



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A  
PACIENTE CON “MUCORMICOSIS CUTANEA” BASADO EN EL  
MODELO DE DOROTHEA OREM EN EL HOSPITAL GENERAL  
DE MÉXICO  
“DR. EDUARDO LICEAGA”

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A**

**ALAMILLA AZPEITIA ROSA SARAHI  
NO. DE CUENTA: 308161342**

**DIRECTORA ACADÉMICA**

**LEO: ALICIA ESQUIVEL PEREZ**



**MÉXICO. D.F.**

**2015**



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.

Mi trabajo lo dedico principalmente a:

Mis padres con mucho cariño, que me dieron la vida, y han estado conmigo en todo momento, por darme una carrera para la vida y sobre todo confiar en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles, siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón el que estén conmigo. Gracias papa, por apoyarme económicamente, y por tus consejos, a ti mama por cuidarme, y por participar en la escuela más veces que yo.

A mi abuelita, por cederme todo su apoyo, tenerme paciencia y preocuparse por mí siempre, por su cariño, por ser su nieta consentida.

A mis tíos por apoyarme en todos los aspectos, por preocuparse más que yo por que terminara este trabajo, y querer ayudar en todo.

A mis primos quisiera nombrarlos a cada uno de ellos, pero son demasiados, solo espero que esto les sirva como ejemplo para que sus metas se vuelvan realidad.

A mis amigas que siempre estuvieron conmigo, y me ayudaron a sobresalir juntas.

A los que se adelantaron y se convirtieron en un ángel, sin embargo me ayudaron a llegar al final de la meta.

A mis profesores que siempre se preocuparon por mí, por enseñarme la mayoría de mis conocimientos, desde los básicos, hasta el último conocimiento que adquirí durante la carrera. Sobre todo a la profesora Alicia, por el entusiasmo que puso en este trabajo, por hacerlo de ella, y por darme aliento aunque las cosas parecieran no salir como quería.

Y no puedo terminar sin antes decirles, que sin ustedes a mi lado no lo hubiera logrado, tantas desveladas, o desmañanadas, por parte de muchos de ustedes, sirvieron para lograr realizar este fruto. Les agradezco a todos por haber llegado a mi vida, y brindarme sus consejos, regaños y paciencia, el compartir momentos agradables y momentos tristes, pero esos momentos son los que nos hacen crecer y valorar a las personas que nos rodean porque no sabemos cuánto tiempo más estarán ahí, por eso y mucho más los quiero y nunca los olvidare.

“Aunque nadie ha podido regresar atrás y hacer un nuevo comienzo, cualquiera puede recomenzar ahora y hacer un nuevo final”

I. INTRODUCCION .....	5
II. OBJETIVOS.....	7
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	7
III. JUSTIFICACION .....	8
IV. METODOLOGIA .....	9
V. MARCO TEORICO .....	11
o PROCESO ENFERMERO-PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA .....	11
o TEORIA DE ENFERMERIA DE DOROTHEA OREM .....	12
o FISIOPATOLOGIA .....	15
VI. VALORACION GENERALIZADA .....	19
HISTORIA CLÍNICA.....	19
• FICHA DE IDENTIFICACIÓN.....	19
• CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.....	19
• ANTECEDENTES MÉDICOS.....	19
• ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.....	19
• CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.....	19
• PADECIMIENTO ACTUAL.....	20
VALORACION GENERALIZADA 10/12/2014.....	21
VALORACIÓN POR REQUISITOS DE AUTOCUIDADO.....	23
VII. HOJA DE DIAGNOSTICOS GENERALIZADOS.....	38
VIII. VALORACION FOCALIZADA No. 1.....	62
IX. HOJA DE DIAGNOSTICOS DE LA VALORACION FOCALIZADA "1".....	65
X. VALORACION FOCALIZADA No. 2.....	87
XI. HOJA DE DIAGNOSTICOS DE LA VALORACION FOCALIZADA "2".....	90
XII. VALORACION FOCALIZADA No. 3.....	112

XIII. HOJA DE DIAGNOSTICOS DE LA VALORACION FOCALIZADA "3" .....	115
XIV. VALORACION FOCALIZADA No. 4.....	133
XV. HOJA DE DIAGNOSTICOS DE LA VALORACION FOCALIZADA "4" .....	135
XVI. VALORACION FOCALIZADA No. 5 .....	152
XVII. PLANES DE VALORACION FOCALIZADA "5" .....	154
CONCLUSIONES .....	166
ANEXOS .....	167
BIBLIOGRAFIA .....	189

## I. INTRODUCCION

El Proceso de Atención de Enfermería es la herramienta donde la enfermera pone en práctica sus conocimientos para ayudar a la persona a su recuperación, mediante actividades con fundamentación científica, de manera empírica, y de acompañamiento, el cual se aprende a manejar durante la mayor parte de la carrera.

El presente trabajo se realizó en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", utilizando el Proceso de Atención de Enfermería durante el servicio social, en el pabellón de Dermatología, aplicado a la paciente Rosalía con Diagnóstico Médico de "**Mucormicosis Cutánea**", siendo un término desconocido, basado en la investigación, se comprobó que es una patología común no solo en México sino a nivel Mundial, que se presenta en zonas geográficas húmedas y con alteración en la integridad cutánea, se caracteriza por ser necrotizante, esta infección es complicada y su proceso de recuperación es largo en las personas que la padecen.

Se abordó el marco teórico del Proceso de Atención de Enfermería en base a la "**Teoría del autocuidado**" de **Dorothea Orem**, el cual fue utilizada en el transcurso del servicio social y del seminario de titulación, por la familiaridad con las hojas de enfermería de los diversos servicios del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", se decide acoplarlo al padecimiento de Rosalía, por ser este de larga estancia hospitalaria, y depender de la integración en su autocuidado.

Se realizó mediante pasos específicos para una mejor forma de llegar al "capítulo final", con el fin de facilitar el manejo de esta teoría, en la elaboración de diagnósticos, planificando las acciones de enfermería específicas para cada alteración plasmadas en el plan de atención, llevándolas de la misma manera a la ejecución, con el sistema de enfermería: "Totalmente Compensatoria, Parcialmente compensatoria y de Apoyo Educativo.

Se realizó una valoración generalizada y diez valoraciones focalizadas, sin embargo para fines didácticos se desarrollan únicamente las cinco valoraciones más significativas, comenzando el día 10 de diciembre de 2014, y terminando el día 20 de Julio 2015.

La elaboración del presente PAE fue complicado por ser el trabajo titulación y por la confianza que Rosalía depositaba, el seminario de titulación fue de mucha ayuda para integrar los conocimientos adquiridos durante la formación académica, con los nuevos aprendidos en el transcurso del servicio social. Por lo que el rol de la

enfermera no solo es atender la enfermedad física, sino también lo que ocurren entorno a ella, puesto que todo esto influye a la pronta recuperación de los pacientes.

## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Realizar un Proceso de Atención de Enfermería a una persona con el diagnóstico de “Mucormicosis cutánea” en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.
- Poner en práctica cada una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería mediante los conocimientos adquiridos durante la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y el seminario de titulación.
- Realizar la integración del modelo de “autocuidado” de Dorothea Orem con el padecimiento de Rosalía.
- Ayudar a Rosalía a una mejor y pronta recuperación de su padecimiento.

### III. JUSTIFICACION

El Proceso de Atención de Enfermería, está dirigido a identificar las respuestas humanas de las personas, familia y comunidad que atiende ante las posibles alteraciones de sus patrones de salud y con el propósito de realizar la intervención adecuada<sup>1</sup>, con esta fundamentación queda claro el apoyo y el compromiso que se debe de tener con la persona que decide ser intervenida por nosotros, los pacientes no eligen a sus enfermeros, sin embargo esta en cada uno de nosotros darle el mejor cuidado posible como si cada uno fuera lo más preciado que tenemos, ya que ellos están confiando en nosotros lo más preciado que tienen “su vida”.

A pesar de que son etapas diferentes y llevan una secuencia, son un ciclo que al llegar a la última que es la evaluación se vuelve a desarrollar la valoración, y sucesivamente las demás etapas hasta lograr un bienestar de manera general en la paciente para poder identificar el fallo de nosotros como personal de enfermería, e incluso en un giro inesperado se valora el papel que verdaderamente juega el personal del hospital desde el área médica hasta el administrativo en la mejoría de la paciente.

El modelo de Dorothea Orem es aplicado en el presente Proceso de Atención de Enfermería, por sus características del autocuidado y al manejo del instrumento de valoración, de igual manera este modelo es utilizado en los registros de las hojas de enfermería del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, y el que se decide por unanimidad en el seminario de titulación sea utilizado, ya que “la importancia de una teoría de enfermería depende de su utilidad en el cuidado y en el desarrollo disciplinario”<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>Amaro Cano María Del Carmen, revista cubana de enfermería, “El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas”, v. 20 n.1 Ciudad de la Habana, ene.-br.2004.

<sup>2</sup>Tontini F., “La importancia de una teoría, el modelo conceptual de Dorothea E. Orem”, Ed. Profesión enfermera, 2006, (2): 9.

## IV. METODOLOGIA

El presente trabajo se realiza en el “Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga”, en el servicio de “Dermatología Unidad 109”, a la persona Rosalía con Diagnóstico médico de “Mucormicosis Cutánea”, durante el servicio social en esta institución.

Se desarrolló un análisis de las personas que se encontraban en ese servicio, debido a que se buscaba una patología que fuera poco común.

Se le informo a Rosalía y a su familiar la finalidad del presente trabajo, que es la obtención del título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia, aclarando también que en el momento en que ella no quisiera seguir con esto se suspendería, no estaba obligada a finalizarlo, y ella acepto firmando así el “consentimiento informado” (ANEXOS).

Este proceso consta de cinco etapas que se desarrollaron de manera integral con características específicas cada una:

- ✓ Comienza con la etapa de la valoración donde se realizó la recogida y organización de datos, de manera directa (Rosalía) e indirecta por medio de su familiar (esposo) y por el expediente clínico ya que ella no recordaba muy bien algunas fechas. El examen físico por aparatos y sistemas utilizando el instrumento de valoración donde abarcaba “los ocho Requisitos de autocuidado” de Dorothea Orem.
- ✓ Una vez realizada la valoración inicial se hace el análisis, identificación de alteraciones de acuerdo a la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem; ya que es la que se maneja en las hojas de enfermería del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y se priorizan cada uno de los requisitos alterados.
- ✓ En la elaboración de diagnósticos me he apoyado en la taxonomía “NANDA Internacional DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificación de enfermería 2009-1011”<sup>3</sup>, se formulan los objetivos para cada uno de los diagnósticos y poder así determinar las intervenciones y las actividades que se desarrollaran en cada uno de los planes de cuidado de enfermería apoyados en la taxonomía NOC y en la planificación de las acciones de enfermería específicas para cada alteración, de la “taxonomía NIC para el aprendizaje teórico-práctico

---

<sup>3</sup> T. HeatherHerdman, PhD, RN, “NANDA Internacional DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificación 2009-1011”, Barcelona, España, 2010, ed. Elsevier España, S.L.

en enfermería”<sup>4</sup>, de igual forma en “Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)”<sup>5</sup>, logrando así una integración de estos con el sistema de enfermería de “Totalmente Compensatoria, Parcialmente compensatoria y de Apoyo Educativo en las diferentes etapas de la enfermedad de Rosalía.

- ✓ Se desarrolla la siguiente etapa que es la de investigación de la patología, que a simple vista se creía desconocida, en realidad es común, existiendo distintos tipos de Mucormicosis, de los cuales la forma cutánea en varias investigaciones de España, e Inglaterra se caracteriza por ser la más común, debido a que es un hongo, altamente infectocontagioso y de igual manera se confunde muy fácilmente, esta se caracteriza por ser necrotizante, se puede llegar a desarrollar en la zona de la sierra de Guerrero que es donde vive Rosalía más fácil que en la zona urbana, debido a que las condiciones dadas por la humedad son más adecuadas para que se desarrolle este hongo.
- ✓ Se realiza la primera valoración focalizada, donde se encontró la disyuntiva de que la mayor parte de las alteraciones se repetían con la valoración inicial y se desarrolla el plan de cuidados tomando en cuenta el requisito principalmente alterado esto mediante el apoyo del instrumento de valoración, de esta manera se realizan 10 valoraciones focalizadas, pero para métodos didácticos solo se mencionaran 5 que son donde se presentaron modificaciones significativas.

---

<sup>4</sup> Rifa Ros Rosa, Olive Adrados Rosa, Lamoglia Puig Montserrat, “Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería.” Barcelona España, 2012, ed. ELSEVIER.

<sup>5</sup> M. Bulechek Gloria, K. Butcher Howard, McCloskeyDochterman Joanne, “Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).” 5ta. ed., 2009, Barcelona España, ed. ELSEVIER.

## V. MARCO TEORICO

### ○ PROCESO ENFERMERO-PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería:

#### Proceso de Atención de Enfermería

Es un método científico que se define como “método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, familia y la comunidad, se requieren de conocimientos, habilidades, toma de decisiones, y observación por parte del profesional de enfermería para poder así brindarle al individuo la mejor atención. Tiene como características; ser dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además de basarse en un marco teórico.”<sup>6</sup>

El Proceso de Atención de Enfermería consta de cinco etapas sistemáticas y organizadas, las cuales son:

- Valoración: esta etapa ayuda a “identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo”<sup>7</sup> esto se puede obtener a través de la observación, entrevista, historia clínica, exploración física cefalocaudal.
- Diagnósticos: “El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos para los que la enfermera es responsable.”<sup>8</sup>

Los diagnósticos pueden ser de bienestar, es decir “es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar”<sup>9</sup>; diagnóstico real, se refiere a que el problema ya está presente y existen características, signos o síntomas que lo

---

<sup>6</sup> De Jesús M. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Revista mexicana de enfermería cardiológica. 2002; 10 (2): 62-66.

<sup>7</sup> ET.AL.

<sup>8</sup> González M, Mirón D, Cotiello Y, Peñacoba D, Iglesias R, Arias S, et al. Guía de metodología y diagnósticos de enfermería. Sociedad de Enfermería en Atención Primaria Asturias. 2002

<sup>9</sup> De Jesús M. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Revista mexicana de enfermería cardiológica. 2002; 10 (2): 62-66.

pueden demostrar y finalmente los diagnósticos de riesgo o potenciales se refieren a problemas que se pudieran desarrollar en un futuro ya que el individuo, familia o comunidad son vulnerables a presentar dichos problemas.

- Planeación: “determinación de intervenciones o actividades conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería”<sup>10</sup>.
- Ejecución: la ejecución se refiere a poner en práctica el plan de cuidados y en registrar cada procedimiento que se llevara a cabo y quienes participaron (familiar, paciente, comunidad, etc.)
- Evaluación: es donde se observa si los cuidados brindados al paciente funcionaron o si se tiene que planear nuevos cuidados para poder lograr un mejor estado de salud del paciente.

#### ○ **TEORIA DE ENFERMERIA DE DOROTHEA OREM**

En esta teoría se abordan cuatro conceptos básicos, como son el de persona, donde Dorothea nos describe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante, por esta razón es afectado por el entorno, lo que lo hace cambiante, es capaz de decidir y tomar acciones para realizar su auto cuidado; nos habla de igual manera sobre la salud, que es un estado de integridad física, estructural y funcional, es también la ausencia de defecto que implique deterioro, se trata de un desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual: basado en un entorno que se describe como aquellos factores físicos, químicos, biológicos, sociales, ya sean familiares o comunitarios que pueden influir o interactuar con la persona; los cuidados de enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Se maneja mediante los ocho requisitos de autocuidado universal que abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano, si cualquiera se encuentra alterado por mínima que sea esta alteración, llega a afectar de manera indirecta a los demás, haciendo así que el paciente desarrolle una enfermedad, o la complicación de esta.

---

<sup>10</sup> Reina G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral científico. 2010; (17): 18-23.

Cada paciente es una parte del modelo, es necesario conocer a la persona e identificar sus problemas y alteraciones de una manera holística no solo desde el punto de vista de la enfermedad. Se deben mencionar y analizar en el proceso los requisitos de autocuidado universales donde se encuentra integrado el bienestar de toda la persona realizando una valoración cefalo caudal y por aparatos y sistemas comenzando por el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, donde se evalúa desde la limpieza de fosas nasales hasta el sistema vascular periférico; el mantenimiento de un aporte suficiente de agua donde se valora la cantidad de agua que acostumbra tomar hasta los líquidos parenterales por día; el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos; la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excreción, esta como el nombre lo dice valora la eliminación intestinal y vesical; el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo; el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social; la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano; la promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano.

Una vez identificado que patrón esta alterado es de gran importancia encontrar las características que lo provocan, de donde comenzaron y como se lograra el manejo de estos, realizando un plan de cuidados sistematizado y dirigido a cada uno de los patrones.

Kérouac 1996<sup>11</sup>, afirma que el cuidado es una actividad permanente y cotidiana de la vida de los sujetos. Todos o casi todos, cuidan y/o se cuidan. Es por eso que desde mi punto de vista enfermería no solo es una profesión sino una vocación, para lograr ayudar a la persona a su desarrollo e incluso a la reintegración de su vida cotidiana, recuperando su rol que desempeñaba antes de la enfermedad.

La teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Orem es una gran teoría general formada por tres teorías fundamentales:

- Teoría de Autocuidado.
- Teoría del Déficit de Autocuidado.
- Teoría del Sistema de Enfermería.

Esto se debe unificar en el proceso de atención de enfermería, aunque sean teorías separadas se maneja una misma para lograr ver a la persona desde un todo, comenzando con la teoría del autocuidado desglosando así varios conceptos clave de esta.

---

<sup>11</sup>Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F (1996). "El pensamiento enfermero". Barcelona: Masson.

**El autocuidado:** Es el concepto básico de la teoría, es un conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior<sup>12</sup>, sin embargo no solo depende de ellos sino de nosotros como profesionales ya que debemos ganarnos su confianza para poder brindar apoyo, instrucciones y sobre todo aclarando las dudas sobre sus cuidados intrahospitalarios y extrahospitalarios, si esto no lo realizamos correctamente el paciente puede recaer de alguna manera más crítica empeorando así su estado general de salud.

En cuanto a la teoría del déficit de autocuidado se encuentra la **demanda de autocuidado terapéutico**: La cantidad y el tipo de acciones o actividades que la persona realiza o debería realizar en un tiempo determinado para conseguir los requisitos de autocuidado<sup>13</sup>. Para esto se necesita tratar el entorno del paciente desde lo básico como es su familia, hasta del nivel socio económico para asegurar un autocuidado terapéutico eficaz utilizando los recursos que tiene a su alcance para adaptarse así a sus necesidades básicas y esto no se convierta en un problema más adelante con necesidades económicas exuberantes.

Con lo anterior se desarrollan las teorías del sistema de enfermería, para una “evaluación del desarrollo de cada actividad”,

### **Sistemas de enfermería**

<sup>14</sup>Dentro de las mismas hojas de enfermería antes mencionadas, se clasifican las acciones de enfermería en estos tres sistemas para el bienestar del paciente, realizando así una valoración cualitativa de las acciones desarrolladas por el personal, esto conforme a los aspectos que tenga alterados el mismo paciente y dependiendo la etapa en la que se encuentre de su enfermedad.

- ✓ **Totalmente compensatorio:** Todos los cuidados son asumidos por el personal de enfermería.
- ✓ **Parcialmente compensatorio:** Se comparten las acciones de autocuidado entre la persona afectada y el profesional de enfermería.
- ✓ **De apoyo educativo:** La persona realiza las acciones de autocuidado con la orientación y supervisión del profesional de enfermería para perfeccionar el mismo.

---

<sup>12</sup>Orem D.E. "Nursing: Concepts of practice", 2da. NY: Mc Graw Hill; 2000.

<sup>13</sup>MarrinerTomey, A. RailedAlligood, M. "Modelos y Teorías en Enfermería", 4ta ed. Madrid: 2000.

<sup>14</sup> Sánchez Rueda G., Orem D.E. Aproximación a su teoría. Rev. RolEnf. 1999.

No se puede hablar de las teorías por separado ya que todas se correlacionan en algún punto de ellas, dependiendo la etapa en la que se encuentra el proceso de atención de enfermería, analizando todas las características citadas anteriormente, es por eso que cualquier detalle sobre el paciente si se pasa por alto por más insignificante que parezca podría alterar el desarrollo de este, el personal de enfermería debe estar capacitado en cuanto a la escucha activa, a la visualización del más mínimo detalle e incluso a reconocer los olores característicos de cada padecimiento.

### ○ FISIOPATOLOGIA

La Mucormicosis cutánea que en su forma cutánea primaria representa alrededor de 10% de los casos de zigomicosis, desarrollándose generalmente en sitios con pérdida de la integridad de la barrera epidérmica (picadura de insecto, contusión, quemadura, inyección intramuscular o venosa, cirugía), esta es la forma en que se desarrolla en la paciente causada por una caída de su propia altura y provocándose una herida con piedra; en 70% de los casos existe el antecedente de una lesión cutánea previa. La asociación de lesión cutánea e inmunodepresión se ha encontrado en 38% de los casos y en reportes aislados se han visto afectados pacientes inmunocompetentes sin antecedentes de traumatismo<sup>15</sup>.

Torres-Narbona<sup>16</sup> en España, muestra que las formas cutáneas representaron el 42% de las Mucormicosis. Por otra parte, en una revisión en E.U.A en niños bajo los 18 años, con infección demostrada por histología y/o cultivo, se identificaron 157 casos, donde las formas cutáneas fueron las más frecuentes, representando el 27 %, seguidas de las gastrointestinales (21%), rinocerebrales (18%) y pulmonares (16%). Las condiciones de riesgo predominantes fueron neutropenia, prematurez y diabetes mellitus, y los agentes más importantes *Rhizopus* y *Mucor*. En una revisión de 929 casos, reportados en la literatura científica inglesa, entre los años 1885 y 2004, Roden<sup>17</sup> encontró que las formas cutáneas correspondieron al tercer lugar, después de las sinusales y pulmonares. En esta revisión, 44% de las formas cutáneas se complicaron por profundización local o por diseminación<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup>Pérez-Urbe A, Molina de Soschin D, Arenas R, Reyes M. "Mucormicosis cutánea primaria en un paciente con virus de la inmunodeficiencia humana". Rev. IberoamMicol 2005; 22: 118-21

<sup>16</sup>Torres-Narbona M, Muñoz J, Guinea P, Bouza E. "Zigomicetos y zigomicosis en la era de las nuevas terapias anti fúngicas". Rev. EspQuimioterap 2007; 20: 375-86.

<sup>17</sup>Roden M, Zaoutis T, Buchanan W, Knudsen T, Sarkisova T, Schaufele R, et al. "Epidemiology and outcome of zygomycosis: A review of 929 reported cases". ClinInfectDis" 2005; 41: 634-53.

<sup>18</sup>TAGER F, Marlis; ZAROR C, Luis y MARTINEZ D, Pilar. "Mucormicosis cutánea en un paciente inmunocomprometido". Rev. chil. infectol. [online]. 2012, vol.29, n.1 pp. 101-107.

Se trata de una infección causada por un hongo de la clase de los zigomicetos del orden Mucorales, que se caracteriza por ser necrotizante, ocurre como resultado de inocular directamente esporas en piel dañada, en los pacientes inmunosuprimidos habitualmente se manifiesta como una necrosis rápidamente progresiva con grados variables de celulitis e invasión en tejidos profundos<sup>19</sup>. Estos microorganismos son comúnmente aislados de fuentes ambientales y rara vez producen infección en sujetos inmunocompetentes. Se han descrito varias formas clínicas de mucormicosis: rino-órbito-cerebral, pulmonar, gastrointestinal, mucorcutánea y diseminada<sup>20</sup>, se describirá únicamente la afección que involucra a la paciente "Mucormicosis cutánea". Se reconocen dos formas de Mucormicosis cutánea: *primaria*, con una puerta de entrada exclusivamente cutánea y *secundaria*, debido a localizaciones metastásicas de una Mucormicosis rinocerebral, pulmonar o gastrointestinal.

Según la extensión de la lesión y el estado inmune del hospedero se reconocen dos formas de presentación de la Mucormicosis cutánea primaria; *superficial* y *gangrenosa* o subcutánea; la primera afecta principalmente a sujetos inmunocompetentes, en quienes se desarrolla una lesión necrótica de lenta evolución relativamente circunscrita, mientras que la segunda afecta generalmente a pacientes inmunocomprometidos y/o diabéticos, quienes desarrollan lesiones necróticas extensas de rápida evolución con compromiso de los planos muscular y óseo.<sup>21</sup>

El modo de transmisión habitual de la enfermedad es a través de inhalación de esporas desde el ambiente o vía percutánea con implantación traumática de esporas en zonas de disrupción cutánea, como sitios de inserción de catéteres, quemaduras, inyección de drogas o tatuajes y picaduras de insecto, ya que los agentes de Mucormicosis son incapaces de penetrar la barrera cutánea intacta.

Cabe destacar que dentro de esta patología no se presentan signos, únicamente síntomas inespecíficos como: eritema, vesículas, celulitis, edema, fiebre, dolor agudo, por lo que el diagnóstico se dificulta. La forma cutánea se origina por inoculación de esporas dentro de la dermis con el subsecuente desarrollo de una lesión tipo ectima, generalmente única y de evolución rápidamente progresiva, por las características angio invasoras del hongo, que determina amplias zonas de infartos y necrosis en los tejidos.

---

<sup>19</sup>Méndez Flores Silvia, et al, "mucormicosis cutánea primaria. Comunicación de un caso y revisión de la bibliografía". dermatología Rev. Mex 2010; 54(2) 72-75.

<sup>20</sup> Ramírez Dovala Silvia, et al, "mucormicosis rino- orbito-cerebral causada por RhizomucorPusillus en paciente diabético descompensado". Dermatología Rev. Mex 2012; 56(1) PP. 132-136.

<sup>21</sup>Pak J, Tucci V T, Vincent A L, Sandin R L, Greene J N. "Mucormicosis en pacientes inmunocomprometidos". J Emerg Trauma Shock 2008; 1: 106-113.

El diagnóstico definitivo de Mucormicosis se apoya en el examen directo, el cultivo y la biopsia. El examen directo en fresco o preparado con KOH 10% muestra hifas gruesas no septadas con ramificaciones en ángulo recto. El cultivo, por su parte, sirve para precisar la especie, lo que involucra un mayor tiempo y no siempre es positivo, un cultivo positivo debe analizarse cuidadosamente considerando el cuadro clínico, pues estos agentes pueden ser contaminantes ambientales. El examen histopatológico del tejido comprometido demuestra, extensas áreas de necrosis y presencia de hifas con ramificaciones en ángulo recto, ausencia de septos y de paredes irregulares, con un ancho entre 15 y 20  $\mu\text{m}$ , visibles con tinción de hematoxilina-eosina o mediante técnicas histoquímicas especiales tales como Grocott y ácido peryódico de Schiff (PAS) debiéndose plantear el diagnóstico diferencial con otros tipos de hongos filamentosos tales como *Aspergillus* spp, *Fusarium* spp y *Pseudallescheriaboylei*<sup>22</sup>.

La leucopenia se refiere a un número reducido de células blancas de la sangre en general, mientras que la granulocitopenia se refiere a una disminución del número de todas las células de la sangre de tipo de granulocitos (neutrófilos, eosinófilos y basófilos). La neutropenia - La definición de la neutropenia varía de una institución a otra, pero la neutropenia se define generalmente como un recuento absoluto de neutrófilos (ANC) < 1.500 células / microlitro, y neutropenia severa se define generalmente como un RAN < 500 células / microlitro o un ANC que es espera que disminuya a < 500 células / microlitro en los próximos 48 horas [2,16]. El riesgo de infección clínicamente importante se eleva como el recuento de neutrófilos desciende por debajo de 500 células / microlitro y es mayor en aquellos con una duración prolongada de la neutropenia (> 7 días). Mi paciente presentaba una cuenta total de 1200. La enfermedad por hongos no es una causa frecuente de neutropenia por lo que se debería explicarse por otras causas como la ingesta de múltiples medicamentos como es el caso de esta paciente.

Un bajo conteo de monocitos o monocitopenia puede ocurrir por una variedad de razones, incluyendo enfermedades físicas, el uso de ciertos medicamentos, o deficiencias vitamínicas (los corticoesteroides, interferones orales y quimioterapia) son los medicamentos que son más propensos a tener este efecto secundario, de igual manera las deficiencias nutricionales, particularmente aquellos que involucran el folato o vitamina B-12, pueden causar un bajo recuento de monocitos. Anemia leve esta se puede presentar por falta de consumo en forma adecuada de hierro el cual se encuentra normalmente en las carnes rojas y verduras verdes mi paciente presenta falta de alimentación adecuada de estos nutrientes, la segunda causa más

---

<sup>22</sup>García P, Beltrán C, Guzmán A, León P, Arredondo M, Fonseca X. "Diagnóstico rápido de dos casos de mucormicosis con tinción de blanco de calcoflúor". Rev. ChillInfectol 2001; 18: 285-90.

frecuente sería sangrado desapercibido ya sea en heces o en orina sin embargo mi paciente no presentaba estas patologías al momento de su internamiento.

Albúmina: es la proteína plasmática cuantitativamente más importante. Aproximadamente de 300 a 500 g de albúmina se distribuye en los fluidos corporales, y el hígado adulto medio sintetiza aproximadamente 15 g por día (200 mg/kg por día). La tasa de síntesis puede doblar en situaciones en las que hay una pérdida de albúmina rápida o una caída en la concentración de albúmina en suero. La concentración de albúmina de suero refleja la tasa de síntesis, la velocidad de degradación, y el volumen de distribución. La síntesis de albúmina está regulada por una variedad de factores, incluyendo el estado nutricional, la presión oncótica de suero, citoquinas, y hormonas. La disminución de las proteína totales y albumina en mi paciente es secundario a daño hepático leve secundario a un síndrome metabólico caracterizado por una elevación de la glucosa 102 mg/dL los (valores normales son 99 mg) aumento discreto de TGO 42 U/L (valores normales 15–41) así como la elevación de la fosfatasa alcalina. Hipertrigliceridemia es una alteración frecuente de los triglicéridos los cuales se metabolizan en el hígado y se asocia a daño hepático.

En cuanto a la terapia para esta infección se basa en tres pilares fundamentales: tratamiento de la enfermedad de base, terapia antifúngica sistémica y cirugía. La terapia anti-fúngica más ampliamente aceptada es con anfotericina B intravenosa de 250mg cada 24 horas, la respuesta terapéutica está limitada por el compromiso inmune del hospedero y la poca penetración del fármaco en un tejido isquémico y con trombosis venosa.<sup>23</sup> La dosis recomendada es 1 a 1,5 mg/kg/día para alcanzar una dosis total acumulada de 2 a 4 grs.

El tratamiento quirúrgico como pilar en el tratamiento de la Mucormicosis cutánea debe ser agresivo y precoz con desbridamiento extenso, remoción de todo el tejido infectado y necrótico, siendo en ocasiones necesario amputar la extremidad afectada. Los aseos quirúrgicos deben repetirse en forma periódica ya que disminuyen la carga fúngica y, por tanto, retrasan la progresión de la enfermedad. El acto operatorio debe incluir además la realización de biopsia para asegurar la obtención de bordes libres de elementos micóticos. Otras alternativas de terapia adyuvante es la oxigenación hiperbárica, la que tendría un efecto fungicida dañando las membranas celulares junto con mejorar la oxigenación y vascularización en la periferia de la lesión<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup>Pak J, Tucci V T, Vincent A L, Sandin R L, Greene J N. "Mucormicosis en pacientes inmunocomprometidos". J Emerg Trauma Shock 2008; 1: 106-113.

<sup>24</sup>Greenberg R, Scott L, Vaughn H, Ribes J. "Cigomicosis (mucormicosis): emergente importancia clínica y nuevos tratamientos". Curr Opin InfectDis 2004; 17: 517-25.

## **VI. VALORACION GENERALIZADA**

### **HISTORIA CLÍNICA**

- **FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Se trata de Rosalía de 26 años de edad, con fecha de nacimiento del 6 de agosto de 1988, originaria de Acapulco Guerrero, reside en Escondido municipio de Arcelia Guerrero, casada, es ama de casa, religión católica, escolaridad primaria concluida.

- **CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA**

Familia nuclear conformada por su esposo de 32 años de edad, secundaria terminada, campesino, su ingreso mensual asciende a \$ 2,500, no trabaja actualmente, su hija mayor de 7 años y la menor de 4 años de edad, estudian actualmente en Acapulco, bajo la tutela de sus suegros, el que está llevando los gastos de ella y de toda su familia es su suegro de 57 años con el mismo ingreso mensual de \$2,500 y campesino de toda su vida.

