



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN PACIENTE EN ETAPA
TERMINAL CON NECESIDAD DE MEJORAR SU
CALIDAD DE VIDA, BASADO EN EL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

EMMA VALERIA MARTINEZ ALLENDE

NO. DE CUENTA:

310208446

DIRECTORA DE TRABAJO

DRA. GLORIA RODRÍGUEZ DÍAZ

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO DE 2018





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.

INDICE

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen del caso	
Introducción.....	1
Justificación.....	3
I. Marco teórico.....	4
1.1 Enfermería.....	4
1.1.1 Breve historia de la enfermería: Los cuidados de enfermería en la etapa terminal de vida del ser humano.....	4
1.2 Proceso Atención de Enfermería.....	8
1.2.1 Antecedentes del proceso atención de enfermería.....	8
1.2.2 Características del Proceso Atención de Enfermería.....	8
1.2.3 Etapas del Proceso atención de enfermería.....	9
1.2.3.1 Valoración.....	9
1.2.3.2 Diagnósticos de enfermería – NANDA.....	10
1.2.3.3 Planificación – NOC.....	12
1.2.3.4 Ejecución – NIC.....	15
1.2.3.5 Evaluación.....	16
1.3 Modelo de Virginia Henderson.....	18
1.3.1 Generalidades de la teoría.....	18
1.3.2 Metaparadigma de enfermería.....	18
1.3.3 Las14 Necesidades de Virginia Henderson.....	20
1.3.4 El cuidado para una muerte digna.....	21
1.3.5 Relación enfermera-paciente.....	22
1.4 Patología.....	26
1.4.1 Daño axonal difuso secundaria a traumatismo craneoencefálico.....	26
1.4.2 Sarcoma de tejidos blandos.....	30

1.5 Atención domiciliaria.....	33
1.5.1 Modalidades de atención domiciliaria.....	34
1.5.2 Roles del profesional de enfermería en atención domiciliaria.....	36
1.6 Ley de voluntad anticipada (D.O.F. 7 de enero de 2008).....	37
1.7 Cuidados paliativos de enfermería al paciente terminal.....	39
II. Desarrollo del Proceso Atención de Enfermería.....	41
2.1 Objetivos.....	41
2.2 Metodología.....	41
2.3 Caso clínico.....	42
2.4 Valoración.....	43
2.5 Clasificación de las necesidades.....	50
2.6 Priorización de necesidades.....	54
2.7 Plan de Intervenciones de Enfermería.....	56
2.8 Plan para mantener calidad de vida.....	101
III. Conclusiones.....	113
IV. Referencias consultadas	115
V. Glosario.....	118
VI. Anexos.....	122

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Mi Alma Mater en todo el sentido filosófico de las palabras, por ser mi casa de estudios desde el 2012. Desde el primer día que pise la universidad pude sentir mi sangre azul y piel dorada. Gracias por todo lo que ha aportado a mi vida.

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Por enseñarme a levantarme cada día con motivación de cuidar al prójimo, portar el uniforme me dio sentido de identidad, respeto, amor hacía la enfermería y a seguir preparándome día con día. Gracias por contribuir a mi autorrealización como profesional.

A LOS PROFESORES QUE ME ACOMPAÑARÓN EN ESTA ETAPA

Cada uno de ustedes dejo en mí lo más valioso que pudo dejar, el conocimiento, contribuyendo con sus aprendizajes a forjar en mí una formación personal, académica y profesional.

A LA DRA. GLORIA RODRÍGUEZ DÍAZ

Mi asesora en la realización del trabajo de grado, por haber creído en mí y brindarme la oportunidad de desarrollar mi trabajo de grado mostrando paciencia, apoyo y consejos.

A LA MTRA. REYNA MATUS MIRANDA Y A LA MTRA. PATRICIA GÓNZALEZ RAMÍREZ

A Mtra. Reyna Matus porque en sus clases descubrí la importancia de la investigación en enfermería y como tutora me apoyo a lo largo del servicio social. Y a la Mtra. Patricia González por las aportaciones a mi trabajo de grado con la finalidad de mejorarlo y por el apoyo para su realización, siendo ambas un ejemplo profesional.

A LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y PACIENTES

Agradezco a los hospitales en donde realice prácticas clínicas por la oportunidad y paciencia y a todos los pacientes que siempre me lleve de ellos un nuevo conocimiento.

DEDICATORIAS

A MI MADRE YOLANDA

Por apoyarme incondicionalmente en toda mi vida e inculcarme los valores que ahora poseo, porque el amor con el que me educaste y todo el empeño que empleaste en mí, logro convertirme en lo que soy ahora. Este título es tuyo porque sin el tiempo que me dedicaste nunca lo había logrado, eres el ejemplo de vida más grande que tengo.

A MI PADRE VICTOR

Sabiendo que jamás existirá la forma de agradecer una vida de apoyo, lucha, confianza, trabajo y esfuerzos constantes, gracias por preocuparte siempre por mi bienestar, por los desvelos en todos estos años y por apoyarme con amor en todas mis decisiones. Este logro es tuyo, ya que, sin tu apoyo no hubiera sido posible. El esfuerzo fue inspirado en ti.

A MIS HERMANOS

Por representar la unión familiar; a Víctor por ser un ejemplo de desarrollo profesional; a Eliot por enseñarme a nunca rendirme y llenar mi vida de alegría cuando más lo necesito y a Brandon por haberse convertido en una parte importante en nuestras vidas.

A GERARDO

Por ser una compañía especial en mi vida, acompañarme en esta etapa profesional comprendiendo lo importante que es para mí, por permitirme saber la importancia del amor, animarme en todo momento y no dejar que me rinda nunca; admiro tu valentía frente a la vida. Conocerme fue, es y será lo más increíble que me pudo pasar.

AL PACIENTE E.P.L Y SU FAMILIA

Por permitirme crecer profesionalmente y adquirir nuevos conocimientos en su atención, por dejarme ser parte de su vida diaria y confiar en mí para el cuidado integral. Una especial admiración por la decisión de “Voluntad Anticipada”, porque no hay muestra más grande de amor que el no permitir sufrimiento del prójimo.

A familia y amigos que estuvieron conmigo a lo largo de esta etapa apoyando, dando ánimos, alegría y distracción cuando lo necesitaba. Gracias.

RESUMEN DEL CASO

El Proceso Atención de Enfermería es el método científico utilizado por las enfermeras como una herramienta metodológica, sistematizada y dinámica, permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención integral utilizando las taxonomías NANDA, NIC, NOC se realizan sus cinco etapas de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, la cual es dinámica, esto es que, durante el plan de cuidados se va evaluando cada etapa con la finalidad de corroborar su pertinencia o cambiarla.

En el Modelo de las 14 Necesidades Humanas de Virginia Henderson se describe el rol de enfermería como alguien que cuida y ayuda al individuo sano o enfermo en el mantenimiento o recuperación de la salud, o bien cuando la recuperación pueda no ser viable, asistirlo en sus últimos momentos para que tenga una muerte feliz.

El presente Proceso Atención de Enfermería se realizó con la finalidad de encontrar las necesidades alteradas de un paciente masculino adulto de 31 años con Daño axonal difuso y Sarcoma de tejidos blandos, con ello ayudarlo a desarrollar un plan de cuidados que le permita mejorar su salud y mantenerla en las mejores condiciones, considerando, que a su condición limitante y dependiente de otros por daño irreparable a su función neuromuscular, se le suma una enfermedad que complica su situación para una recuperación total. Además de la función física, se encuentran afectadas las esferas psicológicas emocionales, espiritual y socio familiar por ser una enfermedad progresiva y de menor posibilidad de curación para el paciente. Esto lo hace merecedor de cuidados mayormente específicos, delicados y paliativos, además es el propio paciente con ayuda de su familia quien ha optado por la voluntad anticipada.

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.^{1.} (p 01)

La Norma Oficial Mexicana NOM-019 SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, define al Proceso Atención de Enfermería (PAE) como la herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada e integral, cuyo objetivo principal es atender las respuestas humanas individuales o grupales, reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas interrelacionadas: Valoración, Diagnóstico de enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación; por ello es considerado la base del ejercicio de la profesión ya que a través de este se aplica el método científico a la práctica profesional.² (Numeral 4.17)

El siguiente Proceso Atención de Enfermería se realizó considerando sus etapas a través de la interacción enfermera-paciente basada en el modelo de las 14 Necesidades Humanas de Virginia Henderson. Se realizó durante la atención en el hogar de un adulto de 31 años, donde hay una asunción plena en el desempeño de responsabilidades de autonomía como las socio familiares, económicas, ciudadanas; con diagnóstico de Daño axonal difuso y Sarcoma de tejidos blandos en área femoral derecha, se detallan los aspectos de dicho diagnóstico, así como la evolución que ha tenido y los cuidados que se llevan a cabo con el paciente.

Se toman en cuenta las taxonomías NANDA, NIC, NOC para la atención del paciente el cual decide realizar el proceso de Voluntad Anticipada y con ello se

¹ Secretaria de Salud; NOM-019 SSA3-2013; Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, México: Diario oficial de la Federación, 13/08/2012.

² Ídem

realiza un plan de cuidados enfocado al cuidado paliativo con la finalidad de mejorar su calidad de vida tomando en consideración a su familia y considerando que es merecedor de una atención dedicada por un equipo integrado por personal terapéutico interdisciplinar, la familia y el propio paciente quienes han optado por la voluntad anticipada.

Por lo anterior, se describe la asistencia de los cuidados basados en la metodología de enfermería a partir de la valoración clínica, diagnósticos e intervenciones, concluyendo con la evaluación de enfermería, producto de las decisiones razonadas y del pensamiento crítico.

Actualmente, se llevan a cabo para el cuidado integral del paciente, cuidados paliativos en base a sus patologías principales, que le permiten tener una calidad de vida adecuada en el paciente terminal y que incluyen la atención a sus familiares y cuidadores primarios.

JUSTIFICACIÓN

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es el método por el que se aplica una base teórica al ejercicio práctico de la enfermera, sirve para resolver problemas basados en la valoración, es por lo que la realización del PAE se lleva a cabo para adquirir nuevas habilidades en la formación del profesional de enfermería, principalmente para integrar los conocimientos teórico - prácticos y con ello brindar cuidados oportunos y de calidad en el que se remarca el sentido humanístico.

La atención de cuidado a pacientes en el hogar es una área de oportunidad para el personal de enfermería ya que se requiere de personal altamente calificado para llevar a cabo cuidados de calidad al paciente que le permitan mantener su salud y evitar complicaciones relacionadas a una mala práctica.

La realización del presente PAE se realizó con la finalidad de plasmar los cuidados llevados a cabo al paciente con Daño axonal difuso y Sarcoma de tejidos blandos, llevando a cabo una valoración y se elaboraron diagnósticos de enfermería los cuales son la base para elaborar un plan de cuidados y brindar calidad en los mismos.

Se decide abordar un tema innovador como el cuidado paliativo en un paciente terminal con problemas neurológicos en el hogar ante la creciente necesidad de enfermeras especializadas en dicho tema para la obtención de los grados de las Licenciaturas en Enfermería y de Enfermería y Obstetricia que se imparten en la ENEO – UNAM, para ser una evidencia de dichos cuidados y una base para futuras atenciones similares a pacientes con necesidades y cuidados similares.

I. MARCO TEÓRICO

1.1 Enfermería

Es la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, con una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes que son las que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los pacientes, de acuerdo al ámbito de competencia de cada integrante del personal de enfermería; independientes, las actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud o interdependientes, las que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; se llaman también multidisciplinarias, pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros.³

El objeto de estudio de enfermería es el cuidado a la persona, familia y comunidad a través de conocimientos científicos, responsabilidad y aplicación de conocimientos técnicos que permiten proporcionar cuidado a la persona sana o enferma.

1.1.1 **Breve historia de la enfermería – Los cuidados de enfermería en la etapa terminal de vida del ser humano**

Durante millares de años los cuidados no fueron propios de un oficio o profesión, eran actos de cualquier persona que ayudaba a otra a asegurarle lo necesario para continuar su vida en relación con la vida de grupo y de la especie, acompañamiento en situación de gravedad o muerte, lo que conllevó entre los individuos a la realización de un conjunto de actividades naciendo con ello la división sexual del

³ Secretaría de Salud; NOM-019 SSA3-2013; Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, México: Diario oficial de la Federación, 13/08/2012.

trabajo que marca las actividades sociales y económicas donde las mujeres marcan su papel principal para cuidar a débiles, enfermos y moribundos.

Asegurar la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano, era necesario cuidar de las mujeres de parto, de los niños, de los vivos, pero también de los muertos y estas actividades las llevaban a cabo mujeres. Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida pero que son diversas en su manifestación.⁴

Con la llegada del cristianismo se relaciona el cuidado con los sacerdotes, las mujeres proporcionaban un cuidado caritativo y quienes recibían los cuidados eran los enfermos o necesitados. Posteriormente con los avances tecnológicos en el siglo XIX se inicia la etapa de profesionalización de la enfermería incorporando a la mujer al mundo laboral se trasladan los cuidados de enfermería a los sistemas sanitarios.

Se instaura un modelo medico en donde enfermería es ayudante del médico adquiriendo un papel pasivo y subordinado, rol que ha sido modificado a través del tiempo, es a finales del siglo XIX cuando inicia la etapa profesional gracias a la figura de Florence Nightingale quien al ser solicitada en la guerra de Crimea observa las pésimas condiciones del ambiente en que se encontraban los soldados y es así como ella modifica el entorno aplicando medidas de higiene y cuidados básicos logrando disminuir la mortalidad de soldados de un 42.7% a un 2.2%.⁵ Gracias a su visión e investigaciones se sigue su modelo asistencial enfermero y es considerada la madre de la enfermería moderna.

A inicios del siglo XX se produce un reconocimiento social de la profesión con la creación de diversas escuelas pasando de ser un oficio a una profesión, a partir de aquí surgen diversas teóricas (Peplau, Henderson) que ayudaron a crecer y plasmar los cuidados de enfermería. Pero es hasta 20 años después que aparece el primer diploma de enfermería reconociendo cierta autonomía profesional en la práctica asistencial.

Desde 1950 se tomó la vía de la atención y cuidado técnico, en donde avances científicos comenzaron a dar un nuevo camino hacia el tratamiento de las

⁴ Colliere MF. Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill; 1993. p 7

⁵ British broadcasting Corporation (BBC). Florence Nightingale: The lady with the lamp. Inglaterra: Bosteduge M. 2011. Citado 23 de enero de 2017. Disponible en: <http://bbc.in/2q9Fodh>

enfermedades, siendo de gran ayuda ya que hasta nuestros días han salvado varias vidas, sin embargo, estos avances han hecho que las personas vivan más y a veces mejor, pero en otras ocasiones solo ha sido una espera agónica. Durante años existían médicos y enfermeras que pensaban que lo importante era tratar a todos hasta sus últimas consecuencias y existían otros, que creían que lo importante era tratar y cuando esto no era posible, cuidar a las personas hasta el final.

Una de las personas que pensaban así, fue Cicely Saunders, una enfermera inglesa que posteriormente estudio medicina y fue la principal promotora del movimiento británico de “hospice”, que era un lugar en donde se cuidaba a las personas próximas a la muerte; siendo este movimiento el precursor de los cuidados paliativos. Impresionada por como morían los soldados en la II Guerra Mundial, llenos de dolor y sufrimiento, se propuso realizar todo lo humanamente posible para acabar con la situación de sufrimiento de los enfermos moribundos y así, en 1967 inaugura el *St. Christopher Hospice de Londres*, después de haber trabajado en otros *hospices* de Inglaterra. El hospital se pudo construir gracias a haber heredado una fuerte cantidad de dinero de David Tasma, un enfermo atendido por ella en fase terminal y que en agradecimiento al trato recibido en sus últimos momentos y viendo la labor que estaba realizando Cicely Saunders, la hizo partícipe de su fortuna personal. En los años de 1970 propuso su teoría de *Total care* (Cuidado Total) y que posteriormente fue transformándose en *Total Comfort* (Confort Total). Sin duda, ambas son dos maneras de concebir el cuidado de la persona de una forma global y no meramente como un control del dolor u otros síntomas del enfermo en la fase final. En un momento de agotamiento terapéutico como en el que se encuentra en la enfermedad en fase terminal, donde el deterioro que va a sufrir el enfermo es cada vez mayor y por lo tanto, impactante para la familia y el equipo que le trata, el objetivo como enfermera debe cambiar y ser sustituido por el cuidado como único objetivo. El cuidado enfocado a proporcionar confort al enfermo y a la familia.⁶

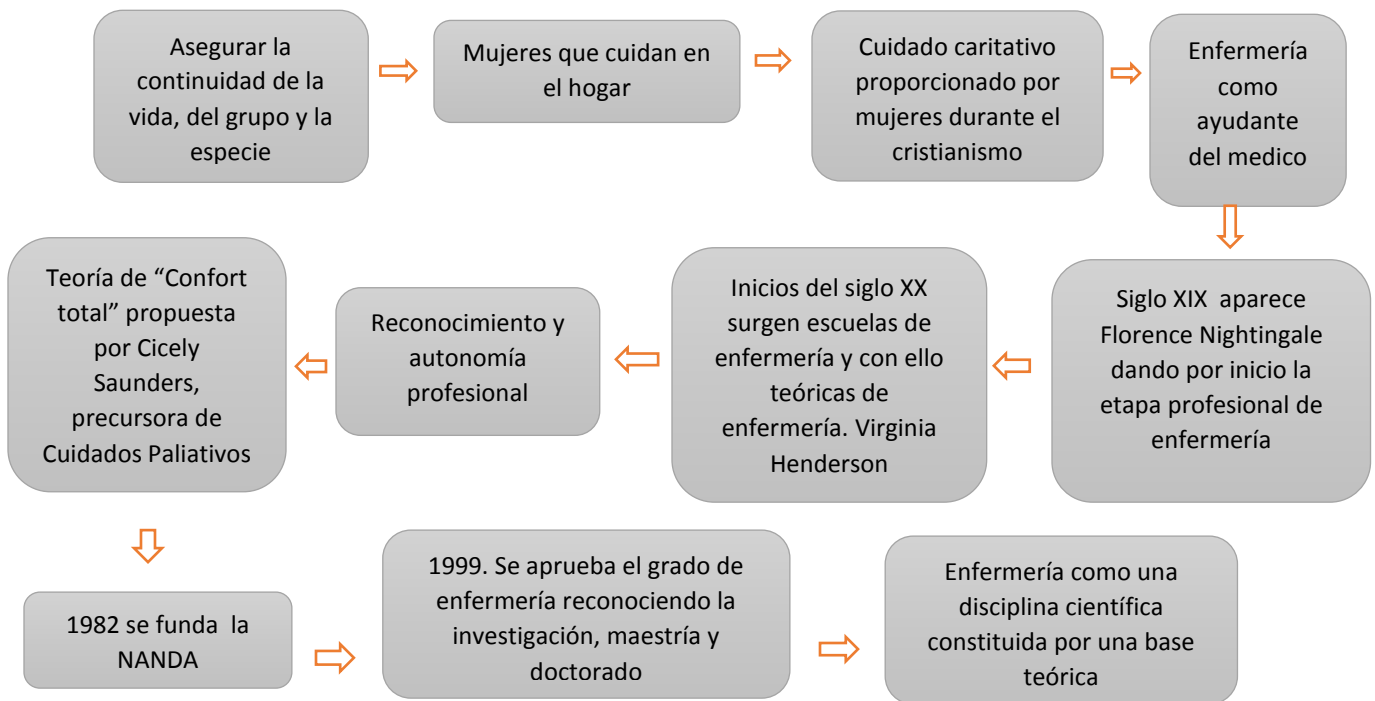
En 1982 se funda la NANDA, fruto del trabajo previo desarrollado por un grupo de enfermeras teóricas facilitadas por Callista Roy, en donde se exponen los

⁶ Buisan R, Delgado J C. El cuidado del paciente terminal. Anales Sis San Navarra. Pamplona. 2007. 30(1): 103-112. [Citado 28 Feb 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2olRG19>

diagnósticos de enfermería que definen el conocimiento profesional y proponen un lenguaje estandarizado para la práctica asistencial.

En 1999 con la creación del Espacio Europeo de Educación Superior se aprueba el grado de enfermería obteniendo con ello el reconocimiento en la investigación y el progreso académico se amplía a la titulación de maestría y doctorado, creándose también el Consejo General de Enfermería Internacional teniendo como objetivo conseguir cuidados de calidad, políticas de salud acertadas, avances de los conocimientos de enfermería y la presencia de la profesión en el mundo.

Actualmente la enfermería se constituye como una disciplina científica constituida por una base teórica que forman la estructura del conocimiento enfermero y un método científico propio.



Martínez Allende .E.V.

