



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO
QUE CURSA CON GANGRENA DE FOURNIER BASADO
EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

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

P R E S E N T A

FLORES FIGUEROA ALEJANDRA

No. de cuenta 309111670

ASESOR ACADÉMICO

DR. JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA

CD. DE MÉXICO

OCTUBRE, 2016



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.

DEDICATORIAS

Este trabajo está dedicado a mi familia que han llenado de amor y alegría mi vida, y son quienes me han acompañado a lo largo de este camino, ya que no sólo es mi logro, también es de ellos.

AGRADECIMIENTOS

No existen palabras para describir lo agradecida que estoy, con mis padres, quienes al darme la vida, me dieron la oportunidad de dirigirla hacia donde yo quisiera y proveerme de herramientas para llegar al lugar que deseara.

A mamá Ly que me cuida y me muestra que para triunfar en la vida, se necesita de perseverancia y ser una persona íntegra.

A papa Mario que al compartir sus experiencias me ofreció todo un panorama de posibilidades y del cual sólo se puede ser digno a base de estudio y trabajo.

A mis tíos Mariana y Mario Verona, que son como mis hermanos, que me ayudaron a realizar tareas y me escucharon cuando lo necesitaba.

A Marco Antonio Chairez del Razo, que con su compañía me ha llenado de momentos de felicidad, amor y esperanza hacia un prospero porvenir.

Gracias a mi director de proyecto el Dr. José Cruz Rivas Herrera, que estuvo trabajando conmigo, aclarando todas mis dudas y guiándome en este desenlace.

Mi agradecimiento también va dirigido a D.C.E. María del Pilar Sosa Rosas, que no sólo fue una profesora, sino un ideal a seguir, es alguien que me inspira a continuar preparándome profesionalmente.

Gracias por formar parte importante en mi vida.

ÍNDICE

DEDICATORIAS.....	ii
<i>AGRADECIMIENTOS</i>	iii
INTRODUCCIÓN	v
JUSTIFICACIÓN.....	vi
OBJETIVOS	viii
METODOLOGÍA.....	ix
MARCO TEÓRICO	12
1.1 Concepto de enfermería.....	12
1.2 Metaparadigma: elementos esenciales de los modelos de enfermería	12
1.3 Modelo de Virginia Henderson	14
1.4 Descripción de las necesidades	20
1.5 Proceso de atención de enfermería	32
PRESENTACIÓN DEL PACIENTE	41
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	53
PLAN DE ALTA	65
CONCLUSIONES.....	68
GLOSARIO DE TÉRMINOS	69
ANEXOS	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88

INTRODUCCIÓN

El presente Proceso de Atención de Enfermería tiene como objetivo integrar las intervenciones de cuidado a un paciente que cursa con Gangrena de Fournier, la cual esta descrita como una enfermedad de etiología bacteriana, que afecta a los genitales, perineo y abdomen. Se presenta con mayor incidencia en hombres en relación con las mujeres de 10 a 1 entre la tercera y sexta etapa de la vida. Esta enfermedad es causada por bacterias aerobias, anaerobias o también puede ser el resultado de una infección multimicrobiana, en la cual se presentan microtrombosis de pequeñas arteriolas subcutáneas, asociado a estados de inmunosupresión permitiendo que las defensas del cuerpo sean insuficientes para combatirla.

Se utilizó el Modelo de Atención de Virginia Henderson; en base a las 14 necesidades básicas, con la finalidad de proporcionar cuidados integrales de acuerdo a las alteraciones en cada una de ellas.

Para lo cual se proporciona una explicación precisa de cada una de las etapas en las que se divide, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, así como ámbitos conceptuales del Modelo de Atención de Virginia Henderson.

Se desarrolló el plan de cuidados personalizados, en el que incluye las etapas de diagnóstico a evaluación, formulados con la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Además, se complementó con un plan de alta empleando la nemotecnia CUIDARME, en la que se refleja un cuidado integral, reafirmando la autonomía de la persona enferma.

En el apartado de anexos, se integra el instrumento de valoración y una explicación de la patología.

JUSTIFICACIÓN

La importancia de elaborar un proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente con diagnóstico de Gangrena de Fournier, radica en que la población mexicana es altamente susceptible a adquirirla, ya que los factores de riesgo que la predisponen aplican en la mayoría del pueblo mexicano. Es una enfermedad con una incidencia global de 1,6 casos/100.000 hombres-año¹, pero con una alta tasa de mortalidad, oscilando según las series más recientes, como media, entre el 20-30%², a pesar de la instauración del tratamiento adecuado, el cual se basa en una adecuada estabilización hemodinámica, un precoz y radical desbridamiento quirúrgico, antibioterapia de amplio espectro y curas diarias. En lo que se refiere al personal de salud, éste es más propenso a converger con estos pacientes en el día a día en las instituciones sanitarias. Se hace una obligación el conocer las características de este padecimiento así como la forma de intervenir adecuadamente para formar un lazo de confianza, que una al personal de enfermería con el paciente.

El proceso de atención de enfermería es por excelencia la esencia teórica y práctica de enfermería, es un conocimiento que ha ido evolucionando y perfeccionando, asimismo los enfermeros se han familiarizado y con ello aumentado sus conocimientos para crear nuevas, innovadoras y mejores intervenciones y métodos, no sólo para sí mismos, si no en pro de brindar una atención integral, especializada, efectiva, eficiente y sobre todo de calidad, que permita promover, mantener y recuperar la salud física, social y mental de nuestros pacientes.

¹ M.D. Sorensen, J.N. Krieger, F.P. Rivara, J.A. Broghammer, M.B. Klein, C.D. Mack. Fournier's Gangrene: population based epidemiology and outcomes. *J Urol*, 181: 2009, pp. 2120-2126

² A. Tuncel, O. Aydin, U. Tekdogan, V. Nalcacioglu, Y. Capar, A. Atan. Fournier's gangrene: Three years of experience with 20 patients and validity of the Fournier's gangrene severity index score. *Eur Urol*, 50: 2006, pp. 838-843

Cada persona que se encuentra en un hospital en calidad de paciente, se vuelve susceptible y vulnerable ya que se despoja de sus pertenencias, ropa; se debe separar de su familia para llegar a un cubículo, donde lo espera una cama que posiblemente no es tan confortable como la de su hogar, aunado a que llegan personas desconocidas a preguntar situaciones personales que tal vez le avergüence explicar y ya que termina todo esto, el personal de enfermería lo menos que puede hacer es atenderlo de la mejor forma posible, explicando, empatizando con él y otorgando un cuidado con calidez y calidad, siempre con un trato digno y humanizado, y esto sólo podemos lograrlo a través de el conocimiento que se adquiere con la realización de procesos como este.

OBJETIVOS

a) General

Integrar el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente que cursa con Gangrena de Fournier, utilizando el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson; en base a las 14 necesidades básicas, con la finalidad de proporcionar cuidados integrales de acuerdo a las alteraciones en cada una de ellas.

b) Específicos

- Realizar una valoración basada en un instrumento organizado por las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Analizar la información obtenida e identificar las necesidades alteradas.
- Elaborar diagnósticos de enfermería cimentados en la NANDA.
- Planificar las intervenciones de enfermería que permitan recuperar la calidad de vida del paciente mediante la taxonomía NIC y NOC.
- Ejecutar acciones planificadas, promoviendo y respetando la autonomía del paciente.
- Evaluar el resultado de las intervenciones ejecutadas.

METODOLOGÍA

El estudio del paciente se realizó en base a dos ejes, el metodológico que está centrado en las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería y el eje conceptual que está fundado en el modelo de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas. Con la finalidad de ubicarse en todo momento en el cuidado y no en la enfermedad.

Desde esta perspectiva la etapa de valoración tendrá como objetivo integrar una base de datos con relación a las necesidades del paciente, para poder identificar su nivel de dependencia en la satisfacción de sus necesidades, utilizando la técnica de entrevista, observación y exploración.

En la etapa de diagnóstico se realizará un análisis de la información obtenida y se identificarán las causas de dificultad y los problemas que están afectando las necesidades del paciente, en base a esto se determinarán:

- Grado de dependencia
- Causas de dificultad
- Rol de enfermería

Para la estructura de los diagnósticos se utiliza la taxonomía de la NANDA, los cuales serán plasmados en cuadros donde se aprecien las siguientes etapas, planeación con sus respectivas intervenciones y actividades, ejecución describiendo como se realizaron y al final la etapa de evaluación, en la cual se redactará si se ha llegado al resultado esperado.

➤ DESCRIPCIÓN

Durante el periodo de servicio social, realizado en el Hospital Central Militar, en el programa “ Teórico Practico de Servicio Social de Enfermería”, en la rotación correspondiente al mes de Enero de 2016, en el servicio de Urología, se realiza un estudio de caso, a la persona elegida se le cuestiona si desea participar y se le

dan a conocer los beneficios de su participación y los principios que guiarán la elaboración de este Proceso de Atención de Enfermería, como son: privacidad, beneficencia, autonomía, fidelidad y veracidad.

a) Población

Se realizará a una persona de sexo masculino, de 39 años de edad que cursa con gangrena de Fournier y es atendido en el Hospital Central Militar, en situación de militar retirado.

b) Fuentes de información

Los datos requeridos se obtuvieron directamente del paciente, expediente clínico y de otros profesionales de la salud.

c) Técnicas utilizadas para la obtención de datos

Se empleo la entrevista, exploración física y observación. Así como la revisión del expediente clínico.

d) Instrumento de registro

El registro de la información se utilizo el formato de guía de valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

e) Etapas del proceso de atención de enfermería

Valoración

El día 29 de Enero del 2016, es aplicado el instrumento de valoración en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson. Las preguntas realizadas son respondidas con seguridad y confianza por parte del paciente.

Diagnóstico

Al analizar la información recabada, se encuentran alteraciones en las necesidades de beber y comer, moverse y mantener una buena postura, dormir y descansar, estar limpio, aseado y proteger tegumentos, recreación, evitar peligros y aprender, se formularon diagnósticos de riesgo, bienestar y reales.

Planeación

En base a los diagnósticos se realiza la planificación de intervenciones de enfermería que permitan recuperar la calidad de vida del paciente, mediante la taxonomía NIC y NOC.

Ejecución

Las intervenciones de enfermería son realizadas y durante el proceso se observan las dificultades que obstaculizan el cumplimiento del objetivo, la aceptación por parte del paciente y si es posible implementarlas a su vida diaria una vez que esté fuera del hospital.

Evaluación

Se analizan errores, aciertos y dificultades con respecto a lo observado en la ejecución de las intervenciones y a la opinión del paciente.

MARCO TEÓRICO

1.1 Concepto de enfermería

La enfermería es una disciplina profesional y tiene dimensiones históricas, filosóficas, antropológicas, éticas, valores y marco legal lo cual es una ciencia que respalda la práctica, abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas desahuciadas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación³.

1.2 Metaparadigma: elementos esenciales de los modelos de enfermería

Fawcett define un metaparadigma como: “la perspectiva global de cualquier disciplina que actúa como una estructura que encapsula y al interior de la cual se desarrollan los marcos de referencia conceptuales”.

De esta manera, un metaparadigma es otra palabra que corresponde a visión mundial. La mayoría de las profesiones cuenta con un solo metaparadigma, a partir del cual emergen muchos modelos. Por ejemplo, los conceptos de diseño, material, forma y creación integran el metaparadigma de arquitectura, y a partir de éste han desarrollado muchos modelos. De manera similar, el metaparadigma de medicina esta compuesto por conceptos tales como pacientes, diagnósticos y terapéuticas.

Durante los decenios de 1970-79 y 1980-89, los autores de la enfermería escribieron de manera extensa sobre la importancia del metaparadigma del cuidado de enfermería, la salud, la persona y el ambiente, para el avance de la práctica de la enfermería y la ciencia de la enfermería. Se argumento como un

³ Consejo Internacional de Enfermeros, La Definición de Enfermería, Septiembre; 2016

marco de referencia conceptual podía ser considerado un modelo de enfermería solo cuando incluyera presunciones en torno a los cuatro elementos. Esto tiene sentido porque no sería posible la existencia de un modelo de enfermería que no hiciera referencia al cuidado de enfermería, a la salud, a la persona o al ambiente en el cual se llevará a cabo la práctica⁴.

➤ **Persona**

Todo indivisible, único y en evolución, que actúa conforme a su libre albedrío, sus valores y creencias, así como con arreglo a sus capacidades. La persona se halla en relación con los demás y en interacción con su entorno.

➤ **Salud**

Proceso dinámico y continuo en el cual la persona (familia, grupo o colectividad) aspira a un estado de equilibrio que mejore su bienestar y su calidad de vida. Este proceso supone la adaptación a múltiples factores medioambientales, un aprendizaje y un compromiso de la persona y de la sociedad.

➤ **Entorno**

Conjuntos de los elementos constitutivos de un medio que entra en interacción con la persona (familia, grupo o colectividad). El entorno comprende las siguientes dimensiones: física (medio ambiente, contexto de los cuidados), psicosocial (entorno natural u organizado que ofrece apoyo o impone limitaciones), política y económica, espiritual y cultural y recreativa a la organización (estructura de presentación de cuidados).