- **ANTECEDENTES MÉDICOS**

Enfermedades de la infancia: presenta varicela a los 9 años de edad.

Vacunaciones: cuenta con esquema de vacunación completo.

Estado emocional: ha presentado actualmente depresión por estar fuera de su casa, alejada de sus hijas y de su entorno.

Gineco-obstétricos: menarca a los 11 años, IVSA a los 17 años una sola pareja sexual, dos gestas, gesta 1: parto el 17 de Septiembre de 2007, gesta 2: cesárea el 11 de Noviembre de 2010, se ha realizado 4 papanicolau, el último en Diciembre de 2013 sin alteraciones

- **ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES**

Niega enfermedades crónico degenerativas y congénitas de primera y segunda línea.

- **CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE**

Habita en casa propia, tipo rural, consta de 3 cuartos, 4 ventanas, techo de lámina, paredes de cemento, piso de tierra, zoonosis positiva (pollos, gallinas y perros), cocina con gas y leña, cuenta con luz natural y artificial, agua, baño tipo letrina, con áreas escolares de kínder, primaria y secundaria, el centro de salud más cercano se encuentra a 20 minutos.

- **PADECIMIENTO ACTUAL**

Inicio en Octubre del 2010 a causa de una caída de su propia altura provocándole herida cortante con piedra, en rodilla derecha de 3cm de largo por dos de profundidad aproximadamente. Realizando curación en casa con agua y jabón, 3 días después acude a medico particular quien realizo curación y afrontamiento, presentando dehiscencia a los 2 días y signos de infección caracterizada por cambio de coloración y necrosis rápida superficial, acompañada de ardor, se realiza lavado quirúrgico 10 días posteriores al accidente en hospital Regional de Guerrero, con debridamiento sin curaciones posteriores, persistiendo cambio de coloración, y necrosis, acompañada de dolor urente en sitio afectado.

En Noviembre de 2010 curso con internamiento por más de un mes, realizándose lavados quirúrgicos cada tercer día, se toma y coloca injerto en rodilla derecha el 13 de Diciembre de 2010. Con resolución aparente del cuadro y mejoría egresándose en Enero de 2011, cursando 2 años asintomática.

En Enero de 2013, inicia con edema local en zona injertada y coloración violácea, con tumefacción local, posteriormente presenta edema generalizado en miembro pélvico derecho, valorado por varios médicos, diagnosticándole insuficiencia venosa por lo que se da manejo con medias compresivas durante varios meses, con periodos de remisión parcial y exacerbación.

En Marzo de 2014 acude al servicio de angiología de esta institución continuándose manejo para insuficiencia venosa durante 4 meses sin mejoría. Posteriormente inicia presentando cambio de coloración, aparición de úlceras de rápida progresión y zonas necróticas en área injertada, acompañadas de dolor y limitación funcional del miembro pélvico derecho.

Siendo tratada por el servicio de Cirugía Plástica y reconstructiva quienes realizan nuevo injerto en Agosto de 2014 con rechazo del mismo por ulceración persistente. Se decide su ingreso al servicio de Dermatología para lavados quirúrgicos y colocación de nuevo injerto, el cual no se ha logrado realizar por crecimiento de la ulcera.

Se le han realizado 10 lavados quirúrgicos hasta el 30 de Octubre de 2014. Durante su estancia se han realizado varias biopsias de la lesión:

- **La 1era el 12/09/14**, con resultado de tejido conectivo con inflamación aguda y crónica, así como fibrosis, musculo y tejido adiposo con inflamación aguda y crónica.

- **La 2da el 19/09/14**, y no se encuentran bacilos acido-alcohol resistentes, ni vasculitis o datos de pioderma gangrenoso, hasta el momento el diagnóstico

continúa siendo Mucormicosis y tejido con gran reacción granulomatosa de tipo supurativo.

- La **3era 25/09/14** reportando inflamación crónica xantogranulomatosa, tipo cuerpo extraño y vasculitis.

- La **4ta 3/10/14** encontrándose proceso granulomatoso compatible con paniculitis por modelantes y cicatrizal. Descartándose la paniculitis por no contar con antecedentes de la misma. Cultivos positivo y único con *Klebsiella oxitoca* sin relevancia según valoración por el servicio de infectología. Ante persistencia de lesión y por antecedentes se realiza cultivo micológico y examen directo que evidencia **hifas hialinas victimizadas con escasos tabiques compatibles con Mucormicosis.**

## **VALORACION GENERALIZADA**

**10/12/2014**

Rosalía se observa orientada en espacio, tiempo y persona, cooperadora, con peso de 65 kg, talla de 1.51mts, IMC de 28.50 kg/ m<sup>2</sup> presentando sobre peso.

Sin alteraciones auditivas y de oídos, niega acufenos, sin alteraciones visuales, ni fosfenos, pupilas isocóricas normoreflexicas, palidez conjuntival, no utiliza lentes, mucosas nasales y orales hidratadas, tiene prótesis dental fija del incisivo lateral izquierdo, cuello cilíndrico, sin alteraciones aparentes, Catéter central de 3 lúmenes en vena yugular izquierda, instalado el 29 de Octubre de 2014 permeable a soluciones indicadas, campos pulmonares ventilados F.R. 20x, sin presencia de estertores ni sibilancias, no presenta soplos cardiacos, ruidos cardiacos rítmicos y regulares, tórax simétrico a la inspiración y expiración, a la palpación pulsos fuertes y rítmicos, llenado capilar de 2" en extremidades superiores con ligera palidez de tegumentos, sensibilidad presente, y eutermica, sin presencia de edema, ruidos peristálticos disminuidos, abdomen distendido, sin dolor a la palpación, sin presencia de masas palpables, genitales íntegros de acuerdo a edad y género. Miembro pélvico izquierdo sin alteración neurovascular aparentemente integro.

Dermatosis localizada en miembro inferior derecho, a nivel de rodilla con extensión medial, y a hueso poplíteo, constituida por lesión ulcero necrótica de bordes definidos, violáceos de aproximadamente 5 x 10 cm, sin secreción, con cambio de color perilesional, en borde superior de ulcera y en hueso poplíteo, miembro pélvico derecho con edema blando en región poplíteo hipotérmico que no deja fóvea, sin compromiso neurovascular distal, con limitación funcional por debilidad y dolor parcial.

- **Laboratorios 17/12/14**

- Biometría hemática

LEUCOCITOS	<b>3.30 X 10e3/uL</b>	6 - 10 e3/uL
NEUTOFILOS	<b>36.30 %</b>	60 – 70 %
LINFOCITOS	<b>45.40 %</b>	20 – 30 %
MONOCITOS	<b>4.70 %</b>	6 – 8 %
EOSINOFILOS	<b>12.40 %</b>	1 – 3 %
BASOFILOS	<b>1.30 %</b>	0 – 1 %
NEUTROFILOS	<b>1.20 X 10e3/uL</b>	3 – 7 e3/UI
MONOCITOS	<b>0.200 X 10e3/UI</b>	0.3 – 0.8 e3/uL
EOSINOFILOS	<b>0.40 X 10e3/uL</b>	0.1 – 0.3 e3/uL
ERITROCITOS	<b>3.53 X 10e6/uL</b>	4.2 – 5.4 e6/uL
HEMOGLOBINA	<b>10.10 g/dL</b>	12 – 16
HEMATOCRITO	<b>31.50 %</b>	37 – 47
CONCENTRACION MEDIA DE Hb CORPUSCULAR	<b>32.10 g/DI</b>	33 – 37

PROTEINAS TOTALES	<b>5.8 g/DI</b>	6.1 – 7.9
ALBUMINA	<b>2.70 g/dL</b>	3.5 – 4.8
AMINO TRANSFERASA DE ASPARTATO (TGO)	<b>42 U/L</b>	15 – 41
FOSFATASA ALCALINA	<b>104 U/L</b>	32 – 91
GLUCOSA	<b>102 mg/dL</b>	74 – 99
TRIGLICERIDOS	<b>226 mg/dL</b>	50 – 150
BILIRRUBINA TOTAL	<b>0.15 mg/dL</b>	0.3 – 1.2

En el análisis de los laboratorios, Rosalía presenta leucopenia con neutropenia además de monocitopenia con la presencia de síndrome metabólico estas dos alteraciones se presentaron como factores predisponentes agravando su proceso infeccioso.

## **VALORACIÓN POR REQUISITOS DE AUTOCUIDADO**

El autocuidado se ha visto modificado ya que en la asistencia hospitalaria que tuvo Rosalía no se le dio un manejo adecuado y holístico, llegando de esta manera a que su padecimiento inicial empeora e ingresara ya al hospital general con un padecimiento crónico y degenerativo.

### **1-. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire**

- Hábitos de salud

La higiene de las fosas nasales es adecuada, niega tabaquismo y convivencia con fumadores, no requiere de ningún tipo de ayuda para la ventilación.

- Revisión por sistemas

F.C de 101x`, F.R. de 18x`, T/A de 130/84, T° de 36°.

Mucosas nasales y orales hidratadas, sin deformidades, cuenta con Catéter central de 3 lúmenes en vena yugular izquierda, instalado el 29 de Octubre de 2014, a la auscultación campos pulmonares ventilados, sin presencia de estertores ni sibilancias, no presenta soplos cardiacos, ruidos cardiacos rítmicos y regulares, tórax simétrico a la inspiración y expiración, a la palpación pulsos fuertes y rítmicos (yugular, braquial y radial) miembros torácicos sin alteraciones aparentes, llenado capilar de 2" pálidas, sensibilidad presente, y eutermica, sin presencia de edema, miembro pélvico izquierdo sin alteración neurovascular aparentemente integro, miembro pélvico derecho a la observación se observa con vendaje de sostén en región media del muslo a media de la pierna, por ulcera necrótica desarrollada por la Mucormicosis, piel fría, pálida, llenado capilar de 3", pulsos débiles y rítmicos.

### **2-. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua**

- Hábitos de salud

Acostumbra tomar 2L aproximadamente de agua natural de garrafón, al día.

- Revisión por sistemas

Se observan piel y mucosas hidratadas, a través del acceso vascular periférico se administran 2,400 ml de líquidos parenterales en 24 horas.

Se le administran las siguientes soluciones durante el día:

- Sol. Salina 0.9% de 1000ml + 80mg KCL + 1Gr. MgSO4 p/24 hrs.

- Sol. Hartman 500cc en carga previa administración de anfotericina B.

### **3-. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos**

- Hábitos de salud

El sentido que ella le daba a la comida era de recompensa para toda su familia, le agradaba comer con su esposo porque le lleva la comida a su trabajo y disfrutaba de la naturaleza.

La dieta que Rosalía tiene en el hospital es normal de 2,500 kcal.

No hay ningún alimento que le desagrada, sin embargo, la comida del hospital ya no le gusta, porque refiere que desde que comenzó su internamiento en el Hospital General de México, en los diversos servicios de esta institución, se le ha dado el mismo tipo de comida y ya está fastidiado de esta situación, algunas veces le provoca náusea y vómitos, presenta problemas con la digestión ya que tiene un día de estreñimiento, en el hospital ya no quiere comer y cuando es hora de la comida ella se siente molesta porque “siempre le dan lo mismo” y sin sabor, solamente consume la comida que el familiar le trae de fuera.

Se le administra Ondasetrón 80mg iv c/8hrs

- Revisión por sistemas

No presenta gingivitis, sin presencia de halitosis, ni dificultad para masticar, tiene prótesis fija dental del incisivo lateral izquierdo debido a que en su niñez se resbaló y se le callo, no tiene caries ni dientes flojos, sin alteraciones aparentes en la garganta, presenta anorexia debido a que le desagrada la comida que le dan en el hospital.

Sus niveles de glucosa en sangre son de:

- 67mg/dl preprandial a las 8 de la mañana
- 80mg/dl a las 2 de la tarde
- 150 mg/dl a las 7 de la noche

Presenta Hipertrigliceridemia de 226 mg/dl. Y niveles de hemoglobina bajos de 10.10g/dL, proteínas bajas de 5.8 g/dL.

### **4-. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos**

- Hábitos de salud

Presenta problemas con la eliminación intestinal ya que es cada tercer día y se presenta una sola vez, es de aspecto formado y de color café oscuro, no ingiere nada para mejorar la eliminación ya que se reusa a tomar Lactulax, solo lo asocia al reposo prolongado.

No presenta problemas en la eliminación vesical ya que refiere ir al baño 8 veces al día, la orina es color amarillo claro, tiene balances positivos de 200 ml a 350ml por turno.

- Revisión por sistemas

Hiperperistaltismo, abdomen distendido, sin dolor a la palpación, sin presencia de masas palpables, genitales íntegros de acuerdo a edad y género.

### **5-. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo**

- Hábitos de salud

En casa realiza quehaceres domésticos, no trabaja, realiza caminata aproximadamente 1 hora al día debido a la distancia entre la escuela de sus hijas, el trabajo de su esposo y su casa, en su tiempo libre va a visitar a su esposo al campo, duerme 8 horas al día, se siente descansada al despertar, no tiene dificultad para conciliar el sueño, no duerme durante el día.

De igual manera este requisito esta alterado en el desarrollo de Rosalía, debido a la larga estancia hospitalaria que ha estado cursando desde hace meses duerme aproximadamente 6 horas al día, ya que ha presentado insomnio por su estrés de no tener con que pagar el hospital y por extrañar a sus hijas, únicamente piensa en eso y en las noches lo hace más frecuente, de igual manera por sentir que no ve mejoría en el tratamiento con su enfermedad.

- Revisión por sistemas

Su sistema musculo esquelético se ha ido deteriorando desde hace dos años debido a su padecimiento, tono muscular +++, presenta dolor en una escala de EVA de 4/10, las características del dolor es somático e intermitente, presenta dermatosis localizada en extremidad inferior derecha, no presenta entumecimiento, ni hormigueo, presenta sensibilidad al calor, frio, tacto, reflejos osteo tendinosos presentes, su actividad se ha visto modificada debido a que por la debilidad no se puede levantar como ella quisiera, depende del familiar para realizar sus autocuidados.

## **6-. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social**

- Hábitos de salud

Comunicación verbal directa, clara y contacto visual; lenguaje corporal caracterizado por gestos de angustia.

- Revisión por sistemas

No presenta alteraciones en los oídos, ni fosfenos, sin alteraciones visuales, pupilas isocóricas normoreflexivas, palidez conjuntival, no utiliza lentes, ni refiere acufenos.

Es uno de los requisitos con mayor alteración ya que se siente deprimida, sola y aislada por la larga estancia hospitalaria, refiere a cada momento extrañar a sus hijas, sin embargo sabe que están bien y que si ella está en el hospital es por su bien para que regrese sana a su casa y pueda brindarle lo mejor a sus hijas.

## **7-. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano**

Solo conoce la prevención de accidentes cotidianos en su casa, realiza revisiones de salud periódicas, papanicolau 3 veces al año, ninguno ha salido con alteraciones, acude al dentista cotidianamente.

En esta la alteración se debe a la larga estancia intrahospitalaria, debido a que se encuentra bajo estrés emocional ya que extraña a sus hijas, aunque sabe que están bien pero ya es demasiado tiempo que no las ve, con su esposo no quiere hablar sobre este sentimiento para que él no se siente mal, y no aumente también su estrés de él, prefiere llorar sola, aunque ya se quiere ir a su casa sabe que no podrán pagar los gastos del hospital, y no sabe cómo lo harán, presenta una depresión marcada y se ha evaluado con la escala de Hamilton (ANEXOS).

Se le administran las siguientes soluciones y medicamentos i.v. durante el día:

- Anfotericina B 250mg aforados en 250cc de sol. Glucosada al 5% para 2 horas iv c/ 24 hrs.
- Tramadol 300 mg más 250cc de sol. Salina.
- Clindamicina 300 mg iv c/6 horas.

**8-. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.**

- Hábitos de salud

Este requisito se encuentra alterado debido al padecimiento tan pesado que se ha desarrollado por estar ausente la enfermedad varios años y no explicarse porque de la nada volvió a resurgir.

Se baña cada dos días, se cambia de ropa diariamente, el aseo bucal es diario, se lava las manos antes y después de ir al baño, antes de comer, la limpieza refleja buena imagen corporal, utiliza shampoo, jabón, y estropajo para su aseo personal.

- Revisión por aparatos y sistemas

Presenta herida en la pierna derecha aunque no son valorables por el vendaje de sostén que tienen, no tiene cambio de color, no presenta olor característico, extraña a sus hijas, no quiere comentar esta situación con su esposo para evitar que él se deprima aún más, sin embargo sabe que ella está en el hospital por su bien, para que regrese sana a su casa y pueda brindarle lo mejor a sus hijas.

## VII. HOJA DE DIAGNOSTICOS GENERALIZADOS

PRIORIDAD	REQUISITO ALTERADO	DIAGNOSTICOS	FECHA DE INICIO Y TERMINO
1	Alimentación	Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c ingesta inadecuada de alimentos durante el día	10 de Diciembre de 2014
2	Eliminación	Alteración de la eliminación intestinal r/c poca ingesta de fibra m/p disminución de la frecuencia de la evacuación, eliminación de heces duras, secas y formadas, esfuerzo en la defecación.	10 de Diciembre de 2014
3	Prevención de peligros para la vida	Proceso infección r/c defensas primarias inadecuadas por ruptura de piel m/p leucocitosis, neutropenia.	10 de Diciembre de 2014
4	Prevención de peligros para la vida	Deterioro de la integridad cutánea r/c ruptura de piel m/p vendaje de sostén pos lavados quirúrgicos, zonas necróticas en herida.	10 de Diciembre de 2014
5	Prevención de peligros para la vida	Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza en las extremidades inferiores y deterioro de la movilidad física.	10 de Diciembre de 2014
6	Peligros para la vida	Dolor agudo r/c procedimiento quirúrgico m/p verbalización, facies de dolor y EVA de 4/10	10 de Diciembre de 2014
7	Actividad	Retraso en la recuperación quirúrgica r/c procedimiento quirúrgico extenso m/p evidencia de interrupción de la cicatrización de la herida quirúrgica	10 de Diciembre de 2014
8	Soledad e interacción social	Disposición para mejorar la esperanza m/p deseos de mejorar la confianza en las posibilidades de una pronta recuperación.	10 de Diciembre de

			2014
9	Soledad e interacción social	Disconfort r/c estancia hospitalaria prolongada m/p ansiedad, llanto, deterioro del patrón de sueño, incapacidad para relajarse, irritabilidad, inquietud.	10 de Diciembre de 2014
10	Promoción del funcionamiento y desarrollo humano	Riesgo de baja autoestima situacional r/c motricidad disminuida, larga estancia hospitalaria	10 de diciembre de 2014
11	Soledad e interacción social	Aflicción crónica r/c crisis en el manejo de la enfermedad m/p expresa sentimientos negativos de depresión, tristeza recurrente	10 de diciembre de 2014
12	Funcionamiento y desarrollo humano	Temor r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante de hospitalización m/p verbalización de que se siente asustado, inquietud.	10 de diciembre de 2014
13	Desarrollo humano	Conocimientos deficientes r/c la evolución de la enfermedad m/p verbalización.	10 de diciembre de 2014
14	Alimentación	Disposición para mejorar la nutrición r/c búsqueda de una dieta balanceada por fuera del hospital m/p apoyo de familiar para modificar la dieta a su agrado.	10 de diciembre de 2014

Diagnostico	Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c ingesta inadecuada de alimentos durante el día		
Definición del diagnostico	Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa en sangre		
Objetivo	Mantener los niveles de glucemia estables y dentro de parámetros normales.		
<b>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Toma y registro de glicemia capilar.	TOTALMENTE COMPENSATORIO	La concentración de glucosa en la sangre es regulada automáticamente por una hormona llamada insulina. La cantidad de glucosa en sangre cambia en el transcurso del día: sube o baja según lo que uno coma y beba.	Presenta alteraciones en los niveles de glucosa durante el día presenta niveles muy bajos durante la mañana de 67mg/dl y alcanza un pico elevado durante la tarde de 150mg/dl. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60mg/dl preprandial a las 8:00</li> <li>• 75mg/dl a las 14:00</li> <li>• 150 mg/dl a las 19:00</li> </ul>
Balancear su dieta con los alimentos que le gusta, a los requerimientos de glucosa de acuerdo a necesidad.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	La alimentación es una de las actividades básicas de la vida diaria que contribuye al sustento básico y a la supervivencia de la persona. En un proceso de hospitalización, esta actividad puede verse	Comienza a consumir los alimentos ricos en fibra dentro de lo que está indicado en su dieta y lo que a ella le agrada.

<p>Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con la paciente (explicar el plato del buen comer)</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>alterada o modificada por distintos motivos<sup>25</sup>.</p> <p>La enfermera es responsable de la educación para la salud de los pacientes, y deberá transmitir tanto al paciente como al familiar los conocimientos pertinentes,</p>	<p>A la paciente le queda más claro porque su dieta no se puede basar solo en fruto o lo que el familiar trae de fuera, y acepta modificar e integrar un poco la dieta prescrita por el personal de nutrición.</p>
<p>Vigilar la ingesta diaria de alimento calórico.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>en relación con la patología actual, y las actitudes positivas para favorecer una alimentación saludable.</p>	<p>La paciente adquiere más confianza para decir la verdad sobre la ingesta de alimento que solo ella consume.</p>
<p>Animar a la paciente a manifestar preferencias alimentarias con el dietista para saber si puede llegar a modificar algo, para aumentar la ingesta alimentaria.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Los alimentos que son ricos en fibra fomentan la actividad peristáltica y evacuaciones regulares</p>	<p>Llega a hablar con la nutrióloga para comentarles que su comida no tiene sabor ni sal, y la nutrióloga verifica que se le esté dando la dieta adecuada.</p>

<sup>25</sup> Rifa Ros Rosa, Olive Adrados Rosa, Lamoglia Puig Montserrat, "Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería.", Barcelona España, 2012, ed. ELSEVIER. Pág.16-17.

Diagnostico	Alteración de la eliminación intestinal r/c poca ingesta de fibra m/p disminución de la frecuencia de la evacuación, eliminación de eses duras, secas y formadas, esfuerzo en la defecación.		
Definición del diagnostico	Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o completa de heces excesivamente duras y secas		
Objetivo	Disminuir el estreñimiento		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
<p>Identificar los factores que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo</p> <p>Se realiza un listado de los alimentos ricos en fibra</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salvado de trigo</li> <li>• Almendras</li> <li>• Coco</li> <li>• Pan integral</li> <li>• Rábanos</li> <li>• Habas</li> </ul>	APOYO EDUCATIVO	Aunque tradicionalmente se definía el estreñimiento como una disminución en la frecuencia de las deposiciones (< 3/semana), la evidencia muestra que el tipo o consistencia de las heces y/o la dificultad para su expulsión son las variables que mejor definen el hábito intestinal y que mejor orientan el abordaje terapéutico. <sup>26</sup>	La paciente pide apoyo sobre que puede hacer para disminuir esta situación dado que cree que su padecimiento puede empeorar debido a esto.

<sup>26</sup> <http://www.bupalud.com/salud-bienestar/vida-bupa/glucosa-alterada-en-ayunas>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espinacas</li> <li>• Lentejas</li> <li>• Pera</li> <li>• Plátano</li> <li>• Zanahoria</li> <li>• Manzana.</li> </ul>			
<p>Fomentar un aumento en la ingesta de alimentos ricos en fibra.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Fomentar la ingesta de fruta de temporada consumirla con la piel, salvado, frutos secos, semillas, pan y cereales integrales; ya que estos alimentos son ricos en fibra los cuales fomentan la actividad peristáltica y evacuaciones regulares<sup>27</sup>.</p>	<p>Modificar los alimentos que el familiar le trae de fuera, ya que no quiere dejar de hacerlo, para favorecer que tenga fibra.</p>
<p>Realizar ejercicios pasivos</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Realizar ejercicios pasivos en las extremidades afectadas deber realizarse lentamente para permitir que los músculos se relajen. Así mismo animar al paciente a dar paseos cortos y frecuentes<sup>28</sup>.</p>	<p>La paciente antes de empezar la deambulaci3n realizaba ejercicios pasivos y activos para que de esta forma se relajen los m3sculos</p>
<p>Deambulaci3n asistida por familiar.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>A partir de 2006, para brindar Orientaci3n Alimentaria, se utiliza en nuestro pa3s "el plato del bien comer",</p>	<p>Es complicada debido a su estado de salud.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al</li> </ul>			<p>Comprende el c3digo de</p>

<sup>27</sup> Carpenito L. Manual de diagnóstico enfermeros. 14ª edición,

<sup>28</sup> Tamayo C. Trastorno de la movilidad física: diagnóstico de enfermería e intervenciones. Universidad de Caldas. Colombia.

<p>paciente/ familiar que registre el color, volumen frecuencia y consistencia de las deposiciones.</p>		<p>en él se representan gráficamente los grupos de alimentos. Se propone el consumo de tres grupos de alimentos y de composición muy semejante: las frutas y verduras, los cereales y tubérculos, las leguminosas y alimentos de origen animal. Cada uno de estos grupos reúne alimentos que son equivalentes, lo que significa que pueden ser sustituibles entre sí, sin que se altere notablemente el aporte nutritivo<sup>29</sup>.</p>	<p>evacuaciones.</p>
<p>Administración de Lactulax 125ml v.o. cada 12 horas.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>Contienen iones o moléculas no absorbibles que crean un gradiente osmótico que favorecen la excreción luminal de fluido. Mejorarían la peristalsis al hidratar las heces y aumentar su volumen.</p>	<p>Continua presentando problemas de estreñimiento debido a que se reusa a beber en el horario, o a falta de este.</p>
<p>Asegurar la privacidad de la paciente, corriendo las cortinas</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>La privacidad del paciente ayudara a disminuir la vergüenza. También el encender el televisor o la radio para disimular los ruidos ayuda a que el</p>	<p>El familiar a cargo de la paciente comprendió la importancia de la privacidad, por lo que siguió las recomendaciones de encender la</p>

<sup>29</sup> Norma oficial mexicana NOM-043-SSA2-2005, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Publicación en el D.O.F. 23 de enero 2006.

<p>alrededor de la cama de la paciente, cuando ella no se logre levantar al baño.</p>		<p>paciente se relaje y facilite la evacuación<sup>30</sup>.</p>	<p>televisión y correr las cortinas. De esta manera se le facilito al paciente evacuar.</p>
---	--	--	---

---

<sup>30</sup> Carpenito Juall Lynda, "Manual de diagnosticos enfermeros", Ed. Lippincott, 14ta ed., 2013.

Diagnostico	Proceso infección r/c defensas primarias inadecuadas por ruptura de piel m/p leucocitosis, neutropenia		
Definición del diagnostico	Aumento del proceso infeccioso de ser invadido por organismos patógenos		
Objetivo	Disminuirá proceso infeccioso.		
<b>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
<p>Verificar que no haya signos de infección en la zona de injerto.</p> <p>Explicar signos de infección en zona de injerto a la paciente y familiar: observar color, temperatura, edema, ulceraciones, erupciones, integridad de la piel.</p>	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Las infecciones nosocomiales agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente y, en algunos casos, pueden ocasionar trastornos discapacitantes que reducen la calidad de la vida. Son una de las principales causas de defunción <sup>31</sup> .	No tiene presencia de signos de infección en la zona de la Mucormicosis, ni en zona de injerto donante.
<p>Aplicación de antibiótico tópico en la zona de injerto</p>	TOTALMENTE COMPENSATORIO	La producción de una herida desencadena un síndrome inflamatorio, pérdida de sustancia, hemorragia, dolor,	Con la aplicación del antibiótico local se observa disminución de los signos de infección alrededor

<sup>31</sup> R. Girard, M. Perraud, et.al. "Prevención de las infecciones nosocomiales", GUÍA PRÁCTICA 2a edición, EE.UU., 2003.

<p>donante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplica rifampicina spray en zona donadora de injerto cada 8 horas.</li> </ul> <p>Baño e higiene personal</p> <p>Enseñanza de lavado de manos a la paciente como al familiar.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p> <p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>separación de bordes y una serie de síntomas que dependen de la localización de la herida, del tipo de lesión y de la profundidad de la misma<sup>32</sup>.</p> <p>Las infecciones nosocomiales representan un problema de gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, con un incremento consecuente en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico<sup>33</sup>. A pesar de que se reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y que es</p>	<p>de la zona de injerto.</p> <p>Se le autorizo a la paciente el baño en una silla de ruedas, acercándole lo necesario para que realice su baño.</p> <p>La paciente pone en práctica el lavado de manos clínico.</p>
--	--	---	--

<sup>32</sup> Batamero Gómez B, Bravo Malo A, et.al, "oposiciones de enfermería", ed. CTO, España, 2011, pp 888.

<sup>33</sup> NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicación en el D.O.F .el 21/11/2009.

		susceptible, en la mayoría de los casos de prevenirse, se debe señalar que existen casos en los que se presenta debido a condiciones inherentes al huésped.	
--	--	---	--

Diagnostico	Deterioro de la integridad cutánea r/c ruptura de piel m/p vendaje de sostén pos lavados quirúrgicos, zonas necróticas en herida.		
Definición del diagnostico	Alteraciones de la epidermis y/o dermis		
Objetivo	Curación de la herida por segunda intención.		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Cuidado de las heridas y zona donante de injerto. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplica rifampicina spray en zona donadora de injerto cada 8 horas.</li> </ul>	TOTALMENTE COMPENSATORIO	La herida es la respuesta a una agresión mecánica, provocada por un acto quirúrgico o un traumatismo, entendiendo como tal toda acción violenta ejercida sobre el organismo que de cómo resultado una solución de continuidad de los tejidos. La producción de una herida desencadena un síndrome inflamatorio, pérdida de sustancia, hemorragia, dolor, separación de bordes y una serie de síntomas que dependen de la localización de la herida, del tipo de lesión y de la profundidad de la misma <sup>34</sup> .	Con la aplicación del antibiótico local se observa disminución de los signos de infección alrededor de la zona de injerto.
Tendido de cama diariamente y cambio de ropa. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza el cambio de ropa de cama por la mañana</li> </ul>	TOTALMENTE COMPENSATORIO		Se encuentra sin alteración en la integridad cutánea, no presenta úlceras por presión.

<sup>34</sup> Batamero Gómez B, Bravo Malo A, et.al, "oposiciones de enfermería", ed. CTO, España, 2011, pp 888.

<p>asegurando que esté limpia, seca y sin arrugas.</p> <p>Cuidados de la piel, lubricarla después del baño.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplica crema hidratante en toda la piel después del baño.</li> </ul>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>EL riesgo de desarrollar una ulcera por presión puede atenuarse reduciendo la carga mecánica sobre el tejido. Esto puede conseguirse utilizando sistemas de reducción de la presión.</p>	<p>Piel integra, sin descamación y sin alteraciones aparentes.</p>
<p>Manejo de la nutrición</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>La alimentación es una de las actividades básicas de la vida diaria que contribuye al sustento básico y a la supervivencia de la persona.</p>	<p>Se encuentra con baja ingesta de alimentos y resultados de laboratorio con: Hipertrigliceridemia de 226 mg/dl., niveles de hemoglobina bajos de 10.10g/dL, y proteínas bajas de 5.8 g/dL.</p>

Diagnostico	Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad física.		
Definición del diagnostico	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico		
Objetivo	Disminuirá riesgo de caídas		
<b>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>SISTEMA DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>EVALUACION</b>
Evaluación del riesgo de caídas	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Se evaluó el riesgo de caída de acuerdo con la escala de riesgo de caída de J. H. Downton (ANEXOS). La cual evalúa caídas previas, medicamentos, déficit sensorial, estado mental y la deambulacion. <sup>35</sup>	Presenta 3 pts. En la escala que equivale a “alto riesgo de caídas”.
Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas.	APOYO EDUCATIVO		La paciente se siente mareada en ocasiones, y evita levantarse.
Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.	APOYO EDUCATIVO	El profesional de enfermería es quien, directamente, se ocupa de la seguridad de los pacientes en todos sus aspectos, lo que incluye la información a los pacientes y familiares sobre los riesgos detectados y la manera de contribuir al cuidado del paciente, además de desarrollar competencias específicas que garanticen un ejercicio basado en	Siempre se levanta con cuidado con apoyo del personal o del familiar para evitar resbalar.
Colocar los objetos al alcance de la	PARCIALMENTE COMPENSATORIO		La paciente ha aprendido a esperar a que se le acerquen las

<sup>35</sup> Barrientos J. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. Enfermería universitaria. México 2013.