1.2 Proceso Atención de Enfermería

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada e integral, cuyo objetivo principal es atender las respuestas humanas individuales o grupales, reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas interrelacionadas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación. En todas las etapas del proceso, el profesional de enfermería trabaja con el paciente para individualizar la asistencia y construir una relación de confianza y empatía.

1.2.1 Antecedentes del Proceso Atención de Enfermería

Hall creó el término “Proceso de Enfermería” en 1955 y Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) fueron los primeros en usarlo para referirse a una serie de fases que describen la práctica de la enfermería.

El objetivo del proceso de enfermería es identificar el estado de salud del paciente sano o enfermo y los problemas o necesidades reales o potenciales de la asistencia sanitaria para establecer planes dirigidos a las necesidades identificadas y realizar intervenciones de enfermería específicas que las resuelvan. El paciente puede ser un individuo, una familia, un grupo comunitario o poblacional.

El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica ganó mayor legitimidad en 1973 cuando las fases se incluyeron en los Standards of Nursing Practice de la ANA (American Nurses Association) incluyendo las 5 fases del proceso enfermero.

Para llevar a cabo un adecuado proceso atención de enfermería es necesario el uso del pensamiento crítico que se refiere en la práctica de enfermería a un proceso de razonamiento reflexivo específico de la disciplina que guía al profesional de enfermería en la generación, ejecución y evaluación de formas de enfrentarse a la asistencia del paciente y a las preocupaciones profesionales.

1.2.2 Características del Proceso Atención de Enfermería

El proceso de enfermería es cíclico; es decir, que sus componentes siguen una secuencia lógica, pero pueden intervenir más de un componente a la vez. Al final

del primer ciclo, la asistencia puede terminar si los objetivos se han alcanzado, el ciclo puede continuar con una reevaluación o el plan de asistencia puede modificarse. Por consiguiente, el proceso de Enfermería se caracteriza por ser:

- **SISTEMÁTICO**: Debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada; parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, después pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución para finalizar con la evaluación.
- **DINÁMICO**: Puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan o disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad y del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios planes de cuidado para una misma persona.
- **OPORTUNO**: Ya que se utiliza en un periodo de tiempo específico, con un plan de cuidados para cubrir sus necesidades puntuales, que al evaluarse pueden modificarse o continuarse según la evolución de la persona a la que se le está otorgando el cuidado.⁷

1.2.3. Etapas del Proceso Atención de Enfermería

1.2.3.1. Valoración

Es la recogida sistemática y continua, incluye la organización, validación y registro de los datos, es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería.

Se debe establecer una base de datos, es decir, toda la información del paciente (exploración física, resultados de pruebas de laboratorio, diagnósticas y el material aportado por otros profesionales sanitarios). Además, los datos deben contener antecedentes, así como problemas actuales.

Existen datos subjetivos que son los síntomas, estos solo resultan aparentes para la persona afectada y él puede describirlos o comprobarlos. Y datos objetivos o signos, que son datos evidentes y pueden ser detectados por el observador,

⁷ Berman A, Snyder S, Koziar B, Erb G. Proceso de Enfermería en fundamentos de Enfermería. Vol 1. 8ª edición. Canadá: Pearson Education; 2008.p. 160-268.

medidos o confirmados frente a un estándar aceptado; se puede ver, escuchar, palpar u oler e identificar mediante la observación o exploración física.

Los datos los proporciona el paciente a no ser que sea demasiado joven o con alguna alteración cognoscitiva puede proporcionarlos el cuidador primario. La obtención de datos se realiza mediante la observación, entrevista y exploración. Finalmente, la organización de datos se realiza en este proceso de atención de enfermería a través del modelo de las 14 Necesidades Humanas de Virginia Henderson.

1.2.3.2 Diagnóstico de enfermería - NANDA

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad⁸.

En esta fase los profesionales de enfermería usan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar las fortalezas y problemas del paciente. Las actividades de esta fase se dirigen a la formulación de diagnósticos de enfermería.

La identificación y desarrollo de los diagnósticos de enfermería se lleva a cabo a través de la NANDA International. Nursing Diagnoses: definition & Classification, 2015-2017; su objetivo es definir, refinar y promover una taxonomía de la terminología diagnóstica de enfermería de uso general para profesionales de enfermería diplomados.

Los tipos de diagnósticos de enfermería son:

- Diagnóstico enfermero focalizado en el problema: Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad a una afección de salud/proceso vital
- Diagnóstico enfermero de riesgo: Juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital.

⁸ Herdman TH. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier; 2015-2017 p. 25.

- **Diagnóstico enfermero de promoción a la salud:** Juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud humano. Estas respuestas se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizados en cualquier estado de salud.
- **Síndrome:** Es un juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares.

Cada diagnóstico posee una etiqueta y una definición clara, los componentes de los diagnósticos de la NANDA son:

- **Problema (etiqueta diagnóstica y definición):** Describe el problema, fortaleza, o riesgo identificado para un paciente, familia, grupo o comunidad.
- **Características definitorias:** Inferencias observables que se agrupan como manifestantes de un diagnóstico (signos y síntomas).
- **Factores relacionados:** Son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con la etiqueta diagnóstica.
- **Factores de riesgo:** Son aquellos fisiológicos, psicológicos, genéticos, el entorno, que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, grupo, familia o comunidad a sufrir un evento no saludable⁹

La NANDA clasifica sus diagnósticos enfermeros en una terminología estandarizada llamada taxonomía NANDA en la cual se utiliza un gráfico jerárquico que muestra dominios y clases y en estas mismas se encuentran los diagnósticos de enfermería; se clasifican de tal forma que se incluyen las respuestas de la persona, familia, grupo y comunidad sanos y enfermos.

DOMINIO	CLASE
DOMINIO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD	Clase 1. Toma de conciencia de la salud Clase 2. Gestión de la salud
DOMINIO 2. NUTRICIÓN	Clase 1. Ingestión Clase 2. Digestión Clase 3. Absorción Clase 4. Metabolismo Clase 5. Hidratación
DOMINIO 3. ELIMINACIÓN E	Clase 1. Función urinaria Clase 2. Función gastrointestinal

⁹ Ibídem 26.

DOMINIO	CLASE
INTERCAMBIO	Clase 3. Función tegumentaria Clase 4. Función respiratoria
DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO	Clase 1. Sueño/ Reposo Clase 2. Actividad/ Ejercicio Clase 3. Equilibrio de la energía Clase 4. Respuestas cardiovasculares/ Pulmonares Clase 5. Autocuidado
DOMINIO 5. PERCEPCIÓN/ COGNICIÓN	Clase 1. Atención Clase 2. Orientación Clase 3. Sensación/ Percepción Clase 4. Cognición Clase 5. Comunicación
DOMINIO 6. AUTOPERCEPCIÓN	Clase 1. Auto concepto Clase 2. Autoestima Clase 3. Imagen corporal
DOMINIO 7. ROL/RELACIONES	Clase 1. Roles del cuidador Clase 2. Relaciones familiares Clase 3. Desempeño del rol
DOMINIO 8. SEXUALIDAD	Clase 1. Identidad sexual Clase 2. Función sexual Clase 3. Reproducción
DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS	Clase 1. Respuestas postraumáticas Clase 2. Respuestas de afrontamiento Clase 3. Estrés neurocomportamental
DOMINIO 10. PRINCIPIOS VITALES	Clase 1. Valores Clase 2. Creencias Clase 3. Congruencia entre valores/ Creencias/ Acciones
DOMINIO 11. SEGURIDAD/PROTECCIÓN	Clase 1. Infección Clase 2. Lesión física. Clase 3. Violencia Clase 4. Peligros del entorno Clase 5. Procesos defensivos Clase 6. Termorregulación
DOMINIO 12. CONFORT	Clase 1. Confort físico Clase 2. Confort del entorno Clase 3. Confort social
DOMINIO 13. CRECIMIENTO/ DESARROLLO	Clase 1. Crecimiento Clase 2. Desarrollo

Taxonomía NANDA-Dominios y clases en NANDA *Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación*

1.2.3.3 Planificación- NOC

Es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas, en esta etapa el profesional de enfermería se refiere a los datos de la valoración del paciente y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para reducir, evitar

o eliminar los problemas de salud del paciente. Una intervención de enfermería es cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que un profesional de enfermería realiza para potenciar los resultados del paciente¹⁰ Es multidisciplinaria.

Planificación inicial: Es la valoración que se realiza al ingreso y lleva a cabo el plan de asistencia completo, debe iniciarse lo antes posible tras la valoración inicial.

Planificación en curso: La realizan todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente. A medida que se obtiene información nueva y evalúan las respuestas del paciente a la asistencia se puede individualizar más el plan de asistencia. Tiene lugar al inicio de cada turno ya que se planifica la asistencia para ese día.

Planificación para el alta: Comienza en el primer contacto del paciente e implica una valoración completa y continúa para obtener información sobre las necesidades continuas del paciente.

En el proceso de elaboración de los planes de asistencia para el paciente, el profesional de enfermería participa en:

Establecimiento de prioridades: Proceso de elaboración de una secuencia preferente para abordar los diagnósticos e intervenciones de enfermería, se pueden agrupar en diagnósticos con prioridad alta, media o baja.

Fijación de objetivos/resultados deseados: Se fijan los objetivos para cada diagnóstico de enfermería, es necesario un lenguaje estandarizado, se usa la taxonomía de Clasificación de los Resultados de Enfermería “NOC”, que describe los resultados del paciente que responden a las intervenciones de enfermería, cuando se usa la taxonomía NOC para describir un resultado deseado, se escribe la etiqueta, los indicadores que aplica al paciente en particular y la localización en la escala de medida para cada indicador.

Clasificación de intervenciones de enfermería: Se cuenta con el lenguaje estandarizado llamado Clasificación de Intervenciones de Enfermería “NIC”, se han elaborado 554 intervenciones, cada intervención establecida de forma amplia

¹⁰ Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G. Proceso de Enfermería en fundamentos de Enfermería. Vol 1. 8° edición. Canadá: Pearson Education; 2008. p. 235

incluye una etiqueta, definición y una lista de actividades que perfilan acciones clave de los profesionales de enfermería.

La taxonomía NIC aporta muchos beneficios a los profesionales de enfermería, los educadores, administradores y a la profesión en general ya que estandariza, facilita la comunicación con otros profesionales de la salud y ayuda a demostrar la influencia que los profesionales de enfermería tienen sobre el sistema de prestación de asistencia sanitaria.

Una intervención de enfermería es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.¹¹ Se puede clasificar de acuerdo a sus cuidados en:

- *Intervención de enfermería directa:* Tratamiento realizado a través de la interacción con el(los) paciente(s). Comprenden acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales.
- *Intervenciones de enfermería indirectas:* Tratamiento realizado lejos del paciente pero en su beneficio. Incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria. Apoyan la eficacia de las intervenciones de enfermería directas.
- *Intervención a la comunidad o de salud pública:* Dirigida a fomentar y a mantener la salud de las poblaciones. Pretenden el fomento, mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades de poblaciones, e incluyen estrategias para dirigir el clima social y político en el que vive la población.
- *Tratamiento puesto en marcha por el profesional de enfermería:* Intervención iniciada por él en respuesta a un diagnóstico de enfermería. Es una acción autónoma basada en fundamentos científicos que es ejecutada en beneficio del paciente en una forma previsible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados. Tales acciones incluirían los tratamientos iniciados por enfermeros especialistas.
- *Tratamiento puesto en marcha por el médico:* Intervención iniciada por éste en respuesta a un diagnóstico médico pero llevada a cabo por un profesional de

¹¹ McCloskey J.C, Bulechek G.M, Androwich I.R., et al. Clasificación de intervenciones de enfermería [NIC]. 6ª. ed. España: Mosby Elsevier Science Imprint; 2014. p. XVII

enfermería en respuesta a una orden del médico. Los profesionales de enfermería también pueden llevar a cabo tratamientos iniciados por otros proveedores de cuidados, como farmacéuticos, fisioterapeutas respiratorios o ayudantes de médicos.

Cada intervención de enfermería incluirá actividades o acciones específicas que son las que realiza el personal de enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayuda al paciente a llevarlo al resultado deseado

La estructura de taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campos, clases e intervenciones.

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 y 7) Comunidad. Todas están ligadas a etiquetas diagnósticas de la NANDA.

1.2.3.4 Ejecución- NIC

Es la fase de acción en la que se realizan las intervenciones de enfermería. Usando la taxonomía NIC consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas para llevar a cabo las intervenciones. El proceso de aplicación es:

Revaloración del paciente: Para asegurarse de que la intervención sigue siendo necesaria ya que si hay datos nuevos pueden indicar un cambio de prioridades.

Determinación de la necesidad de ayuda del profesional de enfermería: Se evalúa para ver si el profesional requiere la intervención de otros profesionales de la salud.

Aplicación de intervenciones de enfermería: Se basan en el conocimiento científico, y conlleva la comprensión clara de las intervenciones y cuestionamiento si no se está de acuerdo, se adaptan las actividades a cada paciente para ejecutar una asistencia segura, proporcionando educación, apoyo, bienestar y animar al paciente a participar en la aplicación de las intervenciones.

Supervisión de la asistencia delegada: Si la asistencia se ha delegado en otro personal sanitario, el personal de enfermería se debe cerciorar de que las actividades se han ejecutado correctamente.

Registro de actividades de enfermería: Tras llevarse a cabo se deben registrar las actividades y las respuestas del paciente.

1.2.3.5 Evaluación

Es una actividad planificada, continua y con el fin de que los pacientes y profesionales determinen el progreso del paciente hacia la consecución de objetivos/resultados y la eficacia del plan de asistencia de enfermería. La evaluación es continua.

Para realizar la evaluación se utiliza la Clasificación de resultados de enfermería con taxonomía NOC que es complemento de taxonomía NANDA y NIC.

Un resultado del paciente sensible a la práctica enfermera es un estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo cuidado, en respuesta a una intervención o intervenciones enfermera/s. Los resultados son conceptos variables que pueden medirse a lo largo de un cuidado utilizando una escala o escalas de medida. Los resultados se expresan como conceptos que reflejan el estado, conducta o percepción de un paciente, cuidador, familia o comunidad y no como objetivos esperados. Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para medir el estado de un paciente, cuidador, familia o comunidad antes y después de una intervención.

Cada resultado tiene una definición, una escala o escalas de medida, una lista de indicadores asociados al concepto y una bibliografía de apoyo. Los resultados están organizados en una taxonomía que, facilita la identificación de resultados para su uso en la práctica. Los tres niveles de la taxonomía ayudan a las enfermeras y otros a identificar rápidamente los resultados útiles para su práctica. La clasificación actual contiene 490 resultados.¹²

¹² Moorhead S, Johnson M, Mas ML, et al. Clasificación de resultados de enfermería [NOC]. 5ª. ed. España: Mosby Elsevier Science Imprint; 2013. p. 2

VALORACIÓN

- Obtención de datos subjetivos y objetivos
- Organización de los datos
- Validación de los datos
- Registro de datos

DIAGNÓSTICO

- Análisis de datos
- Identificación de problemas de salud, riesgo y fortalezas
- Formulación de diagnósticos

PLANIFICACIÓN

- Priorización de los problemas / diagnósticos
- Formulación de objetivos/resultados deseados
- Selección de las intervenciones de enfermería
- Redacción de las intervenciones de enfermería

EJECUCIÓN

- Reevaluación del paciente
- Determinación de las necesidades del profesional de enfermería de ayuda
- Aplicación de las intervenciones de enfermería NIC
- Supervisión de la asistencia delegada
- Registro de las actividades de enfermería

EVALUACIÓN

- Obtención de datos relacionados con los resultados NOC
- Comparación de los datos con los resultados
- Relación de las acciones de enfermería con los objetivos/resultados del paciente
- Extracción de conclusiones sobre el estado del problema
- Continuación, modificación o terminación del plan de asistencia del paciente

Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G. Proceso de Enfermería en fundamentos de Enfermería. 8ª edición. Vol. 1. Canadá: Pearson Education; 2008. Pág. 176.

1.3 Modelo de Virginia Henderson

1.3.1 Generalidades de la teoría

Virginia Henderson (1897-1995, Estados Unidos) se graduó en la Army School of Nursing en 1921.

Su interés por la enfermería surgió por la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la 1° guerra mundial.

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica, por ello crea un modelo en el libro titulado “The Nature of Nursing”, en 1966 conceptualiza el rol del profesional de enfermería como persona que ayuda a individuos sanos o enfermos a alcanzar la independencia para cubrir las 14 Necesidades fundamentales.

En su teoría ve al personal de enfermería como alguien preocupado por individuos tanto enfermos como sanos, reconoce que los profesionales de enfermería interactúan con pacientes incluso cuando la recuperación pueda o no ser viable y menciona a la enseñanza y el apoyo activo como roles de dicho profesional.¹³

El rol esencial de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo en el mantenimiento o recuperación de la salud, o bien asistirlo en sus últimos momentos para que tenga una muerte feliz.

1.3.2 Metaparadigma de enfermería

El metaparadigma de enfermería es un núcleo ontoepistemológico y supuestos filosóficos que dan cuenta de la existencia disciplinar de enfermería de manera específica en la comprensión de fenómenos y objeto de estudio que significa el cuidado de la salud humana. Tiene identificados los conceptos claves de su práctica como como núcleos del conocimiento enfermero, donde la persona, el entorno, la salud y el cuidado de enfermería interactúan con un significado concreto y exclusivo en el campo de la ciencia de enfermería.

¹³ Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G. Proceso de Enfermería en fundamentos de Enfermería. Vol 1. 8° edición. Canadá: Pearson Education; 2008.p. 43

Persona¹⁴: Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar su salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad.

Influido por el cuerpo y por la mente. Tiene necesidades básicas que cubrir para la supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

Entorno¹⁵: Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. Para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y, por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

La salud puede verse afectada por factores:

- ⇒ Físicos: Aire, temperatura, sol, entre otros.
- ⇒ Personales: Edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia

Salud¹⁶: La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación a las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

- ⇒ Siete están relacionadas a la fisiología: Respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada y temperatura.
- ⇒ Dos con la seguridad: Higiene corporal y evitar peligros.
- ⇒ Dos con el efecto y la pertenencia: Comunicación y creencias.
- ⇒ Tres con la autorrealización: Trabajar, recreación, aprendizaje.

Enfermería¹⁷: La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan al mantenimiento de la salud o la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la brevedad posible o a *tener una muerte tranquila*. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y de las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a

¹⁴ Cisneros F. Teorías y modelos de enfermería. Universidad de Cuaca. Fundamentos de enfermería.2005. p. 5-7

¹⁵ ídem

¹⁶ ídem

¹⁷ ídem

satisfacer las 14 Necesidades básicas. Implica la utilización de un “Plan de cuidado enfermero” por escrito.

Busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

1.3.3 Las 14 Necesidades de Virginia Henderson

- 1 **Oxigenación:** Términos a valorar: Amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos. Factores que influyen en esta necesidad: Postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo.
- 2 **Alimentación e hidratación:** Términos a valorar: Alimentos, apetito, electrolitos, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, nutrición, saciedad. Factores que influyen: Edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, status socioeconómico, religión, cultura.
- 3 **Eliminación:** Términos a valorar: Defecación, uresis, micción, heces, sudor, orina. Factores que influye: Alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal, estrés.
- 4 **Movimiento y mantener buena postura:** Términos a valorar: Amplitud, ejercicios activos, ejercicios pasivos, ejercicios físicos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial presión diferencial, presión diastólica, pulsación, ritmo, tono muscular. Factores que influyen: Edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.
- 5 **Descanso y sueño:** Términos a valorar: Descanso, sueño, ritmo circadiano, sueños. Factores que influyen: Edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo.
- 6 **Vestido:** Términos a valorar: Vestimenta, ropa. Factores que influyen: Edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, status social, empleo, cultura.

- 7 Termorregulación:** Términos a valorar: Producción de calor, eliminación de calor. Factores que influyen: Sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.
- 8 Higiene:** Términos a valorar: Tegumentos. Factores que influyen: Edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, organización social.
- 9 Evitar peligros:** Términos a valorar: Entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica. Factores que influyen: Edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, status socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.
- 10 Comunicación:** Términos a valorar: Conocimiento del yo, intercambio, vía de relación, estímulo. Factores que influyen: Integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status
- 11 Creencias y valores:** Términos a valorar: Creencias, fe, ideología moral, religión, ritual espiritualidad, valores. Factores que influyen: Gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.
- 12 Trabajo y realización:** Términos a valorar: Autonomía, autoestima, rol y estatus social, valoración. Factores que influyen: Edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales.
- 13 Recreación:** Términos a valorar: Diversión, juego, ocio, placer. Factores que influyen: Edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles y organización social.
- 14 Aprendizaje:** Términos a valorar: Aprendizaje, enseñanza. Factores que influyen: Edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno.

1.3.4 El cuidado para una muerte digna

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo en la realización

de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir sus necesidades, Henderson las denomina cuidados básicos de enfermería y se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas del paciente.