➤ **Cuidado**

Proceso dinámico que se dirige a la promoción, el mantenimiento o la mejora de la salud de una persona (familia, grupo o colectividad), la prevención de la enfermedad y la readaptación; este proceso incluye las actividades ligadas al

⁴ Cutcliffe J, McKenna H, Hyrkäs K. Modelos de Enfermería. Aplicación a la práctica. Manual Moderno, México; 2011: pp. 19-35.

tratamiento médico, así como la enseñanza y el apoyo del cliente. La enfermera llevará a cabo las actividades de cuidado de enfermería asociadas a este proceso utilizando un proceso sistemático. Estas actividades se efectúan en una relación de colaboración con el cliente y en el respeto de sus capacidades.⁵

1.3 Modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson, es una enfermera americana mundialmente conocida. Ha trabajado en el campo de los cuidados enfermeros desde 1939 hasta la década de los ochenta. Por sus escritos y enseñanzas, ha influido en múltiples esferas debido a la importancia que ha dado a la utilización del proceso de cuidados, según un modelo conceptual que ella misma ha elaborado, y a causa de su voluntad de desarrollar los cuidados enfermeros a partir de bases científicas y de enriquecerlos con principios interpersonales. Preocupada por la definición de las funciones de la enfermera y por su lugar en el mundo de la salud, ha definido la necesidad de una mejor formación para las cuidadoras en la que se conjuguen las habilidades intelectuales y técnicas.⁶

Dicha autora ha trabajado sobre todo en pediatría, en psiquiatría y en el campo de la investigación. Una de sus contribuciones más importantes sin duda es, la redacción de un índice de los estudios, de las investigaciones y de todos los elementos históricos relacionados con los cuidados enfermeros de 1900-1975.

Su modelo conceptual, ampliamente utilizado, se basa en las necesidades humanas. Desarrollado hace ya algunos decenios, se mantiene adaptado a nuestro mundo moderno. En efecto, a lo largo de estos últimos años, se ha visto cómo surgían varios conceptos nuevos, sobre todo el trabajo en equipo, la enfermera de referencia, los cuidados integrales, el seguimiento sistemático de los clientes, etc. Aunque estos conceptos de organización sean muy interesantes y

⁵ Phaneuf M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. McGRAW HILL, México; 1999: pp. 70

⁶ Phaneuf M. Op. cit. pp. 10-14.

puedan mejorar los servicios ofrecidos, no son en absoluto incompatibles con una filosofía de los cuidados y un modelo conceptual.

Modelo Conceptual de Virginia Henderson

Organización conceptual de los cuidados enfermeros, basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona, con referencia al desarrollo óptimo de su independencia.

Henderson reconoce que su modelo conceptual se inspira en diferentes fuentes: algunas provienen de la fisióloga Staggpole y otras del psicólogo E. L. Thorndike. Probablemente haya que incluir también a Bertha Harmer, una enfermera canadiense cuya obra revisó y completó en 1995, así como a Ida Orlando, otra enfermera conocida por sus escritos y sus investigaciones sobre las relaciones interpersonales (La Relation dynamique infirmiere-client). Es posible que también haya influido Maslow, quien igualmente ha definido una pirámide de necesidades.

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso de cuidado a partir de éste modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva el cliente.

La enfermera que trabaja bajo esta teórica debe conocer a la perfección los conceptos del modelo, para así no desviarse de su rol, Virginia Henderson define lo siguiente:

“El rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría él solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo más rápidamente posible”.⁷

⁷ Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. McGRAW, Madrid; 1993: pp. 2-5.

Postulados

En los postulados que sostiene el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo en un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales, y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recupera su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicitados de esta manera:

Necesidad fundamental. Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Independencia. Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de la salud establecidos.

Dependencia. No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problema de dependencia. Cambio desfavorable de orden bio-psicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

Manifestación. Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Catorce necesidades fundamentales de orden bio-psicosocial:

El término “necesidad” se puede definir como una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual. La Encyclopédie universelle illustrée, da la siguiente definición, “una fuerza natural y a menudo inconsciente, que impulsa a un ser hacia lo que es indispensable o útil para su existencia, su conservación o su desarrollo”.

Virginia Henderson describe catorce necesidades fundamentales:

1. Respirar.
2. Beber y comer.
3. Eliminar.
4. Moverse y mantener una buena postura.
5. Dormir y descansar.
6. Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Estar limpio, aseado y proteger tegumentos.
9. Evitar peligros.
10. Comunicarse con sus semejantes.
11. Actuar según sus creencias.
12. Ocuparse para realizarse.
13. Recrearse.
14. Aprender.

Fuentes de dificultad

Virginia Henderson ubica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, falta de voluntad y falta de conocimientos. Sin embargo, en la práctica resulta difícil buscar las causas de dependencia debidas a la falta de voluntad.

➤ **Falta de fuerza**

La dependencia es causada porque el individuo carece de fuerza, no sólo de fuerza física sino también moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.

➤ **Falta de voluntad**

La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

➤ **Falta de conocimientos**

Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar se desarrolle, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.⁸

Niveles de relación entre la enfermera y el paciente

Henderson dice que *“la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, la pierna del amputado, un medio de locomoción para el niño, el conocimiento y seguridad para la madre joven”*, y es así que identificó tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente:

➤ **La enfermera como sustituto del paciente**

En estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse *“completo”* o *“independiente”*.

➤ **La enfermera como ayuda del paciente**

Como ayuda del paciente la enfermera da apoyo para recuperar su independencia.

⁸ García M. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Progreso, México; 1997: pp.14

➤ **La enfermera como compañera y orientadora del paciente**

La enfermera imparte educación sobre la salud, al paciente y la familia, en conjunto formulan el plan de cuidado, lo ejecutan y evalúan.

Para que la enfermera conozca qué relación tendrá con el paciente es de vital importancia discernir en qué nivel de dependencia se encuentra el cliente.

Cuadro 1. Niveles de independencia-dependencia del paciente

INDEPENDENCIA	
Nivel 0	La persona satisface por si misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasia. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.
PARCIALMENTE DEPENDIENTE	
Nivel 1	La persona necesita a alguien para que le enseñe cómo hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasia, para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.
DEPENDENCIA	
Nivel 2	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento, o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
Nivel 3	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o, para su tratamiento, pero no puede participar mucho en ello.
Nivel 4	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento, y apenas puede participar en ello.
Nivel 5	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades, o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello.

1.4 Descripción de las necesidades

1.4.1 Necesidad de respirar

Definición: respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producto de una combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

Aspectos a valorar:

1. Respiración libre por la nariz.
2. Ritmo respiratorio regular.
3. Frecuencia respiratoria:

Etapa de la vida	Respiraciones por minuto
Recién nacido	35-50
2 años	25-35
12 años	15-25
Adulto	14-20
Adulto mayor	15-25

4. Amplitud respiratoria:
 - Profunda o superficial.
 - Respiración costal: mujer.
 - Respiración diafragmática: niño, hombre.
5. Ruidos respiratorios: respiración silenciosa.
6. Coloración rosada de la piel, mucosas y faneras.
7. Reflejo de tos.
8. Mucosidades en pequeña cantidad.

1.4.2 Necesidad de beber y comer

Definición: beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de los tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

Para mantenerse sano, el ser humano tiene la necesidad de una cantidad adecuada de alimentos que contengan nutrientes indispensables para la vida. La cantidad y naturaleza de los nutrientes está relacionada con el sexo, edad, corpulencia y talla del individuo. Una alimentación adecuada debe contener los cinco elementos siguientes: glúcidos, lípidos, prótidos, vitaminas y sales minerales. Se han creado guías internacionales con el fin de que los individuos escojan de entre cuatro grupos de alimentos, procurando una alimentación equilibrada, y estos grupos son: productos lácteos, pan y cereales, carne, frutas y legumbres. Los individuos deben comer, cada día, alimentos escogidos de entre cada uno de los cuatro grupos. El aporte de líquidos es indispensable para la supervivencia del organismo. El agua desempeña los siguientes roles: mantiene el equilibrio electrolítico y la temperatura corporal, conserva la humedad de la piel y mucosas, favorece la eliminación de los desechos metabólicos y es un componente esencial del protoplasma celular.

Aspectos a valorar:

1. Condición de la boca:

- Dientes blancos, alineados y en número suficiente.
- Prótesis dental en buen estado y bien ajustada.
- Mucosa bucal rosa y húmeda.
- Lengua rosada
- Encías rosadas y adheridas a los dientes
- Masticación lenta, boca cerrada.

2. Reflejo de deglución.
3. Digestión lenta (cuatro horas en el estomago) sin molestia.
4. Hábitos alimentarios:
 - Horario: 3 comidas al día, espaciadas por periodos de 4 a 5 horas.
5. Duración de comidas:
 - De 30 a 45 minutos por comida.
 - Tomar una colación entre comidas.
 - Apetito, hambre, saciedad
 - Utilización de los cuatro grupos de alimentos, en la composición del menú.
6. Hidratación: la ingesta diaria de líquido, particularmente agua, es de 1000 a 1500 mL. La cantidad de líquido ingerido debe ser equivalente a la cantidad excretada.
7. Elección personal de alimentos preferidos o degustación alimentaria.
8. Restricción alimentaria relacionada con la religión, una cultura o el status social.
9. Comidas tomadas en solitario o en compañía, en el trabajo o en el restaurante.
10. Significado persona de la comida: amor, castigo, consuelo o alivio.

1.4.3 Necesidad de eliminar

Definición: Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de la sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo: la excreción de deshechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.

Aspectos a evaluar

1. Orina

- Coloración: paja, ámbar, transparente.
- Olor: aromática débil.
- pH: 4.5 a 7.5
- Densidad 1.010 a 1.025
- Cantidad: 1200- 1400 mL/día
- Frecuencia: 5 a 6 veces/ día.

2. Heces

- Coloración
- Olor
- Consistencia
- Frecuencia

3. Sudor

- Temperatura del paciente
- Tiempo en el que conserva cierta temperatura
- Fórmula para calcular pérdidas insensibles⁹

Temperatura	Constante	Formula
35 a 37.3 °C	0.5	PESO x 0.5 x Núm. horas.
37.4 a 38.3 °C	0.75	PESO x 0.75 x Núm. horas.
38.4 en adelante °C	1.0	PESO x 1.0 x Núm. horas.

⁹ Instituto Nacional de Cancerología, Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Cd. de México. Abril; 2016

1.4.4 Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimientos y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

Aspectos a valorar:

POSTURA ADECUADA				
De pie		Sentado		Acostado
Cabeza recta sin flexionar		Cabeza recta		Dorsal
Espalda recta		Espalda recta y apoyada		Lateral
Brazos a los lados		Brazos apoyados		Ventral
Caderas y piernas derechas		Muslos en posición horizontal		
Pies en ángulo recto con las piernas		Pies en el suelo o sobre un taburete		
MOVIMIENTOS				
Tipos	Ejercicios físicos	Características	Ejecución	Actividades Físicas
Abducción Aducción Circunducción Eversión Extensión Flexión Hiperextensión Inversión Rotación Supinación	Activos Pasivos Isométricos De resistencia	Coordinados Armoniosos Completo	Levantarse Caminar Inclinarse Sentarse Acostarse Correr Agacharse Arrodillarse Estirarse Coger objetos Alcanzar objetos	Formas: violentas, moderadas Frecuencia Duración

1.4.5 Necesidad de dormir y descansar

Definición: Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

Terminología

Descanso: estado de tranquilidad, de relajación, caracterizado por un descenso de tensión emotiva.

Sueño: estado de reposo caracterizado por una disminución de la agudeza física y psicológica.

Aspectos a valorar:

Sueño	Periodos de reposo	Períodos de tranquilidad y de ocio	Medios utilizados para descansar y tranquilizarse
Cantidad En el adulto de 7 a 9 horas. Calidad Reparador: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tranquilo ➤ Sin pesadillas ➤ Sin interrupciones 	Numero de periodos de descanso en el trabajo. Duración de estos períodos	Numero de periodos de descanso y ocio. Duración de estos períodos	Ocio Pasatiempos Siesta

1.4.6 Necesidad de vestirse y desvestirse

Definición: vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día y actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frio, calor, humedad) y permitir la libertad de movimientos. En algunas sociedades la gente debe vestirse por pudor. La ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología o a un status social.

La ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.

Aspectos a evaluar:

1. Significado de la ropa: apariencia o pertenencia.
2. Elección personal: ropa apropiada al gusto y a las circunstancias.
3. Tipo de ropa: apropiada a las funciones fisiológicas.
4. Calidad de la ropa: apropiada para el clima.
5. Limpieza de la ropa.
6. Llevar objetos significativos.
7. Exigencias de intimidad.
8. Capacidades físicas para vestirse y desvestirse.
9. Talla y peso.

1.4.7 Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

Definición: Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante para mantener un buen estado.