<p>paciente para evitar que haga esfuerzos, y ayudar con los autocuidados.</p> <p>Mantener los barandales de la cama en alto y mantener la cama en posición baja.</p> <p>Vigilancia estrecha de familiar las 24 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se orientó al paciente sobre lo importante que es estar pendiente de las necesidades del paciente para de esta forma minimizar los esfuerzos.</li> </ul>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p> <p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>los más altos estándares de calidad con enfoque en la seguridad del paciente y su familia, ya que su práctica requiere demostrar evidencia de su compromiso con la garantía de la calidad en la atención del paciente.</p> <p>Los barandales en alto previenen que el paciente caiga de la cama, además si el paciente sufre una caída, la probabilidad de sufrir un traumatismo fuerte en cabeza se reduce si la cama se encuentra en una posición baja<sup>36</sup>.</p>	<p>cosas, procura no levantarse sola.</p> <p>Se mantienen los barandales en alto siempre que la paciente este sobre la cama, y se le enseña esto al familiar.</p> <p>El familiar se encuentra dispuesto a la vigilancia de Rosalía ya que solo lo tiene a él.</p>
--	--	---	---

<sup>36</sup> Ackley B, Ladwey G. Manual de diagnosticos de enfermería, Guia para la planificación de los cuidados. 7ª edición. Madrid: Elsevier; 2007.

Diagnostico	Dolor agudo r/c procedimiento quirúrgico m/p verbalización, facies de dolor y EVA de 4/10		
Definición del diagnostico	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.		
Objetivo	Disminuirá el dolor		
<b>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Generalmente se suelen utilizar métodos de autoevaluación – escalas, cuestionarios- que valoran parámetros clínicos. De entre ellas, la escala más conocida y aceptada es la escala visual analógica ( EVA) , que intenta convertir variables cualitativas , como la percepción del dolor por el propio paciente, en variables cuantitativas que puedan , según su gradación , darnos idea de la intensidad del dolor y , por tanto de la analgesia necesaria. <sup>37</sup>	Presenta dolor en una escala de EVA de 4/10.
Monitorización de signos vitales.	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Los signos vitales se encuentran alterados debido a la escala el dolor que tiene.	En cuanto a la T/A se encuentra eleva 130/84 mm/Hg, FC de 101x` y una FR de 22x`.

<sup>37</sup> [http://www.dolopedia.com/index.php/Valoraci%C3%B3n\\_del\\_dolor\\_agudo](http://www.dolopedia.com/index.php/Valoraci%C3%B3n_del_dolor_agudo)

<p>Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</p>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>La Sociedad Española del Dolor lo considera una enfermedad, recalcando la importancia del dolor para aquel que lo padece, y considerado por gran parte de la comunidad médica más que como un síntoma como una patología. La analgesia es el alivio de la sensación de dolor sin intención de producir sedación<sup>38</sup>.</p>	<p>Tiene infusión de Tramadol 300mg i.v. + 250ml de sol. Salina p/24 hrs, a pesar de eso se le ministra Lorazepam 1mg. v.o. D.U., P.V.M</p>
<p>Enseñanza de medicamentos prescritos</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>		<p>Comprende en que momento será utilizado el Lorazepam con un EVA de 10/10</p>
<p>Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>		<p>Se apaga la luz y se realiza escucha activa de la paciente, para que logre disminuir el dolor, con técnicas de relajación.</p>

<sup>38</sup> Claret Martin, "ESCALAS DE EVALUACIÓN DE DOLOR Y PROTOCOLO DE ANALGESIA EN TERAPIA INTENSIVA", Clínica y Maternidad Suizo Argentina Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, 2012. <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>

Diagnostico	Retraso en la recuperación quirúrgica r/c procedimiento quirúrgico extenso m/p evidencia de interrupción de la cicatrización de la herida quirúrgica		
Definición del diagnostico	Aumento del número de días del postoperatorio requeridos por una persona para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.		
Objetivo	Mejorará la recuperación quirúrgica de la paciente acelerando su recuperación y alta hospitalaria.		
<b>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Monitorización de signos vitales.	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Vigilar la frecuencia cardiaca ya que si existe pérdida de sangre mayor de 500ml el pulso aumenta <sup>39</sup> .	Presento signos vitales dentro de los parámetros normales.
Antes de realizar alguna actividad, evaluar la presencia de dolor y tratar el dolor.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	El dolor limita la movilidad y frecuentemente es exacerbado por el movimiento. <sup>40</sup> Tramadol: Dolor de moderado a severo <sup>41</sup>	La paciente contaba con una infusión de analgésico ya que presentaba dolor continuamente, además de tener prescritos más analgésicos en caso de seguir presentando dolor.
Terapia de ejercicios pasivos	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Realizar ejercicios pasivos en las extremidades afectadas deber realizarse lentamente para permitir que los músculos se relajen. Así mismo	Realiza ejercicios antes de levantarse.

<sup>39</sup> Penagos S, Salazar L, Vera F. "Control de Signos vitales. Guías para manejos de urgencias", Bogota: 1465-1473.

<sup>40</sup> Carpenito Juall Lynda, "Manual de diagnosticos enfermeros", Ed. Lippincott, 14ta ed., 2013.

<sup>41</sup> vademécum <http://www.vademecum.es/principios-activos-tramadol-n02ax02>

<p>Ayuda con los autocuidados</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>animar al paciente a dar paseos cortos y frecuentes<sup>42</sup>.</p>	<p>El familiar ayuda con todos los autocuidados a Rosalía.</p>
<p>Aplicación de antibiótico tópico en la zona de injerto donante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplica rifampicina spray en zona donadora de injerto cada 8 horas.</li> </ul>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIA</p>	<p>La producción de una herida desencadena un síndrome inflamatorio, pérdida de sustancia, hemorragia, dolor, separación de bordes y una serie de síntomas que dependen de la localización de la herida, del tipo de lesión y de la profundidad de la misma<sup>43</sup></p>	<p>Con la aplicación del antibiótico local se observa disminución de los signos de infección alrededor de la zona de injerto.</p>
<p>Control y prevención de infecciones nosocomiales.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>A pesar de que se reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y que es susceptible, en la mayoría de los casos de prevenirse, se debe señalar que existen casos en los que se presenta debido a condiciones inherentes al huésped<sup>44</sup>.</p>	<p>A pesar de que ha tenido una larga estancia hospitalaria, no ha presentado infecciones nosocomiales.</p>
<p>Manejo de la nutrición</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>A pesar de que se reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y que es susceptible, en la mayoría de los casos de prevenirse, se debe señalar que existen casos en los que se presenta debido a condiciones inherentes al huésped<sup>44</sup>.</p>	<p>Acepta de una mejor manera los alimentos y los líquidos.</p>

<sup>42</sup> Tamayo C. Trastorno de la movilidad física: diagnóstico de enfermería e intervenciones. Universidad de Caldas. Colombia.

<sup>43</sup> Batamero Gómez B, Bravo Malo A, et.al, "oposiciones de enfermería", ed. CTO, España, 2011, pp 888.

<sup>44</sup> NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicación en el D.O.F .el 21/11/2009.

Diagnostico	Disposición para mejorar la esperanza m/p deseos de mejorar la confianza en las posibilidades de una pronta recuperación.		
Definición del diagnostico	Patrón de expectativas y deseos que es suficiente para movilizar energía en beneficio propio y que puede ser reforzado		
Objetivo	Mejorar la esperanza de la paciente en cuanto a su padecimiento y pronta recuperación.		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Realizar escucha activa de la paciente sobre lo que piensa de su enfermedad.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	La comunicación es una necesidad primaria en cualquier ámbito y ante cualquier comunidad dada nuestra necesidad de compartir nuestros pensamientos, sentimientos y nuestra sabiduría. Cuando se dan situaciones en las que la comunicación es deficiente o inadecuada, en muchos casos se genera un conflicto interpersonal. En el ámbito de la salud desde sus orígenes la práctica sanitaria está totalmente vinculada a la comunicación interpersonal y a las habilidades de comunicación. En la base de la atención sanitaria donde se sitúa el proceso salud-enfermedad se	Rosalía esperaba a que yo llegara y la escuchara, sobre todo lo que había pasado en el día.
Hacer preguntas o utilizar frases que animen a la paciente a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO		A ella le gusta hablar sobre sus hijas, y la apoyaba en explicarle como va avanzando su proceso de recuperación, y que pronto estará con ellas.
Identificar los temas predominantes del problema.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO		Se siente sola, aislada del mundo, y ella no está acostumbrada a no hacer nada, pero ya está muy

<p>Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>encuentran la interacción entre un paciente, su familia y el médico y el enfermero como representantes del equipo de salud<sup>45</sup>.</p>	<p>cansada de estar tantos días en el hospital.</p> <p>Sabe que se está recuperando muy rápido, pero también se le hace muy largo porque es un padecimiento de años, y le preocupa que vuelva a aparecer después de que se vaya del hospital.</p>
---	-----------------------------------	---	---

<sup>45</sup> Subiela García, José Antonio; Abellón Ruiz, Juan; Celdrán Baños, Ana Isabel; Manzanares Lázaro, José Ángel; Satorres Ramis, Bárbara, "la importancia de la escucha activa en la intervención de enfermería", *Enferm. glob.* vol.13 no.34 Murcia abr. 2014

Diagnostico	Disconfort r/c estancia hospitalaria prolongada m/p ansiedad, llanto, deterioro del patrón de sueño, incapacidad para relajarse, irritabilidad, inquietud.		
Definición del diagnostico	Percepción de falta de tranquilidad, alivio trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental y social.		
Objetivo	Disminuir la ansiedad de la paciente debido a la estancia hospitalaria.		
<b>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Determinar los objetivos de la paciente y la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.	APOYO EDUCATIVO	La duración de la estancia hospitalaria del paciente es un asunto muy importante debido a su relación con hechos administrativos, así como con asuntos sociales y culturales y de diagnóstico clínico.	El familiar busca el bienestar de la paciente en todos los aspectos, pero ya no sabe que más hacer para que ella este bien, se sugiere que busquen alternativas de distracción, y que no solo hablen de los problemas que tienen.
Proporcionar un ambiente limpio y seguro.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Hay una relación directa entre la prolongación de la hospitalización, con el aumento de los costos, el alto riesgo de infecciones intrahospitalarias y el aumento en la mortalidad <sup>46</sup>	Asegurar la limpieza de su habitación con el personal afanador, y mantener desocupada su buro y mesa de la paciente.
Facilitar medidas de	PARCIALMENTE	La higiene personal se define como el	El familiar asiste el lavado de

<sup>46</sup> González Angulo Ignacio Javier, Rivas González Guadalupe del Carmen, Cedena Romero Aurora, Gómez Cortina Benjamín, "relación entre el prestador de servicios de salud y la estancia prolongada en el hospital", revista CONAMED, vol. 14 numero 4, octubre-diciembre 2009.

<p>higiene para mantener la comodidad de la persona.</p>	<p>COMPENSATORIO</p>	<p>conjunto de medidas y normas que deben cumplirse individualmente para lograr y mantener una presencia física aceptable, un óptimo desarrollo físico y un adecuado estado de salud y así poder evitar enfermedades.</p>	<p>manos de la paciente en la cama cuando no se pueda levantar, ya que a ella le gusta mucho el agua y lo encuentra relajante.</p>
<p>Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a la paciente y su familiar.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>Son un conjunto de elementos que facilitan la realización del proceso enseñanza-aprendizaje, estos contribuyen a que se logre el dominio de un contenido determinado, la adquisición de habilidades, destrezas y estrategias, como también a la formación de actitudes y valores.</p>	<p>Se le aclaran ciertas dudas sobre que etapa de su enfermedad es en la que esta, y que probabilidades hay de su recuperación.</p>
<p>Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>El humor puede ayudar a los pacientes a disminuir la ansiedad.</p>	<p>Hablar con la paciente de temas fuera de su padecimiento, necesidades, etc.</p>

Diagnostico	Riesgo de baja autoestima situacional r/c motricidad disminuida, larga estancia hospitalaria		
Definición del diagnostico	Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia vida en respuesta a una situación actual		
Objetivo	Resolución de la aflicción y aumento de la autoestima		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Apoyar a la paciente a realizar actividades de distracción	APOYO EDUCATIVO	Las actividades recreativas deben adaptarse a las capacidades del paciente.	El familiar realiza masajes en la espalda/ cuello, con esto ella se siente más relajada.
Manejo de recursos disponibles para favorecer a disminuir los malos pensamientos.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	La interacción social determina formas de comportamiento, de relaciones sociales entre los individuos, estos y los grupos, las instituciones y la propia comunidad donde interactúan. Las relaciones se presentan y desarrollan de acuerdo con las percepciones y experiencias comunitarias y grupales, las tendencias para asumir los entornos y escenarios en sus más diversas dimensiones e incluso su influencia en las transformaciones políticas, sociales y económicas.	Ha optado por escuchar un poco de música y pedir que se le consiga una televisión, para usarlo aunque sea un momento como distracción.
Ayudar a comunicarse con su entorno familiar.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Al comunicarse dos personas ocurren	Se hace participe al familiar sobre su apoyo a Rosalía, en las actividades que ella haya elegido.
Potencialización de la imagen corporal	PARCIALMENTE COMPENSATORIO		No presenta alteración en su imagen corporal.
Eliminar barreras de	PARCIALMENTE		Rosalía se desenvuelve

<p>comunicación con el personal de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar a Rosalía y darle seguridad para que interactúe con el personal que está a su alrededor, debido a que convivirá con ellos mucho tiempo.</li> </ul>	<p>COMPENSATORIO</p>	<p>muchas cosas, incluso en la comunicación simple y cotidiana, la comunicación mutua, se disgrega en preguntas, respuestas, explicaciones, y aclaraciones.</p>	<p>adecuadamente con el personal, debido a la larga estancia que ha estado en este servicio.</p>
<p>Dar esperanza sobre su padecimiento y apoyo emocional sobre su estancia hospitalaria.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>El análisis de la interacción social desde una perspectiva sociocultural, permite mayores niveles de flexibilidad hacia la comprensión de los procesos subjetivos y objetivos del contexto real en que se desarrollan<sup>47</sup>.</p>	<p>Comprende que todo va a mejorar, porque ya se tiene un diagnóstico acertado de lo que tiene, y que pronto estará bien.</p>

<sup>47</sup> Bermúdez Pino Dunia, Gallegos Alfonso Yanet, "[la teoría de la interacción social en los estudios sociológicos](#)", universidad de Cienfuegos, Cuba, octubre 2011.

Diagnostico	Aflicción crónica r/c crisis en el manejo de la enfermedad m/p expresa sentimientos negativos de depresión, tristeza recurrente		
Definición del diagnostico	Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente experimentado por un individuo con enfermedad crónica en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad.		
Objetivo	Disminuirá aflicción		
<b>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Realizar escucha activa, para identificar factores que favorezcan la aflicción.	APOYO EDUCATIVO	Frecuentemente la aflicción psicológica causa sufrimiento en el paciente y en sus familiares, resultando un reto para el diagnóstico y el tratamiento de ella.	La paciente continúa sintiéndose mal debido a su estancia hospitalaria.
Ayudar a la paciente a mantener un ciclo normal de sueño.	APOYO EDUCATIVO	Si se le prestara más atención al diagnóstico y tratamiento de esta depresión, podrían mejorarse los mecanismos de afrontamiento para los pacientes y sus familiares <sup>48</sup> .	Ella no acostumbra dormir siestas pero se siente muy aburrida y durante la noche ya no puede dormir.
Vigilar la función cognoscitiva.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Cuando se sufre una lesión importante, ocurre una rotura de la barrera de protección de la persona, el paciente presenta sensación (psicológica) de dolor el cual se siente como una señal	Tiene buena concentración, presta atención a lo que se le dice, también tiene buena memoria, sin embargo le cuesta trabajo procesar la información, y no toma

<sup>48</sup> Acevedo Peña Margarita, Bueno Garduño María Soledad, "proceso de enfermería a paciente con úlceras por presión", cuidarte, el arte del cuidado", vol.1 num.2 año 2012 agosto.

<p>Relacionarse con la paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y dar oportunidad a la paciente para hablar sobre sus sentimientos.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>de peligro compuesto de elementos fisiológicos y psicosociales<sup>49</sup>.</p> <p>Las relaciones se presentan y desarrollan de acuerdo con las percepciones y experiencias comunitarias y grupales, las tendencias para asumir los entornos y escenarios en sus más diversas dimensiones e incluso su influencia en las transformaciones políticas, sociales y económicas<sup>50</sup>.</p>	<p>decisiones sino esta su esposo presente.</p> <p>Cuando estoy con ella únicamente quiere que la escuche, platica todo lo que hizo en el día, pero no deja de recordar cuanto extraña a sus hijas.</p>
<p>Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del humor disfuncional.</p>	<p>PARCIALEMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Solo el paciente puede determinar si los hábitos de socialización son satisfactorios o no. A algunas personas les gusta pasar gran parte de su tiempo a solas, a otras, no.</p>	<p>Tiende a deprimirse constantemente, con el recuerdo de la vida que tenía antes de enfermarse.</p>
<p>Enseñar nuevas técnicas de resolución de problemas.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>Los problemas de movilidad entorpecen normalmente la socialización, pero muchas dificultades asociadas pueden superarse con la planificación</p>	<p>Darle opciones para comunicarse con sus familiares lejanos, como llamadas más continuamente, escribir cartas, etc.</p>

<sup>49</sup> ET.AL.

<sup>50</sup> Bermúdez Pino Dunia, Gallegos Alfonso Yanet, "la teoría de la interacción social en los estudios sociológicos", universidad de Cienfuegos, Cuba, octubre 2011.

<p>Animar a la paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Se ha demostrado que la música puede ayudar a disminuir la ansiedad en pacientes hospitalizados.</p>	<p>Aunque su habitación solo es para dos pacientes, tiene una pared que la separa de su compañero, apoyarla para que se comunique con los demás pacientes, y se habrá a escuchar sus cosas, y les platique las de ella.</p>
--	-----------------------------------	---	---

Diagnostico	Temor r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante de hospitalización m/p verbalización de que se siente asustado, inquietud.		
Definición del diagnostico	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro		
Objetivo	AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO Y POTENCICACION DE LA SEGURIDAD		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Identificar factores que incrementan el temor.	APOYO EDUCATIVO	El temor es el estado en el que una persona o grupo de personas experimenta una sensación de trastorno fisiológico o emocional en relación con una fuente identificable que se percibe como peligrosa. De ahí que, algunos aspectos de las unidades de cuidado intensivo puedan causar temor en el paciente crítico tales como: la cercanía de la muerte, las características del entorno, la falta de autonomía, entre otros. Además es frecuente observar que la principal prioridad es recuperar las variables fisiológicas para analizar posteriormente aspectos sicológicos y emocionales. En consecuencia, es fundamental que el personal de enfermería que labora en estas unidades esté en la capacidad de	Refiere que tiene temor a que su padecimiento se agrave cuando esté a punto de terminar.
Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.	APOYO EDUCATIVO		Ella comprende mejor porque se le hacen las intervenciones.
Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.	APOYO EDUCATIVO		Hablar con la paciente para que haga externas sus dudas y tratar en su mayoría de explicárselas.

<p>Permanecer con el paciente para promover la seguridad, reducir el miedo y la ansiedad.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>hacer una valoración integral del paciente y planear unas intervenciones basadas en una comunicación efectiva y encaminada a proporcionar apoyo emocional y lograr su recuperación temprana<sup>51</sup>.</p>	<p>Cuando no está su esposo, ella me pide que este con ella hasta que llegue por si necesita algo e incluso me marca por teléfono para que vaya si no hay nadie que la acompañe.</p>
<p>Apoyo emocional en la toma de decisiones.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>		<p>Rosalía se siente apoyada, en cuanto a lo que necesita expresar con el personal, pero si no está su esposo ella no toma decisiones.</p>

<sup>51</sup> Baena Zapata Victoria Adriana, León Sandra Milena, “el temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo”, ed. Facultad de enfermería, 16 de junio de 2009.

Diagnostico	Conocimientos deficientes r/c la evolución de la enfermedad m/p verbalización		
Definición del diagnostico	Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico		
Objetivo	Mejorará los conocimientos sobre su enfermedad, su tratamiento y recuperación		
<b>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Determinar el nivel de conocimientos sobre la patología, tanto del familiar como del paciente.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. El sexo, la edad y la etnia de los pacientes puede influir en la toma de decisiones de los profesionales. Asimismo, las expectativas de los pacientes acerca de las pruebas diagnósticas o tratamientos que deben recibir influyen en el personal de salud <sup>52</sup> .	La paciente desconoce completamente la patología con la que está cursando, debido al nivel educativo con la que ella cuenta, a la zona de rural donde se desenvuelve, todo esto es desconocido.
Enseñanza individual <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso de la enfermedad</li> <li>• Procedimiento y tratamiento</li> <li>• Manejo de la medicación</li> </ul>	APOYO EDUCATIVO		La paciente presta atención en lo que se le dice, los procedimientos que se le van a realizar e incluso tiene interés en saber porque se le va a realizar.
Identificar factores que logren facilitar el	APOYO EDUCATIVO		Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente

<sup>52</sup> <http://portal.guiasalud.es/emanuales/implementacion/apartado03/identificacion.html>

aprendizaje sobre la patología, la etapa de la enfermedad y el tratamiento que está llevando.			relacionado con el proceso de enfermedad específico.
---	--	--	--

Diagnostico	Disposición para mejorar la nutrición r/c búsqueda de una dieta balanceada por fuera del hospital m/p apoyo de familiar para modificar su dieta a su agrado.		
Definición del diagnostico	Patrón de aporte de nutrientes que resulta suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que puede ser reforzado.		
Objetivo	Mejorar la nutrición durante su estancia hospitalaria		
<b>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Somatometría 1 vez al día a la misma hora y en ayunas.	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Se entiende por apoyo nutricio, el conjunto de maniobras dirigidas a asegurar el ingreso adecuado de energía y nutrimentos al organismo del paciente durante procedimientos diagnósticos o terapéuticos médicos.	No presenta alteraciones significativas en cuanto a peso y talla; se encuentra con un peso de 65kg, talla de 1.51cm y un IMC de 28.50 se encuentra en niveles de sobrepeso.
Monitorización de signos vitales	TOTALMENTE COMPENSATORIO	El apoyo nutricio se puede brindar mediante menús completos (dieta terapia), suplementos especiales (formulas orales), alimentación forzada administrada por el tubo digestivo. <sup>53</sup>	En cuanto a la T/A se encuentra eleva 130/84 mmHg, FC de 101x` y una FR de 22x`
Toma de glucemia capilar	TOTALMENTE COMPENSATORIO	La concentración de glucosa en la sangre es regulada automáticamente por una hormona llamada insulina. La cantidad de glucosa en sangre cambia en el transcurso del día: sube o	Alteraciones en los niveles de glucosa durante el día presenta niveles muy bajos durante la mañana de 67mg/dl y alcanza un pico elevado durante la tarde de

<sup>53</sup> Casanueva Esther, Kaufer Horwitz Martha, Pérez Lizaur Ana Bertha, Arroyo Pedro, "nutriología medica", editorial panamericana, tercera edición, 2008, México.

<p>Realizar balance de ingresos y egresos durante el día.</p>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>baja según lo que uno coma y beba.</p> <p>Conocer y controlar la relación existente entre los aportes y pérdidas de líquidos en el paciente para contribuir al mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico</p>	<p>150mg/dl.</p> <p>Presenta balances positivos durante el turno matutino, que vanean de 200-300ml.</p>
<p>Determinar las preferencias de comidas de la paciente.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Fomentar la ingesta de fruta de temporada consumirla con la piel, salvado, frutos secos, semillas, pan y cereales integrales; ya que estos alimentos son ricos en fibra los cuales fomentan la actividad peristáltica y evacuaciones regulares.</p>	<p>Se realiza un análisis con la paciente sobre los alimentos que consume de fuera, por qué y que tanto está dispuesta a cambiarlos o a mezclarlos con los del hospital.</p>
<p>Orientar a la paciente para consumir alimentos ricos en fibra.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>Alimentos son ricos en fibra los cuales fomentan la actividad peristáltica y evacuaciones regulares.<sup>54</sup></p>	<p>La paciente y el familiar comprendieron lo importante que es la fibra, ya que de esta manera se prevendrá el estreñimiento, por lo que el familiar se comprometió a pedir o conseguir alimentos ricos en fibra.</p>

<sup>54</sup> Carpenito Juall Lynda, "Manual de diagnósticos enfermeros", Ed. Lippincott, 14ta ed., 2013.

## VIII. VALORACION FOCALIZADA No. 1

07 de Enero de 2014.

Rosalía se encuentra sentada, consciente, alerta, atenta, presenta cansancio, facies de angustia, con los siguientes signos vitales a las 12:00 pm:

F.C. de 110x', F.R. de 22x', T/A de 130/90, T° de 36.5°.

### ➤ (R.U.3.) Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Realiza 2 comidas al día, más 3 colaciones, que le proporciona el familiar fruta en la mañana, frituras durante la tarde, y algún jugo durante la noche.

Su ingesta de alimentos real es de 1500kcal., refiere que los alimentos que más le provocan hemesis son el pescado y la verdura hervida, le molesta que le den la comida sin sal y pescado casi toda la semana, por esta razón presenta anorexia.

Se le administra Ondasetrón 80mg IV cada 8 horas.

Sus niveles de glucosa en sangre son de:

- 60mg/dl preprandial a las 8:00.
- 75mg/dl a las 14:00.
- 150 mg/dl a las 19:00.

### ➤ (R.U.4.) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos

Continúa presentando la eliminación intestinal cada tercer día y se presenta una sola vez, es de aspecto formado y de color café oscuro, no ingiere nada para mejorar la eliminación, lo asocia al reposo prolongado, ruidos peristálticos disminuidos, abdomen distendido, sin dolor a la palpación, sin presencia de masas palpables.

No presenta problemas en la eliminación vesical ya que refiere ir al baño 8 veces al día, la orina es color amarillo claro. Se le coloca sonda vesical para obtener un continuo drenaje durante el pre, trans y post lavado quirúrgico, que se le realiza el mismo día.

Tiene balances positivos de 200 ml a 350ml por turno.

➤ **(R.U.5.) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo**

Esto se ha ido deteriorando y modificando durante su estancia hospitalaria ya que tiene reposo absoluto, por la debilidad generalizada que tiene algunos días, mareo otros días, y ella ya se encuentra muy cansada por esta situación, a pesar de la indicación ella se levanta con ayuda de familiar 2 o 3 veces al día porque ya no quiere estar en la cama.

Refiere no poder dormir durante la noche ya que presenta insomnio solo duerme de 4-5 horas al día, por las presiones económicas que tiene y la preocupación de sus hijas.

Tiene un tono muscular de +++, presenta dolor en una escala de EVA de 10/10, las características del dolor es somático e intermitente, presenta dermatosis localizada en extremidad inferior derecha con edema de +++, no presenta entumecimiento, ni hormigueo, presenta sensibilidad al calor, frío, tacto, vendaje permanente de sostén que únicamente se cambia el día que se le realiza lavado quirúrgico.

➤ **(R.U.6.) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social**

Comunicación verbal directa, clara y contacto visual; lenguaje corporal caracterizado por gestos de angustia.

La única compañía que tiene es su esposo y cuando él no esta se siente sola, aislada y deprimida, comienza a pensar en sus hijas que se encuentran lejos, las necesidades económicas la angustian durante la noche sin lograr dejarla dormir adecuadamente.

➤ **(R.U.7.) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano**

Se encuentra bajo mucho estrés emocional ya que extraña a sus hijas, sabe que están bien pero ya es demasiado tiempo que no las ve, con su esposo no quiere hablar sobre este sentimiento para que él no se siente mal, ya se quiere ir a su casa pero sabe que no podrán pagar los gastos del hospital, y no sabe cómo lo harán, presenta una depresión marcada y se ha evaluado con la escala de Hamilton (ANEXOS) con 20 puntos.

A aumentado el número de llamadas que realiza a sus hijas, con esto se siente más tranquila, sin embargo después de que termina de hablar con ellas, rompe en llanto, por su sentimiento de continuar extrañándolas.

Se le administran las siguientes soluciones y medicamentos i.v. durante el día:

- Anfotericina B 250mg aforados en 250cc de sol. Glucosada al 5% para 2 horas iv c/ 24 hrs.
- Tramadol 300 mg más 250cc de sol. Salina.
- Clindamicina 300 mg iv c/6 horas.

➤ **(R.U.8.) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.**

Cabello abundante sin embargo refiere que ha perdido bastante desde que comenzó con su tratamiento en el hospital y se aflige cuando recuerda como cuidaba de su cabello largo y sedoso.

Presenta herida en la pierna derecha aunque no son valorables por el vendaje de sostén que tienen, no tiene cambio de color, no presenta olor característico. Extraña a sus hijas, pero no quiere comentar esta situación con su esposo para evitar que él se deprima aún más, sin embargo sabe que ella está en el hospital por su bien, para que regrese sana a su casa y pueda brindarle lo mejor a sus hijas..

**IX. Hoja de diagnósticos de la valoración focalizada número “1”.**

PRIORIDAD	REQUISITO ALTERADO	DIAGNOSTICOS	FECHA DE INICIO Y TERMINO
1	Alimentación	Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c ingesta inadecuada de alimentos durante el día.	7 de Enero-27 de Febrero de 2015
2	Eliminación	Alteración de la eliminación intestinal r/c poca ingesta de fibra m/p disminución de la frecuencia de la evacuación, eliminación de heces duras, secas y formadas, esfuerzo en la defecación.	7 de Enero-27 de Febrero de 2015
3	Peligros para la vida	Dolor agudo r/c procedimiento quirúrgico m/p verbalización, facies de dolor y EVA de 10/10.	7 de Enero-27 de Febrero de 2015
4	Actividad	Retraso en la recuperación quirúrgica r/c procedimiento quirúrgico extenso m/p evidencia de interrupción de la cicatrización de la herida quirúrgica.	7 de Enero-27 de Febrero de 2015
5	Prevención de peligros para la vida	Proceso infección r/c defensas primarias inadecuadas por ruptura de piel m/p leucocitosis, neutropenia.	7 de Enero-27 de Febrero de 2015
6	Prevención de peligros para la vida	Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad física.	7 de Enero-27 de Febrero de 2015
7	Prevención de peligros para la vida	Deterioro de la integridad cutánea r/c ruptura de piel m/p vendaje de sostén pos lavados quirúrgicos, zonas necróticas en herida.	7 de Enero-27 de Febrero de 2015
8	Soledad e interacción social	Disconfort r/c estancia hospitalaria prolongada m/p ansiedad, llanto, deterioro del patrón de sueño, incapacidad para relajarse, irritabilidad, inquietud.	7 de Enero-27 de Febrero de 2015
9	Soledad e interacción social	Aflicción crónica r/c crisis en el manejo de la enfermedad m/p expresa sentimientos negativos de depresión, tristeza recurrente.	7 de Enero-27 de Febrero de 2015

Diagnostico	Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c ingesta inadecuada de alimentos durante el día.		
Definición del diagnostico	Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa en sangre		
Objetivo	Mantener los niveles de glucemia estables y dentro de parámetros normales.		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Toma y registro de glicemia capilar.	TOTALMENTE COMPENSATORIO	La alimentación es una de las actividades básicas de la vida diaria que contribuye al sustento básico y a la supervivencia de la persona. En un proceso de hospitalización, esta actividad puede verse alterada o modificada por distintos motivos <sup>55</sup> .	Continua presentando alteraciones con los niveles de glucosa en sangre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60mg/dl a las 8:00</li> <li>• 75mg/dl a las 14:00</li> <li>• 150 mg/dl a las 19:00</li> </ul>
Balancear su dieta con los alimentos que le gusta, a los requerimientos de glucosa de acuerdo a necesidad.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO		Comienza ya a comer lo que se le da en el hospital, ya que ha comprendido que su estado de salud mejorara de esta manera, y logra mantener sus niveles de glucosa en niveles estables la mayoría del tiempo.
Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con la paciente (explicar el plato del buen comer)	APOYO EDUCATIVO	La enfermera es responsable de la educación para la salud de los pacientes, y deberá transmitir tanto al paciente como al familiar	Le queda más claro porque su dieta no se puede basar solo en fruto o lo que el familiar trae de fuera, y acepta modificar e integrar un poco la dieta, se integra la paciente con el personal de nutrición clínica para llegar a un acuerdo sobre los

<sup>55</sup> Rifa Ros Rosa, Olive Adrados Rosa, Lamoglia Puig Montserrat, "Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería.", Barcelona España, 2012, ed. ELSEVIER. Pág. 16-17.