La importancia de una muerte digna radica en considerar al paciente como una persona que necesita mantener controlado el dolor, un adecuado estado respiratorio y una comunicación con su familia que le permita sentirse feliz durante el lapso de vida que tenga.

Por ello, la enfermera como sustituta lleva a cabo los cuidados al paciente que este no pueda llevar y teniendo en cuenta en todo momento a su familia haciéndola participe en su cuidado.

1.3.5 Relación enfermera – paciente

El profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud. Las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza un plan de cuidados de este para proporcionar el cuidado al paciente.

Identificación de tres modelos de función enfermera:

- ⇒ **Sustituta:** Compensa lo que le falta al paciente
- ⇒ **Ayudante:** Establece las intervenciones clínicas
- ⇒ **Compañera:** Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

El ser humano tiene necesidades básicas que se modificaran por dos aspectos:

1. Factores permanentes:

- Edad
- Situación social
- Capacidad física e intelectual

2. Factores variables:

- Equilibrio electrolítico
- Falta de O₂
- Estado de conciencia
- Exposición al frío o calor
- Lesión local
- Enfermedad transmisible
- Estado de pre y postoperatorio
- Inmovilización

El modelo de cuidados que estableció Virginia Henderson se basa de acuerdo a factores de independencia y dependencia¹⁸:

1. **Independencia:** Situación en la que la persona satisface sus necesidades fundamentales por sí sola, mediante las acciones adecuadas
2. **Dependencia:** Situación en la que una o más necesidades no están satisfechas porque la persona no sabe, no puede o no recibe la ayuda necesaria.

Se basa en 4 fuentes de dificultad que son la causa de dependencia de la persona o cualquier impedimento para satisfacer una o más necesidades:

- **De orden físico:** Atentan a la integridad física y pueden presentarse de varias formas [insuficiencia, desequilibrio, sobrecarga del organismo]
- **De orden psicológico:** Atentan a la integridad del “Yo”. Comprenden los sentimientos, las emociones, los estados de ánimo o del intelecto
- **De orden sociológico:** Atentan a la integridad social [relación con el medio y el entorno]
- **De orden cultural:** Atentan al conocimiento sobre la salud.

De acuerdo con estos aspectos y al metaparadigma según Virginia Henderson menciona las actividades que deberá realizar la enfermera:

1. Tienen una función única a pesar de compartir algunas con otros profesionales.

¹⁸ Fundamentos históricos y teóricos de enfermería. Modelo de cuidados de Virginia Henderson [internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid. [citado 28 Marzo 2016]. Disponible en <http://bit.ly/2FyBTD5>

2. Cuando la enfermera se hace cargo del papel de médico, delega su función a personal adecuadamente preparado.
3. La sociedad quiere y espera un servicio claro y único de la enfermera y ningún otro trabajador debe poder o querer proporcionarlo.

NIVEL DE DEPENDENCIA – INDEPENDENCIA DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE					
INDEPENDENCIA			DEPENDENCIA		
Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
La persona satisface por sí misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasis. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.	Necesita alguien que le enseñe cómo hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasis para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.	Necesita alguien para conseguir adecuadamente un tratamiento o para utilizar un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis.	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 su ello.	Debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para satisfacer sus necesidades o para su tratamiento y apenas puede participar en ello.	La persona debe confiar totalmente en alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento y no puede de ningún modo participar en ello.

Martínez A.E.V.

Establece la necesidad de elaborar un Plan de cuidados de enfermería por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 Necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona.

La función propia de enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación [o a la muerte tranquila], actividades que la persona realizaría si tuviera la fuerza,

voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal manera que le ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible¹⁹:

Fuerza: La dependencia proviene que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física sino también de fuerza moral para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.

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

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

La presencia de estas tres o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deben ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes.

¹⁹ ibidem p. 14

1.4 Patología

1.4.1. Daño axonal difuso secundario a traumatismo craneoencefálico

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es una lesión hacia el parénquima cerebral el cual no es degenerativo, ni congénito e implica fuerzas externas; acompañado de alteraciones en la memoria transitoria o permanentemente, funciones psicológicas, funcionales y alteración de la conciencia.²⁰

Los traumatismos craneoencefálicos son la principal causa de discapacidad entre los adultos jóvenes y las secuelas neuropsicológicas de estos TCE son las que mayor impacto tienen en la calidad de vida del paciente y de su familia ya que afectan su reintegración académica, laboral y social.

Las contusiones, laceraciones, hemorragias intracraneales y la lesión axonal difusa constituyen lesiones primarias, ya que ocurren en el mismo momento del impacto. Son debidas a los mecanismos de aceleración y desaceleración. Las lesiones secundarias se producen por complicaciones de los procesos que se inician en el momento de la lesión, pero no son directamente atribuibles al impacto. Entre ellas destacan patologías vasculares como la isquemia, la formación de hematomas y el edema cerebral.

El Daño axonal difuso (DAD) es frecuente en el TCE, lo que en ocasiones conduce a un estado de coma y finalmente a discapacidad permanente o a la muerte del paciente.

El DAD se caracteriza por lesiones multifocales, consecuencia de daño primario y secundario. El componente mecánico del traumatismo produce estiramiento, torsión y rupturas de los axones y de capilares cerebrales provocando micro hemorragias. Las tres áreas cerebrales más frecuentemente afectadas por el DAD son la sustancia blanca subcortical, el cuerpo calloso y el mesencéfalo

Etiología

- Accidentes en vehículos motores
- Caídas

²⁰ Gutiérrez MJ, Alarcón DE, Zamora SE. Daño axonal difuso post-traumatismo craneoencefálico severo: Reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Mexicana de Neurociencia. 2016; 17(4): 105-115 [citado 8 Feb 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2EXdgms>

- Impactos craneanos
- Maltrato infantil (sacudidas)

Mecanismo de producción

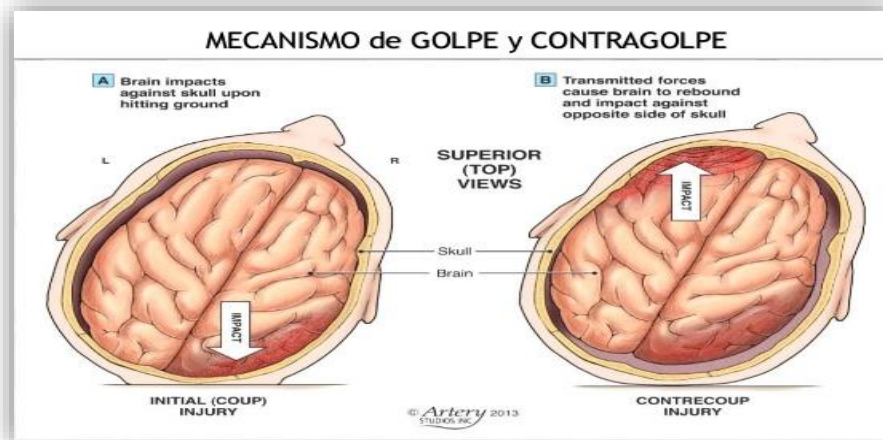
El TCE puede dividirse en lesiones penetrantes y no penetrantes

LESIÓN FOCAL	LESIÓN DIFUSA
<u>Contusiones:</u> Afectan la corteza cerebral y son causadas por mecanismo directo contra el área de impacto o por uno indirecto, que por contragolpe afecta el lado opuesto del traumatismo, las localizaciones más frecuentes son los lóbulos frontal y temporal.	<u>Daño axonal:</u> Causado por fuerzas inerciales, angulares o rotacionales (aceleración-desaceleración) que provocan un movimiento rápido del cráneo lo que deforma la materia blanca
<u>Laceración:</u> Cuando la lesión es muy severa que involucra las leptomeninges.	<u>Daño vascular:</u> Causado por estrés y tracción de los vasos capilares del parénquima cerebral que resulta en hemorragias parenquimatosas.
<u>Hemorragia:</u> Pueden desarrollarse después de un periodo de tiempo y extenderse en el espacio subaracnoideo formando hematomas	<u>Daño hipóxico/isquémico:</u> Algunas veces acompaña al TCE, especialmente en pacientes con hipertensión intracraneana
<u>Infección:</u> Son complicaciones por contaminación, generalmente bacteriana.	

Gutiérrez MJ, Alarcón DE, Zamora SE. Daño axonal difuso post-traumatismo craneoencefálico severo.

El DAD es causado por fuerzas inerciales, angulares o rotacionales (aceleración-desaceleración) que provocan un movimiento rápido del cráneo lo que deforma la materia blanca, el patrón de Daño axonal es descrito como multifocal, aparece en la profundidad de la materia blanca subcortical y es particularmente común en las estructuras de la línea media, incluyendo el cuerpo calloso.

El cerebro es relativamente flexible cuando se somete al efecto de una inercia lenta se adapta al cambio y recobra su estado físico original sin sufrir daño; sin embargo, cuando este efecto ocurre muy rápido, a menos de 50 milisegundos, la materia blanca se deforma en forma considerable. Así pues, factores como la magnitud, localización, duración, dirección y la velocidad de la fuerza, son las que determinan la gravedad del Daño Axonal.



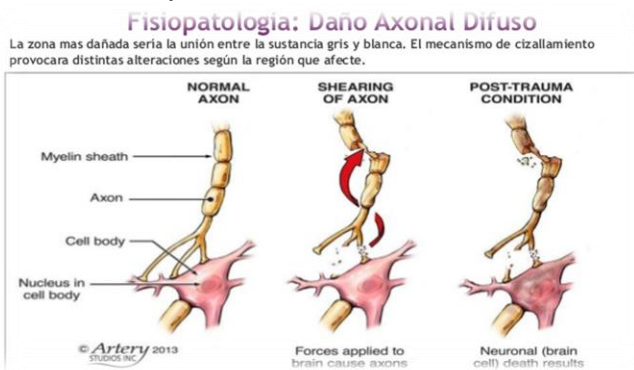
Otolara Saray. Intervención fisioterapéutica con Pacientes en Cuidado Crítico con Diagnóstico de Trauma Cráneo Encef.

Fisiopatología

Es la forma más grave de lesión encefálica a causa del traumatismo craneoencefálico.

El Daño axonal puede ser causado por una inmediata axotomía (lesión primaria), que daña los elementos estructurales de los axones, como los microtúbulos, y por una acción tardía después de minutos u horas del impacto (lesión secundaria), en el cual la lesión axonal es respuesta a la cascada celular. El trauma induce permeabilidad focal del axolema, por lo que se incrementa la entrada de calcio y éste genera la activación de proteasas, calpaínas y caspasas, que originan la degradación del citoesqueleto del axón y su desconexión.²¹

Ocurre una lesión del citoesqueleto axonal lo que conlleva a una entrada masiva de sodio y calcio aumentando la actividad proteolítica [mediada por calcio] produciendo edema axonal por acumulo de proteínas y con ello finalmente la desconexión axonal.



Martínez Verónica. Síndrome postconmocional. p 5

²¹ Ídem

Clasificación

Grado 1 Leve	Grado 2 Moderado	Grado 3 Severo
Cambios microscópicos en la sustancia blanca de la corteza cerebral, cuerpo caloso, tronco cerebral y cerebro	Lesiones aisladas evidentes en el cuerpo caloso	Lesiones focales adicionales en los cuadrantes dorso laterales del tallo cerebral

Clasificación de Adams

Las manifestaciones clínicas y la gravedad de estos pacientes dependen del número y localización de los axones afectados. Gennarelli describió tres categorías de DAD, según la duración del coma y la evidencia de compromiso del tallo.

CATEGORÍA	DURACIÓN DEL COMA	COMPROMISO DEL TALLO CEREBRAL	PRONÓSTICO
Leve	6 a 24 horas	Los signos de daño al tallo si están presentes, desaparecen dentro de algunas horas. Pueden existir trastornos de la memoria	Favorable
Moderada	Más de 24 horas, días o semanas	Los signos del tallo mejoran después de 24 horas. Recuperación incompleta en sobrevivientes	Reservado
Grave	Coma persistente	Signos del tallo se observan después de 24 horas: Hipertensión arterial Sudoración excesiva e hipertermia	Progresión hacia el estado vegetativo Mortalidad elevada

Gennarelli. Categorías de Daño Axonal Difuso

Manifestaciones clínicas

Es la causa más común de estado vegetativo persistente y de discapacidad grave después de un TCE. Produce según la gravedad:

- Confusión
- Pérdida de conciencia
- Coma

Deja como secuelas:

- Disminución de la capacidad de realizar nuevos aprendizajes
- Alteraciones en la atención

- Alteración en la velocidad de procesamiento de la información y funciones ejecutivas²²

Estudios diagnósticos

- Resonancia magnética: Es el principal método diagnóstico, sin embargo, hay lesiones microscópicas que la resonancia no detecta.
- Tomografía craneal: Se puede observar edema cerebral difuso inespecífico en un principio, así como focos hemorrágicos interventriculares y elementos de atrofia. Además, se observan focos hipertensos por cizallamiento en secuencia y zonas hipertensas en cuerpo calloso

1.4.2. Sarcoma de tejidos blandos

El término sarcoma se refiere a tumores del tejido conectivo. Constituyen un grupo heterogéneo de tumores sólidos raros que se originan en su mayoría del tejido mesenquimal. Con distinta presentación clínica y patológica, usualmente se dividen en dos grandes categorías:

- Sarcomas de tejido blando (incluyen grasa, músculo, nervios, vasos y otros tejidos conectivos).
- Sarcomas de hueso.

Aproximadamente el 80% de los sarcomas son del tejido blando y el resto son de hueso.

De acuerdo con la Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento del Sarcoma de tejidos blandos en extremidades y retroperitoneal en adultos, la gran mayoría de los tumores de partes blandas son benignos, el sarcoma de tejidos blandos es una neoplasia poco frecuente que suele diagnosticarse en una etapa avanzada ya que a menudo se confunde con otras patologías con síntomas inespecíficos, comunes o indoloros, tratándose inicialmente de manera incorrecta, lo que modifica su evolución.²³ En la misma guía se presenta lo siguiente:

²² Junqué C. valoración del daño axonal difuso en los traumatismos cráneo-encefálicos. Escritos de psicología. 2008; 2(l): 54-64.[citado 8 feb. 18] disponible en: <http://bit.ly/2HPyGzG>

²³ Secretaría de Salud; Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento del sarcoma de tejidos blandos en extremidades y retroperitoneal en adultos, México: CENETEC – Instituto Mexicano del Seguro social; 5 Oct 2015. Disponible en: <http://bit.ly/1g38Kvp>

Epidemiología

- 1% de todas las neoplasias malignas del adulto.
- Responsable del 2% de la mortalidad debida a cáncer
- Más frecuente en hombres
- 40 y 60 años pico de incidencia
- Se presentan un 43% en extremidades
- El sitio más común de metástasis son los pulmones

Factores de riesgo

- Radioterapia
- Inmunosupresión
- Virus Epstein-Barr
- Virus Herpes humano 8
- Síndromes hereditarios [síndrome de Bloo, de Werner, etc.]
- Contacto con dioxina y clorofenoles, así como antecedente de un trauma previo

Cuadro clínico

Para diagnóstico de sarcoma de tejidos blandos en una extremidad se presentan los siguientes signos:

- Tumor mayor a 5 cm.
- Aumento en el tamaño de un tumor ya conocido o en vigilancia
- Tumor adherido o por debajo de la fascia
- Presencia de dolor en la zona del tumor
- Cuando el tumor distorsiona la estructura o comprime estructuras adyacentes

Pruebas diagnósticas

- **Radiografía:** En la región afectada para descartar lesión primaria de hueso y una radiografía de tórax para descartar metástasis pulmonar.
- **Tomografía axial computarizada (TAC):** Se realiza en lesiones de alto grado o mayor a 5 cm. permite establecer la extensión de la enfermedad

y una mayor definición de los grupos musculares, estructuras neurovasculares y afección al hueso.

La estadificación de los sarcomas de tejidos blandos, se basa en su grado histológico, tamaño y profundidad y en la metástasis o ganglios a distancia.

- **Biopsia:** Es el estándar para diagnosticar sarcoma de tejidos blandos

Tratamiento

La resección quirúrgica es lo ideal y el manejo inicial para los sarcomas etapa I, II y algunas III y IV.

En extremidades deberá realizarse el máximo esfuerzo para lograr resecciones completas con márgenes adecuados tratando de preservar la extremidad, buscando que esta sea funcional.

Se opta por la amputación en caso de que la cirugía conservadora no brinde funcionalidad de la extremidad.

Referencia a rehabilitación física a pacientes pos operados de extremidades

En sarcoma limítrofe para resección otras alternativas son radioterapia o quimioterapia

Pronóstico

El factor pronóstico más importante para supervivencia global y enfermedad a distancia es el grado histológico (a mayor grado de diferenciación celular, peor pronóstico)

El 85% de los pacientes en etapa I, sobreviven a los 5 años a diferencia de los pacientes con etapa IV con una supervivencia de 10 a 20%²⁴

²⁴ ídem

1.5 Atención domiciliaria

La atención domiciliaria es definida como el tipo de asistencia o cuidados que se presentan en el domicilio a aquellas personas y a su familia que, debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de salud.²⁵

Una atención domiciliaria de calidad debe satisfacer las necesidades y las expectativas de las personas que la precisan, su familia y su comunidad. Para ello debería ser accesible a toda la población que la necesite de manera equitativa.

Evidencia de la atención domiciliaria	
Aspecto	Ventajas
Científico-técnico	<ul style="list-style-type: none">• Ausencia de infecciones nosocomiales• Evitación de hospitalización• Disminución de los episodios de confusión mental y depresión en ancianos
Psicosocial	<ul style="list-style-type: none">• Mejora y humanización de la relación enfermero paciente• Permite mayor intimidad y comodidad, además de liberar los horarios de actividades propias (alimentación, descanso, higiene, etc.)• Evita desplazamientos al hospital y con ello gastos en transporte• Facilita la comunicación entre el personal de salud y los familiares• Integra a la familia en el proceso de atención• Promueve las actividades de educación para la salud.
Gestión	<ul style="list-style-type: none">• Facilita el acceso a hospitales a quien realmente los necesita• Sirve de conexión entre el hospital y atención primaria favoreciendo la comunicación entre los profesionales de ambos niveles de atención.

Investigación de "Evidencia en atención domiciliaria por González et al. En 2002

²⁵ Martínez JR. Atención domiciliaria en: Martínez JR, Del Pino RC. Manual práctico de enfermería comunitaria. España: Elsevier; 2014. P. 43.

1.5.1 Modalidades de atención domiciliaria

Según la iniciativa

A demanda

Se presta como respuesta a la solicitud del usuario o algún familiar. Generalmente se produce como consecuencia de una enfermedad o accidente que requiere intervención de un profesional y ante la posibilidad de que la persona afectada pueda desplazarse con facilidad al centro de salud. La demanda puede tener un carácter ordinario y urgente.

Programada

Es la visita de atención domiciliaria cuya iniciativa corresponde al profesional. Las razones pueden ser diversas: Para estudiar el ambiente familiar, recoger datos de una persona o familia, atender a una situación de crisis o dar continuidad de una visita inicial a demanda.

En función del fin principal que se persigue

Asistencial

Tiene la finalidad de proporcionar cuidados asistenciales directos tanto a la persona como a la familia en su conjunto, en situación de salud (acciones preventivas como la administración de vacunas) o en casos de enfermedad (aplicación de tratamientos, cuidados postquirúrgicos, etc.).

Investigadora

Cuando la visita tiene como objetivo conocer el entorno familiar: Condiciones higiénicas de la vivienda, factores de riesgo (para la prevención de accidentes), posibilidades de acondicionamiento a las necesidades del paciente, condiciones socioeconómicas, hábitos de consumo, etc.

Educadora

Cuando el propósito de la visita es impartir educación para la salud, individual o grupal. Suele presentarse en comunidades o en casos en los que por alguna razón no pueden acudir al centro de salud. El fomento de autocuidado se basa en demostraciones prácticas.

En relación con la dependencia institucional

Atención domiciliaria primaria

Dependiente de los centros de salud, es la atención sanitaria desde el nivel primario.

Hospitalización en domicilio

Se lleva a cabo por profesionales sanitarios dependientes de un hospital del área. Consiste en trasladar al domicilio del paciente los servicios del hospital con la finalidad de proporcionar una atención más humanizada.

Según la financiación o modo de provisión del servicio

Privada

Prestación de un servicio asistencial domiciliario a demanda del usuario y que conlleva al pago directo de honorarios al profesional correspondiente. Se suele dar ante circunstancias de deficiencias del servicio público o por comodidad del usuario.

Filantrópica

Llevadas a cabo por personas no siempre profesionales, a título personal o en el marco de una organización altruista con el fin de prestar algún tipo de ayuda sin fines de lucro.

En función de la tipología del paciente o situación

Atención a personas en fase aguda

Cuando se presenta un episodio que afecta de modo brusco a la salud de uno o varios miembros de la familia que precisa atención inmediata.