Aspectos a valorar:

1. Grados de temperatura corporal
2. Piel:
 - Coloración
 - Temperatura tibia
 - Transpiración mínima
3. Sensación de bienestar frente al calor y al frío
4. Temperatura ambiental recomendada: 18.3 a 25 °C

1.4.8 Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos

Definición: Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actué como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

Aspectos a valorar:

<i>Cabellos:</i> longitud, aspecto, limpieza.	<i>Piel:</i> limpieza, pigmentación, turgencia, lisa, suavidad, flexibilidad, coloración rosada, grado de humedad (transpiración), olor.
<i>Orejas:</i> limpieza configuración	<i>Hábitos de aseo:</i>
<i>Nariz:</i> limpieza, mucosas, humedad de la mucosas.	<i>Baño o ducha</i> (frecuencia, duración, productos empleados)
<i>Ojos:</i> limpieza, prótesis	<i>Boca,</i> lavado de dientes (frecuencia, productos empleados)
<i>Boca:</i> limpieza, aliento, humedad	
<i>Dientes:</i> prótesis, coloración blanca, limpieza, configuración.	
<i>Uñas:</i> longitud, limpieza, coloración rosada	

1.4.9 Necesidades de evitar los peligros

Definición: evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

Los individuos, a lo largo de su vida, están continuamente amenazados por estímulos que provienen de su entorno físico y social. Deben protegerse continuamente contra toda clase de agresiones, ya sea las que provienen de agentes físicos, químicos o microbianos como también de aquellas que provienen de otros seres humanos. Para defenderse, el ser humano posee numerosos medios naturales, la piel, los pelos (a nivel de orificios) y las secreciones, que impiden la penetración de agentes externos en el organismo. Sin embargo, el ser humano, para protegerse mejor, añade a sus medios naturales de defensa medidas preventivas para mantener su integridad biológica, psicológica y social. El

ser humano se ve también amenazado en su propia integridad por estímulos que provienen de su entorno físico, social y también de sus propias reacciones; con el fin de mantener su integridad, utiliza mecanismos de defensa.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LOS PELIGROS		
Seguridad física	Seguridad psicológica	Seguridad sociológica
Medidas de prevención de accidentes, de infecciones, de enfermedades y de agresiones del medio	Medidas de reposo, de relajación y de control de las emociones. Utilización de mecanismos de defensa según la situación. Práctica de la religión	Salubridad del medio. Calidad y humedad del aire entre 30 y 60% Temperatura ambiente entre 18.3 y 25°C

1.4.10 Necesidad de comunicar

Definición: La necesidad de comunicar es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

Aspectos a valorar:

FACTORES		
Biológicos	Psicológicos	Sociológicos
Funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Agudeza visual y auditiva ➤ Fineza del olfato y del gusto ➤ Sensibilidad táctil Capacidad verbal: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fácil 	Facilidad de expresión de las necesidades, de los deseos, de las ideas, de las opiniones y de las emociones Expresión clara del pensamiento Imagen positiva de sí mismo Percepción objetiva del mensaje recibido y capacidad de verificar sus	Pertenecer a grupos de interés diversos Establecimiento de relaciones armónicas con la familia, en el trabajo, en ocio Distancia social de comunicación

➤ Ritmos moderado	percepciones	
➤ Lenguaje claro y preciso	Expresiones de los sentimientos por el tacto	
Expresión no verbal:	Actitud de receptividad y de confianza en los demás	
➤ Movimientos		
➤ Posición y gestos de las manos	Búsqueda de atención de afecto de los demás	
Cara expresiva	Utilización adecuada de los mecanismos de defensa	
Mirada significativa		
Mecanismos sensoriales adecuados	Capacidad de comprometerse y de mantener una relación significativa	
	Espacio vital individual de comunicación	

1.4.11 Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores

Definición: actuar según sus creencias y valores es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia y la persecución de la ideología.

Aspectos a valorar:

1. Gestos y actitudes corporales.
2. Asistencia a ceremonias religiosas.
3. Utilización de objetos religiosos.
4. Observación de las reglas de una religión.
5. Lecturas sobre escritos religiosos, espirituales o humanitarios.
6. Estudios bíblicos o teológicos.
7. Preferencia a grupos religiosos, o humanitarios.

8. Tiempo de plegaria y meditación.
9. Participación en obras de caridad.
10. Participación humanitaria.
11. Compromiso en una acción social, humanitaria o creativa.
12. Deísmo.

1.4.12 Necesidad de ocuparse para realizarse

Definición: ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo, este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.

Aspectos a valorar:

De orden biológico

- Funcionamiento óptimo de las funciones fisiológicas.

De orden psicológico

- Manifestaciones de alegría y de felicidad
- Auto crítica, toma de decisiones
- Auto estima: consciente de su valor y sus capacidades
- Auto imagen: aprecia su apariencia, se encuentra en salud

De orden sociológico

- Trabajo:
 - Amor a su trabajo
 - Valoración por su trabajo
 - Participación en las decisiones de la empresa
 - Satisfacción de la evaluación de sus patronos
 - Satisfacción con las condiciones de su trabajo
 - Promoción

- Ambición, motivación
- Roles sociales
 - Dominio de sus diferentes roles
 - Valorización frente a sus roles
 - Valorización de cara al cumplimiento de su trabajo
- Actividades de ocio
 - Pertenencia a un grupo social o deportivo
 - Ocupación individual que permite la satisfacción de la necesidad

1.4.13 Necesidad de recrearse

Definición: recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objeto de obtener un descanso físico y psicológico.

Aspectos a valorar:

Edad	Actividades recreativas (solo o en grupo)	Efecto de las actividades recreativas
Adulto o persona anciana	Ocio: Deportes, lectura, etc.	Placer: risas, sonrisas, gritos de alegría, llanto. Tranquilidad: relajación muscular, ambiente calmado y sereno.

1.4.14 Necesidad de aprender

Definición: aprender es una necesidad del ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o recobrar la salud.

Aspectos a evaluar:

1. Expresión del deseo de aprender
2. Manifestación de interés de aprender
3. Estado de receptividad

4. Adquisición de conocimientos por:
 - La lectura
 - Sus semejantes
 - La televisión y la radio
 - Los concursos
 - Las conferencias
5. Modificación del comportamiento de cara a su salud
6. Adquisición de unas actitudes y habilidades para mantenerse en salud

1.5 Proceso de atención de enfermería

Concepto

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales. En el término paciente se incluye también a la familia o la comunidad.¹⁰

Consta de cinco etapas que son:

- Valoración
- Diagnóstico
- Planeación
- Ejecución
- Evaluación

Valoración: Se hace reuniendo toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente, mediante una historia de enfermería que abarca las 14 necesidades básicas del paciente. Utilizando las siguientes fuentes de obtención de los datos:

¹⁰ García M. Op. cit. pp.21

- Paciente y su familia.

Medios:

- Observación
- Entrevista
- Interacciones
- Valoración física
- Registros médicos en el expediente
- Registros de enfermería
- Biografía referente al problema

Después de recaudar los datos es importante discriminar entre los datos objetivos y subjetivos:

- Datos objetivos: Son aquellos que se pueden observar y/o medir, por ejemplo las cifras de temperatura. Se obtienen principalmente por medio del examen físico.
- Datos subjetivos: son aquellos que refleja una situación personal de los hechos o situaciones, por ejemplo, el dolor. Se obtienen mediante el interrogatorio.

Diagnóstico: Es un juicio clínico con respecto a una respuesta humana a una condición de salud/proceso vital, o a la vulnerabilidad a esa respuesta, por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable¹¹. Se examina el grado de dependencia e independencia del paciente o su familia en cada una de las necesidades básicas. En esta etapa se utilizará la taxonomía NANDA, ya que su estructura permite realizar una analogía en su configuración, de acuerdo con el modelo de Henderson.

¹¹ T. Heather, Shigemi K. NANDA Internacional, Inc. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Definiciones y clasificación. 2015-2017. ELSEVIER, España; 2015: p.p.464

Modelo de Henderson	NANDA
Definición del problema de dependencia	Etiqueta diagnóstica de la NANDA
Datos de dependencia	Características definitorias
Causa de la dificultad (fuerza, voluntad, conocimiento)	Factores relacionados

➤ **Componentes de los diagnósticos**

Cada categoría diagnóstica consta de los siguientes elementos:

- **Etiqueta diagnóstica:** Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.
- **Definición:** Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas.
- **Características definitorias:** Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos puede indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas características se obtienen de en la valoración, y a través de la observación y entrevista en forma de datos objetivos y subjetivos. Estas características definitorias son propias de los diagnósticos reales, ya que en los potenciales no hay evidencia de su existencia.¹²

Estas características están clasificadas en:

- Características mayores: son indicadores críticos que determinan la existencia de la categoría diagnóstica, encontrándose presente entre un 80 y un 100% de los casos investigados.
- Características menores: están presentes entre el 50 y 79% de los casos estudiados y podrían considerarse como elementos adicionales que ayudan en la ramificación de la presencia del diagnóstico.

¹² Fernández C., Novel G. El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de casos. Masson-Salvat enfermería. España, 1993; 43-45.

La diferencia entre ambas características no radica en su mayor o menor importancia sino en la frecuencia de su presentación.

- **Factores relacionados:** Son etiologías, circunstancias, datos o influencias que tienen algún tipo de relación con los diagnósticos enfermeros. Son un componente integral de todos los diagnósticos enfermeros enfocados en el problema¹³. Tales factores pueden ser descritos como:

- Antecedentes de
- Asociado con
- Relacionado con
- Contribuyente a
- Provocando

➤ **Bases para la formulación de diagnósticos**

- Cuando el diagnóstico que se pretende formular es un diagnóstico real, se enunciará escribiendo:

Etiqueta diagnóstica → relacionado con → manifestado por

- Si el diagnóstico identificado se define como un diagnóstico potencial, la forma de enunciarlos sería:

Etiqueta diagnóstica potencial → relacionado con

Planificación: Se desarrolla un plan de acción, con el paciente y su familia, que incluirá las actividades siguientes: determinar prioridades, objetivos, actividades de enfermería, y actividades del paciente y familia que ayudaran a lograr los objetivos que ambos han establecido. Registros del plan de cuidados. El plan de acción incluye las órdenes médicas.

¹³ T. Heather, Op. cit. pp.26

➤ Descripción de la NIC

La clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución, la docencia y el diseño de programas.

La intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente¹⁴.

Las partes normalizadas de la intervención son su denominación y la definición: cuando se utilizan no deberían cambiarse. Esto permite la comunicación entre diferentes situaciones y la comparación de resultados.

Las intervenciones están agrupadas en 30 clases y 7 campos para facilitar su uso. Los 7 campos son:

- 1) Fisiológico: básico
- 2) Fisiológico: complejo
- 3) Conductual
- 4) Seguridad
- 5) Familia
- 6) Sistema sanitario
- 7) Comunidad

¹⁴ Bulechek G., Butcher H., Dochterman J., Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). ELSEVIER, España, 6ª ed; 2014: p. 2

Algunas intervenciones se encuentran en más de una clase, pero cada una de ellas tiene un número único (código) que identifica la clase principal y que no se utiliza para ninguna otra intervención¹⁵.

➤ **Descripción de la NOC**

Después del desarrollo de los diagnósticos y las intervenciones, también era necesaria una tercera clasificación, los resultados de los pacientes, para complementar los requisitos de la documentación clínica de las actuaciones de enfermería.

La definición de un resultado es un estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención o intervenciones de enfermería. Los resultados son conceptos variables que pueden medirse a lo largo de un continuo utilizando una escala de medida. Los resultados se expresan como conceptos que reflejan el estado, conducta o percepción de un paciente, cuidador, familiar o comunidad y no como objetivos esperados¹⁶.

Cada resultado de la NOC describe el estado del paciente a nivel conceptual con indicadores que se espera que respondan a la intervención de enfermería.

➤ **Formulación de objetivos**

Al formular los diagnósticos se ha de tener en mente la estructura del modelo, identificando en la etiología del problema una posible falta de conocimiento, fuerza o voluntad, como origen o causa de la dificultad. Asimismo, estos conceptos deberán estar reflejados al formular objetivos específicos de los cuidados. Otra cuestión distinta es la formulación del objetivo general, que indica solamente la resolución o mejora del problema identificado en la etiqueta diagnóstica.

Para asegurar resultados específicos, cada objetivo debe tener los siguientes componentes:

¹⁵ Bulechek G. Op. cit. pp. 3

¹⁶ Moorhead S., Johnson M., Maas M., Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). ELSEVIER. España, 2014: pp. 2-3

- **Sujeto:** ¿Quién es la persona que se espera que logre el objetivo?
- **Verbo:** ¿Qué acciones debe tener la persona para demostrar que ha logrado el objetivo?
- **Condición:** ¿Bajo qué circunstancias tiene que realizar la persona las acciones?
- **Criterio:** ¿En qué medida tiene que realizar la persona la acción?
- **Momentos específicos:** ¿Cuándo se espera que la persona realice la acción?

Los verbos que se usen para formular los objetivos deben ser medibles, es decir, que describan el comportamiento que se espera ver u oír en el paciente¹⁷.

Ejemplos de verbos medibles		
Caminar	Enumerar	Sentarse
Compartir	Explicar	Tener aumento de
Comunicar	Expresar	Tener ausencia de
Mostrar	Identificar	Tener disminución de
Describir	Realizar	Verbalizar
Discutir	Relatar	

En el caso de que se haya detectado un problema interdependiente, los objetivos se describen como metas a alcanzar por las enfermeras; encaminados a detectar e informar de los signos y síntomas tempranos de complicaciones potenciales de dichos problemas y en llevar a cabo medidas preventivas ante dichos problemas.

➤ **Determinación de las actividades**

Seguendo con el modelo de Virginia Henderson, y después de haber formulado los objetivos, lo primero que se debe decidir es si el modo de intervención que vamos a planificar debe ir encaminado a la suplencia o a la ayuda total o parcial.

Estas actividades irán encaminadas (de acuerdo a los objetivos específicos) a reforzar, aumentar, sustituir, añadir, completar la fuerza, voluntad, conocimientos

¹⁷ García M. Op. cit. pp. 39

que le faltan al paciente/cliente cuando la etiología del problema es conocida puede ser reducida, controlada o eliminada. Si la etiología no es susceptible a ser eliminada o modificada, las actividades estarán relacionadas con la etiqueta diagnóstica e irán encaminadas a reducir, controlar y eliminar las manifestaciones, en el caso de un diagnóstico real, y en los diagnósticos potenciales irán dirigidas a la detección temprana de posibles signos y síntomas que puedan transformar el problema en real. Por último, las actividades de enfermería pueden también, dirigirse hacia la etiología y hacia el problema identificado en la etiqueta diagnóstica.

En la formulación de objetivos y en la planificación de actividades, la enfermera debe tener en cuenta las prescripciones de los otros miembros del equipo interdisciplinar implicados en la atención del individuo, ya que sus objetivos y prescripciones aunque sean de su única competencia, no deberían estar en contradicción con los objetivos y tratamientos de aquellos.