<p>Vigilar la ingesta diaria de alimento calórico.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>los conocimientos pertinentes, en relación con la patología actual, y las actitudes positivas para favorecer una alimentación saludable.</p>	<p>alimentos que le desagradan y por cuales se pueden sustituir.</p> <p>Rosalía adquiere la confianza para describir su ingesta real de alimentos durante el día, una vez logrado esto se pide un esfuerzo por completar aún más su dieta, y ella comienza a ver la comida de una manera diferente.</p>
<p>Animar a la paciente a manifestar preferencias alimentarias con el dietista, para aumentar la ingesta alimentaria.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Los alimentos que son ricos en fibra fomentan la actividad peristáltica y evacuaciones regulares.</p>	<p>Llega a hablar con la nutrióloga para comentarles que su comida no tiene sabor ni sal, y la nutrióloga verifica que se le esté dando la dieta adecuada.</p>

Diagnostico	Alteración de la eliminación intestinal r/c poca ingesta de fibra m/p disminución de la frecuencia de la evacuación, eliminación de heces duras, secas y formadas, esfuerzo en la defecación.		
Definición del diagnostico	Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o completa de heces excesivamente duras y secas		
Objetivo	Disminuir el estreñimiento		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
<p>Identificar los factores que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.</p> <p>Se realiza un listado de los alimentos ricos en fibra</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salvado de trigo</li> <li>• Almendras</li> <li>• Coco</li> <li>• Pan integral</li> <li>• Rábanos</li> <li>• Habas</li> <li>• Espinacas</li> <li>• Lentejas</li> <li>• Pera</li> </ul>	EDUCACION Y APOYO	Aunque tradicionalmente se definía el estreñimiento como una disminución en la frecuencia de las deposiciones (< 3/semana), la evidencia muestra que el tipo o consistencia de las heces y/o la dificultad para su expulsión son las variables que mejor definen el hábito intestinal y que mejor orientan el abordaje terapéutico.	La paciente pide apoyo sobre que puede hacer para disminuir esta situación dado que cree que su padecimiento puede empeorar debido a esto.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plátano</li> <li>• Zanahoria</li> <li>• Manzana.</li> </ul> <p>Fomentar un aumento en la ingesta de alimentos ricos en fibra.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Fomentar la ingesta de fruta de temporada consumirla con la piel, salvado, frutos secos, semillas, pan y cereales integrales; ya que estos alimentos son ricos en fibra los cuales fomentan la actividad peristáltica y evacuaciones regulares<sup>56</sup>.</p>	<p>Modificar los alimentos que el familiar le trae de fuera, ya que no quiere dejar de hacerlo, para favorecer que tenga fibra.</p>
<p>Realizar ejercicios pasivos</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Realizar ejercicios pasivos en las extremidades afectadas deber realizarse lentamente para permitir que los músculos se relajen. Así mismo animar al paciente a dar paseos cortos y frecuentes<sup>57</sup>.</p>	<p>La paciente antes de empezar la deambulaci3n realizaba ejercicios pasivos y activos para que de esta forma se relajaran los m3sculos, sin embargo cursaba con un estado de debilidad generalizada y mareos constantes.</p>
<p>Deambulaci3n asistida por familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al paciente/ familiar que registre el</li> </ul>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>A partir de 2006, para brindar Orientaci3n Alimentaria, se utiliza en nuestro pa3s “el plato del bien comer”, en 3l se representan gráficamente los grupos de alimentos. Se propone el</p>	<p>Tiene reposo absoluto, por la debilidad generalizada que tiene algunos d3as y mareo otros d3as, se encuentra muy cansada por esta situaci3n, a pesar de la</p>

<sup>56</sup> Carpenito L. Manual de diagnóstico enfermeros. 14ª edici3n,

<sup>57</sup> Tamayo C. Trastorno de la movilidad f3sica: diagnóstico de enfermería e intervenciones. Universidad de Caldas. Colombia.

<p>color, volumen frecuencia y consistencia de las deposiciones.</p> <p>Recalcar la importancia de que entienda el código de evacuaciones.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>consumo de tres grupos de alimentos y de composición muy semejante: las frutas y verduras, los cereales y tubérculos, las leguminosas y alimentos de origen animal. Cada uno de estos grupos reúne alimentos que son equivalentes, lo que significa que pueden ser sustituibles entre sí, sin que se altere notablemente el aporte nutritivo<sup>58</sup>.</p>	<p>indicación ella se levanta con ayuda de familiar 2 o 3 veces al día.</p> <p>Comienza a poner más atención en sus evacuaciones, en cuanto a color, volumen y frecuencia.</p>
<p>Administración de Lactulax 125ml v.o. cada 12 horas.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Contienen iones o moléculas no absorbibles que crean un gradiente osmótico que favorecen la excreción luminal de fluido. Mejorarían la perístalsis al hidratar las heces y aumentar su volumen.</p>	<p>Continua presentando problemas de estreñimiento debido a que se reusa a beber en el horario, o a falta de este.</p>
<p>Asegurar la privacidad de la paciente, corriendo las cortinas alrededor de la cama de la paciente, cuando ella no se logre levantar al baño.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>		<p>El familiar a cargo del paciente comprendió la importancia de la privacidad, por lo que siguió las recomendaciones de encender la televisión y correr las cortinas. De esta manera se le facilitó a la paciente hacer del baño.</p>

<sup>58</sup> Norma oficial mexicana NOM-043-SSA2-2005, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Publicación en el D.O.F. 23 de enero 2006.

Diagnostico	Dolor agudo r/c procedimiento quirúrgico m/p verbalización, facies de dolor y EVA de 10/10.		
Definición del diagnostico	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.		
Objetivo	Disminuirá el dolor		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Generalmente se suelen utilizar métodos de autoevaluación – escalas, cuestionarios- que valoran parámetros clínicos. De entre ellas, la escala más conocida y aceptada es la escala visual analógica (EVA) , que intenta convertir variables cualitativas , como la percepción del dolor por el propio paciente, en variables cuantitativas que puedan , según su gradación , darnos idea de la intensidad del dolor y , por tanto de la analgesia necesaria. <sup>59</sup>	Ha logrado identificar las características de su dolor, y las expresa libremente con el personal, presenta dolor en una escala de EVA 10/10.
Monitorización de	TOTALMENTE	La Sociedad Española del Dolor lo	En cuanto a la T/A se encuentra

<sup>59</sup> [http://www.dolopedia.com/index.php/Valoraci%C3%B3n\\_del\\_dolor\\_agudo](http://www.dolopedia.com/index.php/Valoraci%C3%B3n_del_dolor_agudo)

signos vitales.	COMPENSATORIO	considera una enfermedad, recalcando la importancia del dolor para aquel que lo padece, y considerado por gran parte de la comunidad médica más que como un síntoma como una patología. La analgesia es el alivio de la sensación de dolor sin intención de producir sedación <sup>60</sup> .	elevada 140/90 mm/Hg, FC de 120x` y una FR de 22x`.
Asegurarse de que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.	TOTALMENTE COMPENSATORIO		Tiene infusión de Tramadol 300mg i.v. + 250ml de sol. Salina p/24 hrs, a pesar de eso se le ministra Lorazepam 1mg. v.o. D.U., P.V.M al llegar a un EVA de 10/10
Enseñanza de medicamentos prescritos	APOYO EDUCATIVO	Estudios realizados por diversos autores, relacionando el dolor y algunas dimensiones de la personalidad, manifiestan que pacientes con elevado índice de neuroticismo (inestabilidad) acompañan valoraciones importantes de dolor y que índices altos de extroversión aumentan las quejas acerca de este. <sup>61</sup>	Comprende en que momento será utilizado el Lorazepam con un EVA de 10/10
Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO		Se apaga la luz y se realiza escucha activa de la paciente, para que logre disminuir el dolor, con técnicas de relajación.

<sup>60</sup> Claret Martin, "ESCALAS DE EVALUACIÓN DE DOLOR Y PROTOCOLO DE ANALGESIA EN TERAPIA INTENSIVA", Clínica y Maternidad Suizo Argentina Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, 2012. <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>

<sup>61</sup> [http://bvs.sld.cu/revistas/ml/vol32\\_3\\_03/ml06303.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ml/vol32_3_03/ml06303.htm)

Diagnostico	Retraso en la recuperación quirúrgica r/c procedimiento quirúrgico extenso m/p evidencia de interrupción de la cicatrización de la herida quirúrgica.		
Definición del diagnostico	Aumento del número de días del postoperatorio requeridos por una persona para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.		
Objetivo	Mejorará la recuperación quirúrgica de la paciente acelerando su recuperación y alta hospitalaria.		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Monitorización de signos vitales	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Vigilar la frecuencia cardiaca ya que si existe pérdida de sangre mayor de 500ml el pulso aumenta <sup>62</sup> .	Ha presentado alteraciones en la frecuencia cardiaca y en la T/A <ul style="list-style-type: none"> <li>• F.C. de 120x` y T/A de 140/90</li> </ul>
Antes de realizar alguna actividad, evaluar la presencia de dolor y tratar el dolor.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	El dolor limita la movilidad y frecuentemente es exacerbado por el movimiento. <sup>63</sup> Tramadol: Dolor de moderado a severo <sup>64</sup>	La paciente contaba con una infusión de analgésico ya que presentaba dolor continuamente, además de tener prescritos más analgésicos en caso de seguir presentando dolor. Tiene infusión de Tramadol 300mg i.v. + 250ml de sol. Salina p/24 hrs, a pesar de eso se le ministra Lorazepam 1mg. v.o. D.U., P.V.M se le

<sup>62</sup> Penagos S, Salazar L, Vera F. "Control de Signos vitales. Guías para manejos de urgencias", Bogota: 1465-1473.

<sup>63</sup> Carpenito Juall Lynda, "Manual de diagnosticos enfermeros", Ed. Lippincott, 14ta ed., 2013.

<sup>64</sup> vademécum <http://www.vademecum.es/principios-activos-tramadol-n02ax02>

<p>Terapia de ejercicios pasivos</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Realizar ejercicios pasivos en las extremidades afectadas deber realizarse lentamente para permitir que los músculos se relajen. Así mismo animar al paciente a dar paseos cortos y frecuentes<sup>65</sup>.</p>	<p>administro el día del lavado quirúrgico debido a que presento un EVA de 10/10</p> <p>Realiza ejercicios antes de levantarse.</p>
<p>Ayuda con los autocuidados</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>La producción de una herida desencadena un síndrome inflamatorio, pérdida de sustancia, hemorragia, dolor, separación de bordes y una serie de síntomas que dependen de la localización de la herida, del tipo de lesión y de la profundidad de la misma<sup>66</sup></p>	<p>El familiar ayuda con todos los autocuidados a Rosalía.</p>
<p>Aplicación de antibiótico tópico en la zona de injerto donante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplica rifampicina spray en zona donadora de injerto cada 8 horas.</li> </ul>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIA</p>	<p>La producción de una herida desencadena un síndrome inflamatorio, pérdida de sustancia, hemorragia, dolor, separación de bordes y una serie de síntomas que dependen de la localización de la herida, del tipo de lesión y de la profundidad de la misma<sup>66</sup></p>	<p>Con la aplicación del antibiótico local se observa disminución de los signos de infección alrededor de la zona de injerto.</p>

<sup>65</sup> Tamayo C. Trastorno de la movilidad física: diagnóstico de enfermería e intervenciones. Universidad de Caldas. Colombia.

<sup>66</sup> Batamero Gómez B, Bravo Malo A, et.al, "oposiciones de enfermería", ed. CTO, España, 2011, pp 888.

Control y prevención de infecciones nosocomiales.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	A pesar de que se reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y que es susceptible, en la mayoría de los casos de prevenirse, se debe señalar que existen casos en los que se presenta debido a condiciones inherentes al huésped <sup>67</sup> .	A pesar de que ha tenido una larga estancia hospitalaria, no ha presentado infecciones nosocomiales.
Manejo de la nutrición	PARCIALMENTE COMPENSATORIO		Acepta de una mejor manera los alimentos y los líquidos.

<sup>67</sup> NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicación en el D.O.F .el 21/11/2009.



<p>en zona donadora de injerto cada 8 horas.</p> <p>Baño e higiene personal</p> <p>Enseñanza de lavado de manos a la paciente como al familiar.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p> <p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>prematura o vividos con discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico<sup>69</sup>.</p> <p>A pesar de que se reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y que es susceptible, en la mayoría de los casos de prevenirse, se debe señalar que existen casos en los que se presenta debido a condiciones inherentes al huésped.</p>	<p>Se le autorizo a la paciente el baño en una silla de ruedas, acercándole lo necesario para que realice su baño.</p> <p>La paciente pone en práctica el lavado de manos clínico.</p>
---	--	--	--

<sup>69</sup> NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicación en el D.O.F .el 21/11/2009.

Diagnostico	Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad física.		
Definición del diagnostico	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico		
Objetivo	Disminuirá riesgo de caídas		
<b>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>SISTEMA DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>EVALUACION</b>
Evaluación del riesgo de caídas	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Se evaluó el riesgo de caída de acuerdo con la escala de riesgo de caída de J. H. Downton (ANEXOS). La cual evalúa caídas previas, medicamentos, déficit sensorial, estado mental y la deambulacion. <sup>70</sup>	Presenta Riesgo Alto de caídas.
Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas.	EDUCACIÓN Y APOYO		La paciente cuando se siente mareada en ocasiones, evita levantarse, una vez que esto ha disminuido lo hace lentamente y con ayuda de su familiar.
Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.	EDUCACION Y APOYO	El profesional de enfermería es quien, directamente, se ocupa de la seguridad de los pacientes en todos sus aspectos, lo que incluye la información a los pacientes y familiares sobre los riesgos detectados y la manera de contribuir al cuidado del paciente, además de	Siempre se levanta con cuidado con apoyo del personal o del familiar para evitar resbalar, utiliza zapatos cómodos, y que no sean resbalosos, durante la noche espera a que enciendan la luz para poder ver en donde va a

<sup>70</sup> Barrientos J. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. Enfermería universitaria. México 2013.

<p>Colocar los objetos al alcance de la paciente para evitar que haga esfuerzos, y ayudar con los autocuidados.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>desarrollar competencias específicas que garanticen un ejercicio basado en los más altos estándares de calidad con enfoque en la seguridad del paciente y su familia, ya que su práctica requiere demostrar evidencia de su compromiso con la garantía de la calidad en la atención del paciente.</p>	<p>pisar.  La paciente ha aprendido a esperar a que se le acerquen las cosas, procura no levantarse sola.</p>
<p>Mantener los barandales de la cama en alto y mantener la cama en posición baja.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Los barandales en alto previenen que el paciente caiga de la cama, además si el paciente sufre una caída, la probabilidad de sufrir un traumatismo fuerte en cabeza se reduce si la cama se encuentra en una posición baja<sup>71</sup>.</p>	<p>Se mantienen los barandales en alto siempre que la paciente este sobre la cama, y se le enseña esto al familiar.</p>
<p>Vigilancia estrecha de familiar las 24 horas.</p>	<p>EDUCACION Y APOYO</p>		<p>El familiar esta con Rosalía las 24 horas del día.</p>

<sup>71</sup> Ackley B, Ladwey G. Manual de diagnósticos de enfermería, Guía para la planificación de los cuidados. 7ª edición. Madrid: Elsevier; 2007.



<p>asegurando que esté limpia, seca y sin arrugas.</p> <p>Cuidados de la piel, lubricarla después del baño.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplica crema hidratante en toda la piel después del baño.</li> </ul>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>EL riesgo de desarrollar una ulcera por presión puede atenuarse reduciendo la carga mecánica sobre el tejido. Esto puede conseguirse utilizando sistemas de reducción de la presión.</p>	<p>Piel integra, sin descamación y sin alteraciones aparentes.</p>
<p>Manejo de la nutrición</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>La alimentación es una de las actividades básicas de la vida diaria que contribuye al sustento básico y a la supervivencia de la persona.</p>	<p>Se encuentra con baja ingesta de alimentos y resultados de laboratorio con: Hipertrigliceridemia de 226 mg/dl., niveles de hemoglobina bajos de 10.10g/dL, y proteínas bajas de 5.8 g/dL.</p>

Diagnostico	Disconfort r/c estancia hospitalaria prolongada m/p ansiedad, llanto, deterioro del patrón de sueño, incapacidad para relajarse, irritabilidad, inquietud.		
Definición del diagnostico	Percepción de falta de tranquilidad, alivio trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental y social.		
Objetivo	Disminuir la ansiedad de la paciente debido a la estancia hospitalaria.		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Determinar los objetivos de la paciente y la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.	APOYO EDUCATIVO	La duración de la estancia hospitalaria del paciente es un asunto muy importante debido a su relación con hechos administrativos, así como con asuntos sociales y culturales y de diagnóstico clínico.	El familiar busca el bienestar de la paciente en todos los aspectos, pero ya no sabe que más hacer para que ella este bien, se sugiere que busquen alternativas de distracción, y que no solo hablen de los problemas que tienen.
Proporcionar un ambiente limpio y seguro.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Hay una relación directa entre la prolongación de la hospitalización, con el aumento de los costos, el alto riesgo de infecciones intrahospitalarias y el aumento en la mortalidad <sup>73</sup>	Asegurar la limpieza de su habitación con el personal afanador, y mantener desocupada su buro y mesa de la paciente.
Facilitar medidas de	PARCIALMENTE	La higiene personal se define como el	El familiar asiste el lavado de

<sup>73</sup> González Angulo Ignacio Javier, Rivas González Guadalupe del Carmen, Cedena Romero Aurora, Gómez Cortina Benjamín, "relación entre el prestador de servicios de salud y la estancia prolongada en el hospital", revista CONAMED, vol. 14 numero 4, octubre-diciembre 2009.

<p>higiene para mantener la comodidad de la persona.</p>	<p>COMPENSATORIO</p>	<p>conjunto de medidas y normas que deben cumplirse individualmente para lograr y mantener una presencia física aceptable, un óptimo desarrollo físico y un adecuado estado de salud y así poder evitar enfermedades.</p>	<p>manos a la paciente en la cama cuando no se puede levantar.</p>
<p>Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a la paciente y su familiar.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>Son un conjunto de elementos que facilitan la realización del proceso enseñanza-aprendizaje, estos contribuyen a que se logre el dominio de un contenido determinado, la adquisición de habilidades, destrezas y estrategias, como también a la formación de actitudes y valores.</p>	<p>Ha comprendido mejor la tardanza de su recuperación en el hospital.</p>
<p>Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>El humor puede ayudar a los pacientes a disminuir la ansiedad.</p>	<p>Hablar con la paciente de temas fuera de su padecimiento, necesidades, etc.</p>

Diagnostico	Aflicción crónica r/c crisis en el manejo de la enfermedad m/p expresa sentimientos negativos de depresión, tristeza recurrente.		
Definición del diagnostico	Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente experimentado por un individuo con enfermedad crónica en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad.		
Objetivo	Disminuirá aflicción		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Realizar escucha activa, para identificar factores que favorezcan a la aflicción.	APOYO EDUCATIVO	Frecuentemente la aflicción psicológica causa sufrimiento en el paciente y en sus familiares, resultando un reto para el diagnóstico y el tratamiento de ella. Si se le prestara más atención al diagnóstico y tratamiento de esta depresión, podrían mejorarse los mecanismos de afrontamiento para los pacientes y sus familiares <sup>74</sup> .	Rosalía continua sintiéndose mal debido a su estancia hospitalaria, sin embargo ya no se le ve tan decaída la mayor parte del tiempo, únicamente cuando termina de hablar por teléfono con sus hijas.
Ayudar a la paciente a mantener un ciclo normal de sueño.	APOYO EDUCATIVO		Se siente muy aburrida y durante la noche ya no puede dormir, únicamente duerme de 4-5 horas.
Vigilar la función cognoscitiva.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Cuando se sufre una lesión importante, ocurre una rotura de la barrera de protección de la persona, el paciente	Tiene buena concentración, presta atención a lo que se le dice, también tiene buena

<sup>74</sup> Acevedo Peña Margarita, Bueno Garduño María Soledad, "proceso de enfermería a paciente con úlceras por presión", cuidarte, el arte del cuidado", vol.1 num.2 año 2012 agosto.

<p>Relacionarse con la paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y dar oportunidad a la paciente para hablar sobre sus sentimientos.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>presenta sensación (psicológica) de dolor el cual se siente como una señal de peligro compuesto de elementos fisiológicos y psicosociales<sup>75</sup>.</p> <p>Las relaciones se presentan y desarrollan de acuerdo con las percepciones y experiencias comunitarias y grupales, las tendencias para asumir los entornos y escenarios en sus más diversas dimensiones e incluso su influencia en las transformaciones políticas, sociales y económicas<sup>76</sup>.</p>	<p>memoria, sin embargo le cuesta trabajo procesar la información, y no toma decisiones sino esta su esposo presente, ha hecho todo lo posible por comenzar a valerse por sí misma ya que su esposos ha salido más a menudo a Guerrero a ver a su familia.</p> <p>Cuando estoy con ella únicamente quiere que la escuche, platica todo lo que hizo en el día, pero no deja de recordar cuanto extraña a sus hijas, sabe que ya es menos el tiempo que estará sin ellas, ya que sabe que su alta hospitalaria se encuentra cerca, porque ya se siente mejor.</p>
<p>Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del humor</p>	<p>PARCIALEMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Solo el paciente puede determinar si los hábitos de socialización son satisfactorios o no. A algunas personas les gusta pasar gran parte de su tiempo a solas, a otras, no.</p>	<p>La paciente ha entendido más a fondo sobre la etiología de su enfermedad, y logra estar más tranquila, ya que sabe que ella no tuvo la culpa de lo que le paso.</p>

<sup>75</sup> ET.AL.

<sup>76</sup> Bermúdez Pino Dunia, Gallegos Alfonso Yanet, "la teoría de la interacción social en los estudios sociológicos", universidad de Cienfuegos, Cuba, octubre 2011.

<p>disfuncional.</p> <p>Enseñar nuevas técnicas de resolución de problemas.</p> <p>Animar a la paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p> <p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Los problemas de movilidad entorpecen normalmente la socialización, pero muchas dificultades asociadas pueden superarse con la planificación</p> <p>Se ha demostrado que la música puede ayudar a disminuir la ansiedad en pacientes hospitalizados</p>	<p>Comienza a llamar a sus hijas una vez a la semana.</p> <p>Ha logrado tener una buena relación con todo el personal que la atiende, debido a su estancia que ha sido tan larga, y es capaz de tener una buena comunicación con todo el personal.</p>
--	--	--	--

## X. VALORACION FOCALIZADA No. 2

2 de Marzo de 2015

Rosalía se encuentra en posición fowler, consciente, alerta, atenta, presenta cansancio, facies de angustia, con los siguientes signos vitales a las 12:00 pm:

F.C. de 120x', F.R. de 24x', T/A de 140/90, T° de 36.5°.

### ➤ (R.U.3.) Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Realiza 2 comidas al día, más 3 tentempiés, que le proporciona el familiar fruta en la mañana, frituras durante la tarde, y algún jugo durante la noche.

Su ingesta de alimentos real es de 1500kcal., refiere que los alimentos que más le provocan hemesis dos veces por semana son el pescado y la verdura hervida, le molesta que le den la comida sin sal y pescado casi toda la semana, por esta razón presenta anorexia.

Se le administra Ondasetrón 80mg IV cada 8 horas.

Sus niveles de glucosa en sangre son de:

- 70mg/dl preprandial a las 8:00.
- 80mg/dl a las 14:00.
- 140 mg/dl a las 19:00.

### ➤ (R.U.4.) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos

Continúa presentando la eliminación intestinal cada tercer día en una sola ocasión, es de aspecto formado y de color café oscuro, ingiere Lactulax 125ml v.o. cada 12 horas, hipoperistaltismo abdomen distendido, sin dolor a la palpación, sin presencia de masas palpables.

No presenta problemas en la eliminación vesical ya que refiere ir al baño 8 veces al día, la orina es color amarillo claro.

Tiene balances positivos de 200 ml a 350ml por turno.

➤ **(R.U.5.) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo**

Rosalía se levanta con ayuda de familiar 2 o 3 veces al día porque ya no quiere estar en la cama, sin embargo al levantarse se siente mareada, y muy fatigada.

Refiere no poder dormir durante la noche ya que presenta insomnio solo duerme de 5-6 horas al día, por las presiones económicas.

Tiene un tono muscular de +++, presenta dolor en una escala de EVA de 8/10, las características del dolor es somático e intermitente, presenta dermatosis localizada en extremidad inferior derecha con edema de +++, no presenta entumecimiento, ni hormigueo, presenta sensibilidad al calor, frío, tacto, vendaje permanente de sostén que únicamente se cambia el día que se le realiza lavado quirúrgico.

➤ **(R.U.6.) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social**

Comunicación verbal directa, clara y contacto visual; lenguaje corporal caracterizado por gestos de angustia.

La única compañía que tiene es su esposo y cuando él no está se siente sola, aislada y deprimida, comienza a pensar en sus hijas que se encuentran lejos, las necesidades económicas la angustian durante la noche sin lograr dejarla dormir adecuadamente.

➤ **(R.U.7.) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano**

Se encuentra bajo mucho estrés emocional ya que extraña a sus hijas, sabe que están bien pero ya es demasiado tiempo que no las ve, con su esposo no quiere hablar sobre este sentimiento para que él no se siente mal, ya se quiere ir a su casa pero sabe que no podrán pagar los gastos del hospital, y no sabe cómo lo harán, presenta una depresión marcada y se ha evaluado con la escala de Hamilton (ANEXOS) con 20 puntos.

Se le administran las siguientes soluciones y medicamentos i.v. durante el día:

- Anfotericina B 250mg aforados en 250cc de sol. Glucosada al 5% para 2 horas iv c/ 24 hrs.
- Tramadol 300 mg más 250cc de sol. Salina.
- Clindamicina 300 mg iv c/6 horas.

- **(R.U.8.) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.**

Cabello abundante sin embargo refiere que ha perdido bastante desde que comenzó con su tratamiento en el hospital y se aflige cuando recuerda como cuidaba de su cabello largo y sedoso

Presenta herida en la pierna derecha aunque no son valorables por el vendaje de sostén que tienen, no tiene cambio de color, no presenta olor característico.

**XI. Hoja de diagnósticos de la valoración focalizada número “2”.**

PRIORIDAD	REQUISITO ALTERADO	DIAGNOSTICOS	FECHA DE INICIO Y TERMINO
1	Alimentación	Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c ingesta inadecuada de alimentos durante el día.	2 de Marzo-27 de Marzo de 2015
2	Eliminación	Alteración de la eliminación intestinal r/c poca ingesta de fibra m/p disminución de la frecuencia de la evacuación, eliminación de heces duras, secas y formadas, esfuerzo en la defecación.	2 de Marzo-27 de Marzo de 2015
3	Peligros para la vida	Dolor agudo r/c procedimiento quirúrgico m/p verbalización, facies de dolor y EVA de 8/10.	2 de Marzo-27 de Marzo de 2015
4	Actividad	Retraso en la recuperación quirúrgica r/c procedimiento quirúrgico extenso m/p evidencia de interrupción de la cicatrización de la herida quirúrgica.	2 de Marzo-27 de Marzo de 2015
5	Prevención de peligros para la vida	Proceso infección r/c defensas primarias inadecuadas por ruptura de piel m/p leucocitosis, neutropenia.	2 de Marzo-27 de Marzo de 2015
6	Prevención de peligros para la vida	Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad física.	2 de Marzo-27 de Marzo de 2015
7	Prevención de peligros para la vida	Deterioro de la integridad cutánea r/c ruptura de piel m/p vendaje de sostén pos lavados quirúrgicos, zonas necróticas en herida.	2 de Marzo-27 de Marzo de 2015
8	Soledad e interacción social	Disconfort r/c estancia hospitalaria prolongada m/p ansiedad, llanto, deterioro del patrón de sueño, incapacidad para relajarse, irritabilidad, inquietud.	2 de Marzo-27 de Marzo de 2015
9	Soledad e interacción social	Aflicción crónica r/c crisis en el manejo de la enfermedad m/p expresa sentimientos negativos de depresión, tristeza recurrente.	2 de Marzo-27 de Marzo de 2015

Diagnostico	Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c ingesta inadecuada de alimentos durante el día.		
Definición del diagnostico	Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa en sangre		
Objetivo	Mantener los niveles de glucemia estables y dentro de parámetros normales.		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Toma y registro de glicemia capilar.	TOTALMENTE COMPENSATORIO	La alimentación es una de las actividades básicas de la vida diaria que contribuye al sustento básico y a la supervivencia de la persona. En un proceso de hospitalización, esta actividad puede verse alterada o modificada por distintos motivos <sup>77</sup> .	Continua presentando alteraciones con los niveles de glucosa en sangre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 70mg/dl preprandial a las 8:00</li> <li>• 80mg/dl a las 14:00</li> <li>• 140 mg/dl a las 19:00</li> </ul>
Balancear su dieta con los alimentos que le gusta, con los requerimientos de glucosa que necesita.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO		La paciente comienza ya a comer lo que se le da en el hospital, ya que ha comprendido que su estado de salud mejorara de esta manera, y logra mantener sus niveles de glucosa en niveles estables la mayoría del tiempo.
Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con la paciente (explicar el plato del buen comer)	APOYO EDUCATIVO	La enfermera es responsable de la educación para la salud de los pacientes, y deberá transmitir tanto al paciente como al familiar	A la paciente le queda más claro porque su dieta no se puede basar solo en fruto o lo que el familiar trae de fuera, y acepta modificar e integrar un poco la dieta, se integra la paciente con el personal de nutrición clínica para llegar a un acuerdo sobre los

<sup>77</sup> Rifa Ros Rosa, Olive Adrados Rosa, Lamoglia Puig Montserrat, "Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería.", Barcelona España, 2012, ed. ELSEVIER. Pág. 16-17.

<p>Vigilar la ingesta diaria de alimento calórico.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>los conocimientos pertinentes, en relación con la patología actual, y las actitudes positivas para favorecer una alimentación saludable.</p>	<p>alimentos que le desagradan y por cuales se pueden sustituir.</p> <p>Rosalía adquiere la confianza para describir su ingesta real de alimentos durante el día, una vez logrado esto se pide un esfuerzo por completar aún más su dieta, y ella comienza a ver la comida de una manera diferente.</p>
<p>Animar a la paciente a manifestar preferencias alimentarias con el dietista, para aumentar la ingesta alimentaria.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Los alimentos que son ricos en fibra fomentan la actividad peristáltica y evacuaciones regulares.</p>	<p>Llega a hablar con la nutrióloga para comentarles que su comida no tiene sabor ni sal, y la nutrióloga verifica que se le esté dando la dieta adecuada.</p>

Diagnostico	Alteración de la eliminación intestinal r/c poca ingesta de fibra m/p disminución de la frecuencia de la evacuación, eliminación de eses duras, secas y formadas, esfuerzo en la defecación.		
Definición del diagnostico	Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o completa de heces excesivamente duras y secas		
Objetivo	Disminuir el estreñimiento		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Se realiza un listado de los alimentos ricos en fibra <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salvado de trigo</li> <li>• Almendras</li> <li>• Coco</li> <li>• Pan integral</li> <li>• Rábanos</li> <li>• Habas</li> <li>• Espinacas</li> <li>• Lentejas</li> <li>• Pera</li> <li>• Plátano</li> <li>• Zanahoria</li> <li>• Manzana.</li> </ul>	APOYO EDUCATIVO	Aunque tradicionalmente se definía el estreñimiento como una disminución en la frecuencia de las deposiciones (< 3/semana), la evidencia muestra que el tipo o consistencia de las heces y/o la dificultad para su expulsión son las variables que mejor definen el hábito intestinal y que mejor orientan el abordaje terapéutico.	Incluye en su ingesta diaria la mayoría de estos alimentos, y esto ha ayudado a disminuir el estreñimiento.
Fomentar un	PARCIALMENTE	Fomentar la ingesta de fruta de	Se han modificado los alimentos

<p>aumento en la ingesta de alimentos ricos en fibra.</p>	<p>COMPENSATORIO</p>	<p>temporada consumirla con la piel, salvado, frutos secos, semillas, pan y cereales integrales; ya que estos alimentos son ricos en fibra los cuales fomentan la actividad peristáltica y evacuaciones regulares<sup>78</sup>.</p>	<p>chatarra que el familiar traía de fuera por fruta de temporada, y solo ocasionalmente consume comida chatarra.</p>
<p>Realizar ejercicios pasivos.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Pasivos: una persona mueve las articulaciones del paciente sin que este realice su esfuerzo. El propósito principal de los ejercicios pasivos es evitar contracturas y formación de bridas permanentes. Activos: el paciente realiza los movimientos, contrae y relaja voluntariamente los músculos que controlan un movimiento en particular.<sup>25</sup></p>	<p>Con ayuda del familiar realiza los ejercicios, ya que refiere querer levantarse pronto.</p>
<p>Deambulaci3n asistida por familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al paciente/ familiar que registre el color, volumen frecuencia y consistencia de las deposiciones.</li> </ul>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>A partir de 2006, para brindar Orientaci3n Alimentaria, se utiliza en nuestro pa3s “el plato del bien comer”, en 3l se representan gráficamente los grupos de alimentos. Se propone el consumo de tres grupos de alimentos y de composici3n muy semejante: las frutas y verduras, los cereales y tubérculos, las leguminosas y alimentos</p>	<p>Se levanta con ayuda de familiar 2 o 3 veces al día</p>

<sup>78</sup> Carpenito L. Manual de diagnóstico enfermeros. 14ª edici3n,

<p>Recalcar la importancia de que analice el código de evacuaciones.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>de origen animal. Cada uno de estos grupos reúne alimentos que son equivalentes, lo que significa que pueden ser sustituibles entre sí, sin que se altere notablemente el aporte nutritivo<sup>79</sup>.</p>	<p>Comienza a registrar el color, volumen frecuencia de sus evacuaciones.</p>
<p>Administración de Lactulax 125ml v.o. cada 12 horas.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>Contienen iones o moléculas no absorbibles que crean un gradiente osmótico que favorecen la excreción luminal de fluido. Mejorarían la perístalsis al hidratar las heces y aumentar su volumen.</p>	<p>Continúa presentando problemas de estreñimiento debido a que se reusa a beber en el horario, o a falta de este.</p>

<sup>79</sup> Norma oficial mexicana NOM-043-SSA2-2005, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Publicación en el D.O.F. 23 de enero 2006.