Atención a enfermos crónicos

Personas afectadas por procesos de larga duración (neurológicos, psiquiátricos, respiratorios, reumatológicos) que no pueden desplazarse al centro de salud y que a su vez no precisan hospitalización. En el presente PAE se atiende a un paciente con este tipo de padecimientos.

Cuidados paliativos

Atención prestada a pacientes en fase terminal de la evolución de un proceso neoplásico.²⁶

²⁶ Ramos EC. Atención domiciliaria. En Curso DS Enfermería comunitaria. Vol. II. Colección Enfermería. 2a ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2009. p. 476-487

1.5.2 Roles del profesional de enfermería en atención domiciliaria

Un gran número de profesionales de enfermería de atención domiciliaria posee cualificaciones de alta tecnología que antes se usaban solo en centros de cuidado agudos, es por ello que se distinguen los principales roles de atención de enfermería como:

Defensor del paciente: El apoyo activo incluye hablar sobre los derechos del paciente, las declaraciones de voluntad anticipada, tomar decisiones informadas, reconocer y afrontar los cambios necesarios en el estilo de vida. En caso de conflicto, el profesional de enfermería como principal defensor del paciente garantiza que se respeten sus derechos y deseos.

Cuidador: Su principal rol como cuidador es valorar y diagnosticar los problemas de salud reales y potenciales de los pacientes, planificar los cuidados y evaluar los resultados del paciente, proporciona atención directa para procedimientos y tratamientos específicos como vigilancia de ostomías, curación de heridas, terapia intravenosa, etc.

Educador: Se centra en la enseñanza sobre los cuidados de las enfermedades, prevención de problemas y la promoción del bienestar óptimo del paciente y familia. La educación es permanente y su objetivo es ayudar a los pacientes a aprender a ser lo más independientes posible,

Gestor o coordinador de casos: Coordina las actividades de todos los demás miembros del equipo sanitario que participan en el plan de tratamiento del paciente. Es el principal contacto para comunicar cualquier cambio en la condición del paciente y para inducir una revisión en el Plan de cuidados si fuera necesario.²⁷

²⁷ Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G. Proceso de Enfermería en fundamentos de Enfermería. Vol 1. 8ª edición. Canadá: Pearson Education; 2008.p. 135

1.6 Ley de Voluntad Anticipada (D.O.F 7 de Enero de 2008)

La Voluntad Anticipada es la decisión que toma una persona de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de forma natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona (Art. 1 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal).

La Voluntad Anticipada favorece la atención paliativa y los cuidados al final de la vida, el énfasis está en el acompañamiento del paciente durante esta etapa de su vida. No prolonga ni acorta la vida, respeta el momento natural de la muerte.

En dicha ley, cuando se redacta la voluntad anticipada, el paciente tiene derecho a los Cuidados Paliativos que lo define como un cuidado integral, que de manera específica se proporciona a enfermos en etapa terminal, orientados a mantener o incrementar su calidad de vida en las áreas biológica, psicológica y social e incluyen las medidas mínimas ordinarias así como el tratamiento integral del dolor con el apoyo y participación de un equipo interdisciplinario, conformado por personal médico, de enfermería, de psicología, de trabajo social, de odontología, de rehabilitación, y de tanatología.

Además, menciona a la tanatología como una ayuda médica, psicológica y el acompañamiento emocional brindados tanto al enfermo en etapa terminal como a sus familiares, con el objeto de que comprendan y acepten la posibilidad de la muerte cercana, por lo que, la atención va ser para toda la familia.

Una vez que se ha llevado a la cabo el documento de voluntad anticipada y otorgado ante Notario Público, en el que la persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica; en caso de que el enfermo en etapa terminal se encuentre imposibilitado físicamente para acudir ante el Notario Público, podrá suscribir el Formato ante el personal de salud correspondiente y dos testigos en el documento que emita la Secretaria. Además dicho trámite lo puede realizar cualquier persona con capacidad de ejercicio, es decir, los familiares y personas señaladas cuando el enfermo en etapa terminal se

encuentra de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad, y los padres o tutores del enfermo en etapa terminal cuando este sea menor de edad o incapaz legalmente declarado.

El paciente tiene derecho a un tratamiento en Cuidados Paliativos, que es, la estrategia del equipo interdisciplinario de salud, para mejorar síntomas físicos, emocionales y bienestar social en el contexto cultural de la población y la buena práctica médica; a través de la prevención temprana por medio de evaluación, identificación y manejo lo más óptimo posible para cada situación de acuerdo con la mejor evidencia disponible, con el fin de disminuir el sufrimiento y facilitar al paciente y su familia la autonomía, el acceso a la información, elección y la mejor calidad de vida posible en la etapa terminal.

El enfermo en etapa terminal o su representante debe entregar el Documento de Voluntad Anticipada al personal de salud encargado de implementar el tratamiento respectivo, para su integración al expediente clínico, y dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el mismo. Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad por el médico especialista.

El Documento de Voluntad Anticipada y el Formato podrán ser revocados en cualquier momento.

El personal de salud en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos, que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal.²⁸

²⁸ Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Ley de voluntad anticipada para el distrito federal, México: D.O.F., 07-01-2008. [Citado 04 Marzo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/1GrsQh5>

1.7 Cuidados paliativos de enfermería al paciente terminal

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, el envejecimiento de la población y el creciente número de personas con enfermedades crónico-degenerativas y con cáncer representan un reto importante para los servicios de salud. En varios estudios se ha encontrado que las personas con enfermedades degenerativas del sistema nervioso central prefieren, en su mayoría, ser cuidados por profesionales de tal forma que liberan a sus seres queridos de la carga que supone este tipo de atención.²⁹

La ley de voluntad anticipada para el distrito federal define el Cuidado Paliativo como, un cuidado integral, que de manera específica se proporciona a enfermos en etapa terminal, orientados a mantener o incrementar su calidad de vida en las áreas biológica, psicológica y social e incluyen las medidas mínimas ordinarias así como el tratamiento integral del dolor con el apoyo y participación de un equipo interdisciplinario, conformado por personal médico, de enfermería, de psicología, de trabajo social, de odontología, de rehabilitación, y de tanatología;

Los principios de los cuidados paliativos son:

- Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas
- Afirmar la vida y se considera la muerte como un proceso normal
- No se intenta acelerar ni retrasar la muerte
- Se integran aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente
- Se ayuda a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte
- Se ofrece un sistema de apoyo a la familia a adaptarse durante la enfermedad y el duelo.³⁰

El personal de enfermería es quien permanece al lado del paciente cuando este se encuentra con una patología que le impide llevar a cabo su vida normal; en el caso de cuidados paliativos será además la sustituta y ayudante de satisfacer las necesidades que el paciente no puede realizar, llevando con ello a un proceso de

²⁹ Martínez JR, Del Pino RC. Paciente terminal: atención de enfermería en Manual práctico de enfermería comunitaria. España: Elsevier; 2014. P. 505-510

³⁰Balaguer G. Evolución de la enfermería y aparición de nuevos roles: Rol de la enfermera de Cuidados Paliativos. Trabajo de obtención de grado. Universidad internacional de Cataluña. Cataluña; 2014, p. 22-23. [Citado 8 Feb 2018] Disponible en: <http://bit.ly/2ET5D0e>

enfermedad humano que permita al paciente adaptarse a él y no rendirse pero también a aceptar la enfermedad como algo con lo que tiene que lidiar a partir de ese momento y la enfermera lo trata como un ser holístico y facilita al paciente y a la familia la preparación para el proceso de muerte y el duelo posterior a ello.

II. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1 Objetivos

General:

Aplicar el proceso atención de enfermería a un paciente en etapa terminal con Daño axonal difuso y Sarcoma de tejidos blandos con necesidad de mejorar su calidad de vida, basado en el modelo de Virginia Henderson

Específicos:

- Realizar la valoración de enfermería del paciente e identificar sus necesidades alteradas basadas en el modelo de Virginia Henderson.
- Definir diagnósticos de enfermería a través de la taxonomía NANDA.
- Ejecutar un plan de cuidados en base a los diagnósticos de enfermería a través de la clasificación de intervenciones NIC resultados NOC estimando cada intervención.
- Evaluar cada etapa del proceso de atención de enfermería para verificar su pertinencia o cambiarla.
- Diseñar plan asistencial entre el paciente, su familia y el equipo terapéutico para mantener la calidad de vida en el paciente.

2.2 Metodología

El proceso atención de enfermería se realizó a partir de agosto de 2017 a una persona de sexo masculino de 31 años con diagnóstico de Daño axonal difuso y Sarcoma de tejidos blandos en área femoral derecha tomando como instrumento de valoración la entrevista, exploración, inspección general, segmentaria y valoración de enfermería de las 14 Necesidades Humanas planteadas por Virginia Henderson, datos cotejados por un familiar. Consto de:

- Exploración cefalocaudal con inspección del aspecto general, estado mental, signos vitales, somatometría, postura, movilidad y piel.
- Inspección segmentaria: Valoración de cabeza, cuello, tórax, abdomen, genitourinaria y extremidades. Exploración con observación, auscultación, palpación y percusión con equipo clínico básico.

- Registros de historia clínica de enfermería con la valoración de las 14 Necesidades Humanas.

Después de realizar la entrevista se llevó a cabo un análisis de datos, empleando el pensamiento reflexivo y crítico, se realizan diagnósticos de enfermería, planeación de los cuidados basados en las intervenciones NIC y a la vez evaluación NOC verificando su adecuación en el plan para mantener la calidad de vida del paciente.

2.3 Caso clínico

Se trata de masculino E.P.L. de 31 años de edad que vive con su madre en la delegación Coyoacán, dejó de estudiar 6 meses previos al accidente. Trabajaba en local familiar.

Su madre de 52 años de edad y su padre de 58 años están separados y ambos laboran.

Como antecedentes heredofamiliares patológicos: Padres portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, abuelo materno antecedente de enfermedad coronaria e hipertensión arterial, abuela materna portadora de hipertensión, diabetes y cáncer cervicouterino tratado quirúrgicamente sin problema actualmente.

Antecedentes personales patológicos: Sufre un accidente automovilístico que le ocasiona un Traumatismo Craneoencefálico Grave en agosto de 2015, es atendido de urgencia en el hospital donde tiene seguro, sin embargo, el traslado del accidente al hospital tarda varias horas, ingresa al hospital intubado, con dos vías periféricas, sonda vesical y se le diagnostica edema cerebral y hemorragia secundario al traumatismo por lo que es intervenido quirúrgicamente. Saliendo de la cirugía pasa a la UCIA en donde es inducido al coma con el fin de evitar complicaciones y ahí sufre un infarto agudo al miocardio que logra revertir el equipo de salud. Cuando se logra su estabilidad se interviene quirúrgicamente en 3 ocasiones para una reconstrucción de mandíbula secundaria al trauma y una craniectomía descompresiva permaneciendo posteriormente en la UCIA. Posteriormente se decide revertirlo del coma ya que el edema cerebral había reducido y con ello extubarlo pero no responde a los diferentes modos de destete

del ventilador por lo que se interviene para realizarle una traqueostomía, al valorar los médicos las manifestaciones clínicas que presenta, le diagnostican Daño axonal difuso grave y con ello se lleva a cabo poco a poco el destete del ventilador respondiendo adecuadamente; permanece hospitalizado en el área de neurocirugía por 1 mes más y posterior a eso le indican a los familiares el cuidado que deben llevar a cabo con el paciente en casa así como el material y aparatos de los que deben disponer para mantener en las mejores condiciones al paciente.

E.P.L. egresa del hospital a finales de octubre de 2015 con traqueostomía, gastrostomía, y sonda vesical, en su casa se encuentra una persona disponible para su cuidado y contaba con un rehabilitador cada 2 días con el fin de que el musculo no se atrofie, sin embargo la ausencia de cambios de posición provoca en él una ulcera por presión que al no ser atendida es grado 2, dicha ulcera es tratada particularmente y logra sanar. A partir de ahí es cuidado en casa por sus familiares y el rehabilitador que, ve un avance en el paciente, sin embargo en marzo de 2017 su rehabilitación del miembro pélvico derecho se ve afectada provocando dolor en el paciente y notando un abultamiento anormal en la zona femoral derecha por lo que acuden al médico y tras estudios se diagnostica con sarcoma maligno de tejidos blandos estadio IIB; tras conocer el tratamiento, deciden no llevarlo a cabo y es atendido actualmente en el Instituto Nacional de Cancerología en donde les informan que lo ideal tras conocer al paciente es llevar a cabo cuidados paliativos con un profesional de enfermería.

2.4 Valoración

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: EPS

Edad: 31 años **Sexo:** Masculino **Fecha de nacimiento:** 20-05-1986

Servicio: Cuidado en el hogar

Peso: 61 KG. **Talla:** 1.73 cm. **IMC:** 20.04

Escolaridad: Nivel medio superior **Ocupación:** Trabajo por cuenta propia

Estado Civil: Soltero **Religión:** Católico

Dx. Medico: Daño axonal difuso y Sarcoma de tejidos blandos

Signos vitales:

- **T/A** : 90/60 mmHg
- **F.C.:** 56 x”
- **F.R.:** 14x”
- **Temp:** 36.1 °C
- **SatpO₂:** 92%

Últimos laboratorios en diciembre de 2017

QUIMICA SANGUINEA:

- Glucosa: 72 mg/dL
- Urea: 19.3 mg
- Creatinina: 0.8 mg/dL
- Ácido úrico: 3.3 mg/dL
- Colesterol total: 156 mg/dL
- LDL: 136 mg/DI
- HDL: 36 mg/dL
- **Albumina: 3.2 g/dl [limite]**
- Proteínas totales: 7.1 g/dL
- Bilirrubina total: 0.2 mg/dL

ELECTROLITOS SERICOS:

- Sodio: 137 mmol/L
- Potasio: 4.5 mmol/L
- Magnesio: 2.0 mg/dL
- Cloro: 103 mEq/l
- Calcio: 9.6 mg/dL
- Fosforo: 3.1 mg/dL

BIOMETRIA HEMATICA

- **Leucocitos: 10.5 ^{10/mcgl} [limite alto]**
- **Neutrófilos: 83% [limite alto]**
- Monocitos: 7%
- Eosinofilos: 3.2%

- Neutrófilos: 6.2 ^{10/mcgl}
- Linfocitos: 3.8% ^{10/mcgl}
- **Monocitos: 0.70** ^{10/mcgl}
- Eosinofilos: 0.3 ^{10/mcgl}
- Basófilos: 0.08 ^{10/mcgl}
- Eritrocitos: 5.2 ^{10/mcgl}
- **Hemoglobina: 13.3 g/dL [limite bajo]**
- Hematocrito: 45 mg/dL
- Plaquetas: 300 x10³

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL				
Medicamento	Dosis	Frecuencia	Horario	Vía
Omeprazol	40 mg	c/ 24 hrs.	6:00	Sonda de gastrostomía
Paracetamol	500 mg	c/8 hrs.	6:00, 14:00, 22:00	Sonda de gastrostomía
Butilhioscina	10 mg	c/8 hrs.	6:00, 14:00, 22:00	Sonda de gastrostomía
Metoclopramida	10 mg	Prepandial hrs	9:00, 16:00, 22:00	Sonda de gastrostomía
Levetiracetam	1 gr.	c/12 hrs.	9:00, 21:00	Sonda de gastrostomía
Macrogol	10 gr (1 sobre)	c/12 hrs.	10:00, 22:00	Sonda de gastrostomía
Magaldrato + Dimeticona	10 ml.	C/12 hrs.	10:30, 22:30	Sonda de gastrostomía
Oxibutinina	5 mg	c/24 hrs	12:00	Sonda de gastrostomía
Pregabalina	75 mg	c/12 hrs.	11:00, 23:00	Sonda de gastrostomía
Clonazepam	2 mg	c/24 hrs	23:30	Sonda de gastrostomía
Morfina	15 mg	c/8 hrs.	6:00, 14:00, 22:00	Sonda de gastrostomía

VALORACIÓN DE NECESIDADES

1. Necesidad de oxigenación

La persona se encuentra alerta, con palidez de tegumentos, tiene 14 respiraciones por minuto en adecuado ritmo SatPO₂ 92%, intercambio gaseoso con apoyo de traqueostomía que se mantiene permeable, a la auscultación con roncus en pulmón derecho lóbulo superior zona anterior; se aspiran secreciones verdosas

espesas y hialinas fluidas abundantes, de acuerdo a la valoración hay ocasiones en que las expectora.

Movimientos torácicos regulares, actualmente no fuma, con antecedentes de tabaquismo durante 5 años con 6 cigarros al día.

Se lleva a cabo un cultivo de secreciones que revela pseudomona en el paciente por lo que se realiza la curación de la traqueostomía con técnica estéril así como la aspiración de secreciones.

A la curación se observa piel periestomal con eritema y ligera fuga de secreciones, cambio de endocanula sin problema, se insufla globo en cambios de posición y durante la ministración de la dieta.

2. Necesidad de Nutrición e hidratación

Talla: 1.73 cm.

Glucosa capilar preprandial: 76 mg/dL

Peso: 61 kg

IMC: 20.4

Cavidad oral integra con moderada placa bucal blanquecina que se retira al realizar aseo bucal 2 veces al día. Lengua de adecuada coloración, mucosa oral se mantiene hidratada. Presenta disfagia; alimentación por sonda de gastrostomía con dieta polimérica de 500 ml cada (3 veces al día). Abdomen distendido, a la auscultación con péristalsis aumentada, sin presencia de visceromegalias.

A la curación se observa gastrostomía integra y funcional a la dieta y ministración de medicamentos, con piel periestomal integra.

3. Necesidad de eliminación

Sonda transuretral a permanencia 16 Fr. con uresis espontanea amarilla ámbar con sedimento, gasto urinario de 1.2 ml/kg/hora. Se realizó cultivo que revelo IVU por E. Coli por lo que se administra nitrofurantoina por sonda de gastrostomía 1 tableta cada 12 horas, oxibutinina 1 tableta cada 12 horas y ampicilina 500 mg IV.

Presenta abdomen distendido con dureza, ruidos peristálticos aumentados con presencia de flatulencias y estreñimiento ya que no defeca desde hace 5 días. A pesar del uso de laxantes (macrogol 1 sobre cada 12 horas). El hábito de defecar se ha visto alterado desde hace 1 mes en donde ya no evacua por sí solo, se tiene

que realizar enema jabonoso y uso de laxantes, al realizar enema hay presencia de fecalitos.

4. Necesidad de Movilidad y Mantener Buena Postura.

Apertura ocular espontanea. Paciente con tetraplejia, sin reflejos patológicos con Glasgow de 13, expresa dolor a través de movimientos oculares, actualmente con EVA de 7. Se moviliza en cama durante la mañana y tarde por 1 hora a decúbito lateral izquierdo ya que por el sarcoma no se puede realizar movilización a decúbito lateral derecho.

5. Necesidad de Descanso y Sueño

Duerme durante la noche de 23:30 horas a 8 de la mañana aproximadamente, previa administración de Clonazepam tableta 2 mg. Durante la madrugada no suele despertar ya que se controla el dolor previo sueño y se proporciona confort para el sueño colocándolo en semifowler con luz baja y sin ruidos

6. Necesidad de usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse

Utiliza bata tipo hospitalaria con cambio diario por las mañanas por el personal de enfermería.

7. Necesidad de termorregulación

Actualmente con adecuada temperatura axilar de 36.1°C

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Se realiza baño de esponja y cambio de ropa de cama cada dos días, aseo bucal diario 2 veces al día con cepillo de dientes, pasta dental normal y aspirador, hidratando labios posteriores a aseo bucal, se encuentra con placa bucal moderada blanquecina que se retira al realizar aseo bucal. Y se realiza aseo parcial cada dos días (los días que no se realiza baño) con limpieza de cara, manos y genitales. Lavado de manos previa dieta. Para el baño y aseo se utiliza shampoo, jabón para cara y jabón para cuerpo, esponja, crema corporal, desodorante, crema para rasurar y rastrillo, hisopos y peine.

Piel integra sin eritema (solo periestomal de traqueostomía)

Cabello con fragilidad, alopecia y caspa.

Puntuación Braden de 8 (alto riesgo), a la exploración se observa UPP grado 1 en región sacra de 4 x 3.6 cm sin profundidad y en omóplato derecho de 5x 4.3 cm.

9. Necesidad de evitar peligros

Antecedentes familiares de hipertensión, diabetes y cáncer. Antecedentes patológicos ya mencionados. Actualmente sin alergias, con esquema de vacunación completo. A la exploración se observan papilomas genitales.

Se encuentra conciente, orientado en tiempo, lugar y persona. Con tabaquismo y alcoholismo previos al accidente.

Postoperado de reconstrucción de mandíbula, craniectomía descompresiva, colocación de traqueostomía y gastrostomía.