Ejecución: Se realizan las actividades prescritas durante la fase de planificación. Se determinan las intervenciones del paciente o de su familia en el plan de cuidados y se identifican nuevos problemas o avances.

La enfermera clínica sabe que durante la puesta en práctica del plan de cuidados, puede surgir información que haga necesario cambiar la apreciación inicial que se tenía sobre el paciente. Las siguientes preguntas le ayudarán a determinar las modificaciones diarias que debe dar al plan de cuidados.

- ¿Cuáles son los problemas más urgentes que debo atender, y que conducen al logro de los objetivos generales del plan de cuidados?
- ¿Cuáles son las actividades que el paciente puede realizar por sí mismo? ¿En cuáles actividades puede colaborar el familiar?

Evaluación: Esta etapa es la clave para determinar si el plan ha sido efectivo. La evaluación se hace en base a los objetivos propuestos, ¿se ha logrado la independencia del paciente en cada una de sus necesidades básicas? ¿En qué

medida? ¿Se realizaron las actividades como estaban propuestas? ¿Qué cambios hay que introducir?

En la aplicación del modelo de Virginia Henderson, la evaluación se dirige a determinar el grado de independencia alcanzado por el paciente y su familia, respecto de los problemas identificados al poner en marcha el plan de cuidados.

La planificación del alta del paciente debe iniciarse tan pronto posible en el plan de cuidados. Para que el paciente se prepare emocionalmente y para determinar las acciones necesarias para la salida, con el menor riesgo de retroceder en el estado de salud.

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Rogelio René G. G., es un hombre de 39 años de edad, actualmente se encuentra pensionado por el ejército y trabaja como agricultor en el campo, en el estado de Oaxaca, asistía a su trabajo de lunes a sábado, con un horario de (8:00 a 16:00 horas).

Antecedentes

- Heredofamiliares

Padre vivo con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica (HAS), madre viva; se encuentra sana. Niega carga genética para diabetes mellitus y cáncer.

- Personales no patológicos

Originario de Oaxaca, radica actualmente en el mismo lugar, católico, escolaridad primaria, militar retirado, casado, padre de dos hijos, su habitación cuenta con luz, agua potable, niega alergias, hemotipo "O" positivo, hemotransfusiones negadas; consume mezcal una vez por semana o en reuniones sociales.

Actualmente él radica en Oaxaca, cuenta con una casa propia, vive con la familia que está compuesta por esposa y dos hijos (8 y 3 años de edad) su hogar cuenta con servicios de electricidad y agua potable; está compuesta por sala, cocina, baño y una habitación en donde duerme toda la familia; las paredes y techo son de concreto.

- Personales patológicos

Cuando tenía 17 años de edad entró a trabajar para el ejército, tres años después realizando sus labores, pierde el ojo derecho debido a que una rama impactó su cara, de inmediato fue trasladado al hospital central militar donde lo atendieron y cuatro días después le fue colocado un implante en la cuenca derecha; es pensionado por incapacidad visual y comienza a trabajar en el campo a los 20 años de edad.

- Padecimiento actual

El día 23 de diciembre del 2015 refiere sentir un dolor intenso al evacuar, para el día 24 asiste al hospital más cercano a su domicilio, en el cual le diagnostican hemorroides, regresa a su casa, continúan las molestias y para el día 26 de diciembre, regresa a su unidad de salud con edema y eritema testicular; es referido a un hospital de Puebla, donde le realizan una cistotomía.

Posteriormente es trasladado al Hospital Central Militar, en el trayecto los testículos y pene sufren considerables cambios, el escroto y en el orificio uretral externo se percibe eritema y secreción purulenta; al llegar a su destino pasa al área de urgencias, con signos vitales de: T/A 116/73 mmHg, FC 80 lpm, FR 15 rpm, y temperatura 37.5 °C. Comienzan los estudios de rutina, se realiza ultrasonido en el que se reporta epididimitis bilateral y es diagnosticado con Gangrena de Fournier, inician tratamiento con:

Meropenem 1gr IV cada 8 horas

Amikacina 500 mg IV cada 8 horas

Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas

Ketorolaco 60 mg IV cada 8 horas

Se solicitan interconsulta en cámara hiperbárica de lunes a viernes, cirugía plástica para colon y recto; además de clínica de heridas cada cinco días.

El día 27 de diciembre se decide realizar una exploración escrotal, más debridación quirúrgica. Presenta picos febriles

El 29 de diciembre se suspende Metronidazol.

El 6 de enero del 2016 se inicia con Piperacilina/tazobactam 4.5 mg IV c/6hrs

El día que se realiza la valoración (29 de enero) presenta una T/A 111/66 mm Hg, FC 77 lat/min, FR 16 resp/min y temperatura de 36.8°C.

Sábado 13 de febrero de 2016 es dado de alta, con una evolución satisfactoria, manejando un pronóstico incierto. Continuará con curaciones cada cinco días en la unidad de salud más cercana a su domicilio y una vez por mes regresará al hospital central militar a consulta con clínica de heridas y a valoración por cirugía plástica.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad de respirar

Interrogatorio

En su rutina diaria, no presenta problemas de oxigenación, él no fuma ni convive con fumadores, su esposa cocina en estufa de gas. Refiere solo tener un perro como mascota propiedad de sus hijos. En su trabajo no tiene factores que afecten su oxigenación. No refiere disnea

Exploración física

La inspección de la caja torácica es simétrica con adecuada expansión; a la auscultación los campos pulmonares se encuentran libres de estertores. La función cardíaca es constante y rítmica, pulsos distales intensos y fáciles de palpar, su llenado capilar es de 2 segundos, T/A 111/66, FC 77, FR 16.

Laboratorios

BIOMETRÍA HEMÁTICA	RESULTADO	UNIDADES
Eritrocitos	*3.69	10 ⁶ /μL
Hemoglobina	**11	g/dL
Hematocrito	**33.60	%

Necesidad de beber y comer

Interrogatorio

El señor Rogelio expresa tener una alimentación adecuada, menciona tener tres comidas; en el desayuno siempre ingiere huevo, frijoles y café; con algunas variantes que son arroz, fruta, pan y tortillas. Su comida es muy variada aunque consta de una sopa que puede ser de pasta o verduras, algún guisado acompañado con arroz y frijoles, fruta como postre y agua de sabor.

Menciona que a la semana 2 días come pollo, 4 días carne de res, y uno carne de cerdo. En la cena toma café o atole acompañado de un guisado con tortillas o pan, la ingesta diaria de agua es aproximadamente de 2 a 3 litros, refiere no tener problemas de masticación y deglución, no utiliza multivitamínicos,

La dieta que ingiere en el hospital es de 2000 calorías dividida en quintos, en el desayuno toma una taza de café, té o atole de leche, un plato de pollo, huevo o algún embutido guisado con tomate o jitomate, 2 piezas de pan y una gelatina.

En la primera colación sirven un plato de fruta fresca con yogurt o un empaque de galletas con un yogurt.

En la comida sirven un plato de sopa de verduras o pasta, como plato fuerte arroz, frijoles y un guisado que dos veces por semana era pescado, otros dos días era pollo, un día preparaban cerdo y los dos días restantes comía carne de res, acompañado de agua de sabor y como postre fruta fresca o una alegría.

En la segunda colación comía un sándwich de jamón o carne, un plato de fruta fresca o verdura hervida con un vaso de agua de sabor.

En la cena se servía una taza de atole o leche, una pieza de pan, algún guisado de pollo, res, cerdo o embutidos y fruta hervida.

Exploración física

Se encuentra dentadura completa incluyendo terceros molares, una corona en el incisivo derecho, múltiples caries y placa dentobacteriana, sin presencia de lengua saburral, mide 1.62 mts. y pesa 84 Kg, dando así un IMC de 32.01 Kg/m², su perímetro abdominal es de 102 cm, esto indica que entra en la categoría de obesos tipo I.

Laboratorios

PRUEBAS METABÓLICAS	RESULTADO	UNIDADES
Glucosa	89	mg/dL
Proteínas totales	**5.80	g/dL
Albúmina	**2.90	g/dL
Sodio	**137	Mmol/L
Potasio	4.8	Mmol/L
Cloro	**109	Mmol/L

Necesidad de eliminar

Interrogatorio

En cuanto a la necesidad de eliminación el señor Rogelio refiere evacuar dos veces al día aproximadamente con característica sólida, color marrón, micciona de cinco a ocho veces al día.

No utiliza laxantes o diuréticos, en su trabajo puede disponer de sanitarios las veces que lo requiera.

Exploración física

Presenta adecuada coloración de tegumentos, mucosas hidratadas, miembros distales libres de edema e ictericia. Ahora que está encamado la cistostomía drena

de 2000 a 2500 ml por día con apariencia clara, libre de grumos, sedimentos o piuria. Ruidos intestinales se encuentran presentes.

Laboratorios

PRUEBAS METABÓLICAS	RESULTADO	UNIDADES
Urea (calculado)	21.4	mg/dL
Nitrógeno ureico BUN	10	mg/dL
Creatinina sérica	**0.70	mg/dL
Acido úrico	**2.50	mg/dL

Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Interrogatorio

Su actividad física cotidiana es vigorosa, dependiendo la temporada (siembra o cosecha). Rogelio refiere estar en constante movimiento, cargando bultos hasta de 40 kg, considera que su tolerancia a actividad física que realiza es adecuada, “al menos lo suficiente para continuar trabajando”, no realiza algún deporte, prefiere estar conviviendo con sus hijos.

Exploración física

Su aspecto físico muestra una complexión robusta y adecuado tono muscular. El internamiento en el hospital no le permite realizar actividad física, además él no manifiesta deseo por caminar en los pasillos del servicio.

Necesidad de dormir y descansar.

Interrogatorio

Para dormir destina ocho horas al día, duerme fácilmente, niega la presencia de alteraciones en el patrón de sueño. Refiere padecer de ronquidos, considera que esa situación es un problema de salud, sin embargo no ha hecho algo para solucionarlo, su lugar de residencia no interfiere con su descanso ya que menciona que es un espacio muy tranquilo, no utiliza fármacos para poder

conciliar el sueño y al despertar siempre siente energía para iniciar sus actividades.

Desde que se encamo su sueño se ve interrumpido por las noches debido a la rutina del hospital, sin embargo concilia el sueño fácilmente

Exploración física

Se observa cansado, apático, con poco interés de participar y seguir indicaciones.

Necesidad de vestirse y desvestirse.

Interrogatorio

Rogelio es una persona autosuficiente que no requiere ayuda para vestirse y elegir su ropa, generalmente utiliza camisa de manga larga, pantalón de mezclilla, un sombrero y tenis, en general ropa que le proteja de los rayos del sol y le permitan un libre movimiento.

Exploración física

Dentro del hospital utiliza una bata y ropa interior, ésta le da seguridad de movimiento, además que siente más cómodo al realizarle las curaciones. La amplitud de movimiento en las extremidades, es adecuada.

Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Interrogatorio

En cuanto a termorregulación, se refiere como una persona que siempre está transpirando, básicamente por la actividad física que realiza, sin hacer a un lado el hecho de que no puede retirarse sus ropas por los tiempos prolongados de exposición al sol, sólo bebe suficiente agua cada que está sediento.

Ahora que se encuentra encamado sabe que cada que siente algo anormal en su cuerpo debe informar al personal de salud y de requerirse se inician medios físicos con compresas húmedas colocadas en cuello, pecho, axilas y entre pierna; en los

cuales él participa, si no sede la fiebre se indican medicamentos los cuales son administrados por el personal de enfermería.

Exploración física

Temperatura axilar de 36.8 °C

Fármacos

Paracetamol 1gramo intravenoso

Laboratorios

BIOMETRÍA HEMÁTICA	RESULTADO	UNIDADES
Linfocitos	1.43	10 ³ /μL
Neutrófilos	5.20	10 ³ /μL
Monocitos	0.44	10 ³ /μL
Eosinófilos	0.21	10 ³ /μL
Basófilos	0.01	10 ³ /μL

Necesidad de estar limpio, aseado y proteger tegumentos.

Interrogatorio

El señor Rogelio indica que su baño es diario, generalmente al regresar de su trabajo, lava sus manos antes de ingerir sus alimentos, también realiza su aseo de dientes dos veces por día, sin emplear hilo dental.

Durante el baño lava sus orejas, posteriormente las seca con una toalla y corta sus uñas cada que lo requiere utilizando un cortaúñas. Cuenta con esquema de vacunación completo, no se ha realizado un examen de próstata, tiene vida sexual activa, su preferencia es heterosexual, niega haber padecido alguna enfermedad de transmisión sexual, ingiere bebidas alcohólicas una vez por semana y en reuniones sociales, generalmente mezcal, niega consumir drogas ilegales y automedicarse.

Exploración física

Se percibe limpio, con piel lubricada, herida quirúrgica suprapubica, por sitio de inserción de sonda vesical, libre de datos de infección. En área genital se encuentra una herida, a consecuencia de una debridación quirúrgica.

Necesidad de evitar peligros.

Interrogatorio

En su trabajo evita usar equipo de seguridad (faja en la cintura y botas largas y gruesas) ya que le resulta incomodo. Ahora que se encuentra encamado se apega a los protocolos de seguridad que hay dentro del nosocomio.

Exploración física

Sigue las medidas de seguridad dentro del hospital, así como a las indicaciones médicas.

Fármacos

Ketorolaco 60mg IV cada 8 horas

Piperacilina/tazobactam 4.5 mg IV cada 6 horas

Omeprazol 40 mg IV cada 24 horas

Necesidad de comunicarse con sus semejantes.