Diagnostico	Dolor agudo r/c procedimiento quirúrgico m/p verbalización, facies de dolor y EVA de 8/10.		
Definición del diagnostico	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.		
Objetivo	Disminuirá el dolor		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Generalmente se suelen utilizar métodos de autoevaluación – escalas, cuestionarios- que valoran parámetros clínicos. De entre ellas, la escala más conocida y aceptada es la escala visual analógica (EVA) , que intenta convertir variables cualitativas , como la percepción del dolor por el propio paciente, en variables cuantitativas que puedan , según su gradación , darnos idea de la intensidad del dolor y , por tanto de la analgesia necesaria. <sup>80</sup>	Identifica las características de su dolor, y las expresa libremente con el personal, presenta dolor en una escala de EVA 8/10.
Monitorización de signos vitales.	TOTALMENTE COMPENSATORIO	La Sociedad Española del Dolor lo considera una enfermedad, recalcando la importancia del dolor para aquel que	En cuanto a la T/A se encuentra eleva 140/90 F.C. de 120x`, F.R. de 24x`.

<sup>80</sup> [http://www.dolopedia.com/index.php/Valoraci%C3%B3n\\_del\\_dolor\\_agudo](http://www.dolopedia.com/index.php/Valoraci%C3%B3n_del_dolor_agudo)

<p>Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</p>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>lo padece, y considerado por gran parte de la comunidad médica más que como un síntoma como una patología. La analgesia es el alivio de la sensación de dolor sin intención de producir sedación<sup>81</sup>.</p>	<p>Tiene infusión de Tramadol 300mg i.v. + 250ml de sol. Salina p/24 hrs.</p>
<p>Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Estudios realizados por diversos autores, relacionando el dolor y algunas dimensiones de la personalidad, manifiestan que pacientes con elevado índice de neuroticismo (inestabilidad) acompañan valoraciones importantes de dolor y que índices altos de extroversión aumentan las quejas acerca de este.<sup>82</sup></p>	<p>Se apaga la luz y se realiza escucha activa de la paciente, para que logre disminuir el dolor, con técnicas de relajación.</p>

<sup>81</sup> Claret Martin, "ESCALAS DE EVALUACIÓN DE DOLOR Y PROTOCOLO DE ANALGESIA EN TERAPIA INTENSIVA", Clínica y Maternidad Suizo Argentina Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, 2012. <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>

<sup>82</sup> [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32\\_3\\_03/mil06303.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_3_03/mil06303.htm)

Diagnostico	Retraso en la recuperación quirúrgica r/c procedimiento quirúrgico extenso m/p evidencia de interrupción de la cicatrización de la herida quirúrgica.		
Definición del diagnostico	Aumento del número de días del postoperatorio requeridos por una persona para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.		
Objetivo	Mejorará la recuperación quirúrgica de la paciente acelerando su recuperación y alta hospitalaria.		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Monitorización de signos vitales	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Vigilar la frecuencia cardiaca ya que si existe pérdida de sangre mayor de 500ml el pulso aumenta <sup>83</sup> .	Ha presentado alteraciones en la frecuencia cardiaca y en la T/A <ul style="list-style-type: none"> <li>• F.C. de 120x` y T/A de 140/90</li> </ul>
Antes de realizar alguna actividad, evaluar la presencia de dolor y tratar el dolor.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	El dolor limita la movilidad y frecuentemente es exacerbado por el movimiento. <sup>84</sup> Tramadol: Dolor de moderado a severo <sup>85</sup>	La paciente contaba con una infusión de analgésico ya que presentaba dolor continuamente. Tiene infusión de Tramadol 300mg i.v. + 250ml de sol. Salina p/24 hrs, a pesar de eso se le ministra Lorazepam 1mg. v.o. D.U., P.V.M
Terapia de ejercicios	PARCIALMENTE	Realizar ejercicios pasivos en las	Realiza ejercicios antes de

<sup>83</sup> Penagos S, Salazar L, Vera F. "Control de Signos vitales. Guías para manejos de urgencias", Bogotá: 1465-1473.

<sup>84</sup> Carpenito Juall Lynda, "Manual de diagnosticos enfermeros", Ed. Lippincott, 14ta ed., 2013.

<sup>85</sup> vademécum <http://www.vademecum.es/principios-activos-tramadol-n02ax02>

pasivos	COMPENSATORIO	extremidades afectadas deber realizarse lentamente para permitir que los músculos se relajen. Así mismo animar al paciente a dar paseos cortos y frecuentes <sup>86</sup> .	levantarse.
Ayuda con los autocuidados	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	La producción de una herida desencadena un síndrome inflamatorio, pérdida de sustancia, hemorragia, dolor, separación de bordes y una serie de síntomas que dependen de la localización de la herida, del tipo de lesión y de la profundidad de la misma <sup>87</sup>	El familiar ayuda con todos los autocuidados a Rosalía.
<p>Aplicación de antibiótico tópico en la zona de injerto donante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplica rifampicina spray en zona donadora de injerto cada 8 horas.</li> </ul>	TOTALMENTE COMPENSATORIA		Con la aplicación del antibiótico local se observa disminución de los signos de infección alrededor de la zona de injerto.
Verificar que no hayan aumentado los signos de infección en la zona de injerto.	APOYO EDUCATIVO	A pesar de que se reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y que es susceptible, en la mayoría de los casos	A pesar de que ha tenido una larga estancia hospitalaria, no ha presentado infecciones nosocomiales.

<sup>86</sup> Tamayo C. Trastorno de la movilidad física: diagnóstico de enfermería e intervenciones. Universidad de Caldas. Colombia.

<sup>87</sup> Batamero Gómez B, Bravo Malo A, et.al, "oposiciones de enfermería", ed. CTO, España, 2011, pp 888.

Manejo de la nutrición	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	de prevenirse, se debe señalar que existen casos en los que se presenta debido a condiciones inherentes al huésped <sup>88</sup> .	Acepta de una mejor manera los alimentos y los líquidos.
------------------------	----------------------------	--	--

---

<sup>88</sup> NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicación en el D.O.F .el 21/11/2009.



<p>en zona donadora de injerto cada 8 horas.</p> <p>Baño e higiene personal</p> <p>Enseñanza de lavado de manos a la paciente como al familiar.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p> <p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>prematura o vividos con discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico<sup>90</sup>.</p> <p>A pesar de que se reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y que es susceptible, en la mayoría de los casos de prevenirse, se debe señalar que existen casos en los que se presenta debido a condiciones inherentes al huésped.</p>	<p>Se le autorizo a la paciente el baño en una silla de ruedas, acercándole lo necesario para que realice su baño.</p> <p>La paciente pone en práctica el lavado de manos clínico.</p>
---	--	--	--

<sup>90</sup> NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicación en el D.O.F .el 21/11/2009.

Diagnostico	Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad física.		
Definición del diagnostico	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico		
Objetivo	Disminuirá riesgo de caídas		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Evaluación del riesgo de caídas	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Se evaluó el riesgo de caída de acuerdo con la escala de riesgo de caída de J. H. Downton (ANEXOS). La cual evalúa caídas previas, medicamentos, déficit sensorial, estado mental y la deambulación. <sup>91</sup>	Presenta Riesgo Alto de caídas.
Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas.	APOYO EDUCATIVO		La paciente cuando se siente mareada en ocasiones, evita levantarse, una vez que esto ha disminuido lo hace lentamente y con ayuda de su familiar.
Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.	APOYO EDUCATIVO	El profesional de enfermería es quien, directamente, se ocupa de la seguridad de los pacientes en todos sus aspectos, lo que incluye la información a los pacientes y familiares sobre los riesgos detectados y la manera de contribuir al cuidado del paciente, además de desarrollar competencias específicas	Siempre se levanta con cuidado con apoyo del personal o del familiar para evitar resbalar, utiliza zapatos cómodos, y que no sean resbalosos, durante la noche espera a que enciendan la luz para poder ver en donde va a pisar.

<sup>91</sup> Barrientos J. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. Enfermería universitaria. México 2013.

<p>Colocar los objetos al alcance de la paciente para evitar que haga esfuerzos, y ayudar con los autocuidados.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>que garanticen un ejercicio basado en los más altos estándares de calidad con enfoque en la seguridad del paciente y su familia, ya que su práctica requiere demostrar evidencia de su compromiso con la garantía de la calidad en la atención del paciente.</p>	<p>La paciente ha aprendido a esperar a que se le acerquen las cosas, procura no levantarse sola.</p>
<p>Mantener los barandales de la cama en alto y mantener la cama en posición baja.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Los barandales en alto previenen que el paciente caiga de la cama, además si el paciente sufre una caída, la probabilidad de sufrir un traumatismo fuerte en cabeza se reduce si la cama se encuentra en una posición baja<sup>92</sup>.</p>	<p>Se mantienen los barandales en alto siempre que la paciente este sobre la cama, y se le enseña esto al familiar.</p>
<p>Vigilancia estrecha de familiar las 24 horas.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>		<p>Se orientó al paciente sobre lo importante que es estar pendiente de las necesidades del paciente para de esta forma minimizar los esfuerzos, no hubo incidentes de caídas.</p>

<sup>92</sup> Ackley B, Ladwey G. Manual de diagnósticos de enfermería, Guía para la planificación de los cuidados. 7ª edición. Madrid: Elsevier; 2007.



<p>asegurando que esté limpia, seca y sin arrugas.</p> <p>Cuidados de la piel, lubricarla después del baño.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplica crema hidratante en toda la piel después del baño.</li> </ul>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>EL riesgo de desarrollar una ulcera por presión puede atenuarse reduciendo la carga mecánica sobre el tejido. Esto puede conseguirse utilizando sistemas de reducción de la presión.</p>	<p>Piel integra, sin descamación y sin alteraciones aparentes.</p>
<p>Manejo de la nutrición.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>La alimentación es una de las actividades básicas de la vida diaria que contribuye al sustento básico y a la supervivencia de la persona.</p>	<p>Se encuentra con baja ingesta de alimentos y resultados de laboratorio con: Hipertrigliceridemia de 226 mg/dl., niveles de hemoglobina bajos de 10.10g/dL, y proteínas bajas de 5.8 g/dL.</p>

Diagnostico	Disconfort r/c estancia hospitalaria prolongada m/p ansiedad, llanto, deterioro del patrón de sueño, incapacidad para relajarse, irritabilidad, inquietud.		
Definición del diagnostico	Percepción de falta de tranquilidad, alivio trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental y social.		
Objetivo	Disminuir la ansiedad de la paciente debido a la estancia hospitalaria.		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Determinar los objetivos de la paciente y la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.	EDUCACIÓN Y APOYO	La duración de la estancia hospitalaria del paciente es un asunto muy importante debido a su relación con hechos administrativos, así como con asuntos sociales y culturales y de diagnóstico clínico.	El familiar busca el bienestar de la paciente en todos los aspectos, pero ya no sabe que más hacer para que ella este bien, se sugiere que busquen alternativas de distracción, y que no solo hablen de los problemas que tienen.
Proporcionar un ambiente limpio y seguro.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Hay una relación directa entre la prolongación de la hospitalización, con el aumento de los costos, el alto riesgo de infecciones intrahospitalarias y el aumento en la mortalidad <sup>94</sup>	Asegurar la limpieza de su habitación con el personal afanador, y mantener desocupada su buro y mesa de la paciente.
Facilitar medidas de	PARCIALMENTE	La higiene personal se define como el	El familiar asiste el lavado de

<sup>94</sup> González Angulo Ignacio Javier, Rivas González Guadalupe del Carmen, Cedena Romero Aurora, Gómez Cortina Benjamín, "relación entre el prestador de servicios de salud y la estancia prolongada en el hospital", revista CONAMED, vol. 14 numero 4, octubre-diciembre 2009.

<p>higiene para mantener la comodidad de la persona.</p>	<p>COMPENSATORIO</p>	<p>conjunto de medidas y normas que deben cumplirse individualmente para lograr y mantener una presencia física aceptable, un óptimo desarrollo físico y un adecuado estado de salud y así poder evitar enfermedades.</p>	<p>manos de la paciente en la cama cuando no se pueda levantar, ya que a ella le gusta mucho el agua y lo encuentra relajante.</p>
<p>Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a la paciente y su familiar.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>Son un conjunto de elementos que facilitan la realización del proceso enseñanza-aprendizaje, estos contribuyen a que se logre el dominio de un contenido determinado, la adquisición de habilidades, destrezas y estrategias, como también a la formación de actitudes y valores.</p>	<p>Ha comprendido mejor la tardanza de su recuperación en el hospital.</p>
<p>Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>El humor puede ayudar a los pacientes a disminuir la ansiedad.</p>	<p>Hablar con la paciente de temas fuera de su padecimiento, necesidades, etc.</p>

Diagnostico	Aflicción crónica r/c crisis en el manejo de la enfermedad m/p expresa sentimientos negativos de depresión, tristeza recurrente.		
Definición del diagnostico	Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente experimentado por un individuo con enfermedad crónica en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad.		
Objetivo	Disminuirá aflicción		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Realizar escucha activa, para identificar factores que favorezcan a la aflicción.	APOYO EDUCATIVO	Frecuentemente la aflicción psicológica causa sufrimiento en el paciente y en sus familiares, resultando un reto para el diagnóstico y el tratamiento de ella. Si se le prestara más atención al diagnóstico y tratamiento de esta depresión, podrían mejorarse los mecanismos de afrontamiento para los pacientes y sus familiares <sup>95</sup> .	Rosalía continua sintiéndose mal debido a su estancia hospitalaria, sin embargo ya no se le ve tan decaída la mayor parte del tiempo, únicamente cuando termina de hablar por teléfono con sus hijas.
Ayudar a la paciente a mantener un ciclo normal de sueño.	APOYO EDUCATIVO		Se siente muy aburrida y durante la noche ya no puede dormir, únicamente duerme de 4-5 horas.
Vigilar la función cognoscitiva.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Cuando se sufre una lesión importante, ocurre una rotura de la barrera de protección de la persona, el paciente presenta sensación (psicológica) de	Tiene buena concentración, presta atención a lo que se le dice, también tiene buena memoria, sin embargo le cuesta

<sup>95</sup> Acevedo Peña Margarita, Bueno Garduño María Soledad, "proceso de enfermería a paciente con úlceras por presión", cuidarte, el arte del cuidado", vol.1 num.2 año 2012 agosto.

<p>Relacionarse con la paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y dar oportunidad a la paciente para hablar sobre sus sentimientos.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>dolor el cual se siente como una señal de peligro compuesto de elementos fisiológicos y psicosociales<sup>96</sup>.</p> <p>Las relaciones se presentan y desarrollan de acuerdo con las percepciones y experiencias comunitarias y grupales, las tendencias para asumir los entornos y escenarios en sus más diversas dimensiones e incluso su influencia en las transformaciones políticas, sociales y económicas<sup>97</sup>.</p>	<p>trabajo procesar la información, y no toma decisiones sino esta su esposo presente, ha hecho todo lo posible por comenzar a valerse por sí misma ya que su esposos ha salido más a menudo a Guerrero a ver a su familia.</p> <p>Cuando estoy con ella únicamente quiere que la escuche, platica todo lo que hizo en el día, pero no deja de recordar cuanto extraña a sus hijas, sabe que ya es menos el tiempo que estará sin ellas, ya que sabe que su alta hospitalaria se encuentra cerca, porque ya se siente mejor.</p>
<p>Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del humor disfuncional.</p>	<p>PARCIALEMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Solo el paciente puede determinar si los hábitos de socialización son satisfactorios o no. A algunas personas les gusta pasar gran parte de su tiempo a solas, a otras, no.</p>	<p>La paciente ha entendido más a fondo sobre la etiología de su enfermedad, y logra estar más tranquila, ya que sabe que ella no tuvo la culpa de lo que le paso.</p>

<sup>96</sup> ET.AL.

<sup>97</sup> Bermúdez Pino Dunia, Gallegos Alfonso Yanet, "la teoría de la interacción social en los estudios sociológicos", universidad de Cienfuegos, Cuba, octubre 2011.

<p>Enseñar nuevas técnicas de resolución de problemas.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>Los problemas de movilidad entorpecen normalmente la socialización, pero muchas dificultades asociadas pueden superarse con la planificación</p>	<p>Darle opciones para comunicarse con sus familiares lejanos, como llamadas continuamente, escribir cartas, etc.</p>
<p>Animar a la paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Se ha demostrado que la música puede ayudar a disminuir la ansiedad en pacientes hospitalizados</p>	<p>Ha logrado tener una buena relación con todo el personal que la atiende, debido a su estancia que ha sido tan larga, y es capaz de tener una buena comunicación con todo el personal.</p>

## **XII. VALORACION FOCALIZADA No. 3**

### **6 de abril**

Rosalía se encuentra sentada, consciente, alerta, atenta, presenta cansancio, facies de angustia, con los siguientes signos vitales a las 12:00 pm:

F.C. de 105x`, F.R. de 22 x`, T/A de 130/80, T° de 36.3°.

Peso 50kg, talla: 1.51mts, IMC: 21.92%

#### ➤ **(R.U. 3.) Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos**

Realiza dos comidas al día en una la comida que le dan en el hospital y otra de lo que le proporciona su familiar de fuera, sin embargo ha sabido balancear su alimentación de una mejor manera.

Sus niveles de glucosa se han encontrado estables con la toma y registró diario preprandial, están entre 77mg/dl a 99mg/dl, su ingesta real de alimento es de 3000ml a 3500ml durante el día.

Ha disminuido la náusea y la hemesis presentándolo algunas veces una vez por semana.

Se le administra Ondasetrón 80mg IV PRN

#### ➤ **(R.U.4) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos**

Continua con problemas de eliminación intestinal, sin embargo solo tiene estreñimiento una o dos veces por semana, evacuaciones formadas y de color café oscuro, ha incrementado más fibra en su dieta, puesto que comprende la importancia que esto tiene para resolver este problema.

Para el estreñimiento toma lactulosa 10ml v.o. cada 12 horas.

En cuanto a la eliminación vesical refiere miccionar 8 veces al día sin problema, uresis de color amarillo claro, se le realiza un EGO y sus resultados se encuentran sin alteraciones.

#### ➤ **(R.U.5.) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo**

Ha disminuido la cantidad de tiempo que se encuentra con debilidad y mareos, de esta manera solo está en la cama el día que le realizan el lavado quirúrgico y esto ocurre una vez por semana.

Continua sin poder dormir por las presiones económicas que tiene y le preocupan sus hijas, sabe que si a ella la dan de alta no podrá cubrir la cuenta del hospital, no puede evitar dejar de pensar en eso todos los días, refiere únicamente dormir de 3 a 4 horas por la noche.

Presenta dolor en una escala de EVA de 6/10, somático, e intermitente, presenta dermatosis localizada en extremidad inferior derecha con edema de +++, no presenta entumecimiento, ni hormigueo, presenta sensibilidad al calor, frío, tacto, vendaje permanente que únicamente se cambia el día que se le realiza lavado quirúrgico.

Tiene programación de lavado quirúrgico cada 4 días, y ha ido progresando significativamente, en la zona donadora no sin datos de infección, ni enrojecimiento.

➤ **(R.U.6.) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social**

Comunicación verbal directa, clara y abierta, realiza contacto visual lenguaje corporal caracterizado por gestos de angustia.

Su única compañía es su esposo y cuando él no esta se siente muy sola y comienza a pensar en sus hijas que se encuentran lejos, las necesidades económicas la angustian durante la noche sin lograr dejarla dormir adecuadamente, no sabe cómo cubrirán la deuda con el hospital después de que la den de alta.

Ya se siente más tranquila por el contacto telefónico con sus hijas, ya que se ha dado cuenta de que su enfermedad va disminuyendo se siente más feliz y positiva, sabe que todo lo que ha estado lejos de sus hijas ha valido la pena y pronto podrá estar con ellas como si nada hubiera pasado.

➤ **(R.U.7.) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano**

Ha disminuido su estrés por extrañar a sus hijas debido al avance que ha tenido en la recuperación de su padecimiento, sin embargo no puede dormir durante la noche por las presiones económicas que tienen para cubrir la deuda del hospital.

Su esposo trata de comprenderla y ayudarla a que se desahogue con él, la distrae con las aventuras de los viajes que ha tenido al ir a ver sus hijas, ella ya sonrío más a menudo y se siente más tranquila.

Se le administran las siguientes soluciones y medicamentos i.v. durante el día:

- Anfotericina B 250mg aforados en 250cc de sol. Glucosada al 5% para 2 horas iv c/ 24 hrs.
- Tramadol 300 mg más 250cc de sol. Salina.
- Clindamicina 300 mg iv c/6 horas.

➤ **(R.U.8) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.**

Se baña cada dos días, se cambia de ropa diariamente, el aseo bucal es diario, se lava las manos antes y después de ir al baño, antes de comer, la limpieza refleja buena imagen corporal, utiliza shampoo, jabón, y estropajo para su aseo personal.

Se le realiza nueva colocación de injerto en pierna derecha, sin secreción, no tiene cambio de color, no presenta olor característico, de igual manera tiene un colgajo en el sitio de donación de injerto, se le realiza curación diario, con secreción escasa.

### XIII. HOJA DE DIAGNOSTICOS DE LA VALORACION FOCALIZADA “3”

PRIORIDAD	REQUISITO ALTERADO	DIAGNOSTICOS	FECHA DE INICIO Y TERMINO
1	Eliminación	Alteración de la eliminación intestinal r/c patrones irregulares de evacuaciones m/p deposiciones duras y formadas, frecuencias de las deposiciones inferior a tres veces por semana.	6 de Abril-29 de Mayo de 2015
2	Peligros para la vida	Dolor agudo r/c procedimiento quirúrgico m/p verbalización, facies de dolor y EVA de 4/10-6/10.	6 de Abril-29 de Mayo de 2015
3	Actividad	Retraso en la recuperación quirúrgica r/c procedimiento quirúrgico extenso m/p evidencia de interrupción de la cicatrización de la herida quirúrgica.	6 de Abril-29 de Mayo de 2015
4	Prevención de peligros para la vida	Riesgo de infección r/c colocación de injerto en herida y colgajo en zona de injerto donante.	6 de Abril-29 de Mayo de 2015
5	Prevención de peligros para la vida	Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad física.	6 de Abril-29 de Mayo de 2015
6	Prevención de peligros para la vida	Deterioro de la integridad cutánea r/c cirugía m/p lesión secundaria	6 de Abril-29 de Mayo de 2015
7	Soledad e interacción social	Disconfort m/p ansiedad, llanto, deterioro del patrón de sueño, incapacidad para relajarse, recursos económicos insuficientes, irritabilidad, inquietud.	6 de Abril-29 de Mayo de 2015
8	Soledad e interacción social	Aflicción crónica r/c crisis en el manejo de la enfermedad m/p expresa sentimientos negativos de depresión, tristeza recurrente	6 de Abril-29 de Mayo de 2015

Diagnostico	Alteración de la eliminación intestinal r/c patrones irregulares de evacuaciones m/p deposiciones duras y formadas, frecuencias de las deposiciones inferior a tres veces por semana.		
Definición del diagnostico	Estado en el que un individuo experimenta o está en alto riesgo de experimentar disfunción intestinal (estreñimiento).		
Objetivo	Disminuir el estreñimiento		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Identificar los factores que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.	EDUCACION Y APOYO	Aunque tradicionalmente se definía el estreñimiento como una disminución en la frecuencia de las deposiciones (< 3/semana), la evidencia muestra que el tipo o consistencia de las heces y/o la dificultad para su expulsión son las variables que mejor definen el hábito intestinal y que mejor orientan el abordaje terapéutico.	Se realiza un listado de los alimentos ricos en fibra que ayudan a disminuir el estreñimiento, después de esto ella ha elegido la fruta que más le gusta y la que más le ayuda a disminuir el estreñimiento.
Realizar ejercicios pasivos	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Realizar ejercicios pasivos en las extremidades afectadas deber realizarse lentamente para permitir que los músculos se relajen. Así mismo animar al paciente a dar paseos cortos y frecuentes <sup>98</sup> .	La paciente antes de empezar la deambulación realizaba ejercicios pasivos y activos para que de esta forma se relajaran los músculos
Deambulación	PARCIALMENTE	A partir de 2006, para brindar	La paciente continúa deambulando

<sup>98</sup> Tamayo C. Trastorno de la movilidad física: diagnóstico de enfermería e intervenciones. Universidad de Caldas. Colombia.

asistida por familiar.	COMPENSATORIO		Orientación Alimentaria, se utiliza en nuestro país “el plato del bien comer”, en él se representan gráficamente los grupos de alimentos. Se propone el consumo de tres grupos de alimentos y de composición muy semejante: las frutas y verduras, los cereales y tubérculos, las leguminosas y alimentos de origen animal. Cada uno de estos grupos reúne alimentos que son equivalentes, lo que significa que pueden ser sustituibles entre sí, sin que se altere notablemente el aporte nutritivo <sup>99</sup> .	constantemente y esto favorece a disminuir el estreñimiento.
Enseñar al paciente/familiar que registre el color, volumen frecuencia y consistencia de las deposiciones.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO			Después de explicar el código de evacuaciones (anexos), la paciente es capaz de identificar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones respecto a su estreñimiento y distinguirlo de lo normal.
Administración de Lactulax 125ml v.o. cada 12 horas PRN	EDUCACION APOYO	Y	Contienen iones o moléculas no absorbibles que crean un gradiente osmótico que favorecen la excreción luminal de fluido. Mejorarían la peristalsis al hidratar las heces y aumentar su volumen.	Tiene estreñimiento una o dos veces por semana, es de aspecto formado y de color café oscuro.
Asegurar la privacidad de la paciente, corriendo las cortinas alrededor de la	EDUCACION APOYO	Y	La privacidad del paciente ayudara a disminuir la vergüenza. También el encender el televisor o la radio para disimular los ruidos ayuda a que el	El familiar a cargo del paciente comprendió la importancia de la privacidad, por lo que siguió las recomendaciones de encender la televisión y correr las cortinas. De esta

<sup>99</sup> Norma oficial mexicana NOM-043-SSA2-2005, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Publicación en el D.O.F. 23 de enero 2006.

cama de la paciente, cuando ella no se logre levantar al baño.		paciente se relaje y facilite la evacuación <sup>100</sup> .	manera se le facilito al paciente hacer del baño.
--	--	--	---

---

<sup>100</sup> Carpenito Juall Lynda, "Manual de diagnosticos enfermeros", Ed. Lippincott, 14ta ed., 2013.

Diagnostico	Dolor agudo r/c procedimiento quirúrgico m/p verbalización, facies de dolor y EVA de 4/10-6/10.		
Definición del diagnostico	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International AssociationfortheStudy of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.		
Objetivo	Disminuirá el dolor		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Generalmente se suelen utilizar métodos de autoevaluación–escalas, cuestionarios-que valoran parámetros clínicos. De entre ellas, la escala más conocida y aceptada es la escala visual analógica ( EVA) , que intenta convertir variables cualitativas, como la percepción del dolor por el propio paciente, en variables cuantitativas que puedan, según su gradación , darnos idea de la intensidad del dolor y , por tanto de la analgesia necesaria. <sup>101</sup>	Se explica la escala de EVA a la paciente y familiar (anexos).
Monitorización de	TOTALMENTE	La Sociedad Española del Dolor lo	En cuanto a la T/A se encuentra

<sup>101</sup>[http://www.dolopedia.com/index.php/Valoraci%C3%B3n\\_del\\_dolor\\_agudo](http://www.dolopedia.com/index.php/Valoraci%C3%B3n_del_dolor_agudo)

<p>signos vitales.</p> <p>Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</p> <p>Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias.</p>	<p>COMPENSATORIO</p> <p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p> <p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>considera una enfermedad, recalcando la importancia del dolor para aquel que lo padece, y considerado por gran parte de la comunidad médica más que como un síntoma como una patología. La analgesia es el alivio de la sensación de dolor sin intención de producir sedación<sup>102</sup>.</p> <p>Estudios realizados por diversos autores, relacionando el dolor y algunas dimensiones de la personalidad, manifiestan que pacientes con elevado índice de neuroticismo (inestabilidad) acompañan valoraciones importantes de dolor y que índices altos de extroversión aumentan las quejas acerca de este.<sup>103</sup></p>	<p>eleva 130/84 mm/Hg, FC de 101x` y una FR de 22x` .</p> <p>Tiene infusión de Tramadol 300mg i.v. + 250ml de sol. Salina p/24 hrs, a pesar de eso se le ministra Lorazepam 1mg. v.o. D.U., P.V.M</p> <p>Se apaga la luz y se realiza escucha activa de la paciente, para que logre disminuir el dolor, con técnicas de relajación.</p>
--	--	---	---

<sup>102</sup> Clarett Martin, "ESCALAS DE EVALUACIÓN DE DOLOR Y PROTOCOLO DE ANALGESIA EN TERAPIA INTENSIVA", Clínica y Maternidad Suizo Argentina Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, 2012. <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>

<sup>103</sup>[http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32\\_3\\_03/mil06303.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_3_03/mil06303.htm)

Diagnostico	Retraso en la recuperación quirúrgica r/c procedimiento quirúrgico extenso m/p evidencia de interrupción de la cicatrización de la herida quirúrgica		
Definición del diagnostico	Aumento del número de días del postoperatorio requeridos por una persona para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.		
Objetivo	Mejorará la recuperación quirúrgica de la paciente acelerando su recuperación y alta hospitalaria.		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Monitorización de signos vitales.	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Vigilar la frecuencia cardiaca ya que si existe pérdida de sangre mayor de 500ml el pulso aumenta <sup>104</sup> .	Presento signos vitales dentro de los parámetros normales.
Antes de realizar alguna actividad, evaluar la presencia de dolor y tratar el dolor.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	El dolor limita la movilidad y frecuentemente es exacerbado por el movimiento. <sup>105</sup> Tramadol: Dolor de moderado a severo <sup>106</sup>	La paciente contaba con una infusión de analgésico ya que presentaba dolor continuamente, además de tener prescritos más analgésicos en caso de seguir presentando dolor. Infusión de Tramadol 300mg i.v. + 250ml de sol. Salina p/24 hrs y ministración de Lorazepam 1mg. v.o. D.U., P.V.M

<sup>104</sup> Penagos S, Salazar L, Vera F. "Control de Signos vitales. Guías para manejos de urgencias", Bogotá: 1465-1473.

<sup>105</sup> Carpenito Juall Lynda, "Manual de diagnosticos enfermeros", Ed. Lippincott, 14ta ed., 2013.

<sup>106</sup> vademécum <http://www.vademecum.es/principios-activos-tramadol-n02ax02>

<p>Aplicación de antibiótico tópico en la zona de injerto donante.</p>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIA</p>	<p>La producción de una herida desencadena un síndrome inflamatorio, pérdida de sustancia, hemorragia, dolor, separación de bordes y una serie de síntomas que dependen de la localización de la herida, del tipo de lesión y de la profundidad de la misma<sup>107</sup></p>	<p>Se aplica rifampicina spray en zona donadora de injerto cada 8 horas.</p>
--	---------------------------------	---	--

<sup>107</sup> Batamero Gómez B, Bravo Malo A, et.al, "oposiciones de enfermería", ed. CTO, España, 2011, pp 888.

