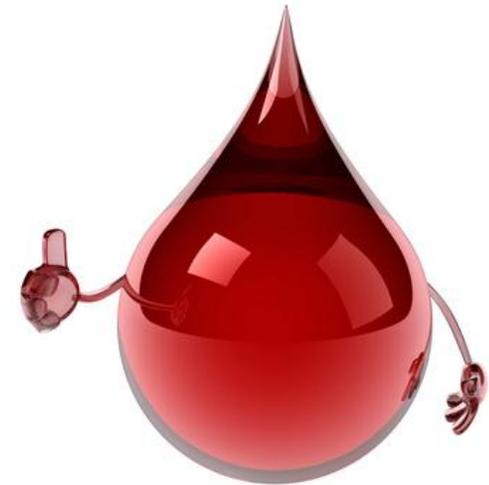


5-Ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen el mal aliento.



No olvides cambiar tu cepillo cada 3 meses.

TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS



Elaboro: Ma. Magdalena Villegas G.