Interrogatorio

En la necesidad de comunicarse, considera que es adecuada, evita peleas y disputas entre familiares y compañeros de trabajo, en su hogar mantienen un trato cordial, no pertenece a algún grupo social o sindicato, sin embargo acude a una iglesia católica cada domingo, sólo para escuchar misa, ya que considera que la ideología que manejan le agrada para que sea la guía de él y de su familia, le proporciona paz, tranquilidad, esperanza y fuerza para seguir con su vida.

Actualmente no ve a su familia, por cuestiones de distancia, aunque realizan llamadas telefónicas de diez a quince veces por día. Refiere que un primo lo visita

en algunas ocasiones para llevarle artículos de aseo personal, sin embargo al realizar la valoración y las intervenciones no hubo presencia de algún familiar.

Exploración física

Su lenguaje verbal es adecuado y entendible, la mayor parte del tiempo se muestra apático, el estado de conciencia se valora con 15 puntos.

Necesidad de actuar según sus creencias.

Interrogatorio

El señor Rogelio es católico, considera que lo más importante para él es su familia, es por eso que les inculca los valores de sus creencias, practica oraciones y rezos, solicita la guía de un sacerdote y ahora que se encuentra hospitalizado, solo practica oraciones a su Dios.

Exploración física

En su habitación coloca estampillas de imágenes religiosas, acompañadas de un rosario.

Necesidad de ocuparse para realizarse.

Interrogatorio Hoy en día Rogelio es padre de familia y el que realiza todo el aporte económico a su hogar, se siente satisfecho con las actividades que realiza y con el hecho de saber que a su familia le es suficiente ese ingreso para cubrir sus necesidades básicas, paseos, colegiaturas y alimento. Su familia es lo principal para él,

Necesidad de recrearse.

Interrogatorio

Sus actividades recreativas consisten en pasar tiempo con sus hijos, jugar en el patio y compartir tiempo de calidad.

Exploración física

Ahora que se encuentra hospitalizado, se observa apático y desesperado ya que hasta el día en que se realizó la valoración ha permanecido 34 días encamado y sólo habla por teléfono con su familia.

Necesidad de aprender.

Interrogatorio

En cuanto a la necesidad de aprendizaje, niega padecer algún problema de atención, concentración o retención de información, para Rogelio lo más importante es que sus hijos estudien y tengan oportunidades que él no tuvo, es por ello que les proporciona todos los recursos que están a su alcance para que lo logren.

Exploración física

Continuamente se le observa leyendo e informándose sobre su estado de salud.

Jerarquización de Diagnostico

Diagnóstico de riesgo 00004: Riesgo de infección R/C herida quirúrgica erosiva.

Diagnóstico 00096: Deprivación del sueño R/C patrón del sueño no reparador M/P cansancio y cambios de humor frecuentes.

Diagnóstico 00095: Insomnio R/C periodos de ansiedad y temor M/P alteraciones en el parón del sueño.

Diagnóstico 00232: Obesidad R/C trastornos de la percepción de la alimentación M/P IMC de 32.01 Kg/m²

Diagnóstico 00168: Estilo de vida sedentario R/C recursos insuficientes para la actividad física M/P un IMC de 32.01

Diagnóstico de riesgo 00155: Riesgo de caídas R/C pérdida total de visión proporcionada por ojo derecho.

Diagnóstico de riesgo 00037: Riesgo de intoxicación etílica R/C consumo frecuente de mezcal.

Diagnóstico 00097: Déficit de actividades recreativas R/C hospitalización prolongada M/P aburrimiento.

Diagnóstico de bienestar 00182: Disposición para mejorar el autocuidado M/P expresar deseos de aumentar el autocuidado.

Diagnóstico de bienestar 00162: Disposición para mejorar la gestión de la salud M/P expresar deseos de mejorar el manejo de su enfermedad.

Diagnóstico de bienestar 00162: Disposición para mejorar la gestión de la salud M/P expresar deseos de mejorar el manejo del régimen prescrito sobre el manejo de la sonda vesical

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NECESIDAD:			Diagnóstico de riesgo 00004: Riesgo de infección R/C herida quirúrgica erosiva					
ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER TEGUMENTOS¹⁸			Definición: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos, patógenos que pueden comprometer la salud.					
Objetivo: Proporcionar información necesaria al paciente para que lleve a cabo una técnica de curación de herida adecuada para evitar infecciones.								
Causa de dificultad			Nivel de dependencia			Nivel de relación enfermera-paciente		
Falta de conocimiento	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía
Planeación					Escala de medición		Ejecución: Se le indica al paciente la técnica que debe seguir, así como el material que va a utilizar para realizar las curaciones en el área genital y dónde puede desecharlo, del mismo modo se le explican los signos y síntomas de infección y que en caso de presentarlos o tener dudas sobre su herida acudir al escalón sanitario que le corresponda.	
Intervenciones/actividades		Resultado	Indicador		1) Ningún conocimiento 2) Conocimiento escaso 3) Conocimiento moderado 4) Conocimiento sustancial 5) Conocimiento extenso.			
6540: Control de infecciones		1842: Conocimiento: control de infección.	184203: Prácticas que reducen la transmisión		Puntuación Diana			
Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. Enseñar al paciente y familia a evitar infecciones.					Mantener a 1 Aumentar a 4			
Evaluación: El paciente no posee los conocimientos para realizar una curación, después de la intervención logra mencionar paso a paso en qué consiste la curación, no se tiene la oportunidad de realizarla, sin embargo el paciente simula los movimientos que debe seguir.								

¹⁸ García M. Op.cit. pp.14

NECESIDAD:			Diagnóstico 00096: Deprivación del sueño R/C patrón del sueño no reparador M/P cansancio y cambios de humor frecuentes.					
DORMIR Y DESCANSAR¹⁹			Definición: Periodo del tiempo prolongado sin sueño (patrón de suspensión natural y periódica de la conciencia.					
Objetivo: Lograr que el paciente disfrute de un descanso de calidad								
Causa de dificultad			Nivel de dependencia			Nivel de relación enfermera-paciente		
Falta de conocimiento	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía
Planeación					Escala de medición		Ejecución:	
Intervenciones/actividades		Resultado	Indicador	1) Gravemente comprometido 2) Sustancialmente comprometido 3) Moderadamente comprometido 4) Levemente comprometido 5) No comprometido		El paciente se observa cansado, enfadado y poco cooperador, él refiere no dormir adecuadamente por las noches y se le hace la recomendación de tener en su barandal el timbre para llamar al personal cuando se le ofrezca algo (desde escuchar algún ruido a solicitar otra explicación de alguna situación que lo inquiete).		
5880: Técnica de relajación		0004: Sueño	000404: Calidad del sueño.	5) No comprometido				
Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.			000418: Duerme toda la noche.	Puntuación Diana				
Esclarecer al paciente cualquier situación que llegue a presentarse, así como todas sus inquietudes.				Mantener a 3 Aumentar a 5				
Evaluación: El paciente atiende las recomendaciones, se comunica con mayor frecuencia externando dudas e inquietudes y refiere una mejoría al conciliar el sueño.								

¹⁹ García M. Op.cit. pp.14

NECESIDAD:			Diagnóstico 00095: Insomnio R/C periodos de ansiedad y temor M/P alteraciones en el parón del sueño.					
DORMIR Y DESCANSAR²⁰			Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.					
Objetivo: Eliminar situaciones que provoquen ansiedad en el paciente para obtener un sueño reparador.								
Causa de dificultad			Nivel de dependencia			Nivel de relación enfermera-paciente		
Falta de conocimiento	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía
Planeación					Escala de medición		Ejecución: Se le pregunta al paciente si tiene alguna incomodidad, éste refiere cansancio, se continua el interrogatorio hasta llegar al punto, de que esto se debe a los ruidos que escucha por las noches y preocupaciones que surgen por su estado de salud y procedimientos que se le realizan, aclarada esta situación se le invita a que intente conciliar el sueño, que será importante para que mejore su estado de salud.	
Intervenciones/actividades		Resultado	Indicador		1) Nunca demostrado 2) Raramente demostrado 3) A veces demostrado 4) Frecuentemente demostrado 5) Siempre demostrado			
5820: Disminución de la ansiedad		1402	140204		Puntuación Diana			
Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se pueden experimentar. Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.		Autocontrol de la ansiedad	Busca información para reducir la ansiedad					
					Mantener a 1 Aumentar a 5			
Evaluación: El paciente se encuentra tranquilo, se elimina el nivel de ansiedad que es provocado por el temor a lo desconocido, después de llevar a cabo las debidas aclaraciones.								

²⁰ García M. Op.cit. pp.14

NECESIDAD:			Diagnóstico 00232: Obesidad R/C trastornos de la percepción de la alimentación					
BEBER Y COMER²¹			M/P IMC de 32.01 Kg/m ²					
			Definición: Condición en la que el individuo acumula grasa excesiva o de manera anormal para su edad y sexo que excede al sobrepeso.					
Objetivo: Lograr que el paciente se comprometa a disminuir la cantidad y frecuencia del consumos de alimentos con alto contenido calórico.								
Causa de dificultad			Nivel de dependencia			Nivel de relación enfermera-paciente		
Falta de conocimiento	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía
Planeación					Escala de medición		Ejecución: En la convivencia diaria, se le pregunta acerca de los alimentos que extraña consumir, ahora que la dieta del hospital no puede ser de su elección y menciona tortillas, pan, tartas y dulces, de este modo logro abrir el tema de la alimentación diaria, se le hacen recomendaciones sobre cambiar esos alimentos por otras opciones y los beneficios que obtendría al hacerlo. Se le explica que estos alimentos no deben ser eliminados de por vida, sino que el propósito es disminuir la frecuencia y cantidad en su consumo.	
Intervenciones/actividades		Resultado	Indicador		1) Desviación grave del rango normal 2) Desviación sustancial del rango normal 3) Desviación moderada del rango normal 4) Desviación leve del rango normal 5) Sin desviación del rango normal			
5614: Enseñanza: dieta prescrita: Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos 1280: Ayuda para disminuir de peso Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.		1006: Peso: masa corporal	100601: Peso		Puntuación Diana Mantener a 3 Aumentar a 5			
Evaluación: Al inicio el paciente no acepta la idea de eliminar alimentos que él considera necesarios, sin embargo al explicar que lo que se quiere lograr es disminuir la cantidad y frecuencia de su consumo, acepta seguir las recomendaciones.								

²¹ García M. Op.cit. pp.14

NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA²²			Diagnóstico 00168: Estilo de vida sedentario R/C recursos insuficientes para la actividad física M/P un IMC de 32.01Kg/m ²					
			Definición: Informa acerca de hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.					
Objetivo: Crear en el paciente una conciencia de autocuidado e incorporación de actividad física como forma de recreación.								
Causa de dificultad			Nivel de dependencia			Nivel de relación enfermera-paciente		
Falta de conocimiento	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía
Planeación					Escala de medición		Ejecución: Durante la estancia hospitalaria hacer recomendaciones sobre las raciones en su dieta, haciendo énfasis en que no se trata de eliminar alimentos, sino controlar las cantidades de estos. Así mismo exponer las ventajas que tiene el incorporar actividad física en su vida diaria, dándole la opción de caminar de su casa al trabajo a paso rápido y de este modo se podría incorporar actividad física en su rutina diaria.	
Intervenciones/actividades		Resultado	Indicador		1) Ningún conocimiento 2) Conocimiento escaso 3) Conocimiento moderado 4) Conocimiento sustancial 5) Conocimiento extenso			
5614: Enseñanza: dieta prescrita: Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud en general.		1622: Conducta de cumplimiento: dieta prescrita	162204: Selecciona raciones compatibles con la dieta prescrita.		Puntuación Diana Mantener a 4 Aumentar a 5			
5612: Enseñanza: ejercicio prescrito: Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria.		1632 : Conducta de cumplimiento: actividad prescrita.	163208: Utiliza estrategias para dedicar tiempo a la actividad física.					
Evaluación: Se logra llegar a un acuerdo con el paciente en el que se compromete a disminuir el consumo de azúcares y harinas, así como dar una caminata por las mañanas al ir de su casa al trabajo.								

²² García M. Op.cit. pp.14

NECESIDAD:			Diagnóstico de riesgo 00155: Riesgo de caídas R/C pérdida total de visión proporcionada por ojo derecho.					
EVITAR PELIGROS²³			Definición: Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico y que puede comprometer la salud.					
Objetivo: Proveer información al paciente, sobre las disposiciones de seguridad dentro del nosocomio para lograr un apego a éstas.								
Causa de dificultad			Nivel de dependencia			Nivel de relación enfermera-paciente		
Falta de conocimiento	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía
Planeación					Escala de medición		Ejecución: Durante la estancia hospitalaria se hace hincapié en que debe seguir las indicaciones que marcan los protocolos de seguridad, ya que estos se han creado con el propósito de disminuir riesgos que pueden llegar a incrementar el tiempo de estancia en el nosocomio.	
Intervenciones/actividades			Resultado	Indicador	1) Ningún conocimiento 2) Conocimiento escaso 3) Conocimiento moderado 4) Conocimiento sustancial 5) Conocimiento extenso.			
6490: Prevención de caídas			1828: Conocimiento: prevención de caídas	182802 Uso correcto de mecanismos de seguridad	Puntuación Diana			
Identificar características del ambiente que pueden aumentar la posibilidad de caídas. Colocar los objetos al alcance de sus manos. Proporcionar al paciente un timbre de llamado y colocarlo siempre a su alcance. Mantener barandales de la cabecera en alto.					Mantener a 3 Aumentar a 5			
Evaluación: El paciente utiliza los dispositivos de ayuda para la deambulaci3n y se apega a las recomendaciones que hacen los protocolos de seguridad.								