Diagnostico	Riesgo de infección r/c colocación de injerto en herida y colgajo en zona de injerto donante.		
Definición del diagnostico	Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos		
Objetivo	Disminuirá riesgo de infección		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Baño e higiene personal	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Las infecciones nosocomiales agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente y, en algunos casos, pueden ocasionar trastornos discapacitantes que reducen la calidad de la vida. Son una de las principales causas de defunción <sup>108</sup> .	La paciente ya se logra bañar de pie y disfruta más su baño
Enseñanza de lavado de manos a la paciente como al familiar.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Las infecciones nosocomiales representan un problema de gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, con un incremento consecuente en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con	Realiza lavado de manos constantemente.
Verificar que no haya signos de infección en la zona de injerto.	TOTALMENTE COMPENSATORIO		Es capaz de identificar signos de infección en zona de injerto a la paciente y familiar: observar color, temperatura, edema, ulceraciones, erupciones, integridad de la piel.

<sup>108</sup> R. Girard, M. Perraud, et.al. "Prevención de las infecciones nosocomiales", GUÍA PRÁCTICA 2a edición, EE.UU., 2003.

		<p>discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico<sup>109</sup>.</p> <p>A pesar de que se reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y que es susceptible, en la mayoría de los casos de prevenirse, se debe señalar que existen casos en los que se presenta debido a condiciones inherentes al huésped.</p>	
--	--	---	--

---

<sup>109</sup> NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicación en el D.O.F .el 21/11/2009.

Diagnostico	Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad física.		
Definición del diagnostico	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico		
Objetivo	Disminuirá riesgo de caídas		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Evaluación del riesgo de caídas	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Se evaluó el riesgo de caída de acuerdo con la escala de riesgo de caída de J. H. Downton (ANEXOS). La cual evalúa caídas previas, medicamentos, déficit sensorial, estado mental y la deambulación. <sup>110</sup>	Se evaluó el riesgo de caída que presentaba el paciente
Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas.	EDUCACIÓN Y APOYO		En ocasiones se siente mareada por estar tanto tiempo acostada, y se levanta con precaución, ya no necesita de ayuda del personal para levantarse sin embargo prefiere esperar un poco para levantarse.
Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.	EDUCACION Y APOYO	El profesional de enfermería es quien, directamente, se ocupa de la seguridad de los pacientes en todos sus aspectos, lo que incluye la información a los pacientes y familiares sobre los riesgos detectados y la manera de contribuir al cuidado	Siempre se levanta con cuidado con apoyo del personal o del familiar para evitar resbalar durante la noche únicamente.

<sup>110</sup> Barrientos J. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. Enfermería universitaria. México 2013.

Colocar los objetos al alcance de la paciente para evitar que haga esfuerzos, y ayudar con los autocuidados.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	del paciente, además de desarrollar competencias específicas que garanticen un ejercicio basado en los más altos estándares de calidad con enfoque en la seguridad del paciente y su familia, ya que su práctica requiere demostrar evidencia de su compromiso con la garantía de la calidad en la atención del paciente.	Ya se le hace muy fácil obtener las cosas que se encuentran a su alcance y ya no se desespera sino lo puede hacer, espera a que alguien le ayude.
Mantener los barandales de la cama en alto y mantener la cama en posición baja.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Los barandales en alto previenen que el paciente caiga de la cama, además si el paciente sufre una caída, la probabilidad de sufrir un traumatismo fuerte en cabeza se reduce si la cama se encuentra en una posición baja <sup>111</sup> .	Se mantienen los barandales en alto siempre que la paciente este sobre la cama, y se le enseña esto al familiar.
Vigilancia estrecha de familiar las 24hrs.	EDUCACION Y APOYO		Se orientó al paciente sobre lo importante que es estar pendiente de las necesidades del paciente para de esta forma minimizar los esfuerzos, no hubo incidentes de caídas.

<sup>111</sup> Ackley B, Ladwey G. Manual de diagnósticos de enfermería, Guía para la planificación de los cuidados. 7ª edición. Madrid: Elsevier; 2007.

Diagnostico	Deterioro de la integridad cutánea r/c cirugía m/p lesión secundaria		
Definición del diagnostico	Estado en el cual el individuo experimenta o está en riesgo de experimentar un daño en el tejido epidérmico y dérmico		
Objetivo	Mejorará la integridad cutánea		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Aplicación de antibiótico tópico en la zona de injerto donante.	TOTALMENTE COMPENSATORIO	La herida es la respuesta a una agresión mecánica, provocada por un acto quirúrgico o un traumatismo, entendiéndose como tal toda acción violenta ejercida sobre el organismo que de cómo resultado una solución de continuidad de los tejidos. La producción de una herida desencadena un síndrome inflamatorio, pérdida de sustancia, hemorragia, dolor, separación de bordes y una serie de síntomas que dependen de la localización de la herida, del tipo de lesión y de la profundidad de la misma <sup>112</sup> .	Se aplica rifampicina spray en zona donadora de injerto cada 8 horas.
Tendido de cama diariamente.	TOTALMENTE COMPENSATORIO		Se realiza el cambio de ropa de cama por la mañana asegurando que esté limpia, seca y sin arrugas.
Cambio de ropa.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO		Se cambia la bata y la ropa interior diariamente.
Cuidados de la piel, lubricarla después del baño.	EDUCACIÓN Y APOYO		Se aplica crema hidratante en toda la piel después del baño.

<sup>112</sup> Batamero Gómez B, Bravo Malo A, et.al, "oposiciones de enfermería", ed. CTO, España, 2011, pp 888.

Diagnostico	Disconfort m/p ansiedad, llanto, deterioro del patrón de sueño, incapacidad para relajarse, recursos económicos insuficientes, irritabilidad, inquietud.		
Definición del diagnostico	Percepción de falta de tranquilidad, alivio trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental y social.		
Objetivo	Disminuir la ansiedad de la paciente debido a la estancia hospitalaria.		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Determinar los objetivos de la paciente y la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.	EDUCACIÓN Y APOYO	La duración de la estancia hospitalaria del paciente es un asunto muy importante debido a su relación con hechos administrativos, así como con asuntos sociales y culturales y de diagnóstico clínico.	Han encontrado formas de distraerse, cuando sale la paciente a algún estudio, ellos piden al personal quedarse unos minutos fuera, se colocan en la ventana y ponen atención a lo que pasa fuera del pabellón.
Proporcionar un ambiente limpio y seguro.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Hay una relación directa entre la prolongación de la hospitalización, con el aumento de los costos, el alto riesgo de infecciones intrahospitalarias y el aumento en la mortalidad <sup>113</sup>	Asegurar la limpieza de su habitación con el personal afanador, y mantener desocupada su buro y mesa de la paciente.
Facilitar medidas de	PARCIALMENTE	La higiene personal se define como el	Ha ella le gusta bañarse con

<sup>113</sup> González Angulo Ignacio Javier, Rivas González Guadalupe del Carmen, Cedena Romero Aurora, Gómez Cortina Benjamín, "relación entre el prestador de servicios de salud y la estancia prolongada en el hospital", revista CONAMED, vol. 14 numero 4, octubre-diciembre 2009.

<p>higiene para mantener la comodidad de la persona.</p>	COMPENSATORIO	<p>conjunto de medidas y normas que deben cumplirse individualmente para lograr y mantener una presencia física aceptable, un óptimo desarrollo físico y un adecuado estado de salud y así poder evitar enfermedades.</p>	<p>agua caliente en la regadera, quedarse unos minutos en la silla a que el agua corra en su espalda y es una gran forma de relajación para ella, se olvida de todo lo que está viviendo durante ese tiempo, y después de eso puede dormir plácidamente.</p>
<p>Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a la paciente y su familiar.</p>	EDUCACIÓN Y APOYO	<p>Son un conjunto de elementos que facilitan la realización del proceso enseñanza-aprendizaje, estos contribuyen a que se logre el dominio de un contenido determinado, la adquisición de habilidades, destrezas y estrategias, como también a la formación de actitudes y valores.</p>	<p>Realizar una investigación clara y concreta sobre la etapa de su enfermedad, por qué volvió a reincidir, y que es lo que continua en su tratamiento.</p>
<p>Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</p>	PARCIALMETE COMPENSATORIO	<p>El humor puede ayudar a los pacientes a disminuir la ansiedad.</p>	<p>Hablar con la paciente de temas fuera de su padecimiento, necesidades, etc.</p>

Diagnostico	Aflicción crónica r/c crisis en el manejo de la enfermedad m/p expresa sentimientos negativos de depresión, tristeza recurrente			
Definición del diagnostico	Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente experimentado por un individuo con enfermedad crónica en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad.			
Objetivo	Disminuirá aflicción			
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA				
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	DE	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Realizar escucha activa, para identificar factores que favorezcan a la aflicción.	EDUCACIÓN APOYO	Y	Frecuentemente la aflicción psicológica causa sufrimiento en el paciente y en sus familiares, resultando un reto para el diagnóstico y el tratamiento de ella.	La paciente continua sintiéndose mal debido a su estancia hospitalaria, sin embargo las razones han cambiado porque sabe que se acerca su alta hospitalaria y no tendrán dinero para pagar.
Ayudar a la paciente a mantener un ciclo normal de sueño.	EDUCACION APOYO	Y	Si se le prestara más atención al diagnóstico y tratamiento de esta depresión, podrían mejorarse los mecanismos de afrontamiento para los pacientes y sus familiares <sup>114</sup> .	Ella no acostumbra dormir siestas pero se siente muy aburrida y durante la noche ya no puede dormir debido a las presiones que tiene.

<sup>114</sup><http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewFile/219/242>

Vigilar la función cognoscitiva.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Cuando se sufre una lesión importante, ocurre una rotura de la barrera de protección de la persona, el paciente presenta sensación (psicológica) de dolor el cual se siente como una señal de peligro compuesto de elementos fisiológicos y psicosociales <sup>115</sup> .	Ya ha podido tomar decisiones por ella misma, le gusta mucho participar en lo que respecta a su enfermedad debido a que con lo que ha aprendido durante estos días hospitalizada se siente más segura para hablar sobre su enfermedad.
Relacionarse con la paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y dar oportunidad a la paciente para hablar sobre sus sentimientos.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Las relaciones se presentan y desarrollan de acuerdo con las percepciones y experiencias comunitarias y grupales, las tendencias para asumir los entornos y escenarios en sus más diversas dimensiones e incluso su influencia en las transformaciones políticas, sociales y económicas <sup>116</sup> .	Le gusta hablar mucho sobre lo que le ha pasado durante los días que no asisto a verla, como ha avanzado su mejoría, y de igual forma que le cuenta su esposo sobre sus hijas.
Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del humor disfuncional.	PARCIALEMENTE COMPENSATORIO	Solo el paciente puede determinar si los hábitos de socialización son satisfactorios o no. A algunas personas les gusta pasar gran parte de su tiempo a solas, a otras, no. Los problemas de movilidad entorpecen normalmente la socialización, pero muchas dificultades asociadas pueden superarse con la	Se deprime porque extraña a sus hijas y esta presionada por saber cómo pagaran la cuenta del hospital.
Enseñar nuevas técnicas de	ENSEÑANZA Y APOYO		Darle opciones para comunicarse con sus familiares

<sup>115</sup>ET.AL.

<sup>116</sup><http://www.eumed.net/rev/ccss/14/pbag.html>

<p>resolución de problemas.</p> <p>Animar a la paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>planificación</p> <p>Se ha demostrado que la música puede ayudar a disminuir la ansiedad en pacientes hospitalizados</p>	<p>lejanos, como llamadas continuamente, escribir cartas, etc.</p> <p>Ella fraterniza con el personal debido a la larga estancia que ha estado en el hospital.</p>
--	---------------------------------------	---	--

#### **XIV. VALORACION FOCALIZADA No. 4**

1ro de Junio de 2015

Rosalía se encuentra sentada, consciente, alerta, atenta, presenta cansancio, facies de angustia, con los siguientes signos vitales a las 12:00 pm:

F.C. de 90x', F.R. de 22 x', T/A de 120/80, T° de 36.5°.

Peso 50kg, talla: 1.51mts, IMC: 21.92%

➤ **(R.U.3) Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos**

Su dieta es hiperproteica rica en fibra y potasio.

Realiza dos comidas completas del hospital, ha comprendido la importancia de la dieta hospitalaria, elimino la comida chatarra de su alimentación y únicamente consume fruta entre comidas.

Sus niveles de glucosa se han encontrado estables con la toma y registro una vez al día antes del desayuno, están entre 80mg/dl a 90mg/dl.

➤ **(R.U.4.) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos**

Presenta problemas con la eliminación intestinal, tiene estreñimiento una vez por semana, ha incrementado la ingesta de fibra en su dieta, la deambulacion es más constante asistida por familiar.

Para el estreñimiento toma lactulosa 5ml v.o. cada 12 horas PRN.

En cuanto a la eliminación vesical refiere ir al baño 8 veces al día, no tiene problemas, la orina es de color amarillo claro.

Se le realiza un EGO y sus resultados continúan sin alteraciones.

➤ **(R.U.5) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo**

Logra moverse libremente, comenzando a hacer autosuficiente, pero bajo supervisión de familiar.

No puede dormir por las presiones económicas que tiene, sabe que si a ella la dan de alta no podrá cubrir la cuenta del hospital, no puede evitar dejar de pensar en eso todos los días, refiere únicamente dormir de 3 a 4 horas por la noche, sin tomar siesta durante el día.

Presenta dolor en una escala de EVA de 4, somático, e intermitente, se mantiene en vigila estrecha zona injertada y colgajo de zona donante. No se observan datos de infección, ni enrojecimiento, progresando significativamente.

➤ **(R.U.6.) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social**

Comunicación verbal directa, clara y abierta, realiza contacto visual lenguaje corporal caracterizado por gestos de angustia.

Su única compañía es su esposo y cuando él se va a Guerrero espera ansiosa para que le cuente lo que está pasando ahí, pero ya no se siente tan deprimida, ya que con las enfermeras y médicos ha entablado una buena relación y le sirve de distracción hablar con el personal, comienza a pensar en sus hijas que se encuentran lejos, las necesidades económicas la angustian durante la noche sin lograr dejarla dormir adecuadamente, no sabe cómo cubrirán la deuda con el hospital después de que la den de alta.

Ya se siente más tranquila por el contacto telefónico con sus hijas, ya que se ha dado cuenta de que su enfermedad va disminuyendo se siente más feliz y positiva.

➤ **(R.U.7.) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano**

A aumentado el número de llamadas que realiza a sus hijas, con esto se siente más tranquila, su preocupación sigue siendo el dinero, su esposo ha optado por salir a lavar coches ahora que ya puede estar un poco más sola, ella se siente bien porque su esposo puede distraerse con eso, pero esta consiente que con lo que gana no podrán pagar la cuenta y continua sin poder dormir.

➤ **(R.U.8.) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.**

Presente heridas en la pierna en la zona del injerto, y en zona de injerto donante, de etiología quirúrgica, sin secreción, no tiene cambio de color, no presenta olor característico, no ha tenido fiebre ni ningún signo de infección, de igual manera tiene un colgajo en el sitio de donación de injerto, se le realiza curación diario, con secreción escasa.

Caballo abundante sin embargo refiere que ha perdido bastante desde que comenzó con su tratamiento en el hospital.

**XV. HOJA DE DIAGNOSTICOS DE LA VALORACION FOCALIZADA “4”**

PRIORIDAD	REQUISITO ALTERADO	DIAGNOSTICOS	FECHA DE INICIO Y TERMINO
1	Actividad	Disposición para mejorar el autocuidado m/p seguimiento de la terapéutica medica.	1ro de junio-26 de junio de 2015
2	Peligros para la vida	Dolor agudo r/c procedimiento quirúrgico m/p verbalización, facies de dolor y EVA de 4.	1ro de junio-26 de junio de 2015
3	Eliminación	Alteración de la eliminación intestinal r/c baja ingesta de fibra m/p estreñimiento, disminución de la frecuencia de la evacuación, fatiga generalizada, eliminación de eses duras, secas y formadas, esfuerzo.	1ro de junio-26 de junio de 2015
4	Prevención de peligros para la vida	Riesgo de infección r/c enfermedad crónica, defensas primarias inadecuadas rotura de piel, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos, procedimientos invasivos (catéter venoso central).	1ro de junio-26 de junio de 2015
5	Prevención de peligros para la vida	Riesgo de caídas r/c efectos adversos de medicamentos.	1ro de junio-26 de junio de 2015
6	Prevención de peligros para la vida	Deterioro de la integridad cutánea r/c deterioro de la sensibilidad m/p invasión de las estructuras corporales.	1ro de junio-26 de junio de 2015
7	Soledad e interacción social	Disconfort m/p ansiedad, llanto, deterioro del patrón de sueño, incapacidad para relajarse, recursos económicos insuficientes, irritabilidad, inquietud.	1ro de junio-26 de junio de 2015
8	Soledad e interacción social	Aflicción crónica r/c crisis en el manejo de la enfermedad m/p expresa sentimientos negativos de depresión, tristeza recurrente	1ro de junio-26 de junio de 2015

Diagnostico	Alteración de la eliminación intestinal r/c baja ingesta de fibra m/p estreñimiento, disminución de la frecuencia de la evacuación, fatiga generalizada, eliminación de eses duras, secas y formadas, esfuerzo en la defecación.		
Definición del diagnostico	Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o completa de heces excesivamente duras y secas		
Objetivo	Disminuir el estreñimiento		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Administración de Lactulax 5ml v.o. cada 12 horas, PRN.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Contienen iones o moléculas no absorbibles que crean un gradiente osmótico que favorecen la excreción luminal de fluido. Mejorarían la peristalsis al hidratar las heces y aumentar su volumen <sup>117</sup> .	El estreñimiento está ya muy disminuido solo lo presenta una vez a la semana, y algunas semanas ya no lo tiene.
Enseñar al paciente/familiar que registre el color, volumen frecuencia y consistencia de las deposiciones.	EDUCACION Y APOYO	Aunque tradicionalmente se definía el estreñimiento como una disminución en la frecuencia de las deposiciones (<3/semana), la evidencia muestra que el tipo o consistencia de las heces y/o la dificultad para su expulsión son las variables que mejor definen el hábito	Después de explicar el código de evacuaciones (anexos), la paciente es capaz de identificar el color, volumen frecuencia y consistencia de las deposiciones respecto a su estreñimiento y distinguirlo de lo normal.

<sup>117</sup><http://www.studentconsult.es/bookportal/esencial-gastroenterologia/sin-autor/esencial-gastroenterologia/9788475927220/500/701.html>

<p>Deambulaci3n asistida por familiar.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>intestinal y que mejor orientan el abordaje terap6utico<sup>118</sup>.</p>	<p>Realiza deambulaci3n constantemente asistida por el familiar.</p>
<p>Identificar los factores que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo</p>	<p>EDUCACION Y APOYO</p>	<p>A partir de 2006, para brindar orientaci3n alimentaria, se utiliza en nuestro pa3s “el plato del bien comer”, en 6l se representan gr6ficamente los grupos de alimentos. Se propone el consumo de tres grupos de alimentos y de composici3n muy semejante: las frutas y verduras, los cereales y tub6rculos, las leguminosas y alimentos de origen animal. Cada uno de estos grupos re7ne alimentos que son equivalentes, lo que significa que pueden ser sustituibles entre s3, sin que se altere notablemente el aporte nutritivo<sup>119</sup>.</p>	<p>Se realiza un listado de los alimentos ricos en fibra que ayudan a disminuir el estreñimiento, despu6s de esto ella ha elegido la fruta que m6s le gusta y la que m6s le ayuda a disminuir el estreñimiento, al fin se ha logrado la integridad de la comida del hospital con las peticiones de la familia y con lo que le trae de fuera el familiar.</p>

<sup>118</sup> Et.al.

<sup>119</sup> Norma oficial mexicana NOM-043-SSA2-2005, servicios b6sicos de salud. Promoci3n y educaci3n para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientaci3n. Publicaci3n en el D.O.F. 23 de enero 2006.

Diagnostico	Dolor agudo r/c procedimiento quirúrgico m/p verbalización, facies de dolor y EVA de 4		
Definición del diagnostico	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International AssociationfortheStudy of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.		
Objetivo	Disminuirá el dolor		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Generalmente se suelen utilizar métodos de autoevaluación–escalas, cuestionarios- que valoran parámetros clínicos. De entre ellas, la escala más conocida y aceptada es la escala visual analógica ( EVA) , que intenta convertir variables cualitativas , como la percepción del dolor por el propio paciente, en variables cuantitativas que puedan , según su gradación , darnos idea de la intensidad del dolor y , por tanto de la analgesia necesaria. <sup>120</sup>	Mediante la escala de EVA la paciente logra identificar las características del dolor, y el nivel en la escala que ocupa, Presenta dolor en una escala de EVA de 4, siendo únicamente ocasional.
Monitorización de signos vitales.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	La Sociedad Española del Dolor lo considera una enfermedad, recalcando la importancia del dolor para aquel que	Sus signos vitales se encuentran estables, ya que el dolor ha disminuido significativamente.

<sup>120</sup>[http://www.dolopedia.com/index.php/Valoraci%C3%B3n\\_del\\_dolor\\_agudo](http://www.dolopedia.com/index.php/Valoraci%C3%B3n_del_dolor_agudo)

<p>Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</p>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>lo padece, y considerado por gran parte de la comunidad médica más que como un síntoma como una patología.</p> <p>La analgesia es el alivio de la sensación de dolor sin intención de producir sedación<sup>121</sup>.</p>	<p>Tiene infusión de Tramadol 300mg i.v. + 250ml de sol. Salina p/24 hrs, se suspende el Lorazepam, ya que el dolor ha disminuido a 4.</p>
<p>Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias.</p>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Estudios realizados por diversos autores, relacionando el dolor y algunas dimensiones de la personalidad, manifiestan que pacientes con elevado índice de neuroticismo (inestabilidad) acompañan valoraciones importantes de dolor y que índices altos de extroversión aumentan las quejas acerca de este.<sup>122</sup></p>	<p>Se apaga la luz y se realiza escucha activa de la paciente, para que logre disminuir el dolor, con técnicas de relajación.</p>

<sup>121</sup> <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>

<sup>122</sup> [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32\\_3\\_03/mil06303.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_3_03/mil06303.htm)

Diagnostico	Disposición para mejorar el autocuidado m/p seguimiento de la terapéutica medica		
Definición del diagnostico	Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar que puede ser reforzado		
Objetivo	Mejorará la recuperación quirúrgica de la paciente acelerando su recuperación y alta hospitalaria.		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Antes de realizar alguna actividad, evaluar la presencia de dolor y tratar el dolor.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	El dolor limita la movilidad y frecuentemente es exacerbado por el movimiento. <sup>123</sup> Tramadol: Dolor de moderado a severo <sup>124</sup>	La paciente contaba con una infusión de analgésico ya que presentaba dolor continuamente, además de tener prescritos más analgésicos en caso de seguir presentando dolor. Tiene infusión de Tramadol 300mg i.v. + 250ml de sol. Salina p/24 hrs, a pesar de eso se le ministra Lorazepam 1mg. v.o. D.U., P.V.M.
Aplicación de antibiótico tópico en la zona de injerto donante.	TOTALMENTE COMPENSATORIA	La producción de una herida desencadena un síndrome inflamatorio, pérdida de sustancia, hemorragia, dolor, separación de bordes y una serie de síntomas que dependen de la localización de la herida, del tipo de	Se aplica rifampicina spray en zona donadora de injerto cada 8 horas.

<sup>123</sup> Carpenito Juall Lynda, "Manual de diagnosticos enfermeros", Ed. Lippincott, 14ta ed., 2013.

<sup>124</sup> vademécum <http://www.vademecum.es/principios-activos-tramadol-n02ax02>

<p>Verificar que no haya signos de infección en la zona de injerto.</p>	<p>ENSEÑANZA Y EDUCACION</p>	<p>lesión y de la profundidad de la misma<sup>125</sup></p> <p>A pesar de que se reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y que es susceptible, en la mayoría de los casos de prevenirse, se debe señalar que existen casos en los que se presenta debido a condiciones inherentes al huésped<sup>126</sup>.</p>	<p>Explicar signos de infección en zona de injerto a la paciente y familiar: observar color, temperatura, edema, ulceraciones, erupciones, integridad de la piel.</p>
---	------------------------------	--	---

<sup>125</sup> Batamero Gómez B, Bravo Malo A, et.al, "oposiciones de enfermería", ed. CTO, España, 2011, pp 888.

<sup>126</sup> NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicación en el D.O.F .el 21/11/2009.

Diagnostico	Aflicción crónica r/c crisis en el manejo de la enfermedad m/p expresa sentimientos negativos de depresión, tristeza recurrente		
Definición del diagnostico	Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente experimentado por un individuo con enfermedad crónica en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad.		
Objetivo	Disminuirá aflicción		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Realizar escucha activa, para identificar factores que favorezcan a la aflicción.	EDUCACIÓN Y APOYO	Frecuentemente la aflicción psicológica causa sufrimiento en el paciente y en sus familiares, resultando un reto para el diagnóstico y el tratamiento de ella.	La paciente continua sintiéndose mal debido a su estancia hospitalaria, sin embargo las razones ha cambiado porque sabe que se acerca su alta hospitalaria y no tendrán dinero para pagar.
Ayudar a la paciente a mantener un ciclo normal de sueño.	EDUCACION Y APOYO	Si se le prestara más atención al diagnóstico y tratamiento de esta depresión, podrían mejorarse los mecanismos de afrontamiento para los pacientes y sus familiares <sup>127</sup> .	La paciente duerme de 3 a 4 horas durante la noche, despierta preocupada y se queda así 15 min y vuelve a dormir por las presiones económicas que tiene.
Vigilar la función cognoscitiva.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Para sentirse descansada normalmente una persona, debe completar un ciclo	Ya ha podido tomar decisiones por ella misma, le gusta mucho

<sup>127</sup><http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewFile/219/242>

<p>Relacionarse con la paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y dar oportunidad a la paciente para hablar sobre sus sentimientos.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>completo de sueño 870-100 minutos) 4 o 5 veces cada noche<sup>128</sup></p> <p>Cuando se sufre una lesión importante, ocurre una rotura de la barrera de protección de la persona, el paciente presenta sensación (psicológica) de dolor el cual se siente como una señal de peligro compuesto de elementos fisiológicos y psicosociales<sup>129</sup>.</p>	<p>participar en lo que respecta a su enfermedad debido a que con lo que ha aprendido durante estos días hospitalizada se siente más segura para hablar sobre su enfermedad.</p> <p>Le gusta hablar mucho sobre lo que le ha pasado durante los días que no asisto a verla, como ha avanzado su mejoría, y de igual forma que le cuenta su esposo sobre sus hijas.</p>
<p>Enseñar nuevas técnicas de resolución de problemas.</p>	<p>ENSEÑANZA Y APOYO</p>	<p>Las relaciones se presentan y desarrollan de acuerdo con las percepciones y experiencias comunitarias y grupales, las tendencias para asumir los entornos y escenarios en sus más diversas dimensiones e incluso su influencia en las transformaciones políticas, sociales y económicas<sup>130</sup>.</p>	<p>Se deprime porque extraña a sus hijas y esta presionada por saber cómo pagaran la cuenta del hospital.</p>

<sup>128</sup> Carpenito Juall Lynda, "Manual de diagnosticos enfermeros", Ed. Lippincott, 14ta ed., 2013.

<sup>129</sup> ET.AL.

<sup>130</sup> <http://www.eumed.net/rev/cccss/14/pbag.html>

<p>Animar a la paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>Los problemas de movilidad entorpecen normalmente la socialización, pero muchas dificultades asociadas pueden superarse con la planificación Se ha demostrado que la música puede ayudar a disminuir la ansiedad en pacientes hospitalizados</p>	<p>Darle opciones para comunicarse con sus familiares lejanos, como llamadas continuamente, escribir cartas, etc. Ella fraterniza con el personal debido a la larga estancia que ha estado en el hospital.</p>
--	------------------------	---	--

Diagnostico	Riesgo de infección r/c enfermedad crónica, defensas primarias inadecuadas rotura de piel, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos, procedimientos invasivos como catéter venoso central.		
Definición del diagnostico	Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos		
Objetivo	Disminuirá riesgo de infección		
<b>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>SISTEMA DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>EVALUACION</b>
Baño e higiene personal	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Las infecciones nosocomiales agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente y, en algunos casos, pueden ocasionar trastornos discapacitantes que reducen la calidad de la vida. Son una de las principales causas de defunción <sup>131</sup> .	Ya puede realizar el baño de pie en la regadera, con vigilancia y ayuda de su familiar, lo encuentra relajante y satisfactorio.
Enseñanza de lavado de manos a la paciente como al familiar.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Las infecciones nosocomiales representan un problema de gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, con un incremento consecuente en el costo	Se enseña el lavado de manos a la paciente y a la familiar con agua y jabón, y de igual manera con solución alcoholada.

<sup>131</sup>[http://www.who.int/csr/resources/publications/ES\\_WHO\\_CDS\\_CSR\\_EPH\\_2002\\_12.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf)

<p>Verificar que no haya signos de infección en la zona de injerto.</p>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>social de años de vida potencialmente perdidos, así como de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico<sup>132</sup>.</p> <p>A pesar de que se reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y que es susceptible, en la mayoría de los casos de prevenirse, se debe señalar que existen casos en los que se presenta debido a condiciones inherentes al huésped.</p>	<p>La paciente ha aprendido a identificar signos y síntomas de infección en la zona de injerto y se dedica a observar color, temperatura, edema, ulceraciones, erupciones, integridad de la piel.</p>
---	-------------------------------------	---	---

<sup>132</sup> [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009)

Diagnostico	Riesgo de caídas r/c efectos adversos de medicamentos.		
Definición del diagnostico	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico		
Objetivo	Disminuirá riesgo de caídas		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas.	EDUCACIÓN Y APOYO	Se evaluó el riesgo de caída de acuerdo con la escala de riesgo de caída de J. H. Downton (ANEXOS). La cual evalúa caídas previas, medicamentos, déficit sensorial, estado mental y la deambulaci3n. <sup>133</sup>	En ocasiones se siente mareada por estar tanto tiempo acostada, y se levanta con precauci3n, ya no necesita de ayuda del personal para levantarse sin embargo prefiere esperar un poco para levantarse.
Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.	EDUCACION Y APOYO	El profesional de enfermería es quien, directamente, se ocupa de la seguridad de los pacientes en todos sus aspectos, lo que incluye la informaci3n a los pacientes y familiares sobre los riesgos detectados y la manera de contribuir al cuidado del paciente, además de desarrollar competencias específicas que garanticen un ejercicio basado en	Siempre se levanta con cuidado con apoyo del personal o del familiar para evitar resbalar durante la noche únicamente.
Colocar los objetos al alcance de la	PARCIALMENTE COMPENSATORIO		Ya se le hace muy fácil obtener las cosas que se encuentran a su

<sup>133</sup> Barrientos J. Adaptaci3n y validaci3n de un instrumento de valoraci3n de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. Enfermería universitaria. México 2013.

<p>paciente para evitar que haga esfuerzos, y ayudar con los autocuidados.</p>		<p>los más altos estándares de calidad con enfoque en la seguridad del paciente y su familia, ya que su práctica requiere demostrar evidencia de su compromiso con la garantía de la calidad en la atención del paciente.</p>	<p>alcance y ya no se desespera sino lo puede hacer, espera a que alguien le ayude.</p>
<p>Mantener los barandales de la cama en alto y mantener la cama en posición baja.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Los barandales en alto previenen que el paciente caiga de la cama, además si el paciente sufre una caída, la probabilidad de sufrir un traumatismo fuerte en cabeza se reduce si la cama se encuentra en una posición baja<sup>134</sup>.</p>	<p>Se mantienen los barandales en alto siempre que la paciente este sobre la cama, y se le enseña esto al familiar.</p>
<p>Vigilancia estrecha de familiar las 24 horas.</p>	<p>TOTALMENTE COMPENSATORIO</p>		<p>Se orientó al paciente sobre lo importante que es estar pendiente de las necesidades del paciente para de esta forma minimizar los esfuerzos, no hubo incidentes de caídas.</p>

<sup>134</sup> Ackley B, Ladwey G. Manual de diagnósticos de enfermería, Guía para la planificación de los cuidados. 7ª edición. Madrid: Elsevier; 2007.