Con actitud buena ante su enfermedad de aceptación y cooperativo, sin embargo, hay días en que se encuentra triste e intranquilo, a pesar del medicamento antidepressivo que toma.

No ha presentado caídas desde que sufrió el accidente; escala de riesgo de caídas de J.H. Downton de 7 puntos (alto riesgo)

10. Necesidad de comunicarse

El paciente tiene afasia de Broca secundario al traumatismo cráneo-encefálico por lo que tiene capacidad de comprensión pero no puede responder por medio de lenguaje oral y utiliza apertura ocular para afirmar o no sobre preguntas que se le realizan.

Al recibir el diagnóstico de sarcoma de tejidos blandos, sus familiares se comunican con él informándole del diagnóstico médico y deciden no llevar a cabo el tratamiento para el cáncer ya que implicaba amputación, por lo que, realizan el trámite de Voluntad Anticipada, mismo que realiza su madre tomando en consideración que la Voluntad Anticipada la puede realizar un familiar directo si el paciente no puede realizarlo debido a la patología que presenta. Es así como se le realizan cuidados paliativos desde agosto de 2017 tomando en consideración al paciente y apoyando a la familia en el afrontamiento de la situación y en la toma de decisiones.

11. Necesidad de creencias y valores

De forma indirecta preguntando a sus familiares se sabe que es católico, además de que su mamá reza con él en las mañanas y noches. Su familia participa activamente en su cuidado tomando en cuenta la decisión del paciente.

12. Necesidad de trabajo y realización

Previo al accidente trabajaba en negocio familiar, sin embargo posterior a este fue imposible reintegrarse.

Estudio hasta el nivel medio superior.

Índice de Barthel de 0 (dependencia total).

Valoración de Karnofky de capacidad funcional el paciente paliativo (PPS) con escala de 40.

13. Necesidad de participar en actividades recreativas

Previo al accidente laboraba y jugaba basquetbol en un grupo escolar; actualmente se apoya en rehabilitación para evitar atrofia muscular y ve televisión, películas o escucha radio de acuerdo a lo que prefiera.

14. Necesidad de aprendizaje

Debido al accidente es difícil conseguir que obtenga nuevos conocimientos, sin embargo su memoria previa al accidente es adecuada; se mantiene total dependencia en sus cuidados y en ocasiones se le realizan ejercicios de sumas y restas visuales.

2.5 Clasificación de las necesidades

	NECESIDAD	DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA
1	OXIGENACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en la ventilación con traqueostomía • Roncus en pulmón derecho lóbulo superior zona anterior; se aspiran secreciones verdosas espesas y hialinas fluidas abundantes. • Cultivo de secreciones que revela pseudomona • Piel periestomal con eritema y ligera fuga de secreciones
2	NUTRICIÓN HIDRATACIÓN	E	<ul style="list-style-type: none"> • Disfagia • Alimentación por sonda de gastrostomía con dieta polimérica • Abdomen distendido, a la auscultación con peristalsis aumentada
3	ELIMINACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> • Sonda transuretral a permanencia, uresis espontanea amarillo ámbar con sedimento. • Cultivo que revelo IVU por E. Coli en tratamiento farmacológico actual. • Presenta abdomen distendido con dureza, ruidos peristálticos aumentados con presencia de flatulencias y estreñimiento de 4 días. • Evacuación solo con enema y expulsa fecalito.

	NECESIDAD	DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA
4	MOVIMIENTO Y POSTURA		<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con tetraplejía. • EVA de 7 • Dos cambios de posición al día a decúbito lateral izquierdo ya que por el sarcoma no se puede realizar movilización a decúbito lateral derecho.
5	DESCANSO Y SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> • Duerme durante la noche aproximadamente 9 horas • Medidas de confort durante el sueño que evitan que despierte durante la noche 	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de Clonazepam 2 mg.
6	VESTIDO	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza bata hospitalaria con cambio diario por las mañanas por el personal de enfermería. 	
7	TERMORREGULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta normotermia 	
8	HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL		<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza baño de esponja y cambio de ropa de cama cada dos días. • Aseo bucal diario 2 veces al día con cepillo de dientes, se encuentra con placa bucal moderada blanquecina.

	NECESIDAD	DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA
			<ul style="list-style-type: none"> • Aseo parcial cada dos días. • Piel con eritema periestomal de traqueostomía. • Cabello con fragilidad, alopecia y caspa. • Puntuación Braden de 8 (alto riesgo) • UPP grado 1 en región sacra de 4 x 3.6 cm sin profundidad y en omóplato derecho de 5x 4.3 cm.
9	EVITAR PELIGROS	<ul style="list-style-type: none"> • No ha presentado caídas 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de hipertensión, diabetes y cáncer. • Se observan papilomas genitales. • Escala de riesgo de caídas de J.H. Downton de 7 puntos (alto riesgo) • Días en que se encuentra triste e intranquilo
10	COMUNICACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> • El paciente tiene afasia de Broca secundario al Traumatismo Cráneo-encefálico por lo que tiene capacidad de comprensión pero no puede responder por medio de lenguaje oral. • Realiza Voluntad Anticipada con ayuda de sus familiares e inician Cuidados Paliativos.
11	VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS	Religión católica	Su familia participa activamente en su cuidado tomando en cuenta la decisión del paciente

	NECESIDAD	DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA
12	NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Barthel de 0 (dependencia total). • Valoración de Karnofky de capacidad funcional el paciente paliativo (PPS) con escala de 40.
13	JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación para evitar atrofia muscular • Ve televisión, películas o escucha radio de acuerdo a lo que prefiera. 	
14	NECESIDAD DE APRENDIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> • Memoria previa al accidente adecuada • Se realizan ejercicios de sumas y restas visuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Debido al accidente es difícil conseguir que obtenga nuevos conocimientos • Total dependencia en sus cuidados

2.6 Priorización de necesidades

NECESIDAD		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
1	OXIGENACIÓN	Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c vía aérea artificial, manifestado por sonidos respiratorios anormales (roncus en pulmón derecho lóbulo superior zona anterior) y secreciones verdosas espesas y hialinas fluidas abundantes.
2	NUTRICIÓN HIDRATACIÓN	E Deterioro de la deglución r/c anomalía de la cavidad orofaríngea, problemas neurológico neurológicos m/p disfagia
3	NUTRICIÓN HIDRATACIÓN	E Riesgo de aspiración r/c alimentación enteral (gastroclísis), deterioro de la deglución, traqueostomía.
4	ELIMINACIÓN	Estreñimiento funcional crónico r/c accidente cerebrovascular, agentes farmacológicos y deterioro de la movilidad m/p heces duras, maniobras manuales para facilitar la defecación y menos de 3 evacuaciones por semana.
5	MOVIMIENTO MANTENER BUENA POSTURA	Y Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular m/p tetraplejía
6	HIGIENE PROTECCIÓN DE LA PIEL	Y Deterioro de la integridad cutánea r/c factor mecánico (fuerza de cizallamiento, presión sobre prominencia ósea, inmovilidad física) y humedad, manifestado por UPP Grado 1 en área sacra y omóplato derecho; eritema periestomal en traqueostomía, puntuación en escala de Branden de 8.
7	MOVIMIENTO MANTENER BUENA POSTURA	Y Dolor crónico r/c afección musculoesquelética crónica e infiltración tumoral m/p EVA de 7 y expresión facial del dolor.
8	HIGIENE PROTECCIÓN DE LA PIEL	Y Déficit de autocuidado: alimentación, baño, vestido r/c deterioro neuromuscular m/p deterioro de la habilidad para tomar por si solo una comida completa (alimentación por gastroclísis), baño de esponja y deterioro de la habilidad para ponerse prendas de ropa

NECESIDAD		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
9	COMUNICACIÓN	Deterioro de la comunicación verbal r/c deterioro del sistema nervioso central m/p incapacidad para hablar, usar expresiones corporales y déficit visual parcial (afasia de broca)
10	ELIMINACIÓN	Deterioro de la eliminación urinaria r/c infección del tracto urinario m/p orina amarillo ámbar con sedimento y urocultivo positivo a E. Coli.
11	EVITAR PELIGROS	Riesgo de lesión del tracto urinario r/c uso de catéter urinario durante tiempo prolongado
12	MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA	Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c inmovilización
13	EVITAR PELIGROS	Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad y escala de riesgo de caídas de J.H. Downton de 7 puntos (alto riesgo)
14	EVITAR PELIGROS	Riesgo de infección r/c enfermedad crónica (cáncer), alteración de la integridad de la piel, inmunosupresión, uso de catéter vesical y estomas (gastrostomía y traqueostomía)
15	COMUNICACIÓN	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar m/p expresa deseo de escoger experiencias que optimicen el bienestar y el deseo de mejorar el enriquecimiento del estilo de vida
16	COMUNICACIÓN	Riesgo de duelo complicado de la familia r/c enfermedad terminal
17	CREENCIAS	Disposición para mejorar la toma de decisiones m/p expresa deseo de mejorar el análisis riesgo-beneficio de las decisiones
18	EVITAR PELIGROS	Ansiedad ante la muerte r/c afrontamiento de la realidad de una enfermedad terminal m/p informes de tristeza.
19	EVITAR PELIGROS	Baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal, deterioro funcional y cambios del rol social m/p expresión de desesperanza y tristeza.

2.7 Plan de intervenciones de enfermería

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada: Oxigenación	Fuente de dificultad: Falta de fuerza	Cuidado básico de enfermería: Sustituta	Nivel de dependencia				
			1	2	3	4	<u>5</u>
DOMINIO: 11. Seguridad/Protección CLASE: 2. Lesión física		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c vía aérea artificial, manifestado por sonidos respiratorios anormales (roncus en pulmón derecho lóbulo superior zona anterior) y secreciones verdosas espesas y hialinas fluidas abundantes.	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar (E) 041012 Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias pág. 373	041012. Capacidad de eliminar secreciones	Desviación grave del rango normal (1) Desviación sustancial del rango normal (2) Desviación moderada del rango normal (3) Desviación leve del rango normal (4) Sin desviación del rango normal (5)	Inicial: 3 Aumentar: 4			
		041007 Ruidos respiratorios patológicos	Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)	Inicial: 2 Aumentar-mantener: 4			

Clasificación de las intervenciones NIC	
Clase: K. Control respiratorio	Campo: 1 Fisiológico complejo
Actividades	
<p><u>3160. Aspiración de las vías aéreas</u> <u>pág. 104</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar el lavado de manos. • Usar precauciones universales. • Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas y mascarilla) que sea adecuado. • Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal. • Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. • Aspirar la nasofaringe con una jeringa de tipo pera o con un dispositivo de aspiración. • Insertar una vía aérea nasal para facilitar la aspiración naso- traqueal, según corresponda. • Oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después. • Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal. • Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, cánula de traqueostomía o vía aérea del paciente. • Enseñar al paciente a respirar lenta y profundamente durante la inserción del catéter de aspiración por vía nasotraqueal. • Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂), estado neurológico (p. ej., nivel de conciencia). • Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal. 	<p><u>3230 Fisioterapia torácica</u> <u>pág. 222</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar todos los equipos necesarios cerca (p. ej., dispositivo de aspiración, recipiente para el esputo y pañuelos de papel). • Monitorizar el estado respiratorio y cardíaco (p. ej., frecuencia, ritmo, sonidos respiratorios y profundidad de la respiración). • Monitorizar la cantidad y características de las secreciones. • Determinar el segmento o segmentos pulmonares que contienen secreciones excesivas. • Colocar al paciente con el segmento pulmonar que se va a drenar en la posición más elevada, con modificaciones en los pacientes que no puedan tolerar la posición prescrita (es decir, evitar colocar a los pacientes con EPOC, traumatismo craneoencefálico agudo y problemas cardíacos en posición de Trendelenburg, pues provoca disnea, aumento de la presión intracraneal y estrés, respectivamente). • Utilizar almohadas para sostener al paciente en la posición designada. • Golpear el tórax de forma rítmica y en sucesión rápida utilizando las manos ahuecadas sobre la zona que se va a drenar durante 3-5 minutos, evitando la percusión sobre la columna, los riñones, las mamas femeninas, las incisiones y las costillas fracturadas. • Aplicar vibración manual de forma rápida y vigorosa, manteniendo los hombros y los brazos rectos y las muñecas rígidas, sobre las áreas que se van a drenar mientras el paciente espira o tose 3-4 veces. • Instruir al paciente para que expectore las secreciones liberadas mediante respiraciones profundas.

<ul style="list-style-type: none"> • Limpiar la zona alrededor del estoma traqueal después de terminar la aspiración traqueal. • Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones. Enviar las secreciones para su cultivo y antibiograma, según corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a que tosa durante y después del procedimiento.
<p><u>3140. Manejo de la vía aérea pág. 297</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular. • Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación. • Realizar fisioterapia torácica. • Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos. • Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. • Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, según corresponda. • Administrar broncodilatadores, según corresponda. • Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. • Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación. 	<p><u>3180. Manejo de las vías aéreas artificiales pág. 300</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar el lavado de las manos. • Inflar el globo de la cánula de traqueostomía mediante una técnica mínimamente oclusiva o una técnica de fugas mínimas. • Mantener el inflado del globo del tubo endotraqueal/cánula de traqueostomía a 15-20 mmHg después de la alimentación. • Cambiar las cintas/sujeción del tubo endotraqueal cada 24 horas, inspeccionar la piel y la mucosa bucal, y mover el tubo et al otro lado de la boca • Auscultar la presencia de sonidos pulmonares bilaterales después de la inserción y de cambiar la sujeción del tubo endotraqueal/ de traqueostomía. • Observar si hay presencia de crepitaciones y roncus en las vías aéreas de gran calibre. • Proporcionar cuidados a la tráquea cada 4-8 horas, según corresponda: limpiar la cánula interna, limpiar y secar la zona alrededor del estoma, y cambiar la sujeción de la traqueostomía. • Inspeccionar la piel alrededor del estoma traqueal por si hay drenaje, enrojecimiento, irritación y hemorragia. • Elevar la cabecera de la cama a 30° o más.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada:	Fuente de dificultad:	Cuidado básico de enfermería:	Nivel de dependencia				
			1	2	3	4	<u>5</u>
Nutrición e hidratación	Falta de fuerza	Sustituta					
DOMINIO: 2. Nutrición CLASE: 1. Ingestión alimentaria	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
000103 Deterioro de la deglución r/c anomalía de la cavidad orofaríngea, problemas neurológico neurológicos m/p disfagia	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Digestión y nutrición (E) 1007 Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos pág. 368 1013	100802. Ingestión alimentaria por sonda	Inadecuada (1) Ligeramente adecuada (2) Moderadamente adecuada (3) Sustancialmente adecuada (4) Completamente adecuada (5)	Mantener: 5			
	Estado de deglución fase faríngea	101301 Momento del reflejo de deglución 101305 Mantiene una posición	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4)	Aumentar: 3 Mantener: 4			

		adecuada del cráneo 161307 Elevación laríngea	No comprometido (5)	Aumentar: 5
--	--	--	---------------------	--------------------

Clasificación de las intervenciones NIC	
Clase: D. Apoyo nutricional	Campo: 1 Fisiológico básico
Actividades	
<p><u>1056 Alimentación enteral por sonda pág. 83</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el procedimiento al paciente. • Aplicar sustancias de anclaje a la piel y fijar el tubo de alimentación con esparadrapo. • Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas, según corresponda. • Vigilar el estado de líquidos y electrolitos. • Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45° durante la alimentación. • Al finalizar la alimentación, esperar 30-60 minutos antes de colocar al paciente con la cabeza en posición declive. • Parar la alimentación por sonda 1 hora antes de realizar algún procedimiento o traslado si el paciente se ha de colocar en una posición con la cabeza a menos de 30°. • Irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente. • Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación. • Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora. • Antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuos. • Mantener inflado el balón del tubo endotraqueal o de traqueostomía durante la alimentación. • Lavar la piel alrededor de la zona de contacto del dispositivo diariamente con jabón suave y secar completamente. • Controlar mensualmente si hay cambios en el crecimiento (altura/peso), según proceda. 	<p><u>1680. Terapia de deglución pág. 412</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de los 90°) para la alimentación/ejercicio. • Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la deglución («barbilla metida»). • Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer. • Observar si hay signos y síntomas de aspiración. • Proporcionar cuidados bucales.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada: Nutrición e hidratación	Fuente de dificultad: Falta de fuerza	Cuidado básico de enfermería: Sustituta	Nivel de dependencia				
			1	2	3	4	<u>5</u>
DOMINIO: 11. Seguridad/ Protección CLASE: 2. Lesión física	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
000039 Riesgo de aspiración r/c alimentación enteral (gastroclisis), deterioro de la deglución, traqueostomía pág. 381	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Control de riesgo y seguridad (T) 1918 Prevención de la aspiración pág. 459	191803. Se incorpora para comer y beber 191810 Se queda en posición erguida durante 30 minutos después de comer	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)	Mantener: 1 Aumentar: 4			

Clasificación de las intervenciones NIC

Clase: R. Control respiratorio	Campo: 2 Fisiológico complejo
Actividades	
<u>3200. Precauciones para evitar la aspiración. Pág. 369</u> • Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.	<u>3350 Monitorización respiratoria pág. 348</u> • Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico).

<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de disfagia. • Controlar el estado pulmonar. • Monitorizar las necesidades de cuidados intestinales. • Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45 minutos después de la alimentación. • Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado. • Comprobar la colocación de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación. • Comprobar el residuo de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación. • Evitar la alimentación si los residuos son voluminosos (p. ej., más de 250 ml. para las sondas de alimentación o más de 100 ml. para las sondas de gastrostomía endoscópica percutánea). • Romper las pastillas antes de su administración. • Proporcionar cuidados orales 	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. • Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales. • Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea. • • Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente. • Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de la barbilla o de pulsión mandibular, si se precisa. • Colocar al paciente en decúbito lateral, según se indique, para evitar la aspiración; girar al paciente en bloque si se sospecha una lesión cervical. Establecer esfuerzos de reanimación, si es necesario. Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario.
---	--

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada:	Fuente de dificultad:	Cuidado básico de enfermería:	Nivel de dependencia					
			1	2	3	4	<u>5</u>	
Eliminación	Falta de fuerza	Sustituta						
DOMINIO: 3. Eliminación e intercambio CLASE: 2. Función gastrointestinal	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJES		PUNTAJES		
00335 Estreñimiento funcional crónico r/c accidente cerebrovascular, agentes farmacológicos y deterioro de la movilidad m/p heces duras, maniobras manuales para facilitar la defecación y menos de 3 evacuaciones por semana.	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Eliminación (F) 0501 Eliminación intestinal pág. 322	050101. Patrón de eliminación 050121 Eliminación fecal sin ayuda 050112 Facilidad de eliminación de las heces	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5) Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)	Aumentar: 4		Mantener: 3		
	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Nutrición (K)	101503 Frecuencia de deposiciones 105505		Aumentar: 4		Aumentar: 3		
					Aumentar: 3		Aumentar: 3	

pág. 195	1015 Función gastrointestinal l pág. 322	Consistencia de las deposiciones		
Clasificación de las intervenciones NIC				
Clase: B. Control de la eliminación			Campo: 1 Fisiológico básico	
Actividades				
<p><u>0466. Administración de enema. Pág. 69</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la razón para la administración del enema (p. ej., limpieza gastrointestinal, administración de medicación, reducción de una distensión). • Explicar el procedimiento al paciente o a la familia, incluida las sensaciones previsibles durante y después del procedimiento (p. ej., distensión y necesidad urgente de defecar). • Obtener y montar el equipo específico para el tipo de enema. • Proporcionar intimidad. • Ayudar al paciente a colocarse en la posición adecuada (p. ej., decúbito lateral izquierdo con la rodilla derecha flexionada en los adultos y decúbito supino para los niños). • Colocar paños impermeables o absorbentes bajo las caderas y las nalgas. • Cubrir al paciente con una manta de baño, dejando sólo la zona rectal descubierta. • Comprobar que la solución de irrigación está a la temperatura adecuada. • Indicar al paciente que exhale antes de insertar la solución. Insertar la punta lubricada del recipiente de la solución o el tubo en el recto, angulando la punta hacia el ombligo e insertando la longitud adecuada según la edad del paciente. • Comprimir el frasco hasta que toda la solución haya entrado en el recto y el colon. • Indicar al paciente que retenga el líquido hasta que tenga una sensación urgente de defecar, ayudándose de apretar las nalgas, si es preciso. 			<p><u>0450. Manejo del estreñimiento/impactación fecal. Pág. 317</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. • Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal. • Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado. • Evaluar la medicación para ver si hay efectos secundarios gastrointestinales • Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación fecal. • Evaluar el registro de entradas para el contenido nutricional, si fuera necesario. • Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario 	

<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las características de las heces y de la solución (p. ej., color, cantidad y aspecto). 	
<p>0430. Control intestinal pág. 129</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anotar la fecha de la última defecación. • Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. • Monitorizar los sonidos intestinales. • Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos. • Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación. • Administrar supositorios de glicerina, si es necesario. • Disminuir la ingesta de alimentos flatulentos, según corresponda. • Instruir al paciente y familiar sobre los alimentos de alto contenido en fibras, según corresponda. • Administrar líquidos calientes después de las comidas. 	
<p>Clase: A. Control de actividad y ejercicios campo: 1. Fisiológico básico</p> <p>0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular. Pág. 415</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función. • Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. • Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad y poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones. • Fomentar la realización de ejercicios de rango de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado. • Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios articulares 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada: Eliminación	Fuente de dificultad: Falta de fuerza	Cuidado básico de enfermería: Sustituta	Nivel de dependencia				
			1	2	3	4	<u>5</u>
DOMINIO: 4. Actividad/Reposo CLASE: 2. Actividad/ Ejercicio	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
00085 Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular m/p tetraplejía pág. 219	Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Adaptación psicosocial (N) 1308 Adaptación a la discapacidad física pág. 76	130803. Se adapta a las limitaciones funcionales 130812 Acepta la necesidad de ayuda física	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)	Mantener: 5			
	Dominio: Salud funcional (I) Clase: Mantenimiento de la energía (A) 0005 Tolerancia a la	000501 Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad 000516 Resistencia de la parte	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2)	Mantener: 4			
					Aumentar: 2		

	actividad pág. 552	superior del cuerpo 000517 Resistencia de la parte inferior del cuerpo 020803	Moderadamente comprometido (3)	Aumentar: 2
	Dominio: Salud funcional (I)		Levemente comprometido (4)	Aumentar: 2
	Clase: Movilidad (C) 0208 Movilidad pág. 409	Movimiento muscular 020804 Movimiento articular	No comprometido (5)	Mantener: 2

Clasificación de las intervenciones NIC	
Clase: C. Control de inmovilidad	Campo: 1 Fisiológico básico
Actividades	
<p><u>0844. Cambio de posición: Neurológico. Pág. 118</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, según corresponda. • Colocar en la posición terapéutica designada. • Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada. • Apoyar la parte corporal afectada. • Proporcionar apoyo adecuado para el cuello. • Emplear una mecánica corporal correcta al colocar al paciente. • Proporcionar un colchón firme. • Colocar en una cama de flujo de aire, si fuera posible. • Girar el cuerpo en bloque, cada 2 horas o con más frecuencia, según esté indicado. 	<p><u>0740. Cuidado del paciente encamado. Pago. 159</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado. • Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. • Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas. • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. • Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos. • Subir las barandillas, según corresponda • Vigilar el estado de la piel. • Enseñar ejercicios de cama, según corresponda. • Realizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos. • Ayudar con las medidas de higiene (p. ej., uso de desodorante o perfume).