²³ García M. Op.cit. pp.14

NECESIDAD: EVITAR PELIGROS²⁴			Diagnóstico de riesgo 00037: Riesgo de intoxicación etílica R/C consumo frecuente de mezcal.					
			Definición: Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejore el estado de salud.					
Objetivo: Disminuir o eliminar el consumo de bebidas embriagantes de su rutina de vida.								
Causa de dificultad			Nivel de dependencia			Nivel de relación enfermera-paciente		
Falta de conocimiento	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía
Planeación					Escala de medición		Ejecución: Mediante la convivencia diaria, ir exponiendo las desventajas de consumir alcohol y los beneficios que se tienen al eliminar el consumo de este.	
Intervenciones/actividades		Resultado	Indicador		1) Ningún conocimiento 2) Conocimiento escaso 3) Conocimiento moderado 4) Conocimiento sustancial 5) Conocimiento extenso			
5440: Aumentar los sistemas de apoyo: Fomentar las relaciones con personas que tengan el interés en no ingerir bebidas alcohólicas. Animar al paciente a participar en actividades sociales y comunitarias		1629 Conducta de abandono del consumo de alcohol	162903 Identifica los beneficios de eliminar el consumo de alcohol.		Puntuación Diana Mantener en 2 Aumentar a 4			
Evaluación: El paciente conoce algunas de las desventajas que tiene la ingesta de alcohol sin embargo lo consume. Después de una semana de convivencia expresa el deseo de eliminar este tipo de bebidas de su vida y que empleará ese tiempo para acercarse a su familia.								

²⁴ García M. Op.cit. pp.14

NECESIDAD: RECREACIÓN²⁵			Diagnóstico 00097: Déficit de actividades recreativas R/C hospitalización prolongada M/P aburrimiento.					
			Definición: Disminución de la estimulación procedente de (interés o participación en) actividades recreativas o de esparcimiento.					
Objetivo: Fomentar que el paciente realice actividades recreativas dentro de lo permitido en el nosocomio para lograr una actitud de participación.								
Causa de dificultad			Nivel de dependencia			Nivel de relación enfermera-paciente		
Falta de conocimiento	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía
Planeación					Escala de medición		Ejecución:	
Intervenciones/actividades		Resultado	Indicador		1) Nunca demostrado 2) Raramente demostrado 3) A veces demostrado 4) Frecuentemente demostrado 5) Siempre demostrado		Realizar una entrevista, en la cual sobresalga las actividades que le gusta realizar, cuales podría llevar a cabo en el hospital y que necesitaría para lograrlo. El paciente menciona las sopas de letras, crucigramas y sudoku, él tiene un primo que puede proporcionarle esos materiales y resuelve 10 ejercicios por día.	
4310:Terapia de actividad: Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas psicológicas y sociales: Fomentar la participación de actividades o terapias en grupo.		1604 Participación en actividades de ocio	160413 Disfruta de actividades de ocio.		Puntuación Diana			
					Mantener a 2 Aumentar a 5			
Evaluación: El paciente realiza las actividades, alternándolas con mirar la televisión en horarios permitidos, hablar con sus hijos y dar pequeñas caminatas, él se percibe tranquilo y sonriente.								

²⁵ García M. Op.cit. pp.14

NECESIDAD:			Diagnóstico de bienestar 00182: Disposición para mejorar el autocuidado M/P expresar deseos de aumentar el autocuidado.					
APRENDER²⁶			Definición: Patrón de realización las actividades por parte de la propia persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que pueden ser reforzados.					
Objetivo: Esclarecer todas las dudas o inquietudes del paciente, para que realice un óptimo autocuidado.								
Causa de dificultad			Nivel de dependencia			Nivel de relación enfermera-paciente		
Falta de conocimiento	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía
Planeación					Escala de medición		Ejecución: El paciente expresa deseo por conocer las acciones que debe hacer para mejorar su calidad de vida, se realiza una escucha activa para comprender cuales son los deseos del paciente y poder ofrecerle una información de calidad que sea de su interés.	
Intervenciones/actividades 5520: Facilitar el aprendizaje Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/ rutina del paciente. Relacionar la información con los deseos y necesidades personales del paciente. Utilizar demostraciones y pedir al paciente, que las realice. Otorgar un tiempo de retroalimentación, así como para plantear dudas e inquietudes.			Resultado 1823: Conocimiento: fomento de la salud	Indicador 182308: Conductas que promueven la salud 182325: Relación entre dieta, ejercicio y peso		1) Ningún conocimiento 2) Conocimiento escaso 3) Conocimiento moderado 4) Conocimiento sustancial 5) Conocimiento extenso		
					Puntuación Diana			
					Mantener a 2 Aumentar a 4			
Evaluación: El paciente escucha con atención la información proporcionada, hace una retroalimentación mencionando puntos clave del autocuidado que debe seguir y manifiesta que la información recibida es clara y entendible.								

²⁶ García M. Op.cit. pp.14

NECESIDAD: APRENDER²⁷			Diagnóstico de bienestar 00162: Disposición para mejorar la gestión de la salud M/P expresar deseos de mejorar el manejo de su enfermedad.					
			Definición: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que puede ser reforzado.					
Objetivo: Proveer de conocimiento necesario al paciente para que pueda realizar los procedimientos de forma adecuada para evitar complicaciones a su padecimiento.								
Causa de dificultad			Nivel de dependencia			Nivel de relación enfermera-paciente		
Falta de conocimiento	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía
Planeación					Escala de medición		Ejecución: Se realiza una curación diaria en genitales y el paciente refiere preocupación por quién hará esas curaciones cuando él se encuentre en su hogar, así que se le explica, el material que debe utilizar así como el procedimiento a seguir, del mismo modo se hace la recomendación de comprar (en la Ciudad de México) la cantidad de material necesaria para que pueda realizarlo en su casa.	
Intervenciones/actividades		Resultado	Indicador		1) Ningún conocimiento 2) Conocimiento escaso 3) Conocimiento moderado 4) Conocimiento sustancial 5) Conocimiento extenso			
3660 Cuidados de heridas: Enseñar al paciente los procedimientos de cuidado de heridas. Enseñar al paciente los signos y síntomas de una infección.		1814: Conocimiento: Procedimientos terapéuticos	181401: Procedimiento terapéutico		Puntuación Diana Mantener a 2 Aumentar a 4			
Evaluación: El paciente posee conocimiento acerca de cada cuanto tiempo debe hacer la curación de la zona genital, sin embargo refiere tener miedo de realizar el procedimiento, además de no tener el conocimiento para realizarlo correctamente. Después de llevar a cabo las explicaciones y pedirle que observe como se realiza la curación, él manifiesta contar con el conocimiento necesario para hacerlo.								

²⁷ García M. Op.cit. pp.14

NECESIDAD: APRENDER²⁸			Diagnóstico de bienestar 00162: Disposición para mejorar la gestión de la salud M/P expresar deseos de mejorar el manejo del régimen prescrito sobre el manejo de la sonda vesical.					
			Definición: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que puede ser reforzado.					
Objetivo: Proveer de conocimientos necesarios al paciente para mantener la sonda vesical funcional.								
Causa de dificultad			Nivel de dependencia			Nivel de relación enfermera-paciente		
Falta de conocimiento	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía
Planeación					Escala de medición		Ejecución: Se le explica al paciente los cuidados que debe tener para mantener en adecuadas condiciones la cistostomía, es decir, cada cuanto debe hacer la limpieza del área circundante a la sonda, a que altura mantener la bolsa de drenaje, cómo fijar la sonda y la bolsa, así como cuáles son los signos de infección.	
Intervenciones/actividades		Resultado	Indicador		1) Ningún conocimiento 2) Conocimiento escaso 3) Conocimiento moderado 4) Conocimiento sustancial 5) Conocimiento extenso.			
1876: Cuidados de catéter urinario Instruir al paciente sobre la importancia de mantener la sonda libre de obstrucciones, que la bolsa de drenaje siempre esté por debajo de la vejiga, que la sonda debe estar fijada a la piel y que diariamente debe limpiarse la zona cutánea circundante.		1813 Conocimiento: régimen terapéutico	181302 Responsabilidad del autocuidado en situaciones de emergencia		Puntuación Diana Mantener a 2 Aumentar a 4			
Evaluación: El paciente hace una retroalimentación sobre la información proporcionada y de este modo se percibe que la asesoría queda comprendida por el paciente.								

²⁸ García M. Op.cit. pp.14

PLAN DE ALTA

➤ **Comunicación**

- Mantener una comunicación adecuada con sus familiares de acuerdo a sus necesidades, limitaciones y actividades en las que puede participar.

➤ **Urgente**

- Acudir a su escalón sanitario en caso de presentar:
 - Dolor abdominal agudo
 - Signos de infección en la herida quirúrgica como: enrojecimiento, rubor, calor, secreción purulenta y fétida.
 - Si nota alguna alteración en la orina, como: disminución en la cantidad, presencia de sangre, olor fétido o deterioro de la sonda, así como un desplazamiento.
 - Presentarse puntualmente a sus citas en los departamentos de Clínica de Heridas y Cámara Hiperbárica, en caso de tener inquietudes o dudas, externarlas con el personal que le atiende.
- Para ser atendido debe llevar la credencial de afiliación, hoja de referencia y programación de cita (en caso de tener cita).

➤ **Información**

Se le brindo información a él y a su familiar responsable sobre:

- Curación de heridas
- Cuidados del sistema de drenaje urinario
- Datos de infección de heridas.
- Incorporar actividad física diaria y utilizar una vestimenta adecuada
- Presentarse puntualmente a sus citas

- Mencionar alimentos que cambian las características de la orina.
- Vacunación

➤ **Dieta**

- Disminuir en consumo de azúcar, pan y tortillas
- Alternar el consumo de agua de fruta con ingerir infusiones con poca azúcar.
- Incluir dos colaciones a la dieta diaria.
- Evitar un consumo frecuente de alimentos fritos.
- Comer en familia.

➤ **Ambiente**

- Evitar situaciones de estrés
- Administrar adecuadamente el tiempo para cada actividad.
- Utilizar equipo de apoyo para evitar caídas.
- Uso de elementos de protección laboral.
- Mantener sujeta a su ropa la bolsa colectora de orina.
- Mantener en un lugar de resguardo el material que utiliza para realizar curaciones.

➤ **Recreación y uso del tiempo libre**

- Aumentar el tiempo de calidad con la familia, mediante:
 - Salir a caminar
 - Juegos de destreza
 - Cocinar
 - Fomentar el ejercicio en la vida diaria.

➤ **Medicamentos y tratamientos no farmacológicos**

Tomar los medicamentos de acuerdo a la dosis y horario prescrito por el médico, no suspenderlos por ninguna causa.

➤ **Espiritualidad**

- Continuar con la rutina dominical
- Experimentar ante situaciones o actividades nuevas en compañía de su familia.

CONCLUSIONES

En el mundo existirán personas con distintas alteraciones en sus necesidades básicas y de acuerdo con cada enfermedad, éstas irán cambiando; sin embargo, los profesionales de la salud deben estar capacitados para poder ofrecer el servicio y atención que una persona merece, es decir, una atención de calidad y calidez y esto sólo se logrará si desarrollamos ciertas habilidades como son, observación, empatía y perfeccionar procedimientos y técnicas.

Del mismo modo es importante cultivarse, continuar preparándose ya que este camino tan gratificante, también está lleno de compromisos y responsabilidades con nuestros pacientes, aquellas personas que al vernos vestidos de blanco confían y se entregan a nosotros para ser cuidados y nosotros como profesionales de la salud estamos obligados a corresponder actuando con conocimiento, otorgando un cuidado integral y personalizado, el cual podemos lograr, mediante la implementación de un Proceso de Atención de Enfermería.

Es precisamente en este caso, que se presenta la situación de una persona de 39 años de edad, de sexo masculino que cursa con Gangrena de Fournier, con alteración en las necesidades de beber y comer , moverse y mantener una buena postura, dormir y descansar, estar limpio, aseado y proteger tegumentos recreación, evitar peligros y aprender. Al culminar podemos afirmar que el objetivo general que se planteó en un inicio "Integrar el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente que cursa con Gangrena de Fournier, utilizando el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson; en base a las 14 necesidades básicas, con la finalidad de proporcionar cuidados integrales de acuerdo a las alteraciones en cada una de ellas, se cumplió; así como los objetivos específicos, que mencionan cada una de las etapas a seguir en este proceso, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

1. **Alcoholismo:** es una enfermedad adictiva en la que el enfermo no puede controlar el consumo de alcohol que en la mayoría de las ocasiones es un consumo excesivo y prolongado.
2. **Anaerobios Facultativos:** son bacterias que pueden desarrollarse tanto en presencia como en ausencia de oxígeno, por lo que también se las llama aerobias facultativas o bacterias facultativas.
3. **Anaerobios Obligados** Microorganismo que únicamente puede desarrollarse en ausencia de oxígeno atmosférico.
4. **Área Genital:** zona circundante a los órganos sexuales primarios externos.
5. **Área Perianal:** región anatómica correspondiente al suelo de la pelvis, conformada por el conjunto de partes blandas que cierran hacia abajo el fondo de la pelvis hasta el ano.
6. **Desnutrición:** estado patológico de distintos grados de severidad, causado por la asimilación deficiente de alimentos por el organismo.
7. **Factores De Riesgo:** es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.
8. **Fascitis:** inflamación del tejido conectivo, que puede estar causada por estreptococos u otros agentes infecciosos, por una lesión o por una reacción autoinmune.
9. **Gangrena:** muerte de los tejidos orgánicos producida por una infección o por la falta de riego sanguíneo
10. **Inmunosupresión:** inhibición de uno o más componentes del sistema inmunitario adaptativo o innato.
11. **Sinergia:** acción de dos o más causas que generan un efecto superior al que se conseguiría con la suma de los efectos individuales.
12. **Virulencia:** grado de patogenicidad de un serotipo, cepa o colonia microbiana en un huésped susceptible

ANEXOS

Anexo (1)

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON

Datos de identificación:

Nombre: Rogelio René G. G. Edad: 39 años. Sexo: Masculino. Ocupación: Agricultor.