Diagnostico	Deterioro de la integridad cutánea r/c deterioro de la sensibilidad m/p invasión de las estructuras corporales.		
Definición del diagnostico	Alteraciones de la epidermis y/o dermis		
Objetivo	Mejorará la integridad cutánea		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Cuidados de la piel, lubricarla después del baño.	EDUCACIÓN Y APOYO	La herida es la respuesta a una agresión mecánica, provocada por un acto quirúrgico o un traumatismo, entendiéndose como tal toda acción violenta ejercida sobre el organismo que de cómo resultado una solución de continuidad de los tejidos. La producción de una herida desencadena un síndrome inflamatorio, pérdida de sustancia, hemorragia, dolor, separación de bordes y una serie de síntomas que dependen de la localización de la herida, del tipo de lesión y de la profundidad de la misma <sup>135</sup> .	Se aplica crema hidratante en toda la piel después del baño.
Tendido de cama diariamente.	TOTALMENTE COMPENSATORIO		Se realiza el cambio de ropa de cama por la mañana asegurando que esté limpia, seca y sin arrugas.
Cambio de ropa una vez al día.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO		Se cambia la bata y la ropa interior diariamente.
Aplicación de antibiótico tópico en la zona de injerto donante.	TOTALMENTE COMPENSATORIO		Se aplica rifampicina spray en zona donadora de injerto cada 8 horas.

<sup>135</sup>[http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN\\_OPECaMa\\_CapM.pdf](http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_OPECaMa_CapM.pdf) P.P 888.

Diagnostico	Disconfort m/p ansiedad, llanto, deterioro del patrón de sueño, incapacidad para relajarse, recursos económicos insuficientes, irritabilidad, inquietud.		
Definición del diagnostico	Percepción de falta de tranquilidad, alivio trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental y social.		
Objetivo	Disminuir la ansiedad de la paciente debido a la estancia hospitalaria.		
PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Determinar los objetivos de la paciente y la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.	EDUCACIÓN Y APOYO	La duración de la estancia hospitalaria del paciente es un asunto muy importante debido a su relación con hechos administrativos, así como con asuntos sociales y culturales y de diagnóstico clínico.	Han encontrado formas de distraerse, cuando sale la paciente a algún estudio, ellos piden al personal quedarse unos minutos fuera, se colocan en la ventana y ponen atención a lo que pasa fuera del pabellón.
Proporcionar un ambiente limpio y seguro.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Hay una relación directa entre la prolongación de la hospitalización, con el aumento de los costos, el alto riesgo de infecciones intrahospitalarias y el aumento en la mortalidad <sup>136</sup>	Asegurar la limpieza de su habitación con el personal afanador, y mantener desocupada su buro y mesa de la paciente.

<sup>136</sup> González Angulo Ignacio Javier, Rivas González Guadalupe del Carmen, Cedena Romero Aurora, Gómez Cortina Benjamín, "relación entre el prestador de servicios de salud y la estancia prolongada en el hospital", revista CONAMED, vol. 14 numero 4, octubre-diciembre 2009.

<p>Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>La higiene personal se define como el conjunto de medidas y normas que deben cumplirse individualmente para lograr y mantener una presencia física aceptable, un óptimo desarrollo físico y un adecuado estado de salud y así poder evitar enfermedades.</p>	<p>La paciente ya puede realizar autocuidados básicos como el baño y sus cuidados personales, le gusta bañarse con agua caliente en la regadera, quedarse unos minutos en la silla a que el agua corra en su espalda y es una gran forma de relajación para ella, se olvida de todo lo que está viviendo durante ese tiempo, y después de eso puede dormir plácidamente.</p>
<p>Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a la paciente y su familiar.</p>	<p>EDUCACION Y APOYO</p>	<p>Son un conjunto de elementos que facilitan la realización del proceso enseñanza-aprendizaje, estos contribuyen a que se logre el dominio de un contenido determinado, la adquisición de habilidades, destrezas y estrategias, como también a la formación de actitudes y valores.</p>	<p>Realizar una investigación clara y concreta sobre la etapa de su enfermedad, por qué volvió a reincidir, y que es lo que continua en su tratamiento.</p>
<p>Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</p>		<p>El humor puede ayudar a los pacientes a disminuir la ansiedad.</p>	<p>Hablar con la paciente sobre su próxima alta y poder buscar alternativas para cubrir la cuenta, y que este más tranquila.</p>

## **XVI. Valoración focalizada 5**

29 de junio de 2015

Rosalía se encuentra en posición fowler, consiente, alerta, atenta, presenta cansancio, facies de angustia, con los siguientes signos vitales a las 12:00 pm:

F.C. de 90x', F.R. de 22 x', T/A de 120/80, Tº de 36.5º.

Peso 50kg, talla: 1.51mts, IMC: 21.92%

### ➤ **(R.U.5) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo**

No puede dormir por las presiones económicas que tiene, sabe que si a ella la dan de alta no podrá cubrir la cuenta del hospital, no puede evitar dejar de pensar en eso todos los días, refiere únicamente dormir de 3 a 4 horas por la noche, sin tomar siesta durante el día.

Ha ido progresando significativamente, en la zona del injerto no se presentan datos de infección, ni enrojecimiento, tampoco en la zona donador, sin embargo se mantiene bajo vigilancia estricta.

### ➤ **(R.U.6) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social**

Comunicación verbal directa, clara y abierta, realiza contacto visual lenguaje corporal caracterizado por gestos de angustia.

Su única compañía es su esposo y cuando él se va a Guerrero espera ansiosa para que le cuente lo que está pasando ahí, pero ya no se siente tan deprimida, ya que con las enfermeras y médicos ha entablado una buena relación y le sirve de distracción hablar con el personal, comienza a pensar en sus hijas que se encuentran lejos, las necesidades económicas la angustian durante la noche sin lograr dejarla dormir adecuadamente, no sabe cómo cubrirán la deuda con el hospital después de que la den de alta.

Ya se siente más tranquila por el contacto telefónico con sus hijas, ya que se ha dado cuenta de que su enfermedad va disminuyendo se siente más feliz y positiva.

➤ **(R.U.7) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano**

A aumentado el número de llamadas que realiza a sus hijas, con esto se siente más tranquila, su preocupación sigue siendo el dinero, su esposo ha optado por salir a lavar coches ahora que ya puede estar un poco más sola, ella se siente bien porque su esposo puede distraerse con eso, pero esta consiente que con lo que gana no podrán pagar la cuenta y continua sin poder dormir.

➤ **(R.U.8.) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.**

Presente heridas en la pierna en la zona del injerto, y en zona de injerto donante, de etiología quirúrgica, sin secreción, no tiene cambio de color, no presenta olor característico, no ha tenido fiebre ni ningún signo de infección, se le realiza curación diario.

**XVII. PLANES DE VALORACION FOCALIZADA “5”**

PRIORIDAD	REQUISITO ALTERADO	DIAGNOSTICOS	FECHA DE INICIO Y TERMINO
1	Actividad	Deterioro del patrón del sueño r/c conflictos económicos para solventar el tratamiento médico m/p insomnio, angustia, verbalización de cansancio y conciliación del sueño de 3 a 4 horas.	29 de junio-24 de julio de 2015
2	Prevención de peligros para la vida	Riesgo de infección r/c enfermedad crónica, defensas primarias inadecuadas.	29 de junio-24 de julio de 2015
3	Prevención de peligros para la vida	Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física.	29 de junio-24 de julio de 2015
5	Soledad e interacción social	Disconfort r/c estancia hospitalaria prolongada m/p ansiedad, deterioro del patrón de sueño.	29 de junio-24 de julio de 2015
6	Soledad e interacción social	Aflicción crónica r/c crisis en el manejo de la enfermedad m/p tristeza recurrente.	29 de junio-24 de julio de 2015



Diagnostico	Deterioro del patrón del sueño r/c conflictos económicos para solventar el tratamiento médico m/p insomnio, angustia, verbalización de cansancio y conciliación del sueño de 3 a 4 horas.		
Definición del diagnostico	Trastorno de la cantidad y la calidad del sueño limitado en el tiempo.		
Objetivo	Mejorará el patrón del sueño.		
<b>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>SISTEMA DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>EVALUACION</b>
Manejo ambiental	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	La duración de la estancia hospitalaria del paciente es un asunto muy importante debido a su relación con hechos administrativos, así como con asuntos sociales y culturales y de diagnóstico clínico.	Rosalía trata de distraerse con lo que hay a su alrededor y pensar en que ya está casi totalmente recuperada.
Potenciación de la seguridad.	PARCIALMENTE COMPNSATORIO	El profesional de enfermería es quien, directamente, se ocupa de la seguridad de los pacientes en todos sus aspectos, lo que incluye la información a los pacientes y familiares sobre los riesgos detectados y la manera de contribuir al cuidado del paciente, además de desarrollar competencias específicas que garanticen un ejercicio basado en los más altos estándares de calidad con enfoque en la seguridad del paciente y	A pesar de que Rosalía se encuentra triste, ha mejorado en cuanto a la escala de depresión ya se encuentra en un puntaje mínimo.

<p>Terapia de relajación simple</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>su familia, ya que su práctica requiere demostrar evidencia de su compromiso con la garantía de la calidad en la atención del paciente.</p> <p>Para sentirse descansada normalmente una persona, debe completar un ciclo completo de sueño (70-100 minutos) 4 o 5 veces cada noche<sup>137</sup></p>	<p>Practicar con Rosalía terapia de relajación, y escucha activa para que se sienta más tranquila.</p>
<p>Disminución de la ansiedad.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>El humor puede ayudar a los pacientes a disminuir la ansiedad.</p>	<p>Hablar con la paciente sobre su próxima alta y poder buscar alternativas para cubrir la cuenta.</p>

<sup>137</sup> Carpenito Juall Lynda, "Manual de diagnósticos enfermeros", Ed. Lippincott, 14ta ed., 2013.

Diagnostico	Aflicción crónica r/c crisis en el manejo de la enfermedad m/p expresa sentimientos negativos de depresión, tristeza recurrente		
Definición del diagnostico	Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente experimentado por un individuo con enfermedad crónica en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad.		
Objetivo	Disminuirá aflicción		
<b>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Realizar escucha activa, para identificar factores que favorezcan a la aflicción.	EDUCACIÓN Y APOYO	Frecuentemente la aflicción psicológica causa sufrimiento en el paciente y en sus familiares, resultando un reto para el diagnóstico y el tratamiento de ella. Si se le prestara más atención al diagnóstico y tratamiento de esta depresión, podrían mejorarse los mecanismos de afrontamiento para los pacientes y sus familiares <sup>138</sup> .	La paciente continua sintiéndose mal debido a su estancia hospitalaria, sin embargo las razones ha cambiado, ahora es porque sabe que se acerca su alta hospitalaria y no tendrán dinero para pagar.
Ayudar a la paciente a mantener un ciclo normal de sueño.	EDUCACION Y APOYO	Para sentirse descansada normalmente una persona, debe completar un ciclo completo de sueño (870-100 minutos) 4 o 5 veces cada noche <sup>139</sup>	La paciente duerme de 3 a 4 horas durante la noche, despierta preocupada y se queda así 15 min y vuelve a dormir esto es por las presiones económicas que

<sup>138</sup> <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewFile/219/242>

<sup>139</sup> Carpenito Juall Lynda, "Manual de diagnósticos enfermeros", Ed. Lippincott, 14ta ed., 2013.

<p>Vigilar la función cognoscitiva.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Cuando se sufre una lesión importante, ocurre una rotura de la barrera de protección de la persona, el paciente presenta sensación (psicológica) de dolor el cual se siente como una señal de peligro compuesto de elementos fisiológicos y psicosociales<sup>140</sup>.</p>	<p>tiene. Ya ha podido tomar decisiones por ella misma, le gusta mucho participar en lo que respecta a su enfermedad debido a que con lo que ha aprendido durante estos días hospitalizada se siente más segura para hablar sobre la enfermedad.</p>
<p>Relacionarse con la paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y dar oportunidad a la paciente para hablar sobre sus sentimientos.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>Las relaciones se presentan y desarrollan de acuerdo con las percepciones y experiencias comunitarias y grupales, las tendencias para asumir los entornos y escenarios en sus más diversas dimensiones e incluso su influencia en las transformaciones políticas, sociales y económicas<sup>141</sup>.</p>	<p>Le gusta hablar mucho sobre lo que le ha pasado durante los días que no asisto a verla, como ha avanzado su mejoría, y de igual forma que le cuenta su esposo sobre sus hijas.</p>

<sup>140</sup> ET.AL.

<sup>141</sup> <http://www.eumed.net/rev/cccss/14/pbag.html>



<p>rifampicina spray en zona donadora de injerto cada 8 horas.</p> <p>Baño e higiene personal</p> <p>Enseñanza de lavado de manos a la paciente como al familiar.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p> <p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>saludables perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico<sup>143</sup>.</p> <p>A pesar de que se reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y que es susceptible, en la mayoría de los casos de prevenirse, se debe señalar que existen casos en los que se presenta debido a condiciones inherentes al huésped.</p>	<p>Se baña de pie en la regadera, y lo encuentra relajante debido a que ya tenía mucho que no lo hacía, se baña y se cambia de ropa diariamente.</p> <p>Se lava las manos constantemente, y ya está familiarizada con el lavado de manos clínico con agua y jabón, y solución alcoholada.</p>
---	--	--	---

<sup>143</sup> [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009)

Diagnostico	Riesgo de caídas r/c efectos adversos de medicamentos.		
Definición del diagnostico	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico		
Objetivo	Disminuirá riesgo de caídas		
<b>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Evaluación del riesgo de caídas	TOTALMENTE COMPENSATORIO	Se evaluó el riesgo de caída de acuerdo con la escala de riesgo de caída de J. H. Downton (ANEXOS). La cual evalúa caídas previas, medicamentos, déficit sensorial, estado mental y la deambulación. <sup>144</sup>	Tiene riesgo moderado de caídas.
Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas.	APOYO EDUCATIVO	El profesional de enfermería es quien, directamente, se ocupa de la seguridad de los pacientes en todos sus aspectos, lo que incluye la información a los pacientes y familiares sobre los riesgos detectados y la manera de contribuir al cuidado del paciente, además de desarrollar competencias específicas que garanticen un ejercicio basado en los más altos estándares de calidad con	Cuando en ocasiones se siente debilitada evita levantarse bruscamente, lo hace poco a poco.
Identificar las características del ambiente que puedan aumentar	APOYO EDUCATIVO		Durante la noche se levanta con cuidado con apoyo del personal o del familiar para evitar resbalar.

<sup>144</sup> Barrientos J. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. Enfermería universitaria. México 2013.

<p>las posibilidades de caídas.</p> <p>Mantener los barandales de la cama en alto y mantener la cama en posición baja.</p>	<p>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</p>	<p>enfoque en la seguridad del paciente y su familia, ya que su práctica requiere demostrar evidencia de su compromiso con la garantía de la calidad en la atención del paciente.</p> <p>Los barandales en alto previenen que el paciente caiga de la cama, además si el paciente sufre una caída, la probabilidad de sufrir un traumatismo fuerte en cabeza se reduce si la cama se encuentra en una posición baja<sup>145</sup>.</p>	<p>Se mantienen los barandales en alto siempre que la paciente este sobre la cama, y se le enseña esto al familiar.</p>
--	---------------------------------------	--	---

<sup>145</sup> Ackley B, Ladwey G. Manual de diagnósticos de enfermería, Guía para la planificación de los cuidados. 7ª edición. Madrid: Elsevier; 2007.

Diagnostico	Disconfort m/p ansiedad, llanto, deterioro del patrón de sueño, incapacidad para relajarse, recursos económicos insuficientes, irritabilidad, inquietud.		
Definición del diagnostico	Percepción de falta de tranquilidad, alivio trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental y social.		
Objetivo	Disminuir la ansiedad de la paciente debido a la estancia hospitalaria.		
<b>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SISTEMA DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Determinar los objetivos de la paciente y la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.	APOYO EDUCATIVO	La duración de la estancia hospitalaria del paciente es un asunto muy importante debido a su relación con hechos administrativos, así como con asuntos sociales y culturales y de diagnóstico clínico.	Han encontrado formas de distraerse, cuando sale la paciente a algún estudio, ellos piden al personal quedarse unos minutos fuera, se colocan en la ventana y ponen atención a lo que pasa fuera del pabellón.
Proporcionar un ambiente limpio y seguro.	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	Hay una relación directa entre la prolongación de la hospitalización, con el aumento de los costos, el alto riesgo de infecciones intrahospitalarias y el aumento en la mortalidad <sup>146</sup>	Asegurar la limpieza de su habitación con el personal afanador, y mantener desocupada su buro y mesa de la paciente.
Facilitar medidas de higiene para	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	La higiene personal se define como el conjunto de medidas y normas que	La paciente ya puede realizar autocuidados básicos como el

<sup>146</sup> González Angulo Ignacio Javier, Rivas González Guadalupe del Carmen, Cedena Romero Aurora, Gómez Cortina Benjamín, "relación entre el prestador de servicios de salud y la estancia prolongada en el hospital", revista CONAMED, vol. 14 numero 4, octubre-diciembre 2009.

<p>mantener la comodidad de la persona.</p>		<p>deben cumplirse individualmente para lograr y mantener una presencia física aceptable, un óptimo desarrollo físico y un adecuado estado de salud y así poder evitar enfermedades.</p>	<p>baño y sus cuidados personales, Ha ella le gusta bañarse con agua caliente en la regadera, quedarse unos minutos en la silla a que el agua corra en su espalda y es una gran forma de relajación para ella, se olvida de todo lo que está viviendo durante ese tiempo, y después de eso puede dormir plácidamente.</p>
<p>Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</p>	<p>APOYO EDUCATIVO</p>	<p>Son un conjunto de elementos que facilitan la realización del proceso enseñanza-aprendizaje, estos contribuyen a que se logre el dominio de un contenido determinado, la adquisición de habilidades, destrezas y estrategias, como también a la formación de actitudes y valores.</p>	<p>Hablar con la paciente sobre su próxima alta y poder buscar alternativas para cubrir la cuenta, y que este más tranquila.</p>

## CONCLUSIONES

- Las diversas situaciones que pasaban en el servicio social, la realización del proceso de atención de enfermería y cada situación que se presentaba durante el desarrollo de este, se convertía cada día en algo más complicado para el avance del presente trabajo
- Al concluir este trabajo se observa que la “Mucormicosis Cutánea” es un padecimiento largo y complicado, pero sobre todo que requiere de mucho autocuidado por parte de la persona que la padece.
- Rosalía siempre demostró un gran desempeño a pesar de que había estado en varios hospitales y por largos periodos de tiempo.
- Con todo esto sé que las personas que atendemos no eligen a sus enfermeros, sin embargo ellos ponen en nuestras manos lo más preciado que tienen que es su “vida”, es algo que me dejó muy claro Rosalía.
- Al final del proyecto y realizar la evaluación de cada una de las actividades desarrolladas, me es grato asegurar que le fueron de mucha ayuda a Rosalía, haciendo la comparación de la evaluación inicial con la final.
- Se llegó a un completo bienestar de Rosalía sin embargo no se logra el alta hospitalaria debido a la falta de dinero para pagar la estancia hospitalaria.
- Con esto se ve reflejado que el rol de la enfermera no solo es atender la enfermedad física, sino también lo que ocurren entorno a ella, puesto que todo esto influye a la pronta recuperación de los pacientes.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA**



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

Yo \_\_\_\_\_ certifico que he sido informado con la claridad y veracidad debida, respecto al ejercicio académico que la pasante en servicio social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, **ALAMILLA AZPEITIA ROSA SARAHI**, me ha invitado a participar de manera libre y voluntaria, actuando como colaborador en este procedimiento de forma activa.

Así mismo estoy de acuerdo y consciente que la información que se registre solo serán utilizados para fines de titulación de la pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, con su ejercicio académico vigilando el proceso de mi recuperación y el seguimiento del tratamiento médico.

Soy conocedor de la autonomía que poseo de oponerme o retirarme del ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin justificación alguna.

Pasante de la Licenciatura en Enfermería- y Obstetricia \_\_\_\_\_

Documentación de identificación \_\_\_\_\_

Nombre y firma del paciente \_\_\_\_\_

Documentación de identificación \_\_\_\_\_

Nombre y firma del familiar responsable \_\_\_\_\_

Documento de identificación \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA PERINATAL.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Enfermera (o) perinatal: \_\_\_\_\_

1.- DATOS GENERALES.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Peso I/A: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Grupo Rh: \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Origen y Residencia: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Persona Responsable \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Pareja: Edad \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Trabaja actualmente: \_\_\_\_\_  
Padecimiento: \_\_\_\_\_ Grupo y Rh: \_\_\_\_\_

2.- CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA.

Tipo de familia: Nuclear \_\_\_\_\_ Extensa \_\_\_\_\_ Integrada \_\_\_\_\_ Desintegrada \_\_\_\_\_  
Con quien vive: \_\_\_\_\_ Num. de integrantes \_\_\_\_\_  
Comunicación con: La pareja BRMN\* Hijos: BRMN Otros familiares: BRMN  
Cada cuando se reúne con su familia: \_\_\_\_\_ Actividades que realiza con la familia: \_\_\_\_\_  
Quien es el sustento de la familia: \_\_\_\_\_ Ingresos: \_\_\_\_\_  
\*Bueno B Regular R Malo M Nulo N

3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

Vivienda: casa  departamento  Propia  Rentada  Otra \_\_\_\_\_  
Tipo de Ventilación \_\_\_\_\_ Tipo de Iluminación \_\_\_\_\_  
Num. cuartos \_\_\_\_\_ Cuantas ventanas: \_\_\_\_\_ Tipo de Construcción: perecedero Durable Mixta Tipo de combustible utiliza: Gas  Petróleo  Leña  Otros: \_\_\_\_\_  
Servicios intradomiciliarios: Agua  Luz  Drenaje  Recolección de basura cada cuando/ como: \_\_\_\_\_ Pavimentación  Vigilancia  Teléfono público  Medio de transporte  Centros Educativos: Kinder  prim.  Sec  Prep.  Univ.  Recreativos  Comerciales  Servicios Médicos Cercanos  Tiempo de distancia aprox.: \_\_\_\_\_ Zoonosis: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Fauna nociva: \_\_\_\_\_

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

1. HABITOS DE SALUD:

Higiene de fosas nasales  Cada cuando \_\_\_\_\_ Convive con fumadores: Si No Fuma Si No Cuantos cigarros al día \_\_\_\_\_ Usa técnicas que mejoren su respiración (algún tipo de relajación) \_\_\_\_\_  
Requiere de algún apoyo respiratorio: Si No ¿Cual? \_\_\_\_\_

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ T/A: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ FCF \_\_\_\_\_  
Aparato respiratorio: Nariz: (deformación, obstrucción, desviación, mucosas, u otra): \_\_\_\_\_  
Tórax y pulmones: (forma y simetría, auscultación, tos, sibilancias, estertores, u otros): \_\_\_\_\_  
Sistema cardiovascular: (inspección, soplos): \_\_\_\_\_  
Sistema vascular periférico: extremidades superiores y pélvicas (temperatura, color, llenado capilar, varicosidades, uñas, edema periférico): \_\_\_\_\_

2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua: Si No Garrafón:  Potable:  Otros: \_\_\_\_\_  
Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo): \_\_\_\_\_  
Líquidos que le gustan y/o desagradan: \_\_\_\_\_

**2. REVISIÓN POR SISTEMAS:**

Hidratación de Piel y Mucosas: \_\_\_\_\_  
 Líquidos Parenterales (Tipo) \_\_\_\_\_

**3. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.**

**1. HABITOS DE SALUD:**

Cuántas comidas realiza durante el día: \_\_\_\_\_ Días a la semana en que consume: \_\_\_\_\_

Leche	Carne	Huevo	Verduras	Frutas	Tortillas	Pan	Quesos	Embutidos	Sal	Azúcar
-------	-------	-------	----------	--------	-----------	-----	--------	-----------	-----	--------

Alimentos que le gustan / desagradan: \_\_\_\_\_  
 Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) \_\_\_\_\_  
 Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) \_\_\_\_\_  
 Problemas relacionados con la digestión / ingestión: \_\_\_\_\_  
 Que sentido le da a la comida:  Convivencia  Recompensa  Supervivencia  Paliativo  Aburrimiento

	Desayuno	Comida	Cena	Colación
¿Con quien come?				
¿Dónde?				
¿Cuanto tiempo dispone para c/comida?				
Horarios				
Alimentos				

**2. REVISIÓN POR SISTEMAS:**

Boca: (dolores dentarios, sangrado en encía, úlceras en la lengua u otros sitios de la cavidad oral, pérdida del gusto, halitosis, dificultad para masticar, endodoncia, parcial o total): \_\_\_\_\_

Utiliza prótesis dental  Sí  No tiene caries:  Sí  No dientes flojos:  Sí  No Garganta:  dolor  disfagia

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

Aparato digestivo:  náusea  vómito  anorexia  pirosis  polifagia  eructos  dolor abdominal

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

**4. PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS.**

Intestinal: (describir características de la eliminación y frecuencia): \_\_\_\_\_

Ha presentado problemas en la eliminación intestinal:  Sí  No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

¿Ingiere algo para mejorar su eliminación?  Sí  No ¿qué? \_\_\_\_\_

Vesical: (describir características y frecuencia)

Ha presentado problemas en la eliminación vesical:  Sí  No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

¿Ingiere algo para mejorar su eliminación?:  Sí  No ¿qué? \_\_\_\_\_

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

**5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.**

**1. HABITOS DE SALUD**

Tipo de actividad que realiza en: casa \_\_\_\_\_ trabajo \_\_\_\_\_

Realiza actividad física cual/frecuencia/tiempo: \_\_\_\_\_

Tiempo libre: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas duerme? \_\_\_\_\_ Sensación al despertar \_\_\_\_\_

¿Presenta alguna dificultad para conciliar el sueño?  Sí  No ¿cómo lo resuelve? \_\_\_\_\_

Duerme durante el día:  Sí  No Cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

## 2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema músculo esquelético: \_\_\_\_\_ tono muscular: \_\_\_\_\_  
 Gama de movimientos \_\_\_\_\_ Dolor  Sí  No Fatiga  Sí  No Rigidez  Sí  No Tumefacción o Deformaciones:  Sí  No  
 Sistema neurológico: Estado de conciencia \_\_\_\_\_ Entumecimiento  Sí  No Hormigueos  Sí  No  
 Sensibilidad al: Calor  Sí  No Frío  Sí  No Tacto  Sí  No Mouv. Anormales  Sí  No Parálisis  Sí  No  
 Vértigo  Sí  No Cefalea  Sí  No Alteraciones de la memoria  Sí  No Reflejos  Sí  No  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

## 6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL.

### 1. HABITOS DE SALUD

Comunicación verbal: Directa  Abierta  Clara  Evasiva  Barreras idiomáticas  tartamudeos  Comunicación no verbal  Contacto visual  Lenguaje corporal \_\_\_\_\_ Gestos  tono de voz \_\_\_\_\_  
 Mecanismos de defensa  Sí  No Negación  Inhibición  Agresividad  Hostilidad \_\_\_\_\_  
 Interacciones sociales: Pertenece a algún grupo social, deportivo o cultural.  Sí  No  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### 2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Oído: Dolor  Sí  No Secreción  Sí  No Aumento o disminución de Audición  Sí  No Acúfenos  Sí  No  
 Ojos: Dolor  Sí  No Lagrimeo  Sí  No Secreción  Sí  No características: \_\_\_\_\_  
 Simetría \_\_\_\_\_ Pupilas \_\_\_\_\_ Edema  Sí  No  
 Vista: alteraciones de la visión: \_\_\_\_\_ Lentes de corrección  Sí  No fosfenos  Sí  No  
 Nictalopia  Sí  No Daltonismo  Sí  No

## 7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

a) Prácticas de Seguridad Personal: ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?  Sí  No trabajo  Sí  No casa  Sí  No calle  Sí  No Observaciones: \_\_\_\_\_  
 ¿Acostumbra realizar revisiones de salud periódicas recomendados para cada edad y medidas terapéuticas?  Sí  No  
 Papanicolau (tiempo y resultado) \_\_\_\_\_ Mamografía (tiempo y resultado) \_\_\_\_\_  
 Dentista: \_\_\_\_\_ Oculista: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades?  Sí  No ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ ¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida? Auto enfado  Enfado con los demás  Culpa a otros   
 Habla con las personas  Ansiedad  Reza  Lectura  Escucha música  Baja autoestima  Sumisión   
 Deportes  Otro \_\_\_\_\_ ¿Ha sufrido algún cambio físico que haya alterado su auto imagen?  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Consumé... Drogas  Sí  No Alcohol  Sí  No Tabaco  Sí  No Café  Sí  No Té  Sí  No Bebidas de cola  Sí  No Alimentos chatarra  Sí  No medicamentos  Sí  No  
 ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
 b) Concepto de su imagen. \_\_\_\_\_ Espiritualidad \_\_\_\_\_

## 8. PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.

### 1. HABITOS DE SALUD

¿Cada cuando se baña? \_\_\_\_\_ Cambio de ropa: \_\_\_\_\_ Aseo bucal: \_\_\_\_\_ Aseo perineal \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo se lava las manos?: \_\_\_\_\_ ¿Qué significa para usted la limpieza? Buena imagen corporal  Buen estado emocional  Relación o comunicación con los demás \_\_\_\_\_ Productos usados para higiene personal \_\_\_\_\_

### 2. REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

Piel: Erupción  Sí  No heridas  Sí  No Turgente  Sí  No Protuberancias  Sí  No Masas  Sí  No Cambio de color  Sí  No  
 Cambio de olor  Sí  No Pelo: Distribución \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Parásitos \_\_\_\_\_ Uñas: Aspecto general \_\_\_\_\_  
 Mamas: Simetría \_\_\_\_\_ Tipo de Pezón \_\_\_\_\_ Secreciones \_\_\_\_\_ Ganglios \_\_\_\_\_  
 Masas \_\_\_\_\_ dolor \_\_\_\_\_ Genitales: Aspecto General \_\_\_\_\_

## REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO

MENARCA	RITMO	DISMENORREA	GESTA	P	C	A	O	E

### 1. DESCRIPCIÓN GINECOLOGICA

IVSA	No. Parejas Sexuales	Circuncidados	Infecciones ginecológicas (Tratamiento)	Papanicolaou (Último) resultado.	Cirugías ginecológicas.	Sangrados anormales	Incontinencia urinaria	Tumores

Dispareunia	Satisfacción	Sangrado al coito	Ultimo método anticonceptivo	Tiempo de uso	FUM	FPP

### 2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

Gesta	Periodo Intergenésico	PCAOE	Sexo	Peso	Complicaciones	SDG	Lactancia/tiempo	Defectos al nacimiento	Vivo/Muerto Salud actual

### 3. DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha	SDG	Peso	T/A	FU	Situación	Presentación	Posición	FCF	VAREFE	Edema	Medicamentos	Tratamiento

Planea utilizar algún método de Planificación Familiar  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Numero de consultas de control prenatal: \_\_\_\_\_.

### REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

#### A. DESVIACIÓN ACTUAL

##### 1. Percepción de la desviación de salud

a) Inicio de consulta \_\_\_\_\_ Motivo de consulta \_\_\_\_\_

b) Comprensión de la alteración actual \_\_\_\_\_

c) Sentimientos en relación con su estado actual \_\_\_\_\_

d) Preocupaciones específicas \_\_\_\_\_

##### 2. Mecanismos de adaptación

a) Uso previo de mecanismos de adaptación \_\_\_\_\_

b) Repertorio actual de mecanismos de adaptación y de adecuación de los mismos \_\_\_\_\_

c) Factores concomitantes de estrés (hechos cotidianos) \_\_\_\_\_

##### 3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida

a) Psicológicos \_\_\_\_\_

b) Fisiológicos \_\_\_\_\_

c) Económicos \_\_\_\_\_

#### B. HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

Enfermedades en la edad adulta \_\_\_\_\_

Enfermedades de la infancia \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones \_\_\_\_\_

Medicamentos prescritos o por iniciativa \_\_\_\_\_

Inmunizaciones previas: \_\_\_\_\_

#### C. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES:**

---

---

---

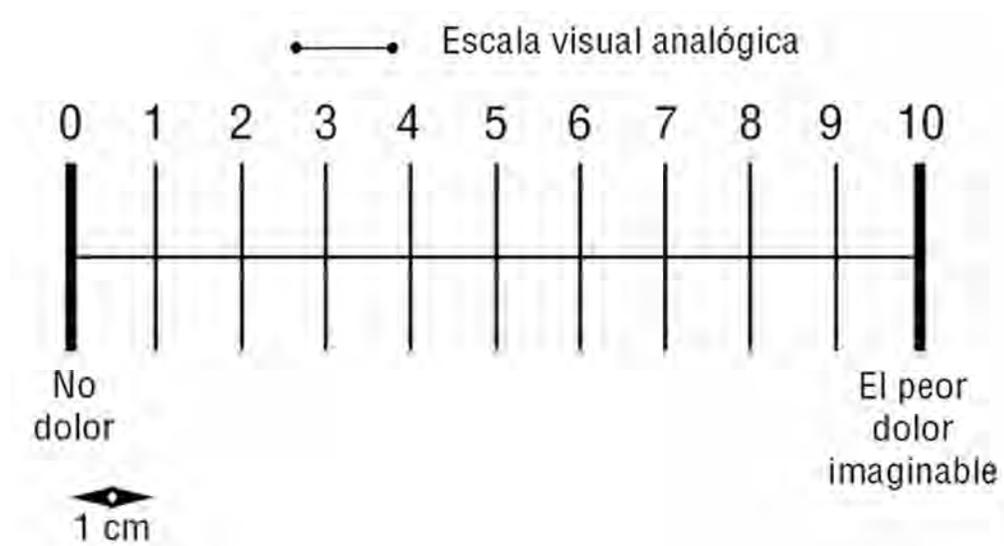
---

Última revisión: Agosto de 2012 Asesorado por EEP. Patricia Márquez Torres. Alumnos de la Especialidad:  
LEO. Alvarado Resendiz Argelia. LEO. Álvarez Medina Norma Angelina. LEO. Arguello Hernández Elvira. LEO.  
Avalos Rosette Guadalupe. LEO. De La Rosa Rivero Ma. Del Carmen. LEO. Espinosa Javier Flor. LEO. Flores  
Ramírez María Isabel. LEO. Guerra Hernández Maritza. LEO. Hernández Delgado Verónica. LEO. Hernández Morales  
Mayra Xochitl. LEO. Hernández Ovando Rocío. LEO. Hernández Rojas María De Los Ángeles. LEO. Jiménez Orozco  
Lázaro. LEO. Muñoz Martínez María Guadalupe. LEO. Ríos Osorio Norma Elizabeth. LEO. Rodríguez Gutiérrez  
Erika. LEO. Santos Francisco Araceli.

### **Escala Visual Analógica (EVA)**

La escala Visual Análoga nos permite evaluar la intensidad de dolor que tiene el paciente, esta escala representa el dolor en una línea que va del 1 al 10, donde uno representa que no hay dolor y 10 expresa un dolor insoportable, de esta manera el paciente nos indica en que “numero” se localiza su dolor con respecto a las referencias ya mencionadas.

“Se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano y en el paciente sedado”.<sup>147</sup>



<sup>147</sup> C. Pardo. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med. Intensiva v.30 n.8 Barcelona nov. 2006 recuperado 20 junio 2015.

## Escala de valoración del riesgo de caídas J.H. Downton

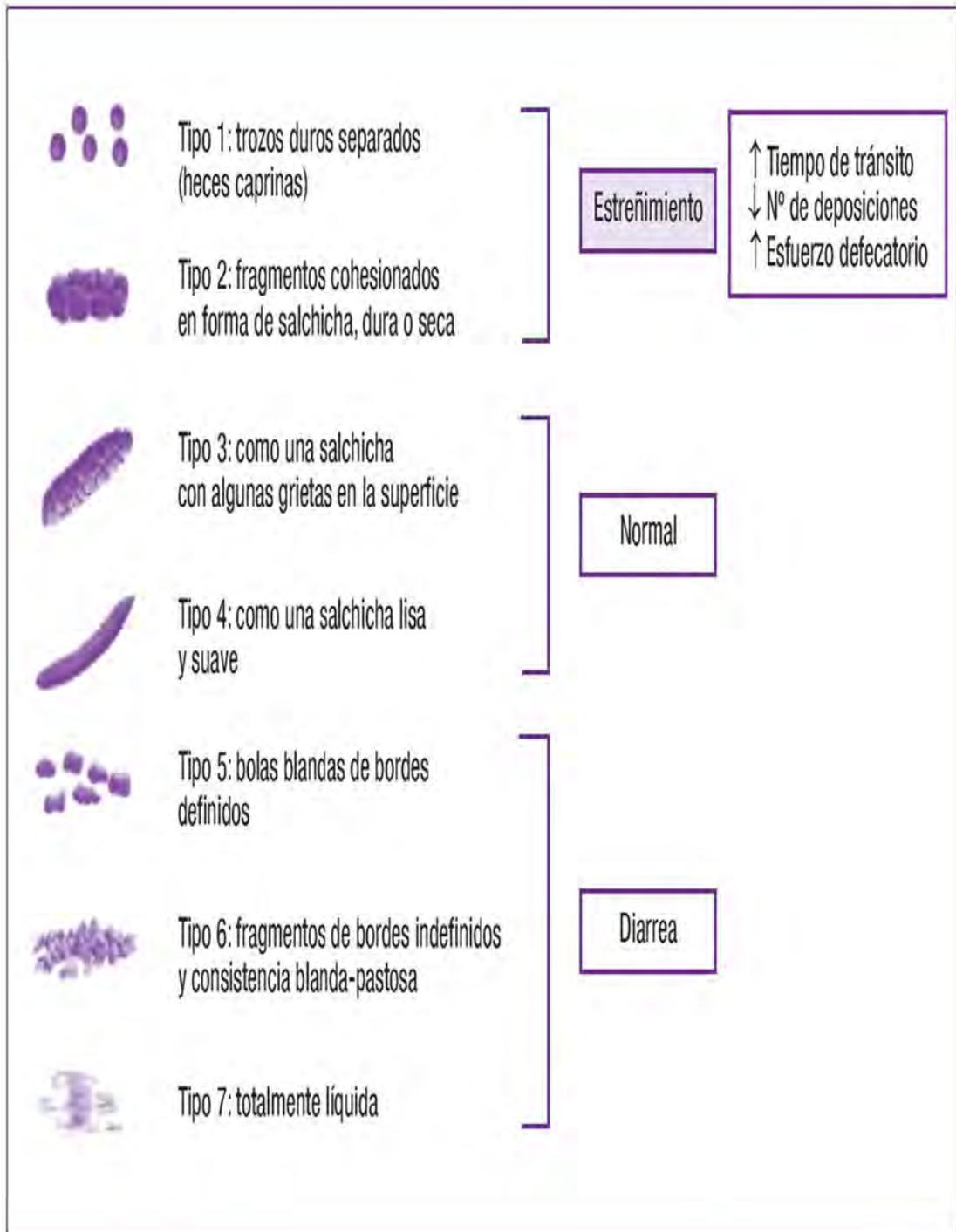
Escala de J. H. Downton. Dicha escala recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas, siendo una escala validada, de fácil uso y aplicable en diferentes ámbitos asistenciales. Consta de 5 ítems. El punto de corte se sitúa en 3 o más, que indica alto riesgo de caídas<sup>148</sup>.

### ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)

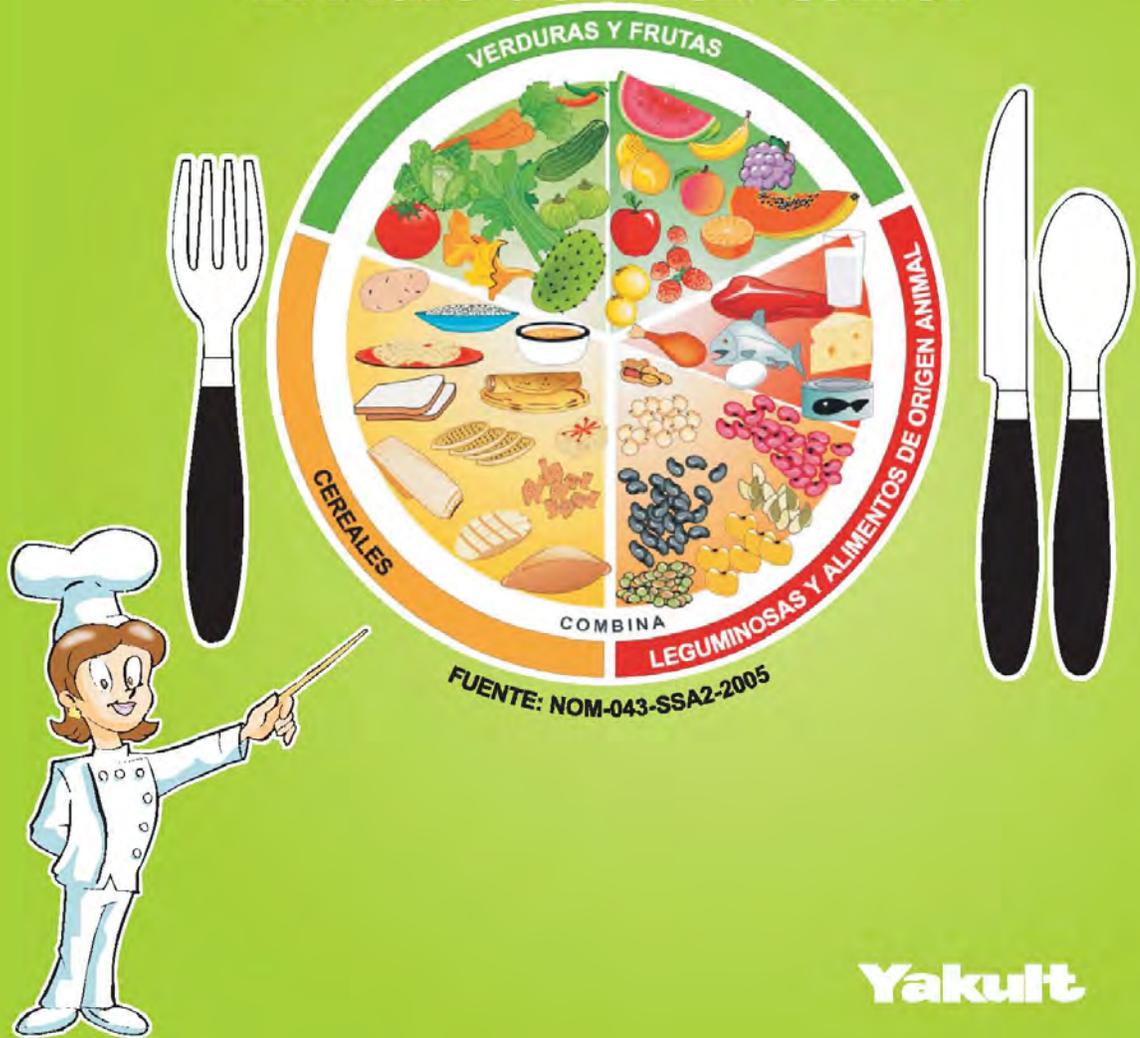
ALTO RIESGO >2 PUNTOS

Caídas previas	NO	0
	Sí	1
Medicación	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	0
Déficit sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	0
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	0

<sup>148</sup> Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) 2012.



# El Plato del Bien Comer



**Yakult**

La Norma Oficial Mexicana NOM-043. Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación ofrece opciones prácticas para integrar una dieta correcta, adecuada a su cultura, costumbres, necesidades y posibilidades.



## El Plato del Bien Comer



La NOM-043 clasifica a los alimentos en tres grupos: verduras y frutas; cereales y tubérculos; leguminosas y alimentos de origen animal.

Da las recomendaciones para integrar una dieta correcta para todos los grupos de población, asimismo promueve la variación y combinación de alimentos para asegurar el aporte de nutrimentos al organismo y evitar enfermedades como la obesidad, diabetes, desnutrición, hipertensión, entre otras.

Con la finalidad de facilitar la selección y consumo de alimentos se creó el concepto del Plato del Bien Comer que es la representación gráfica de los tres grupos de alimentos.

Explica por sí sólo la clasificación de alimentos y ayuda a conformar una dieta correcta, ejemplifica la combinación y variación de alimentos, así como el intercambio de estos en cada tiempo de comida (desayuno, comida y cena).

**El Plato del Bien Comer representa los siguientes tres grupos de alimentos:**

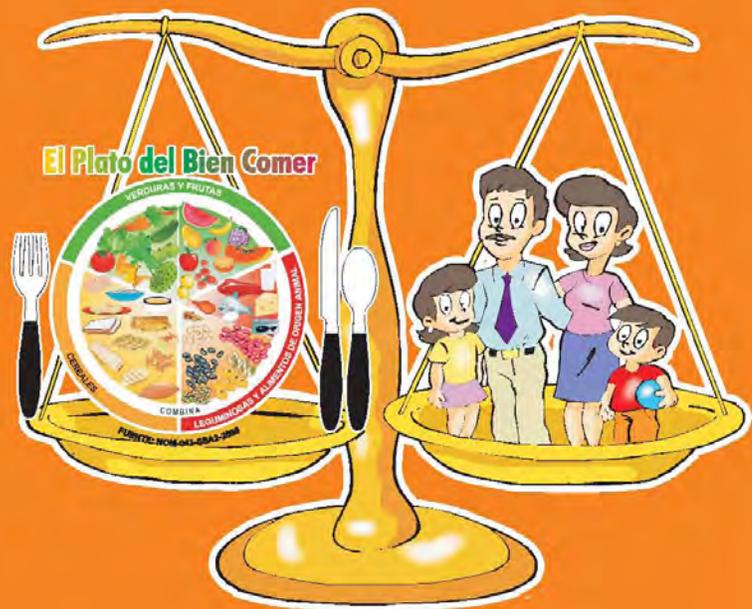
**Verduras y frutas.** Son fuente de vitaminas, minerales y fibra que ayudan al buen funcionamiento del cuerpo humano, permitiendo un adecuado crecimiento, desarrollo y estado de salud.

**Cereales y tubérculos.** Son fuente principal de la energía que el organismo utiliza para realizar sus actividades diarias, como: correr, trabajar, jugar, estudiar, bailar, etc., también son fuente importante de fibra cuando se consumen enteros.

**Leguminosas y alimentos de origen animal.** Proporcionan principalmente proteínas que son necesarias para el crecimiento y desarrollo de los niños, para la formación y reparación de tejidos.

El Plato del Bien Comer ilustra en cada grupo algunos ejemplos de alimentos, para dar idea de la variedad que existe en cada grupo.

Los alimentos de cada grupo tienen la misma función, por eso es importante combinarlos y variarlos para asegurar que recibimos la energía y nutrientes que necesitamos.



Al darles la forma de plato demuestra que ningún alimento es más importante o mejor que otros, todos son importantes porque cada uno de ellos cumple con su función específica. Por eso los alimentos por sí mismos no tienen porque ser completos, suficientes o equilibrados; estas cualidades se dan cuando se varían y combinan, entre sí.

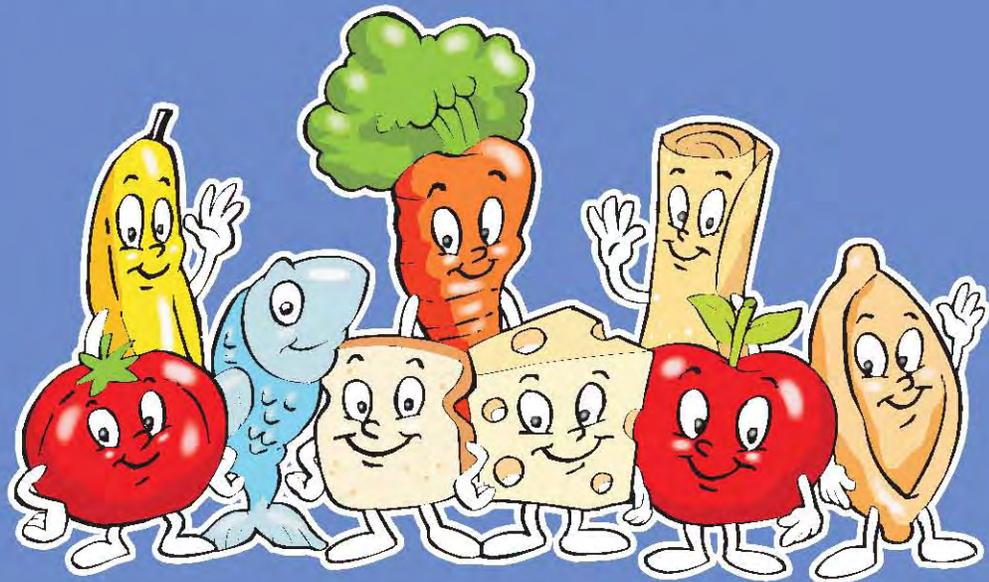
Es decir, no existen alimentos buenos o malos, lo que existe es una dieta correcta cuando en la alimentación se incorporan alimentos de cada grupo en cada tiempo de comida. Con el Plato del Bien Comer tú puedes identificar las características de una alimentación correcta.

Te da ejemplos de cada grupo de alimentos para facilitarte la selección de ellos.

Te da idea de las cantidades al ilustrar por ejemplo un huevo, una pieza de pollo, un vaso de leche o una rebanada de sandía.

#### **En resumen el Plato del Bien Comer facilita:**

- La identificación de los tres grupos de alimentos.
- La combinación y variación de la alimentación.
- La selección de menús diarios con los tres grupos de alimentos.
- El aporte de energía y nutrientes a través de la dieta correcta.



La alimentación correcta debe ser:

**Completa.** Que incluyas **por lo menos** un alimento de cada grupo en cada desayuno, comida y cena.

**Equilibrada.** Que los nutrimentos guarden las proporciones, entre sí al integrar en el desayuno, comida y cena alimentos de los tres grupos.

**Suficiente.** Para cubrir las necesidades nutricionales de cada persona de acuerdo a edad, sexo, estatura, actividad física o estado fisiológico.

**Variada.** Que incluya diferentes alimentos de los tres grupos en cada tiempo de comida.

**Higiénica.** Que se preparen, sirvan y consuman con limpieza.

**Adecuada.** A los gustos, costumbres y disponibilidad de los mismos.

**En la variación y combinación de alimentos esta el gusto por el Plato del Bien Comer.**

Hay otros productos como grasas y azúcares que aportan energía y que son considerados como condimentos al igual que la sal, por lo que hay que consumirlos con moderación para no sufrir enfermedades como la diabetes, obesidad e hipertensión.

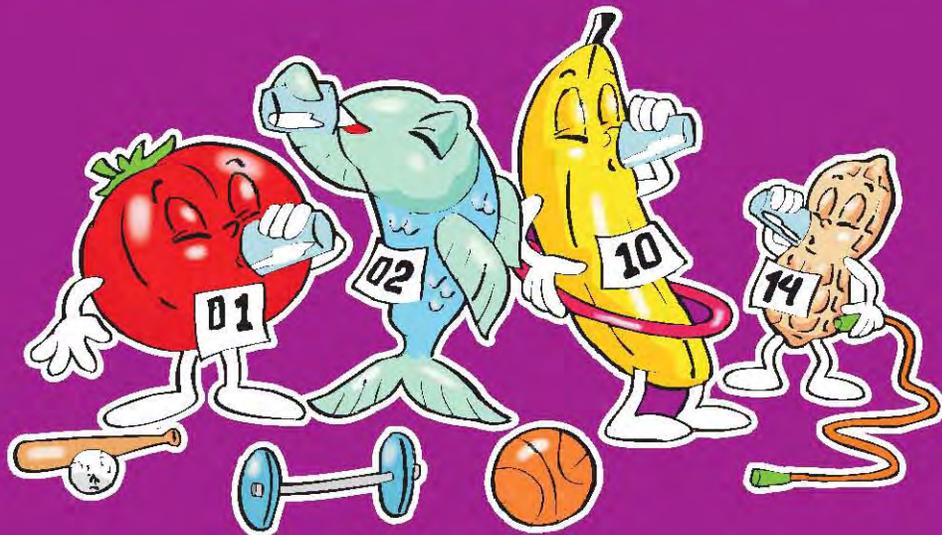


## Recomendaciones para integrar una alimentación correcta

- Incluye al menos un alimento de cada grupo en cada una de las tres comidas diarias.
- Come la mayor variedad posible de alimentos.
- Modera el consumo de grasas, azúcar y sal.
- Prefiere a los aceites para cocinar.
- Combina cereales con leguminosas.
- Lava y desinfecta las verduras y frutas antes de consumirlas o cocinarlas.
- Come cinco veces al día, tres comidas principales y dos refrigerios, uno a medio día y otro a media tarde.
- Mantén en lo posible los horarios de comidas.
- Hidrátate, toma por lo menos ocho vasos de líquido al día, de preferencia agua potable.
- Realiza por lo menos treinta minutos de actividad física durante el día, por ejemplo: caminar, bailar, pasear al perro, subir y bajar escaleras, barrer, etc.



Además de alimentarte correctamente, haz ejercicio diario como caminar, correr, brincar la cuerda, bailar, subir y bajar escaleras, barrer, planchar, jugar ula-ula, etc.



Realiza diariamente alguna actividad física durante 30 minutos, por ejemplo: 10 minutos en la mañana, 10 minutos al medio día y 10 minutos en la tarde.

### **La actividad física diaria y una alimentación correcta:**

- Beneficia a tu corazón y respiración
- Fortalece tus huesos
- Evita la obesidad
- Duermes bien y tienes buen humor
- Te libera del estrés

**Para sentirte bien  
¡Alimentación correcta y ejercicio diario!**

## Ejemplo de menú:

### Desayuno

Cereal	2do. grupo
Fruta	1er. grupo
Leche	3er. grupo



<u>Colación:</u> Manzana	1er. grupo
--------------------------	------------

### Comida

Arroz o pasta	2do. grupo
Carne asada	3er. grupo
Ensalada de verduras	1er. grupo
Fruta	1er. grupo
Tortilla	2do. grupo



<u>Colación:</u> Ensalada de chayote	1er. grupo
---	------------

### Cena

Huevo a la mexicana	1er. y 3er. grupo
Frijoles de la olla	3er. grupo
Fruta	1er. grupo
Café con leche	3er. grupo
Pan o tortilla	2do. grupo



**Yakult** agradece la colaboración de la Dirección General de Promoción de la Salud, de la Secretaría de Salud en la elaboración de este folleto



# ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

**M.J. Purriños**

*Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servizo Galego de Saúde*

- La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.
- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- Si bien su versión original constaba de 21 ítems[1], posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas[3, 4] como ambulatorios[5].
- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:
  - No deprimido: 0-7
  - Depresión ligera/menor: 8-13
  - Depresión moderada: 14-18
  - Depresión severa: 19-22
  - Depresión muy severa: >23
- Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25% [7]. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo [8].

### Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)

- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4



## ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

<b>Sentimientos de culpa</b>	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
<b>Suicidio</b>	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
<b>Insomnio precoz</b>	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
<b>Insomnio intermedio</b>	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
<b>Insomnio tardío</b>	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
<b>Trabajo y actividades</b>	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
<b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b>	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
<b>Agitación psicomotora</b>	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4



## ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

<b>Ansiedad psíquica</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay dificultad</li> <li>- Tensión subjetiva e irritabilidad</li> <li>- Preocupación por pequeñas cosas</li> <li>- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla</li> <li>- Expresa sus temores sin que le pregunten</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Ligera</li> <li>- Moderada</li> <li>- Severa</li> <li>- Incapacitante</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>Síntomas somáticos gastrointestinales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> <li>- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</li> <li>- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>Síntomas somáticos generales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> <li>- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2</li> </ul>	0 1 2
<b>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Débil</li> <li>- Grave</li> </ul>	0 1 2
<b>Hipocondría</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Preocupado de si mismo (corporalmente)</li> <li>- Preocupado por su salud</li> <li>- Se lamenta constantemente, solicita ayuda</li> </ul>	0 1 2 3
<b>Pérdida de peso</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana</li> <li>- Pérdida de más de 500 gr. en una semana</li> <li>- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana</li> </ul>	0 1 2
<b>Introspección (insight)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo</li> <li>- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.</li> <li>- No se da cuenta que está enfermo</li> </ul>	0 1 2 3



## ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

### BIBLIOGRAFÍA

1. Hamilton, M., A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960(23): p. 56-62.
2. Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967(6): p. 278-296.
3. Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1986(14): p.324-334.
4. Ramos-Brieva, J.C., A A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res* 1988(22): p. 21-28.
5. Bobes, J.B., A; Luque, A; et al., Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin*, 2003. 120(18): p. 693-700.
6. Depression: management of depression in primary and secondary care- NICE guidance. 2004.
7. Shelton, R., Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment. *Primary Psychiatry*, 2006. 12(4): p. 73-82.
8. Zimmerman, M.P., MA; Chelminski, I, Is the cutoff to define remission on the Hamilton Rating Scale for Depression too high? *J Nerv Ment Dis*, 2005. 193(3): p. 170-5.

## BIBLIOGRAFIA

1. Acevedo Peña Margarita, Bueno Garduño María Soledad, "proceso de enfermería a paciente con úlceras por presión", *cuidarte, el arte del cuidado*", vol.1 num.2 año 2012 agosto.
2. Ackley B, Ladwey G. Manual de diagnósticos de enfermería, Guía para la planificación de los cuidados. 7ª edición. Madrid: Elsevier; 2007.
3. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) 2012.
4. Baena Zapata Victoria Adriana, León Sandra Milena, "el temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo", ed. Facultad de enfermería, 16 de junio de 2009.
5. Barrientos J. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. Enfermería universitaria. México 2013.
6. Batamero Gómez B, Bravo Malo A, et.al, "oposiciones de enfermería", ed. CTO, España, 2011, pp 888.
7. Bermúdez Pino Dunia, Gallegos Alfonso Yanet, "la teoría de la interacción social en los estudios sociológicos", universidad de Cienfuegos, Cuba, octubre 2011.
8. C. Pardo. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med. Intensiva v.30 n.8 Barcelona nov. 2006 recuperado 20 junio 2015.
9. Carpenito Juall Lynda, "Manual de diagnosticos enfermeros", Ed. Lippincott, 14ta ed., 2013.
10. Casanueva Esther, Kaufer Horwitz Martha, Pérez Lizaur Ana Bertha, Arroyo Pedro, "nutriología medica", editorial panamericana, tercera edición, 2008, México.
11. Clarett Martin, "ESCALAS DE EVALUACIÓN DE DOLOR Y PROTOCOLO DE ANALGESIA EN TERAPIA INTENSIVA", Clínica y Maternidad Suizo Argentina Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, 2012.
12. De Jesús M. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Revista mexicana de enfermería cardiológica. 2002; 10 (2): 62-66.
13. García P, Beltrán C, Guzmán A, León P, Arredondo M, Fonseca X. "Diagnóstico rápido de dos casos de mucormicosis con tinción de blanco de calcoflúor". Rev. ChilInfectol 2001; 18: 285-90.
14. González Angulo Ignacio Javier, Rivas González Guadalupe del Carmen, Cedena Romero Aurora, Gómez Cortina Benjamín, "relación entre el prestador de servicios de salud y la estancia prolongada en el hospital", revista CONAMED, vol. 14 numero 4, octubre-diciembre 2009.
15. González M, Mirón D, Cotiello Y, Peñacoba D, Iglesias R, Arias S, et al. Guía de metodología y diagnósticos de enfermería. Sociedad de Enfermería en Atención Primaria Asturias. 2002

16. Greenberg R, Scott L, Vaughn H, Ribes J. "Cigomicosis (mucormicosis): emergente importancia clínica y nuevos tratamientos". *Curr Opin Infectadas* 2004; 17: 517-25.
17. [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32\\_3\\_03/mil06303.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_3_03/mil06303.htm) citada el día 30 de mayo de 2015
18. [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009) citada el día 30 de mayo de 2015
19. <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewFile/219/242> citada el día 30 de mayo de 2015
20. <http://portal.guiasalud.es/emanuales/implementacion/apartado03/identificacion.html> citada el día 30 de mayo de 2015
21. <http://www.bupasalud.com/salud-bienestar/vida-bupa/glucosa-alterada-en-ayunas> citada el día 30 de mayo de 2015
22. [http://www.dolopedia.com/index.php/Valoraci%C3%B3n\\_del\\_dolor\\_agudo](http://www.dolopedia.com/index.php/Valoraci%C3%B3n_del_dolor_agudo) citada el día 30 de mayo de 2015
23. <http://www.eumed.net/rev/cccs/14/pbag.html> citada el día 30 de mayo de 2015
24. [http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN\\_OPECaMa\\_CapM.pdf](http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_OPECaMa_CapM.pdf) P.P 888. citada el día 30 de mayo de 2015
25. <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf> citada el día 30 de mayo de 2015
26. <http://www.studentconsult.es/bookportal/esencial-gastroenterologia/sin-autor/esencial-gastroenterologia/9788475927220/500/701.html> citada el día 30 de mayo de 2015
27. [http://www.who.int/csr/resources/publications/ES\\_WHO\\_CDS\\_CSR\\_EPH\\_2002\\_12.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf) citada el día 30 de mayo de 2015
28. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F (1996). "El pensamiento enfermero". Barcelona: Masson.
29. M. Bulechek Gloria, K. Butcher Howard, McCloskeyDochterman Joanne, "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)", 5ta. ed., 2009, Barcelona España, ed. ELSEVIER. MarrinerTomey, A. Railed Alligood, M. "Modelos y Teorías en Enfermería". 4ta ed. Madrid: 2000
30. Méndez Flores Silvia, et al, "mucormicosis cutánea primaria. Comunicación de un caso y revisión de la bibliografía", *dermatología Rev. Méx* 2010; 54(2) 72-75.
31. Norma oficial mexicana NOM-043-SSA2-2005, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Publicación en el D.O.F. 23 de enero 2006.
32. NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicación en el D.O.F .el 21/11/2009.
33. Orem D.E. "Nursing: Concepts of practice", 2da. NY: Mc Graw Hill; 2000.
34. Pak J, Tucci V T, Vincent A L, Sandin R L, Greene J N. "Mucormicosis en pacientes inmunocomprometidos". *J Emerg Trauma Shock* 2008; 1: 106-113.
35. Penagos S, Salazar L, Vera F. "Control de Signos vitales. Guías para manejos de urgencias", Bogotá: 1465-1473.

36. Pérez-Urbe A, Molina de Soschin D, Arenas R, Reyes M. "Mucormicosis cutánea primaria en un paciente con virus de la inmunodeficiencia humana". Rev. IberoamMicol 2005; 22: 118-21
37. R. Girard, M. Perraud, et.al. "Prevención de las infecciones nosocomiales", GUÍA PRÁCTICA 2a edición, EE.UU., 2003.
38. Ramírez Dovala Silvia, et al, "mucormicosis rino- orbito-cerebral causada por RhizomucorPusillus en paciente diabético descompensado", Dermatología Rev. Méx 2012; 56(1) PP. 132-136.
39. Reina G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral científico. 2010; (17): 18-23.
40. Rifa Ros Rosa, Olive Agradados Rosa, Lamoglia Puig Montserrat, "Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería.", Barcelona España, 2012, ed. ELSEVIER. Pág. 16-17.
41. Roden M, Zaoutis T, Buchanan W, Knudsen T, Sarkisova T, Schaufele R, et al. "Epidemiology and outcome of zygomycosis: A review of 929 reported cases". ClinInfectDis" 2005; 41: 634-53.
42. Sánchez Rueda G., Orem D.E. Aproximación a su teoría. Rev. RolEnf. 1999.
43. Subiela García, José Antonio; Abellón Ruiz, Juan; Celdrán Baños, Ana Isabel; Manzanares Lázaro, José Ángel; Satorres Ramis, Bárbara, "la importancia de la escucha activa en la intervención de enfermería", Enferm. glob. vol.13 no.34 Murcia abr. 2014
44. T. HeatherHerdman, PhD, RN, "NANDA Internacional DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificación 2009-1011", Barcelona, España, 2010, ed. Elsevier España, S.L.
45. TAGER F, Marlis; ZAROR C, Luis y MARTINEZ D, Pilar. "Mucormicosis cutánea en un paciente inmunocomprometido". Rev. chil. infectol. [online]. 2012, vol.29, n.1 pp. 101-107.
46. Tamayo C. Trastorno de la movilidad física: diagnóstico de enfermería e intervenciones. Universidad de Caldas. Colombia.
47. Tontini F., "La importancia de una teoría, el modelo conceptual de Dorothea E. Orem", Ed. Profesión enfermera, 2006, (2): 9.
48. Torres-Narbona M, Muñoz J, Guinea P, Bouza E. "Zigomicetos y zigomicosis en la era de las nuevas terapias anti fúngicas". Rev. EspQuimioterap 2007; 20: 375-86.
49. vademécum <http://www.vademecum.es/principios-activos-tramadol-n02ax02> citada el día 30 de mayo de 2015