<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las lesiones cutáneas sobre las prominencias óseas (p. ej., sacro, tuberosidades isquiáticas, talones). • Realizar ejercicios pasivos de rango de movimiento en las extremidades afectadas, según lo indique el personal de rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar medidas profilácticas antiembólicas. • Monitorizar la aparición de complicaciones del reposo en cama (p. ej., hipotonía muscular, dolor de espalda, estreñimiento, aumento del estrés, depresión, confusión, cambios del ciclo de sueño, infecciones del tracto urinario, dificultad en la micción, neumonía).
<p>Clase: A. Control de actividad y ejercicios Campo: 1. Fisiológico básico</p>	
<p>0202. Fomento del ejercicio. pág. 235</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar Obtener el permiso médico para instaurar un plan de ejercicios de estiramientos, si es necesario. • Ayudar a desarrollar metas realistas a corto y largo plazo en función del nivel de forma física y el estilo de vida actuales. • Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios coherente con la edad, estado físico, metas, motivación y estilo de vida. • Ayudar a desarrollar un plan de ejercicios que incorpore una secuencia ordenada de movimientos de estiramiento, incrementos de duración de la fase de mantenimiento del movimiento y aumentos del número de repeticiones de cada movimiento de estiramiento mantenido lento, coherente con el nivel de estado físico musculoesquelético o de alguna patología presente. • Enseñar que hay que comenzar la rutina de ejercicios por los grupos de músculos/articulaciones que estén menos rígidos o lesionados y cambiar gradualmente a los grupos de músculos/ articulaciones más limitados. • Enseñar a extender lentamente el músculo/articulación hasta el punto de estiramiento máximo (o un punto de molestia razonable) manteniendo la extensión durante el tiempo especificado y posteriormente relajar lentamente los músculos estirados • Controlar la tolerancia al ejercicio (presencia de síntomas tales como disnea, taquicardia, palidez, mareos y dolor o inflamación muscular) durante el mismo. 	<p>0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular. pág. 415</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función. • Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. • Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad y poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones. • Realizar ejercicios pasivos o asistidos de rango de movimiento, si está indicado • Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, resistencia y movilidad articulares.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada:	Fuente de dificultad:	Cuidado básico de enfermería:	Nivel de dependencia					
			1	2	3	4	<u>5</u>	
Higiene y protección de la piel	Falta de fuerza	Sustituta						
DOMINIO: 11. Seguridad/ Protección CLASE: 2. Lesión física	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA				
00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c factor mecánico (fuerza de cizallamiento, presión sobre prominencia ósea, inmovilidad física) y humedad, manifestado por UPP Grado 1 en área sacra y omóplato derecho; eritema periestomal en traqueostomía. pág. 386	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: integridad tisular (L) 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas pág. 401	110113. Integridad de la piel	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)	Aumentar: 5				
	Dominio: Salud funcional (I) Clase: Movilidad (C) 0204 Consecuencias	110115 Lesiones cutáneas 110121 Eritema	Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4)	Aumentar: 5 Aumentar: 4				

	de la inmovilidad: fisiológicas pág. 242	020401 Úlcera por presión	Ninguno (5)	Aumentar: 5
--	---	--	-------------	--------------------

Clasificación de las intervenciones NIC	
Clase: C. Control de la piel/heridas	Campo: 2 Fisiológico complejo
Actividades	
<p><u>3520. Cuidado de las úlceras por presión. pág. 144</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización. • Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante. • Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua. • Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro. • Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera. • Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. • Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. • Verificar la ingesta adecuada de calorías y proteínas de alta calidad. 	<p><u>3500. Manejo de presiones. pág. 305</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vestir al paciente con prendas no ajustadas. • Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica. • Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada • Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel. • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del paciente (escala de Braden). • Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas sin apoyar en la cama. • Observar si hay fuentes de presión y fricción.
Clase: C. Control de inmovilidad	Campo: 1. Fisiológico básico
<p><u>0840. Cambio de posición. pág. 117</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda. • Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. • Pre medicar al paciente antes de cambiarlo de posición, según corresponda • Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, según corresponda. • Colocar en una posición que alivie la disnea (posición de semi- Fowler), cuando corresponda. • Girar al paciente en bloque. • Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso. 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada: Movimiento y mantener buena postura	Fuente de dificultad: Falta de fuerza	Cuidado básico de enfermería: Sustituta	Nivel de dependencia				
			1	2	3	4	<u>5</u>
DOMINIO: 12. Confort CLASE: 1. Confort físico	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJES DIARIOS			
00133. Dolor crónico r/c afección musculoesquelética crónica e infiltración tumoral m/p EVA de 7 y expresión facial del dolor. pág. 441	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Conducta de salud (Q) 1695 Control del dolor pág. 248	160502. Reconoce el comienzo del dolor 160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada 160511. Refiere dolor controlado	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5) Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4)	Aumentar: 4			
	Dominio: Salud percibida (V) Clase: Sintomatología (V) 2102 Nivel del dolor pág. 436	210201. Dolor referido 210204. Duración de los episodios de dolor		Mantener: 5 Mantener: 4 Disminuir: 4 Disminuir: 4			

		210206. Expresiones faciales del dolor 210226. Diaforesis	Ninguno (5)	Disminuir: 4 Disminuir: 4
Clasificación de las intervenciones NIC				
Clase: E. Fomento de la comodidad física		Campo: 1 Fisiológico básico		
Actividades				
<u>1380. Aplicación de calor pág. 86</u> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas del paciente. • Detectar si hay contraindicaciones al calor o al frío, tales como disminución o ausencia de sensibilidad, disminución de la circulación y disminución de la capacidad de comunicación. • Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento o las contraindicaciones de la estimulación. • Seleccionar el sitio de estimulación, considerando lugares alternativos cuando la aplicación directa no sea posible (adyacente a; distal a; entre las zonas afectadas y el cerebro, y contralateral). • Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección, si corresponde. • Aplicar calor/frío directamente o cerca del sitio afectado, si fuera posible. • Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de calor 		<u>1460. Manejo del dolor pág. 310</u> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. • Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor. • Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado • Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos). • Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno. • Utilizar medidas de control del dolor antes de que éste sea muy intenso. • Mediar antes de una actividad para aumentar la participación, aunque valorando el peligro de la sedación. 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
Clase: T. Fomento de la comodidad psicológica	Campo: 3. Conductual
<p><u>6040. Terapia de relajación. pág. 419</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva). • Evaluar el nivel de energía actual disminuido, la incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que puedan interferir con la capacidad cognitiva para centrarse en la técnica de relajación. • Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida. • Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible. • Invitar al paciente a que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente. • Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente. • Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente. • Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación. • Dejar al paciente un tiempo sin molestarle, ya que puede quedarse dormido. • Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas, si procede. • Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación. 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada: Higiene y protección de la piel	Fuente de dificultad: Falta de fuerza	Cuidado básico de enfermería: Sustituta	Nivel de dependencia				
			1	2	3	4	<u>5</u>
DOMINIO: 4. Actividad/ Reposo CLASE: 5. Autocuidado	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
00102, 00108, 00109. Déficit de autocuidado: alimentación, baño, vestido r/c deterioro neuromuscular m/p deterioro de la habilidad para tomar por si solo una comida completa (alimentación por gastroclisis), baño de esponja y deterioro de la habilidad para ponerse prendas de ropa. pág. 241, 242, 244.	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Digestión y nutrición (K) 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos pág. 368	100802. Ingestión alimentaria por sonda Se baña por si solo	Inadecuado (1) Ligeramente adecuado (2) Moderadamente adecuado (3) Sustancialmente adecuado (4) Completamente adecuado (5)	Mantener: 5			
	Dominio: Salud funcional (I) Clase: Autocuidado (D)	030506. Mantiene la higiene oral 030517. Mantiene la higiene corporal	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2)	Aumentar: 5 Mantener: 4			

	0301 Baño pág. 130 0305. Autocuidados: higiene. pág. 132 0302. Autocuidados: vestir. pág. 137	030204. Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo 030205. Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo	Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)	Aumentar: 2 Mantener: 1
Clasificación de las intervenciones NIC				
Clase: D. Apoyo nutricional			Campo: 1 Fisiológico básico	
Actividades				
<u>1056. Alimentación enteral por sonda pág. 83</u> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el procedimiento al paciente. • Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas, según corresponda. • Vigilar el estado de líquidos y electrolitos. • Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45° durante la alimentación • Al finalizar la alimentación, esperar 30-60 minutos antes de colocar al paciente con la cabeza en posición declive. • Parar la alimentación por sonda 1 hora antes de realizar algún procedimiento o traslado si el paciente se ha de colocar en una posición con la cabeza a menos de 30°. • Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos. • Antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuos. • Mantener inflado el balón del tubo endotraqueal o de traqueotomía durante la alimentación, si es el caso. • Lavar la piel alrededor de la zona de contacto del dispositivo diariamente con jabón suave y secar completamente. 				
Clase: F. Facilitación del autocuidado			Campo: 1. Fisiológico básico	
<u>1801. Ayuda con el autocuidado: baño/higiene. pág. 108</u> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. • Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a la cabecera del paciente. • Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú, loción y productos de aromaterapia). 			<u>1710. Mantenimiento de la salud bucal. pág. 327</u> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una rutina de cuidados bucales. • Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. • Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidado del paciente. • Controlar la integridad cutánea del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes. • Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca. • Recomendar el uso de un cepillo de dientes de cerdas suaves.
---	--

1802. Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal. pág. 110

- Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.
- Ayudar en el vestir
- Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada:	Fuente de dificultad:	Cuidado básico de enfermería:	Nivel de dependencia				
			1	2	3	4	<u>5</u>
Comunicación	Falta de fuerza	Sustituta					
DOMINIO: 5. Percepción/ cognición CLASE: 5. Comunicación	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
00051. Deterioro de la comunicación verbal r/c deterioro del sistema nervioso central m/p incapacidad para hablar y usar expresiones corporales y déficit visual parcial (afasia de broca). pág. 262	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Neurocognitivo (J) 0902 Comunicación pág. 149	090205. Utiliza el lenguaje no verbal 090203. Utiliza dibujos e ilustraciones 090208. Intercambia mensajes con los demás.	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)	Aumentar: 3 Aumentar: 2 Aumentar: 2			

Clasificación de las intervenciones NIC	
Clase: Q. Potenciación de la comunicación	Campo: 1 Fisiológico básico
Actividades	
<p><u>4922. Escucha activa pág. 207</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer el propósito de la interacción. • Mostrar interés por el paciente. • Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. • Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones. • Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p. ej., saber que la postura física expresa mensajes no verbales) • Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. • Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones. 	<p><u>4976. Mejorar la comunicación: déficit del habla. pág. 336</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos asociados con las capacidades del habla (p. ej., memoria, audición y lenguaje). • Monitorizar a los pacientes para detectar la aparición de frustración, ira, depresión u otras respuestas a la alteración de las capacidades del habla. • Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada (p. ej., tableta de escritura, tarjetas, parpadeo, tabla de comunicación con imágenes y letras, señales con la mano u otros gestos, ordenador). • Proporcionar métodos alternativos de escritura o lectura, según corresponda. • Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente (p. ej., situarse frente a él al hablar, escuchar con atención, presentar una idea o pensamiento cada vez, hablar despacio evitando gritar, usar comunicación escrita o solicitar la ayuda de la familia para comprender el habla del paciente). • Enunciar las preguntas para que el paciente pueda responder con un simple sí o no, sabiendo que los pacientes con afasia pueden proporcionar respuestas automáticas que son incorrectas. • Proporcionar una válvula unidireccional a los pacientes con traqueostomía, que sustituye la necesidad de ocluir la cánula con el dedo. • Permitir al paciente que escuche lenguaje hablado con frecuencia, según corresponda.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada:	Fuente de dificultad:	Cuidado básico de enfermería:	Nivel de dependencia				
			1	2	3	4	<u>5</u>
Eliminación	Falta de fuerza	Sustituta					
DOMINIO: 3. Eliminación e intercambio CLASE: 1. Función urinaria	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
00016. Deterioro de la eliminación urinaria r/c infección del tracto urinario m/p orina amarillo ámbar con sedimento y urocultivo positivo a E. Colli. Pag. 183	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Eliminación (F) 0503 Eliminación urinaria pág. 323	050304. Color de la orina	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)	Aumentar: 5			
	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Respuesta inmune (H) 0703 Severidad de la infección pág. 531	0050305. Partículas visibles en la orina	Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)	Aumentar: 4			
		070324. Colonización de urocultivo		Aumentar: 5			

Clasificación de las intervenciones NIC	
Clase: B. Control de eliminación	Campo: 1 Fisiológico básico
Actividades	
<u>0590. Manejo de la eliminación urinaria pág. 277</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda. • Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. • Anotar la hora de la última eliminación urinaria, según corresponda. • Enseñar al paciente a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario 	
Clase: V. Control de infecciones	Campo: 4. Seguridad
Actividades	
<u>6540. Control de infecciones. pág. 126</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado. • Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. • Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado. • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. • Poner en práctica precauciones universales. • Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. • Utilizar un sondaje intermitente para reducir la incidencia de infección de la vejiga. • Fomentar una ingesta nutricional adecuada. • Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado. • Administrar un agente de inmunización, cuando sea adecuado. 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada: Evitar peligros	Fuente de dificultad: Falta de fuerza	Cuidado básico de enfermería: Sustituta	Nivel de dependencia				
			1	2	3	4	<u>5</u>
DOMINIO: 11. Seguridad y protección CLASE: 2. Lesión física	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
00250. Riesgo de lesión del tracto urinario r/c uso de catéter urinario durante tiempo prolongado .pág. 249	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (V) Clase: Control del riesgo y seguridad (T) 1902 Control del riesgo pág. 323	190216. Reconoce cambios en el estado general de salud 190207. Sigue las estrategias de control de riesgo	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)	Mantener: 5 Aumentar: 5			
Clasificación de las intervenciones NIC							
Clase: B. Control de eliminación		Campo: 1 Fisiológico básico					
Actividades							
0582. Sondaje vesical intermitente. pág. 402 • Realizar una valoración urinaria exhaustiva, centrándose en las causas de la incontinencia (p. ej., diuresis, patrón de eliminación urinaria,	1876. Cuidados del catéter urinario. pág. 150 • Determinar la indicación del catéter urinario permanente. • Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter. • Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones.						

<p>función cognitiva y problemas urinarios anteriores).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente/familia el propósito, suministros, método y fundamento del sondaje intermitente. • Monitorizar la técnica del personal que realiza el sondaje intermitente en situaciones de cuidados • Montar el equipo de sondaje correspondiente. • Utilizar una técnica limpia o estéril para el sondaje. • Administrar al paciente un tratamiento antibacteriano profiláctico durante 2-3 semanas al inicio del sondaje intermitente, según corresponda. • Realizar un análisis de orina cada 2-4 semanas. • Establecer un programa de sondaje basado en las necesidades individuales. • Llevar un registro del programa de sondaje, ingesta de líquidos y diuresis. • Explicar al paciente/familia los signos y síntomas de infección del tracto urinario. • Monitorizar el color, olor y claridad de la orina 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga. • Evitar inclinar las bolsas o sistemas de medición de orina para vaciar o medir la diuresis (es decir, medidas preventivas para evitar la contaminación ascendente). • Utilizar bolsas o sistemas de medición de la orina con dispositivos de vaciado situados en el fondo del dispositivo. • Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario. • Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario. • Limpiar la parte externa del catéter urinario a nivel del meato. • Limpiar la zona cutánea circundante con regularidad. • Cambiar el catéter urinario con regularidad. • Cambiar el aparato de drenaje urinario con regularidad. • Observar las características del líquido drenado. • Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario (es decir, asegurar que la bolsa de drenaje está por debajo del nivel de la vejiga). • Usar un sistema de fijación del catéter. • Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos especificados. • Vaciar la bolsa de drenaje antes de cualquier traslado del paciente • Comprobar las correas de la bolsa de pierna a intervalos regulares para ver si hay constricciones • Obtener una muestra de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado. • Observar si hay distensión vesical. • Evaluar las opciones de eliminación para evitar la reinserción (p. ej., medición ecográfica del residuo urinario, urinario portátil, orinal, pañales, rondas de enfermería) • Instruir al paciente y a la familia sobre los cuidados adecuados del catéter).
---	---

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada:	Fuente de dificultad:	Cuidado básico de enfermería:	Nivel de dependencia				
			1	2	3	4	<u>5</u>
Movimiento y mantener buena postura	Falta de fuerza	Sustituta					
DOMINIO: 11. Seguridad y protección CLASE: 2. Lesión física	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
00086. Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c inmovilización pág. 385	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar (E) 0407 Perfusión tisular: periférica pág. 450	040712. Edema periférico	Grave (1)	Mantener: 5			
	Clase: Movilidad (C) 0204. Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	020418. Trombosis venosa 020424. Estasis venoso	Sustancial (2)		Mantener: 5		
				Moderado (3)	Aumentar: 3		
			Leve (4)				
			Ninguno (5)				