Estado civil: Casado. Religión: Católica. Escolaridad: Secundaria. Domicilio: Baltasal Chichicapa, Oaxaca.

Signos vitales:

Respiración: Frecuencia: 16/min. Ritmo: Regular. Expansión torácica: Simétrica
Profundidad: Profunda

Pulso: Frecuencia: 77/min. Ritmo: Regular. Intensidad: Fuerte. Temperatura: 36.8°C. Tensión arterial: 111/66 mm Hg

Somatometría: Peso: 84 Kg. Talla 162 cm. Índice de Masa Corporal: 32.01 Kg/m²
Perímetro abdominal: 102 cm

VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No. ¿Se ha expuesto al humo de leña? No
¿ha fumado en algún momento de su vida? No. ¿Cuántos cigarros al día? 0
¿Convive con fumadores? No. ¿Ha convivido con aves? No. ¿Tiene la sensación
de que le falta el aire cuando camina? No. ¿Tiene la sensación de que le falta el
aire al subir escaleras? No. ¿Su casa está ventilada? Si. ¿Hay fábricas de
cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? No. ¿Tiene
familiares con problemas para respirar? No. ¿Le han diagnosticado hipertensión?

No. ¿Tiene problemas cardiacos? No. ¿Tiene familiares con problemas del corazón? No. ¿Toma algún medicamento? No.

Explore:

Región cardiopulmonar: (ruidos pulmonares, movimientos torácicos): Los sonidos cardiacos son regulares, con ritmo constante y no hay presencia de algún soplo en el corazón. Con respecto a los sonidos pulmonares no hay indicios de flemas en los pulmones o alguna anomalía, los movimientos torácicos son simétricos, con un desplazamiento adecuado. Aunque el paciente no presenta hipertensión, tiene antecedentes familiares por parte de su padre

Dificultad respiratoria: No. Fatiga: No. Tos: No. Expectoración: No. Coloración de la piel: el paciente tiene una piel morena. Llenado capilar: 2 segundos.

2. Alimentación e hidratación:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno? Cantidades en raciones: un plato de huevo con frijoles y una taza de café acompañado de pan o tortillas, a veces se agrega un plato de futa.

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida? Cantidades en raciones: un plato de sopa que puede ser de pasta o verduras, un plato de guisado acompañado con arroz y frijoles, una fruta fresca como postre y una jarra de agua de sabor

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena? Cantidades en raciones: una taza de café o atole acompañado de un plato de guisado con tortillas o pan

¿Come entre comidas? No ¿Qué alimentos consume? No consume alimentos entre comidas ¿En dónde acostumbra comer? En el trabajo y en casa ¿Con quién acostumbra comer? Compañeros de trabajo y su familia.

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? Sí ¿Por qué? Si el paciente se siente solo pierde el apetito.

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? Las enchiladas rojas ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? ninguno ¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? Ninguno ¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? Ninguno ¿Tiene problemas para masticar? No. ¿Por qué? El paciente cuenta con una dentadura completa ¿Tiene dentadura completa? Sí. ¿Usa prótesis? No ¿Tiene problemas con su peso? No ¿Por qué? Refiere sentirse bien ¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? Sí. ¿Por qué? Casi nunca presenta afecciones gastrointestinales.

¿Cuántos vasos de agua toma al día? De 8 a 12 ¿Acostumbra tomar refrescos? No

¿Acostumbra tomar café? Sí ¿Acostumbra tomar alcohol? Sí. ¿Toma suplementos alimenticios? No.

Explore:

Cavidad oral: se encuentra dentadura completa incluyendo terceros molares, una corona en el incisivo derecho, múltiples caries y placa dentobacteriana, sin presencia de lengua saburral, refiere no tener problemas de masticación y deglución

Región abdominal: Presenta una cistostomía, no presenta inflamación.

En cuanto a su peso el paciente no refiere tener problemas con eso, sin embargo a la exploración se percibe con sobrepeso.

3. Eliminación

¿Cuántas veces evacua al día? 1, máximo 2 ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: Esfuerzo para defecar: No. Dolor anal al evacuar No. Dolor abdominal al evacuar No. Características del dolor No presenta dolor Flatulencias. Si. Tenesmo No. Meteorismo No. Incontinencia No. Prurito No. Hemorroides No. Cuando presenta problemas para evacuar, ¿Que recursos utiliza? Ingerir papaya ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? El comer fruta ¿Qué hábitos le dificultan la

evacuación? Ninguno ¿Qué características tiene la evacuación? Sólida, con una tonalidad café oscura.

¿Cuántas veces orina al día? Tiene cistostomía ¿De qué color es su orina? Amarillo claro, casi transparente ¿Qué olor tiene su orina? No presenta un olor fétido ¿Presenta algunos de estos signos o síntomas?: Disuria No. Poliuria No. Nicturia No, Retención de orina No. Urgencia para orinar No. ¿Qué recursos utiliza cuando tiene problemas para orinar? No tiene problemas para orinar ¿Usted suda? Sí. ¿Cómo es su sudoración? Es salado y sin olor fétido ¿Bajo qué condiciones suda? Solo cuando se ejercita.

En caso de hombres

¿Presenta alguna alteración en la eyaculación? No eyacula últimamente

Explore:

Región abdominal, fosas renales, genitales: su abdomen no presenta inflamación, sus fosas nasales se encuentran lubricadas, sin mucosidad excesiva.

4. Movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulación? No ¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria? Si ¿Cómo? ¿Tiene dificultad para moverse? No Especifique: Su enfermedad no interviene con la deambulación ¿Utiliza apoyos para desplazarse? Sí. ¿Cuáles la postura habitual relacionada con su ocupación? La mayor parte del tiempo está de pie y en constante actividad ¿Cuántas horas del día pasa usted en esta postura? 8 horas.

¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores. No. Especifique cuales: no presenta ningún dolor

Movimientos involuntarios No. Le falta fuerza No. Edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo. No. Mareos, pérdida del equilibrio o desorientación. No. Describa: No se presenta ¿Realiza usted alguna actividad

física? Sí. ¿Cuál? Jugar con sus hijos ¿Qué tiempo le dedica a la semana? Aproximadamente 8 a 12 horas.

Explore:

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos: Tiene una buena postura, no presenta encorvamiento en la espalda, sus movimientos son lentos pero porque se encuentra en una zona donde debe ir lento, puede flexionar de forma adecuada sus extremidades, parece tener una adecuada resistencia articular y sus reflejos son eficaces.

Observaciones: Tiene un buen tono muscular y una fuerza adecuada.

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? No. Después de descansar ¿Cómo se siente? Se siente con energía para realizar sus actividades ¿Cuántas horas duerme habitualmente? 8 horas ¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño?: Dificultad para conciliar el sueño No.

¿Se despierta fácilmente? No. Sueño agitado, No. Pesadillas, No. Nerviosismo, No.

¿Se levanta durante la noche? No ¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? Sí. ¿Por qué? Se siente protegido

¿Acostumbra tomar siesta? No. ¿Qué hace para conciliar el sueño? Solo cierra los ojos

Explore:

(Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia)

No presenta ojeras, mantiene atención cuando se requiere, no bosteza, no presenta actitud de desgano, cansancio o adinamia.

6. Vestido

¿Qué ropa utiliza cuando hace frío? Ropa abrigadora. Cuando hace calor: ropa ligera

Cuando llueve: También se cubre ¿Su ropa le permite libertad de movimiento? Sí
¿Expresa sentimientos a través de su ropa? No. ¿La ropa que usa usted la elige?
Sí. ¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? Sí.

Explore:

(Características de la ropa de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos y limpieza: Ahora que está en el hospital solo se viste con una bata y si tiene frío se cubre con una manta.

Observación: El paciente usa ropa adecuada de acuerdo a su edad, género y cuando acude a su trabajo.

7. Termorregulación

¿Sabe cómo medir la temperatura? No ¿Presenta alteraciones de la temperatura?
Sí. Especifique en días anteriores presentó picos febriles. ¿Qué medidas toma
para controlar la temperatura cuando tiene alteraciones? Informar al personal

Explore: Signos y síntomas relacionados con hipertermia o hipotermia (bochornos,): En este momento el paciente se encuentra eutérmico, sin embargo ha presentado picos febriles.

8. Higiene

¿Con qué frecuencia se baña? A diario ¿Cada cuando se lava el cabello? A diario.
Después del baño ¿el cambio de ropa es? Total ¿Cada cuando lava sus manos?
De 3 a 5 veces por día ¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies: Cada
15 días. Manos: cada 15 días ¿Cada cuando cepilla sus dientes? Dos veces por
día ¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? No. ¿Utiliza prótesis dental?

No. ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal? No. ¿Por qué? Es autosuficiente.

Explore: (Estado de la piel y mucosas, uñas, cabello, cavidad bucal, limpieza, coloración, estado de hidratación y presencia de lesiones): Su piel se encuentra hidratada, la producción de mucosas es adecuada su cabello, cavidad bucal y uñas se encuentran limpias; la coloración de la piel adecuada.

9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completo: Si. Toxoide Diftérico: Si. Toxoide tetánico: Si. Hepatitis: Si. Neumocócica: Si. Influenza: Si. Rubéola Sarampión: Si. Revisiones periódicas en el último año: No. Exploración prostática: No.

Resultado: No se realizó la Prueba. Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón): No. Seguimiento del plan terapéutico prescrito: Sí. Automedicación: No. Nombre del medicamento: Ketorolaco 60mg IV cada 8 horas, Piperacilina/tazobactam 4.5 mg IV cada 6 horas y Omeprazol 40 mg IV cada 24 horas ¿Consumo de drogas de uso no médico? No. ¿Cuál? No las consume. Uso de medidas de seguridad: Si.

Uso de pasamanos Sí. Uso de lentes de protección No

Aparatos protectores para la audición: No. Bastón: No. Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve, y se siente físicamente? En buenas condiciones ¿Es capaz de dar solución a sus problemas? Sí. ¿Es capaz de mantener su seguridad física? Sí. ¿Cuenta con las medidas de seguridad?:

En el trabajo Sí. ¿Las utiliza? Sí.

Casa: Si. ¿Las utiliza? Sí. Otros lugares: Si. ¿Cuáles? Centros comerciales.

¿Percibe algún tipo de sufrimiento? No. ¿Cuál es la causa? No se presenta

10. Comunicación

Idioma materno: Español ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No. ¿Cuál? Vista: No. Oído: No. Olfato: No. Gusto: No. Tacto: No. ¿Afectación verbal? No. Especifique: No se presentan alteraciones.

Tipo de carácter: Sereno. Auto percepción: Optimista, realista.

¿Tiene dificultad para? Comprender: No. Aprender: No. Concentrarse: No.

Lectoescritura: No. ¿Cómo es la comunicación con su familia? Es buena, todos hablan de todos los temas.

Explore: (Características del lenguaje verbal, modelos de expresión, costumbres, cambios de expresión verbal, humor, apoyos como aparatos auditivos etc. y estado de conciencia): su lenguaje verbal es adecuado, entendible y aunque también habla zapoteco y no requiere de aparatos para poder percibir con sus sentidos.

Observación: Sus habilidades para comprender, retener información y mantenerse concentrado no se vieron afectadas por el ingreso al hospital.

11. Creencias y sus valores

¿Qué es importante para usted, en la vida? Su familia ¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? Cuidar a su familia ¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas?: Ejemplos en casos de desastre Es importante ayudar a quienes lo necesitan ¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? Sí ¿Sus creencias sobre la vida o su religión que le ayudan a enfrentar problemas? Sí

Explore datos subjetivos:

Observar coherencia entre lo que la persona dice, lo que realmente hace. Ejemplo:

a) Lee con frecuencia: Sí.

- b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros: Sí.
- c) Prácticas de oración y rezos: Si.
- d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo: Si.
- e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias: No.
- f) Solicita la presencia de: Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual: Sí.

Describe: Sus creencias son congruentes con su forma de actuar y vestir.

12. Trabajar y realización

¿Qué actividades realiza diferentes a su trabajo? Asistir a su iglesia ¿Tiene alguna ocupación no remunerada? No. ¿Cuál? Ninguna ¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? No. ¿Cuál? Ninguna ¿Necesita algún cuidado especial? No. ¿Cuál? Ninguna ¿Su limitación es temporal? Si. ¿Puede trabajar? Si. ¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? No ¿De qué tipo? ninguna ¿A qué atribuye usted la dependencia? A nada ¿Esto afecta su estado emocional? No ¿Tiene dificultad para integrarse socialmente? (familia, amistades, compañeros o grupos y comunidad) No ¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? No. ¿Cuál? Ninguna ¿Requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? Si. ¿Cuál? Hospitalaria ¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? Casi siempre ¿A qué lo atribuye? A su esfuerzo ¿Cuáles son sus metas de vida? Hacer que no les falte nada a sus hijos.

Explore: (actitud) Su actitud es optimista.

Observaciones: El paciente presenta una autoestima alta, es congruente en sus palabras, pensamientos y actitudes que toma ante la vida.

13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? Siempre
 ¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? Trata de ver de lado positivo de las

cosas siempre. ¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse? Jugar con sus hijos

¿Con qué frecuencia tiene usted cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Muy rara vez ¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No. ¿Qué medicamento le indicaron? Ninguno ¿Su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad recreativa? No

Observación: Sus actividades de recreación son adecuadas ya que se ejercita al hacerlo.

14. Aprendizaje

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? Sí. ¿Por qué? Es importante conocer de todo ¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? Casi no me cuesta trabajo ¿De qué fuente adquiere conocimientos? Lectura y escuchando a otras personas ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? Sí. ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? Sí.

Explore: (Expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad): Para el paciente es importante estar al tanto de lo que pasa y cree que tiene todas las herramientas para seguir aprendiendo.

Observación: El paciente presenta interés sobre adquirir conocimientos, no solo para informarse sino para mejorar su calidad de vida.

Anexo (2)

GANGRENA DE FOURNIER

- **Definición**

Es una enfermedad infecciosa sinérgica polimicrobiana, caracterizada por una fascitis necrosante en la región genital o perineal, que incluso puede comprometer la pared abdominal.

- **Etiología**

Puede tener un origen, genitourinario, colonrectal o ser idiopático, englobando una procedencia ginecológica o dermatológica.

Los agentes causales son diversos, incluyendo una combinación de gérmenes aerobios y anaerobios como *Streptococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Bacteroides*, *E. coli*, *Klesiella sp.*, *Enterococos* y *Pseudomonas*, con un promedio de tres bacterias en los cultivos de cada paciente diagnosticado.

Los gérmenes anaerobios son aislados con menor frecuencia de lo esperado, debido a problemas en la recolección o procesamiento de la muestra.

Estos microorganismos son de baja virulencia y un gran número de ellos pertenece a la flora habitual de vía digestiva y periné. Sin embargo, en presencia de alguna lesión local asociada a patologías sistémicas como diabetes mellitus, alcoholismo, neoplasias, VIH, insuficiencia renal, desnutrición y drogas inmunosupresoras, estas bacterias se tornan extremadamente destructivas

- **Factores de riesgo**

Existen condicionantes que pueden predisponer a una persona a contraer algunas enfermedades, el caso de la gangrena de Fournier, encontramos los siguientes:

- Inmunosupresión
- Diabetes Mellitus
- Alcoholismo

- Desnutrición
 - Déficit de higiene personal
 - Cirrosis hepática
 - Hipotiroidismo
 - Nefropatías
 - Corticoterapia
- **Incidencia**

La gangrena de Fournier se presenta de 1:7 500 hasta 1: 750 000 casos, sigue siendo una enfermedad preponderante en el hombre ya que se presenta una relación de 10:1 con respecto a la mujer.

- **Fisiopatología**

El desarrollo clínico de esta enfermedad se encuentra dividida en cuatro fases, la primera ocurre entre las primeras 24 a 48 horas y está dada por prurito, edema y eritema; la segunda es la fase invasiva y se caracteriza por inflamación local; la tercer fase que se denomina como necrótica, se encuentra sepsis en un 50% de los casos y la fase final que es la de resolución, en la que hay un proceso de cicatrización.

La gangrena de Fournier es potencialmente letal, se caracteriza por progresión rápida de infección necrotizante de tejidos blandos causada por acción sinérgica de varios organismos que se extienden a lo largo de los planos faciales, causando necrosis subfacial de tejidos blandos y destrucción.

La Gangrena de Fournier es una fascitis necrosante sinérgica que culmina en trombosis de los vasos subcutáneos pequeños y origina gangrena de la piel supradyacente; se cree que la trombosis vascular se debe a la endoarteritis obliterante causada por la diseminación de los microorganismos hacia el espacio subcutáneo.

La infección del tejido celular subcutáneo con edema e inflamación de un espacio cerrado dificulta el aporte sanguíneo ocasionando hipoxia, lo cual favorece el

desarrollo de anaerobios facultativos y anaerobios obligados, tales como E. coli o Clostridium perfringes.

Estos organismos anaerobios producen hidrogeno y nitrógeno que se acumulan en los tejidos ocasionando crepitación²⁹.

- **Diagnóstico**

El diagnóstico se basa en el examen clínico, por medio del cual el origen de la infección puede ser establecido en la mayoría de los pacientes. Exámenes como los hemocultivos (positivos en 20% de los casos), el hemograma y el estudio bioquímico permiten orientar la antibioterapia, establecer índices pronósticos y evaluar la evolución del tratamiento.

El índice de severidad de Fournier es una herramienta que nos entrega información sobre el pronóstico de estos pacientes. Si el índice es >9, la mortalidad es cercana al 75%; si el índice es 9, la tasa de supervivencia alcanza el 78%.

A pesar de que el diagnóstico de Gangrena de Fournier es eminentemente clínico, la evaluación imagenológica es útil en los casos en que existe duda diagnóstica, y para determinar la real extensión de la lesión. La radiografía de pelvis puede mostrar aire en los tejidos.

La ecografía es útil para diferenciar anomalías intraescrotales y puede evidenciar engrosamiento e inflamación de la pared escrotal con gas en su interior. La tomografía computada es la mejor técnica de imagen en estos casos, ya que es más específica para determinar la extensión de la enfermedad, etiología subyacente, engrosamiento de los planos faciales con presencia de gas, infiltración de la grasa, y eventual progresión intraabdominal o retroperitoneal.

La presencia de gas en los tejidos blandos puede detectarse de manera precoz, antes que en el examen clínico, mediante la tomografía computada. Sin embargo,

²⁹ Del Ángel R., Gangrena de Fournier, Universidad Autónoma Veracruzana, México, 2003,p.p.24

la ausencia de aire subcutáneo en el escroto o periné no excluye el diagnóstico de Gangrena de Fournier, ya que se ha reportado hasta un 10% de pacientes cuyas imágenes no muestran enfisema subcutáneo.

- **Tratamiento**

Los pilares fundamentales en el tratamiento de la Gangrena de Fournier son el manejo hidroelectrolítico y nutricional, la antibioterapia de amplio espectro y el desbridamiento quirúrgico amplio.

Sin embargo, debemos tener en consideración que esta enfermedad constituye una emergencia quirúrgica, por lo que la remoción extensa de los tejidos desvitalizados no debe ser retrasada.

El apoyo nutricional debe ser considerado para mantener un balance nitrogenado positivo que garantice una adecuada cicatrización de la herida, la cual ocurre por segunda intención. Sin embargo, en los casos de lesiones extensas se hace necesario cubrir los defectos con colgajos miocutáneos o injertos de espesor total.

En relación a la terapia antibiótica se recomienda el uso de un esquema triasociado que incluya cefalosporinas de tercera generación o aminoglucósidos para combatir aerobios gram-negativos, penicilina para especies de *Streptococo*, y metronidazol o clindamicina para cubrir gérmenes anaerobios.

El objetivo de la cirugía es eliminar todos los tejidos no viables, controlar la progresión de la infección local y aliviar la toxicidad sistémica. El desbridamiento quirúrgico debe ampliarse hasta que los tejidos estén bien perfundidos y se identifique tejido vital. El tejido que es fácilmente separado del plano facial tiene que ser completamente eliminado. De ser factible, debe mantenerse puente de piel para evitar el ano flotante.

Es frecuente que se requiera de nuevas exploraciones para manejar el proceso infeccioso, con un promedio de 3 reintervenciones por paciente. Debe sospecharse el origen abdominal si no se encuentra un claro origen perineal, por lo que en este caso debe considerarse una exploración abdominal.

La realización de colostomía debe evaluarse en forma particular y no plantearse de forma arbitraria en la primera intervención. Su objetivo es proteger la herida de la contaminación fecal, de manera de bajar la carga bacteriana en el área cruenta y evitar que se perpetúe el cuadro infeccioso. Actualmente, las indicaciones absolutas de colostomía son la incontinencia fecal clínica y la perforación rectal.

No debería realizarse la colostomía únicamente basándose en la superficie corporal afectada o la competencia inmunológica del paciente. En los últimos meses han aparecido nuevos dispositivos que permiten realizar una derivación fecal sin colostomía. Entre ellos se encuentra el Flexi Seal, el cual consiste en un sistema de manejo de deposiciones de silicona, que presenta un balón de retención que se introduce en el interior del recto, con un dispositivo de señal que indica cuando el balón está inflado.

Además posee un lumen de irrigación para administrar fluidos y una bolsa recolectora con filtro de carbón. De esta manera es posible evitar las complicaciones relacionadas a la colostomía, incluyendo las derivadas de la posterior reconstitución del tránsito.

La cistostomía debe ser planteada cuando el origen de la infección es urológico; en estenosis de uretra y extravasación de orina.

En la mayoría de los casos los testículos no se ven comprometidos, debido a que su irrigación proviene de la arteria testicular, cuyo origen es intraabdominal. Los testículos se necrosan cuando la fuente infecciosa es retroperitoneal, intraabdominal, o cuando aumenta la extensión de la lesión. La orquidectomía puede ser necesaria hasta en un 24% de los casos.

A pesar de que no se ha demostrado ningún beneficio definitivo con el uso de oxígeno hiperbárico, es razonable su utilización después de un desbridamiento quirúrgico adecuado.

Después del tratamiento quirúrgico, es necesario realizar curaciones diarias con cambio de vendaje y evaluación constante de la herida operatoria, hasta la

formación de tejido granulatorio eficiente. Por otra parte, se ha demostrado el uso de miel no procesada como método para acelerar la cicatrización, digerir tejidos necróticos y destruir gérmenes gracias a sustancias antimicrobianas inespecíficas que contiene.

Además, la miel estimula el crecimiento y la multiplicación de células epiteliales en los bordes de la herida, lo cual se evidencia en la primera semana de aplicación local.

El cierre asistido por vacío (VAC por Vacuum-Assisted Closure), es una técnica relativamente nueva para el manejo de las heridas, la cual ha comenzado a ser utilizada en los casos de Gangrena de Fournier, obteniendo heridas mucho más limpias sin exudados, aún en el caso de heridas extremadamente problemáticas y con bolsillos profundos³⁰.

³⁰ Cancino C. , Avendaño R., Poblete C., Guerra K., Gangrena de Fournier, REVISTAS ELECTRONICAS UACH, 2010, Vol.24

Anexo (3)

Cuadro para la elaboración de la escala de medición de intervenciones

Puntuación Global: Escala de Likert 1-5 [Desviación]						
Menos deseable			Más deseable			
		1	2	3	4	5
A	Escala de Evaluación [Definición Operacional]	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
B		Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
C		Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado
		Extenso	Sustancial	Moderado	Escaso	Ninguno
D		Mayor de 10	7-9	4-6	1-3	Ninguno
E		Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso
F		Nunca positivo	Raramente positivo	A veces positivo	Frecuentemente positivo	Siempre positivo
G		Muy débil	Dedil	Moderado	Intenso	Muy intenso
H		Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
I		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
J		Escaso	Justa	Buena	Muy buena	Excelente
K		No del todo satisfecho	Algo satisfecho	Moderado satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
L		Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A. Tuncel, O. Aydin, U. Tekdogan, V. Nalcacioglu, Y. Capar, A. Atan. Fournier's gangrene: Three years of experience with 20 patients and validity of the Fournier's gangrene severity index score. *Eur Urol*, 50 2006, pp. 838-843
- Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier. España, 6ª ed; 2014: pp. 2.
- Cancino C. , Avendaño R., Poblete C., Guerra K., Gangrena de Fournier, *REVISTAS ELECTRONICAS UACH*, 2010, Vol.24
- Consejo Internacional de Enfermeros, La Definición de Enfermería, Septiembre; 2016
- Cutcliffe J, McKenna H, Hyrkäs K. Modelos de Enfermería. Aplicación a la práctica. Manual Moderno. México, 2011: pp. 19-35.
- Degos R. Dermatología, 2ª ed. México: LA PRENSA MEDICA MEXICANA; 1984.
- Del Ángel R., Gangrena de Fournier, Universidad Autónoma Veracruzana, México, 2003, p.p.24.
- Fernández C, Novel G. El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de casos. Masson-Salvat enfermería. España, 1993: pp.43-45.
- García M. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Progreso. México, 1997: pp.14
- Gatti J, Cardama J. Manual de dermatología, 10ª ed. Argentina: EL ATENEO; 2002.
- Hernandez, Conesa. Fundamentos de enfermería, teoría y método. España: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000
- Instituto Nacional de Cancerología, Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Cd. de México. Abril; 2016
- Iyer P., Tapich B. Proceso y Diagnóstico de Enfermería, 3ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1999.
- Juall L. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2004.

- Kim M. Diagnóstico de Enfermería y Plan de Cuidados. 5ª ed. España: Mosby; 1993.
- Kozier B, Erb G, Oliveri R. Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y practica, 4ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1993.
- Marriner T. Modelos y teorías en enfermería. 6ta ed. México: Elsevier; 2007.
- M.D. Sorensen, J.N. Krieger, F.P. Rivara, J.A. Broghammer, M.B. Klein, C.D. Mack. Fournier's Gangrene: population based epidemiology and outcomes. J Urol, 181 ;2009, pp. 2120-2126
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier. España; 2014: pp. 2-3.
- Phaneuf M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. Mcgraw hill. México, 1999: pp. 70.
- Raile M. Tomey M. Modelos y teorías de Enfermería. 4ª ed. España: Harcourt Brace; 1999.
- Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Mcgraw. Madrid, 1993: pp. 2-5.
- T. Heather, Shigemi K. NANDA Internacional, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Elsevier. España; 2015: pp. 464..
- Woscoff A., Kaminsky A. Marini M. Allevato M Dermatología en medicina interna, 3a ed. Paraguay: Alfaomega; 2010.