Clasificación de las intervenciones NIC	
Clase: N. Control de la perfusión tisular	Campo: 2 Fisiológico complejo
Actividades	
<p><u>4460. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. pág. 135</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edemas, relleno capilar, color y temperatura). • Evaluar los edemas y los pulsos periféricos. • Inspeccionar la piel en busca de úlceras arteriales o de solución de continuidad tisular • Aplicar modalidades de terapia compresiva (vendajes de larga/ corta extensión), según sea conveniente. • Elevar la pierna 20° o más por encima del nivel del corazón, según sea conveniente. • Realizar cambios posturales del paciente como mínimo cada 2 horas, según necesidad. • Animar al paciente a realizar ejercicios pasivos o activos de rango de movimiento, en especial de las extremidades inferiores, mientras esté encamado • Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., badana debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas, estribo/soporte en los pies de la cama; zapatos a medida • Controlar el estado hídrico, incluidas las entradas y salidas. 	<p><u>3480. Monitorización de las extremidades inferiores pág. 341</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinar la presencia de edema en las extremidades inferiores. • Examinar si hay cambios en las uñas de los pies (p. ej., grosor, infección fúngica, uñas encarnadas y evidencia de uñas mal cortadas). • Examinar si entre los dedos de los pies hay maceración, grietas o fisuras. • Examinar si en el pie hay signos de presión (es decir, presencia de enrojecimiento localizado, aumento de la temperatura, ampollas o formación de callos).
<p><u>4070. Precauciones circulatorias pág. 362</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una evaluación exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad, así como índice tobillo-brazo, si está indicado). • No medir la presión arterial en la extremidad afectada. • No aplicar presión ni realizar torniquetes en la extremidad afectada. • Instruir al paciente sobre medidas dietéticas para mejorar la circulación (p. ej., dieta baja en grasas saturadas e ingesta adecuada de aceites de pescado con omega 3. • Explorar las extremidades en busca de áreas de calor, eritema, dolor o tumefacción. Instruir al paciente sobre los signos y síntomas indicativos de la necesidad de cuidados urgentes (p. ej., dolor que no mejora con el reposo, complicaciones de las heridas, pérdida de la sensibilidad). 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada: Evitar peligros	Fuente de dificultad: Falta de fuerza	Cuidado básico de enfermería: Sustituta	Nivel de dependencia				
			1	2	3	4	<u>5</u>
DOMINIO: 11. Seguridad y protección CLASE: 2. Lesión física	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
00155. Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad y escala de riesgo de caídas de J.H. Dowton de 7 puntos (alto riesgo). pág. 382	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Control del riesgo y seguridad (T) 0407 Detección del riesgo pág. 315	190801. Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos 190802. Identifica los posibles riesgos para la salud	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2)	Mantener: 5			
	1909. Conducta de prevención de caídas. pág. 169	190903 Coloca barreras para prevenir caídas	A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4)	Mantener: 5			
		190915 Utiliza barandillas si es necesario	Siempre demostrado (5)	Aumentar: 5			
					Aumentar: 5		

		190902 Proporciona ayuda para la movilidad		Mantener: 5
Clasificación de las intervenciones NIC				
Clase: V. Control de riesgos		Campo: 4. Seguridad		
Actividades				
<u>6610. Identificación de riesgos.</u> <u>pág. 242</u> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores. • Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones. • Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo. • Aplicar las actividades de reducción del riesgo. • Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo. 		<u>3480. Prevención de caídas</u> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. • Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. • Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia. • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas) • Disponer colchones de cama de bordes firmes para un traslado más sencillo. • Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario. • Colocar la cama mecánica en la posición más baja. • Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. • Disponer luz nocturna en la mesilla de noche. 		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada:	Fuente de dificultad:	Cuidado básico de enfermería:	Nivel de dependencia				
			1	2	3	4	<u>5</u>
Evitar peligros	Falta de fuerza	Sustituta					
DOMINIO: 11. Seguridad y protección CLASE: 1. Infección	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
00004. Riesgo de infección r/c enfermedad crónica (cáncer), alteración de la integridad de la piel, inmunosupresión, uso de catéter vesical y estomas (gastrostomía y traqueostomía). pág. 379	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Control del riesgo y seguridad (T) 1924 Control del riesgo: Proceso infeccioso pág. 315	19442. Identifica los factores de riesgo de infección 192405. Identifica signos y síntomas de infección 192416. Practica estrategias de control de la infección	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)	Mantener: 4 Aumentar: 4 Aumentar: 5			

Clasificación de las intervenciones NIC	
Clase: V. Control de riesgos	Campo: 4. Seguridad
Actividades	
<p><u>6540. Control de infecciones. pág. 126</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado. • Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. • Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado. • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. • Poner en práctica precauciones universales. • Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. • Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso. • Usar guantes estériles, según corresponda. • Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado. • Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. • Utilizar un sondaje intermitente para reducir la incidencia de infección de la vejiga. • Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado. 	<p><u>6610. Identificación de riesgos. pág. 242</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores. • Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos. • Aplicar las actividades de reducción del riesgo.
<p><u>6550. Protección contra las infecciones. pág. 386</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria. • Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles. • Mantener la asepsia para el paciente de riesgo. 	

- Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.
- Obtener muestras para cultivo, si es necesario.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Notificar la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones.
- Notificar los resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones.

Clase: D. Apoyo nutricional

Nivel: 1. Fisiológico básico

Actividades

1874. Cuidados de sonda gastrointestinal. pág. 142

- Observar la correcta colocación de la sonda
- Proporcionar cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción de la sonda.

Clase: B. Control de la eliminación

Nivel: 1. Fisiológico básico

Actividades

1886. Cuidados del catéter urinario. pág. 150

- Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter.
- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones.
- Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga.
- Evitar inclinar las bolsas o sistemas de medición de orina para vaciar o medir la diuresis (es decir, medidas preventivas para evitar la contaminación ascendente).
- Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario.
- Limpiar la parte externa del catéter urinario a nivel del meato.
- Limpiar la zona cutánea circundante con regularidad.
- Cambiar el catéter urinario con regularidad

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada:	Fuente de dificultad:	Cuidado básico de enfermería:	Nivel de dependencia				
			1	2	<u>3</u>	4	5
Comunicación	Falta de voluntad	Compañera					
DOMINIO: 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés CLASE: 2. Respuestas de afrontamiento	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
00075. Disposición para mejorar el afrontamiento familiar m/p expresa deseo de escoger experiencias que optimicen el bienestar y el deseo de mejorar el enriquecimiento del estilo de vida pág. 330	Dominio: Salud familiar (VI) Clase: Bienestar familiar (X) 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento. pág. 88	26090. Los miembros expresan deseo de apoyar el miembro enfermo. 260910. Colaboran con el miembro enfermo en la determinación de cuidados	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3)	Mantener: 4 Aumentar: 4			
	2600. Afrontamiento de los	260907. Animar al miembro enfermo	Frecuentemente demostrado (4)	Mantener: 4			

	problemas de familia. Pág. 83	260006. Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones 260007. Expresa sentimientos y emociones abiertamente con los miembros	Siempre demostrado (5)	Mantener: 4 Aumentar: 4
--	--------------------------------------	---	------------------------	--

Clasificación de las intervenciones NIC	
Clase: X. Cuidados durante la vida	Campo: 5. Familia
Actividades	
<p><u>7202. Fomentar la normalización familiar. Pág. 230</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la necesidad de cuidados por relevo para los padres y demás cuidadores. • Animar a la familia a que dispongan de tiempo para el cuidado de sus necesidades personales. • Animar a la familia a mantener una red social y un sistema de apoyo habituales. • Animar a la familia a mantener los hábitos, rituales y rutinas normales. 	<p><u>7140. Apoyo a la familia. Pág. 87</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles. • Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. • Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico. • Ofrecer una esperanza realista. • Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. • Favorecer una relación de confianza con la familia. • Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les puedan ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente. • Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado • Ayudar a los miembros de la familia durante los procesos de muerte y duelo.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada:	Fuente de dificultad:	Cuidado básico de enfermería:	Nivel de dependencia				
			1	2	<u>3</u>	4	5
Comunicación	Falta de Conocimiento	Compañera					
DOMINIO: 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés CLASE: 2. Respuestas de afrontamiento	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
00172. Riesgo de duelo complicado de la familia r/c enfermedad terminal pág. 336	Dominio: Salud familiar (VI) Clase: Adaptación psicosocial (N) 1304	130402. Expresa creencias espirituales sobre la muerte 130409. Discute los conflictos no resueltos 130417. Busca apoyo social	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4)	Aumentar: 4 Aumentar: 4 Aumentar: 4 Aumentar: 5			
	1504 Soporte social. Pág. 548	150405. Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas	Siempre demostrado (5)				

		150409. Refiere una red social de ayuda		Aumentar: 5
Clasificación de las intervenciones NIC				
Clase: R. Ayuda para el afrontamiento		Campo: 3. Conductual		
Actividades				
<u>5290. Facilitar el duelo. Pág. 216</u>		<u>5440. Aumentar los sistemas de apoyo. Pág. 104</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la expresión de sentimientos • Escuchar las expresiones de duelo. • Realizar afirmaciones empáticas sobre el duelo. • Incluir a los allegados en las charlas y decisiones • Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida 		<ul style="list-style-type: none"> • Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. • Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. • Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. • Observar la situación familiar actual y la red de apoyo. • Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador. 		
<u>5270. Apoyo emocional. Pág. 89</u>		<u>5420. Apoyo espiritual. Pág. 95</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el familiar • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. • Abrazar o tocar al familiar para proporcionarle apoyo. • Ayudar a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. 		<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática. • Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual, según corresponda • Tratar al individuo con dignidad y respeto. • Animar a participar en interacciones con familiares, amigos y otras personas. • Fomentar la participación en grupos de apoyo. • Enseñar métodos de relajación, meditación e imaginación guiada. • Proporcionar música, literatura o programas de radio o TV espirituales al individuo. • Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo. • Asegurar al individuo que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento. 		

Clasificación de las intervenciones NIC	
Clase: R. Ayuda para el afrontamiento	Campo: 3. Conductual
Actividades	
<u>5250. Apoyo en la toma de decisiones. Pág. 94</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente. • Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. • Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo. • Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa • Facilitar la toma de decisiones en colaboración. • Respetar el derecho del paciente a recibir o no información. • Servir de enlace entre el paciente y la familia. • Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios. • Derivar al asesor jurídico, según corresponda. 	
Clase: D. Terapia conductual	
<u>4420. Acuerdo con el paciente. Pág. 66</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad mental y cognitiva del individuo para hacer un contrato. • Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados. • Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos, no los que cree que espera el cuidador. • Evitar centrarse en el diagnóstico o proceso de enfermedad únicamente al ayudar al paciente a identificar las metas. 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada:	Fuente de dificultad:	Cuidado básico de enfermería:	Nivel de dependencia				
			1	2	<u>3</u>	4	5
Evitar peligros	Falta de Conocimiento	Compañera					
DOMINIO: 9. Afrontamiento/ Tolerancia al estrés CLASE: 2. Respuestas de afrontamiento	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
00147. Ansiedad ante la muerte r/c afrontamiento de la realidad de una enfermedad terminal m/p informes de tristeza. pág. 233	Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Adaptación psicosocial 1402 Aceptación: estado de salud pág. 74	13008. Reconoce la realidad de la situación de salud 13017 Se adapta al cambio en el estado de salud	Nunca demostrado (1)	Aumentar: 5			
	1307 Muerte digna pág. 419	130701. Pone los asuntos en orden 130703. Participa en las	Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3)	Aumentar: 5			
				Frecuentemente demostrado (4)	Mantener: 5		

		decisiones relacionadas con los cuidados		
		130710. Resuelve aspectos importantes	Siempre demostrado (5)	Aumentar: 5
		130719. Comenta expresiones espirituales.		Aumentar: 5
		130725. Expresa preparación para morir.	Gravemente comprometido (1)	
	Dominio: Salud percibida (V)	200727. Expresión de preparación para una muerte inminente	Sustancialmente comprometido (2)	Aumentar: 5
	Clase: Salud y calidad de vida (U)		Moderadamente comprometido (3)	
	2007. Muerte confortable		Levemente comprometido (2)	
			No comprometido (1)	

Clasificación de las intervenciones NIC	
Clase: R. Ayuda para el afrontamiento	Campo: 3. Conductual
Actividades	
<u>5230. Mejorar el afrontamiento. Pág. 333</u>	<u>5426. Facilitar el crecimiento espiritual. Pág. 215</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. • Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente, con la familia del paciente y con los allegados.

<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados. • Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. • Facilitar salidas constructivas a la ira y la hostilidad. • Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Alentar la expresión de sentimientos, percepciones y miedos. • Comentar las consecuencias de no enfrentarse a los sentimientos de culpa y vergüenza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la participación en ceremonias religiosas y programas especiales de oración/estudio • Fomentar la exploración del paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores. • Proporcionar un entorno que favorezca una actitud meditativa/ contemplativa para la autorreflexión. • Ayudar al paciente a explorar las creencias en relación con la curación del cuerpo, la mente y el espíritu. • Remitir a grupos de apoyo, de autoayuda mutua o a programas que se basen en la espiritualidad, según sea conveniente. • Ofrecer el apoyo de la oración al individuo.
<p>Clase: T. Fomento de la comodidad psicológica</p> <p>5820. Disminución de la ansiedad. Pág. 174</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Animar a la familia a permanecer con el paciente el mayor tiempo posible • Administrar masajes en la espalda/cuello, según corresponda. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda. <p>Observar si hay signos no verbales de ansiedad.</p>	<p>Campo: 5. Familia</p> <p>Clase: X. Cuidados durante la vida</p> <p><u>Mantenimiento de los procesos familiares</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la alteración de los procesos familiares • Animar a establecer un contacto continuo con los familiares • Facilitar la flexibilidad de las visitas para satisfacer las necesidades de los miembros de la familia y el paciente. • Comentar las estrategias de normalización de la vida familiar con la familia. • Minimizar la ruptura de la rutina familiar facilitando hábitos y rituales familiares, tales como comidas privadas juntos o debates familiares para la comunicación y la toma de decisiones. • Enseñar a la familia técnicas de gestión del tiempo y de organización al realizar los cuidados del paciente en casa.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada:	Fuente de dificultad:	Cuidado básico de enfermería:	Nivel de dependencia				
			1	2	<u>3</u>	4	5
Evitar peligros	Falta de Conocimiento	Compañera					
DOMINIO: 6. Autopercepción CLASE: 2. Autoestima	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC]						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
00120. Baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal, deterioro funcional y cambios del rol social m/p expresión de desesperanza y tristeza. pág. 272	Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Bienestar psicológico (M) 1200 Imagen corporal. pág. 397	12005. Satisfacción con el aspecto corporal 12009 Adaptación a cambios en el estado de salud.	Nunca positivo(1) Raramente positivo (2) A veces positivo (3)	Aumentar: 4			
	1205 Autoestima pág. 138	120502. Aceptación de las propias limitaciones 120519. Sentimientos sobre su	Frecuentemente positivo(4) Siempre positivo (5)	Aumentar: 5			
					Aumentar: 5		

		propia persona		
Clasificación de las intervenciones NIC				
Clase: R. Ayuda para el afrontamiento		Campo: 3. Conductual		
Actividades				
<u>5220. Mejora de la imagen corporal. Pág. 331</u> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo. • Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles. • Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal • Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad. 		<u>5440. Potenciación de la autoestima. Pág. 358</u> <ul style="list-style-type: none"> • Observar las afirmaciones del paciente sobre su auto valía. • Ayudar al paciente a encontrar auto aceptación. • Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. • Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. • Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. • Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo. 		

2.8 Plan para mantener calidad de vida

C: Comunicación

U: Urgente

I: Información

D: Dieta

A: Ambiente

R: Recreación y uso de tiempo libre

M: Medicamentos

E: Espiritualidad

COMUNICACIÓN

Es la meta internacional que se refiere a la comunicación efectiva y es una propuesta para identificar a la persona a la cual se atiende, el equipo de salud debe acudir al enfermo cuando lo necesite para evitar complicaciones y con su familia para solicitar colaboración como una red de apoyo fundamental para la aplicación del plan de alta.

URGENTE

Signos y síntomas de alerta que al presentarse se requerirán acciones de urgencia o valorar para llevar a cabo medidas de confort con cuidados paliativos

- Disnea (dificultad para respirar)
- Dolor intenso en miembro pélvico derecho
- Temperatura corporal > 35.7°
- Edema en miembros pélvicos
- Dolor torácico, taquicardia, respiración superficial, diaforesis y palidez.
- Signos de hemorragia como hipotensión, taquicardia, diaforesis y pérdida visible de sangre.
- Hipoxia

INFORMACIÓN

1. Cuidados de traqueostomía:

- **Cuidados de la piel y el estoma:** El cuidado de la piel alrededor de la traqueostomía es uno de los cuidados más importantes que se llevan a

cabo en el hogar. El cuidado de la piel se debe hacer por lo menos dos veces al día regularmente.

- **Cambio de fijación de traqueostomía:** El tubo de traqueostomía se sujeta al paciente por medio de unos lazos de traqueostomía o un sujetador para traqueostomía Velcro. Estos lazos se deben cambiar regularmente al ensuciarse o mojarse. Cuando se aten los lazos de nuevo no dejarlos ajustados ya que esto podría reducir el flujo de sangre a la cabeza del paciente y causar demasiada presión a la piel del cuello.
- **Humectación:** La humedad en el ambiente afecta en gran parte las secreciones ya que cuando el paciente respira por medio del tubo de traqueostomía, el aire no se filtra, calienta o humecta. Sin esta humedad, las secreciones se vuelven más densas y difíciles de expulsar al toser. El tipo de ambiente tanto dentro como fuera del hogar afectará las secreciones. El calentar la casa durante el invierno y el uso del aire acondicionado durante el verano secan el aire de la casa. Por lo tanto, frecuentemente es necesario el utilizar fuentes de humedad adicionales.³¹

2. Cuidados y protección de la sonda de gastrostomía

Uso de la sonda:

- Cuando se va a hacer uso de la sonda, lo correcto es sentar al paciente lo más recto posible. Así se evitarán reflujos de comida, líquidos o medicación.
- Antes de administrar la alimentación, y si esta es un preparado comercial, comprobar la fecha de caducidad. Deben guardarse en un lugar fresco. Normalmente no es necesario almacenarlo en la nevera
- Extraer el aire de la jeringa (si la administración se realiza de forma manual a través de una jeringa) o de la botella, bolsa de alimentación y los tubos (si la administración es a través de un sistema de goteo).
- Administrar el alimento en una hora.
- No acelerar el ritmo.

³¹ Grupo Smiths Medical. Un manual para el cuidado en casa de un adulto con traqueostomía. E.U.A. 2011. p 13. [Citado 9 Feb 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2CmBTqS>

- Si se van a administrar medicamentos, estos deben estar completamente triturados y deben deshacerse con agua.

Mantenimiento de la sonda:

- Después de su utilización, siempre hay que lavar la sonda introduciendo 20 ml. de agua con una jeringa.
- Los tapones de la sonda deben estar cerrados cuando no se usen.
- Cada día, es conveniente fijar la sonda en lugar diferente para evitar que la piel se lastime. Puede fijarse con un trozo fino de micropore.
- Generalmente se realiza cambio de la sonda cada 6 meses si tiene un uso adecuado.
- Debe realizarse una higiene oral varias veces al día, aunque no se tomen alimentos por boca.
- Debe limpiarse diariamente la zona de la piel limitante con suero fisiológico y jabón, así como las conexiones y el exterior de la sonda.
- Es conveniente poner unas gasas y tapar con una tela adhesiva suave.
- En caso de salida de sonda, por tos, alimentación, vómitos, debe consultar inmediatamente con personal calificado.

3. Movilización del paciente

Es necesario realizar movilización del paciente por lo menos cada 2 horas realizando cambios de postura, tomando en cuenta que a decúbito lateral derecho no se puede movilizar debido al sarcoma; la movilización ayudar a evitar la aparición de úlceras por presión, además en caso de ser posible se puede movilizar a otra cama para cambiar la textura en que se encuentra el paciente al menos durante la rehabilitación.

La movilización se deberá realizar con ayuda de dos personas:

- Colocarse cada persona a un lado de la cama frente al paciente
- Colocar la cama horizontal a una altura cómoda para quienes van a movilizar y colocar el seguro de ruedas.
- Colocar los pies separados, así como las rodillas ligeramente flexionadas.
- Retirar la ropa superior de la cama, así como la almohada del paciente.

- La primera persona introduce un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro debajo del muslo, sujetan al paciente y lo levantan con cuidado hasta llevarlo a la posición deseada

También se pueden colocar las dos personas al mismo lado de la cama:

- La primera persona coloca un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro brazo por debajo del tórax.
- La segunda persona desliza sus brazos a la altura y por debajo de la región glútea.
- Ambos elevan cuidadosamente al paciente hacia la posición requerida.

Movilización con ayuda de una sábana se realiza entre dos personas situadas una a cada lado de la cama:

- Previamente se debe colocar una sábana doblada a lo largo a la mitad por debajo del paciente de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos, para ello se colocará al paciente en decúbito lateral izquierdo y se meterá la sábana por el lado contrario al que está girado, después del otro lado se saca la parte de la sábana que falta por colocar.



Quiceno LH Técnicas de movilización de pacientes para prevención de lesiones dorsolumbares.

- Una vez colocada la sábana se enrolla por los laterales sujetándola cada persona fuertemente pudiendo así mover al paciente hacia cualquier lado de la cama evitando fricciones.
- Movilización del paciente hacia un lateral de la cama, solo realizarlo a decúbito lateral izquierdo:



Quiceno L.H. Técnicas de movilización de pacientes para prevención de lesiones dorsolumbares.

- Colocar un brazo debajo del hombro del paciente sujetándolo sobre la axila opuesta
- Poner el otro brazo por debajo de la cadera, desplazándolo hacia nosotros.
- Movilizarlo con cuidado a la posición deseada.³²

4. Terapia de rehabilitación

El ejercicio físico moderado y regular forma parte de una vida sana, mejora el funcionamiento del aparato cardiovascular y de los pulmones, baja los niveles de glucosa y colesterol proporcionando una sensación de bienestar, además permite combatir contracturas, evitar debilidad muscular manteniendo o mejorando la fuerza muscular para prevenir que dichos músculos se atrofién debido a la inmovilidad y previene que las articulaciones se vuelvan rígidas y dolorosas.

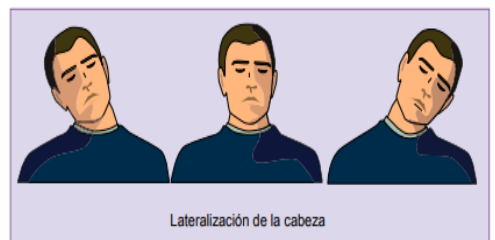
Los movimientos deben hacerse de forma suave, no forzando ninguna parte del cuerpo evitando los estiramientos bruscos de las articulaciones. Se deben ejercitar ambos miembros torácicos y solo el miembro pélvico izquierdo debido al sarcoma en el miembro pélvico derecho se tiene prohibido la movilización ya que esto ocasionaría una proliferación de células malignas.

Ejercicios de cuello:

- Iniciar con movimientos de cuello, realizar movimientos de arriba hacia abajo 20 veces sintiendo el estiramiento en la parte posterior del cuello.



- Efectuar laterización de cabeza sintiendo el estiramiento en la parte lateral del cuello 20 veces.
- Inclinar la cabeza del paciente y empujar con la mano del mismo lado sintiendo un estiramiento suave en la parte lateral del cuello y mantener esa posición durante 5 segundos, repetir 20 veces.



Déniz C.A., Álamo A.C., Ruiz P.C., Hernández L.P., Gómez G.A., López F.J., et al. Ejercicios para pacientes y cuidadores, ejercicios para realizar en casa después de un accidente cerebrovascular

³² Quiceno L.H. Técnicas de movilización de pacientes para prevención de lesiones dorsolumbares. Asociación chilena de Seguridad. Chile. p 10-13. [Citado 25 Feb 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2Covpbh>

- Por ultimo realizar movimientos circulares, 10 veces derecha y 10 izquierda.

Movilización de miembros torácicos:

- Primero realizar movilización pasiva del hombro abrazando firmemente la axila con una mano y con la otra levantar el brazo del paciente, después llevar el brazo hacia el tórax del paciente, finalmente realizar círculos en el hombro, los ejercicios se deben realizar 20 repeticiones por ejercicio.
- Continuar con movilización pasiva del codo descansando sobre la cama, flexionarlo y extenderlo llevándolo primero hacia el hombro y luego hacia la cama. Repetir 20 veces.
- Para realizar ejercicios de muñeca y mano, abrir y cerrar las manos manteniendo cada posición unos segundos y repetir 20 veces. Tomando la mano, movilizar la muñeca arriba y abajo, después abrir y cerrar todos los dedos a la vez y posteriormente movilizar dedo por dedo estirándolos y flexionándolos lentamente.



Déniz C.A., Álamo A.C., Ruiz P.C., Hernández L.P., Gómez G.A., López F.J., et al. Ejercicios para pacientes y cuidadores, ejercicios para realizar en casa después de un accidente cerebrovascular. P 4-6

Ejercicios de miembros pélvicos:

- Doblar y estirar la pierna lentamente. Realizar 20 repeticiones.
- Con una mano abrazando el tobillo y con la otra el talón, mover el pie hacia arriba y volver a la posición inicial. Posteriormente realizar círculos del talón. Se repetirán 20 veces.³³



³³ Déniz CA, Álamo AC, Ruiz PC, Hernández LP, Gómez GA, López FJ, et al. Ejercicios para pacientes y cuidadores, ejercicios para realizar en casa después de un accidente cerebrovascular. Servicio canario de salud. p 4-6. [Citado 25 Feb. 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2EHFKfd>



Déniz C.A., Álamo A.C., Ruiz P.C., Hernández L.P., Gómez G.A., López F.J., et al. Ejercicios para pacientes y cuidadores, ejercicios para realizar en casa después de un accidente cerebrovascular

5. Técnicas de relajación.

- **Masaje:** El masaje estimula los mecanorreceptores cutáneos y conduce a una disminución del tono por inhibición motoneuronal. Se considera eficaz el masaje rítmico, profundo y suave. Se puede realizar aplicando frotamiento progresivo (presiones circulares) con la punta de los dedos en pequeñas zonas.³⁴
- Para realizar técnicas de relajación se debe controlar el ambiente considerando pocos estímulos ambientales, poca luz, el menor ruido posible pero se puede poner música con un tono suave, asegurar la confidencialidad del momento y colocar al paciente en una postura cómoda, pedirle al paciente que intente inspirar con la nariz durante varias veces
- Las ventajas de estas técnicas son que mejorara la presión arterial, frecuencia cardiaca y regula la vasodilatación periférica, disminuyen los niveles de cortisol y con ello disminuye el estrés y el dolor.

6. Aseo bucal

Una buena técnica de cepillado de dientes garantiza la higiene correcta de la boca.

Es necesario contar con una técnica adecuada de cepillado de dientes, se debe realizar mínimo 2 veces al día después del alimento, aunque este sea por gastroclísis, es importante tener una limpieza dental adecuada.

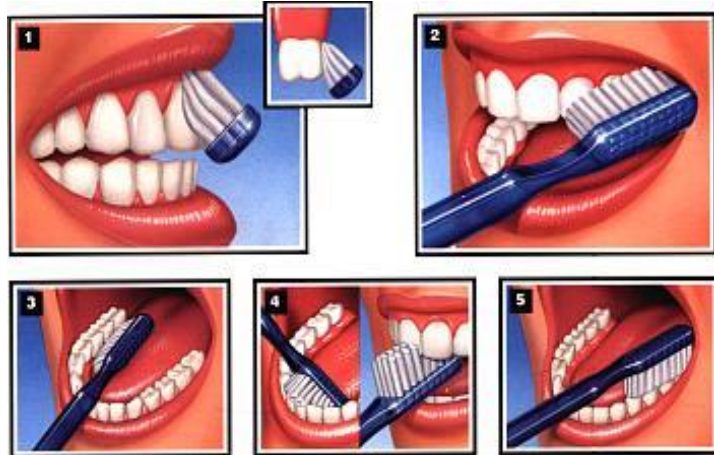
Los pasos para un buen cepillado son:

1. Utilizar una pequeña cantidad de pasta de dientes.

³⁴ García D. Fisioterapia de la espasticidad: técnicas y métodos. Fisioterapia. 2004. 26 (1):25-35. [Citado 25 feb. 2018]. Disponible en:<http://bit.ly/2osQQiB>

2. Usar un cepillo de cerdas suaves. Primero cepillar la superficie inferior de cada diente que es donde más se acumula la placa. Cepillar suavemente de posterior a anterior

3. Limpiar las superficies exteriores de cada diente, colocando el cepillo en Angulo respecto a la encía exterior. Cepillar suavemente de posterior a anterior



4. Cepillar la superficie de masticación de cada diente
5. Utilizar la punta del cepillo para limpiar la parte posterior de los dientes anteriores, tanto superiores como inferiores
6. Al final cepillar la lengua para eliminar bacterias
7. De ser posible se debe utilizar al final limpieza con una gasa
8. Siempre utilizar aspirador para evitar broncoaspiración debido a la disfagia del paciente.

DIETA

La nutrición enteral es aquella que se provee mediante dispositivos médicos como sondas o estomas a partes distales de la cavidad oral en el tracto gastrointestinal para liberar nutrientes.³⁵

La alimentación enteral por gastroclísis la administrara el personal de enfermería que se encuentre al cuidado del paciente, sin embargo los encargados de su preparación son los familiares, esta dieta debe contener los nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades del paciente y se añadirán alimentos que ayuden a mejorar sus evacuaciones.

Se administrarán diariamente 3 comidas (desayuno, comida y cena) de 500 ml cada una y previo a esta se puede administrar té ya se de manzanilla, ciruela, canela

³⁵ Secretaria de Salud. Nutrición enteral: Formulas, Métodos de Infusión e interacción Fármaco Nutriente. CENETEC. México: Secretaria de Salud, 2012. p 8. [Citado 26 Feb 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2GcL7nv>

o limón. Todo el alimento debe estar a una temperatura soportable para el paciente y se calcula al tocarla en la bolsa.

Las fórmulas no deben estar expuestas a la temperatura de climas cálidos por más de 4 horas, después de la cual deberá ser desechada. La temperatura de infusión debe ser de 15 a 30°.

El refrigerador en que se almacenen las fórmulas debe estar conectado las 24 horas y conservarse a una temperatura igual o menos de 4° C inmediatamente después de prepararse para evitar incremento bacteriano. Y deberán desecharse a las 24 horas si no se utilizan.³⁶

Después de cada toma de alimentación se debe lavar con agua y jabón el contenedor y la línea de administración, aclararlos y dejarlos secar. Las bolsas de administración deben cambiarse en caso de alguna fuga, posterior a la limpieza se deben hervir con agua y siempre se debe conservar lo más limpio posible la parte interna para evitar proliferación de microorganismos, se recomienda utilizar la bolsa solo en 5 ocasiones.

La fórmula preparada debe ser nutricionalmente completa para el paciente, esto quiere decir que debe contener la cantidad adecuada en apego a las recomendaciones de nutrimentos para el paciente y en este caso deberán ser con alto contenido de fibra. Entre las diferentes fuentes nutricionales están:

FUENTES NUTRICIONALES				
Proteínas	Carbohidratos	Lípidos	Vegetales	Frutas
• Hígado y pechuga de pollo	• Pan de caja	• Aceite de cártamo	• Lechuga	• Manzana
• Huevo entero	• Atole de agua	• Aceite de maíz	• Pimientos	• Ciruela
• Clara de huevo	• Jugo de manzana	• Aceite de girasol	• Apio	• Pasa
• Corazón de res	• Jugo de naranja natural	• Aceite de aguacate.	• Zanahoria	• Guayaba
• Atún	• Tapioca	• Nueces	• Espinaca	• Papaya
• Filete de pescado	• Arroz		• Tomate	• Frutas secas
• Salmon	• Papa		• Jugo de vegetales	• Plátano
• Leche	• Miel			• Jugo de toronja
• Frijoles				

³⁶ Ídem 19.

FUENTES NUTRICIONALES

Proteínas	Carbohidratos	Lípidos	Vegetales	Frutas
• Caseinato de calcio	• Azúcar			

Nutrición enteral: Formulas, Métodos de Infusión e interacción Fármaco Nutriente. CENETC.

MEZCLAS ENTERALES POLIMÉRICAS LICUADAS

Tipo de dieta	Alimentos y cantidad	Orden de preparación de la mezcla														
Mezcla enteral polimérica estándar	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ALIMENTO</td> <td style="width: 50%;">CANTIDAD</td> </tr> <tr> <td>Jugo de manzana</td> <td>400 ml</td> </tr> <tr> <td>Jugo de naranja</td> <td>200 ml</td> </tr> <tr> <td>Pan de caja</td> <td>5 rebanadas</td> </tr> <tr> <td>Hígado</td> <td>100 g.</td> </tr> <tr> <td>Aceite</td> <td>15 ml.</td> </tr> <tr> <td>Agua hervida</td> <td>275 ml.</td> </tr> </table>	ALIMENTO	CANTIDAD	Jugo de manzana	400 ml	Jugo de naranja	200 ml	Pan de caja	5 rebanadas	Hígado	100 g.	Aceite	15 ml.	Agua hervida	275 ml.	Licuar los jugos de manzana y naranja con el pan de caja, agregar el hígado y el aceite hasta que esté todo licuado
ALIMENTO	CANTIDAD															
Jugo de manzana	400 ml															
Jugo de naranja	200 ml															
Pan de caja	5 rebanadas															
Hígado	100 g.															
Aceite	15 ml.															
Agua hervida	275 ml.															
Mezcla enteral polimérica estándar	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ALIMENTO</td> <td style="width: 50%;">CANTIDAD</td> </tr> <tr> <td>Jugo de manzana</td> <td>400 ml</td> </tr> <tr> <td>Jugo de naranja</td> <td>200 ml</td> </tr> <tr> <td>Pan de caja</td> <td>5 rebanadas</td> </tr> <tr> <td>Hígado</td> <td>100 g.</td> </tr> <tr> <td>Aceite</td> <td>15 ml.</td> </tr> </table>	ALIMENTO	CANTIDAD	Jugo de manzana	400 ml	Jugo de naranja	200 ml	Pan de caja	5 rebanadas	Hígado	100 g.	Aceite	15 ml.	Licuar los jugos de manzana y naranja con el pan de caja, agregar el hígado, el aceite y el azúcar hasta que esté todo licuado		
ALIMENTO	CANTIDAD															
Jugo de manzana	400 ml															
Jugo de naranja	200 ml															
Pan de caja	5 rebanadas															
Hígado	100 g.															
Aceite	15 ml.															
Mezcla enteral polimérica estándar	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ALIMENTO</td> <td style="width: 50%;">CANTIDAD</td> </tr> <tr> <td>Jugo de manzana</td> <td>350 ml.</td> </tr> <tr> <td>Pan de caja</td> <td>7 rebanadas</td> </tr> <tr> <td>Hígado</td> <td>75 g.</td> </tr> <tr> <td>Aceite</td> <td>17 ml.</td> </tr> <tr> <td>Azúcar</td> <td>10 g.</td> </tr> </table>	ALIMENTO	CANTIDAD	Jugo de manzana	350 ml.	Pan de caja	7 rebanadas	Hígado	75 g.	Aceite	17 ml.	Azúcar	10 g.	Licuar el jugo de manzana con el pan de caja, agregar el hígado, el aceite y el azúcar hasta que esté todo licuado		
ALIMENTO	CANTIDAD															
Jugo de manzana	350 ml.															
Pan de caja	7 rebanadas															
Hígado	75 g.															
Aceite	17 ml.															
Azúcar	10 g.															
Mezcla enteral polimérica para mala absorción intestinal	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ALIMENTO</td> <td style="width: 50%;">CANTIDAD</td> </tr> <tr> <td>Tapioca</td> <td>60 g.</td> </tr> <tr> <td>Jugo de naranja</td> <td>150 ml.</td> </tr> <tr> <td>Pan de caja</td> <td>7 rebanadas</td> </tr> <tr> <td>Hígado</td> <td>150 g.</td> </tr> <tr> <td>Aceite</td> <td>15 ml.</td> </tr> <tr> <td>Agua hervida</td> <td>650 ml.</td> </tr> </table>	ALIMENTO	CANTIDAD	Tapioca	60 g.	Jugo de naranja	150 ml.	Pan de caja	7 rebanadas	Hígado	150 g.	Aceite	15 ml.	Agua hervida	650 ml.	Licuar el jugo de naranja con 300 ml. de agua hervida con el pan de caja, agregar tapioca cocida, el hígado y el aceite sin dejar de licuar. Agregar el agua al momento de administrar la mezcla.
ALIMENTO	CANTIDAD															
Tapioca	60 g.															
Jugo de naranja	150 ml.															
Pan de caja	7 rebanadas															
Hígado	150 g.															
Aceite	15 ml.															
Agua hervida	650 ml.															

Nutrición enteral: Formulas, Métodos de Infusión e interacción Fármaco Nutriente. CENETC. México: Secretaria de Salud, 2012

Los ejemplos se pueden cambiar pero siempre deberán incluir proteínas, carbohidratos y lípidos.

AMBIENTE

El lugar en el que se encuentre el paciente debe estar adecuadamente iluminado durante el día y en la noche se debe ocupar al menos una lámpara de luz baja, esto debido a cualquier emergencia que se pudiera presentar en la noche y además así se puede observar al paciente durante la noche en caso de que necesitara algo.

Se debe contar con recipiente para material punzo cortante mismo que el personal cuidador de enfermería sabrá utilizar para llevar a cabo una adecuada separación de residuos.

El lugar en que se encuentra el paciente se debe mantener limpio diariamente, sin polvo y con adecuada ventilación.

Se debe evitar la entrada de animales ya que el pelaje o plumas de los animales pueden causar daños sobre todo a la oxigenación del paciente.

RECREACION Y USO DE TIEMPO LIBRE

Lo más importante es mantener al paciente con un buen ánimo y esto se logra manteniéndolo ocupado durante el día, a pesar de los medicamentos que se le ministran y uno de ellos es opioide, se debe de mantener despierto el mayor tiempo posible para que durante la noche tenga un sueño placentero.

En el tiempo libre se pueden llevar a cabo masajes, agilizar la mente con ejercicios de sumas y restas o preguntas de aspectos sencillos.

Es importante que reciba visitas de sus familiares ya que esto hará que sienta que tiene una red de apoyo sólida.

MEDICAMENTOS

El tratamiento farmacológico actual es el siguiente y lo llevan a cabo las enfermeras a cargo del cuidado del paciente, sin embargo, es importante involucrase como familiar en el conocimiento de los medicamentos para estar atentos ante la falta de estos o si se llega a requerir otro medicamento previa valoración.

Tratamiento Farmacológico Actual				
Medicamento	Dosis	Frecuencia	Horario	Vía
Omeprazol	40 mg	c/ 24 hrs.	6:00	Sonda de gastrostomía
Paracetamol	500 mg	c/8 hrs.	6:00, 14:00, 22:00	Sonda de gastrostomía
Butilioscina	10 mg	c/8 hrs.	6:00, 14:00, 22:00	Sonda de gastrostomía
Metoclopramida	10 mg	Prepandial hrs	9:00, 16:00, 22:00	Sonda de gastrostomía
Levetiracetam	1 gr.	c/12 hrs.	9:00, 21:00	Sonda de gastrostomía
Macrogol	10 gr (1 sobre)	c/12 hrs.	10:00, 22:00	Sonda de gastrostomía
Magaldrato + Dimeticona	10 ml.	C/12 hrs.	10:30, 22:30	Sonda de gastrostomía
Oxibutinina	5 mg	c/24 hrs	12:00	Sonda de gastrostomía
Pregabalina	75 mg	c/12 hrs.	11:00, 23:00	Sonda de gastrostomía
Clonazepam	2 mg	c/24 hrs	23:30	Sonda de gastrostomía
Morfina	15 mg	c/8 hrs.	6:00, 14:00, 22:00	Sonda de gastrostomía

ESPIRITUALIDAD

El paciente es católico y los cultos que llevan de rezar con él en la noche y en la mañana deben continuar ya que relajan al paciente al punto de dormir con tranquilidad en la noche además de que permite que el paciente sienta un afecto y sentimiento de amor por su familia que diariamente reza con él.

En este sentido no solo ayuda al paciente como una técnica de relajación, sino también a los familiares y a sentir apego hacia el confort del paciente.

III. CONCLUSIONES

El realizar el Proceso Atención de Enfermería, permite desarrollar profesional y personalmente ya que de los cuidados depende la pronta recuperación del paciente y así demostrar que se está brindando un servicio holístico basado en la calidad, en beneficio del paciente, familia y comunidad.

Así también, aprender a realizar un proceso adecuado a las necesidades del paciente utilizando el marco teórico y método científico contribuye a conocer la razón de cada acción que se realiza.

Los valores éticos juegan un papel importante ya que de ellos depende que se realice un trabajo adecuado y justo que el paciente merece y realizar acciones que contribuirán a su mejora.

El cuidador primario del paciente, es decir su mamá, comprendió los cuidados que se le deben de dar y en los cuales debe apoyar para evitar complicaciones futuras en su salud, así como el conocimiento de su enfermedad y la importancia de brindar cuidados de calidad para una muerte tranquila.

Utilizar las taxonomías NANDA, NIC, NOC y relacionarlas con las 14 Necesidades Humanas de Virginia Henderson fue de gran ayuda para proporcionar un Plan de cuidados para el paciente ya que ayudo a llevar a cabo intervenciones para un cuidado paliativo.

Por tanto, se concluye que el proceso de atención de enfermería como instrumento de ayuda en el cuidado del paciente terminal, asegura la atención individualizada del paciente y contribuye a evitar complicaciones en su salud por medio del presente Plan de cuidados.

La calidad de vida en paciente terminal desde que él o su familiar aceptan su condición y deciden se apliquen medidas de sostén se ira deteriorando conforme pasa el tiempo, es por eso que, los Cuidados paliativos se deben realizar hasta el final de la vida. Llevando a cabo el plan de cuidados se cumplen con los objetivos planteados y se observa mejora en la integridad cutánea, en las relaciones familiares, en nutrición e hidratación; se evitan caídas y el paciente mejora la comunicación no verbal. Sin embargo, se observa un deterioro en la oxigenación ya que presenta con mayor regularidad episodios de disnea de aproximadamente 15

minutos y en relación a la eliminación mejora evacuando 2 veces a la semana y se creó un plan de cuidado en donde, si el paciente no evacua cada tercer día, se realiza enema jabonoso. En general gracias a los cuidados realizados, el paciente y la familia se muestran satisfechos por el desempeño al cuidado otorgado.

El compartir una etapa de la vida difícil, hace innovar como personal de enfermería el cuidado otorgado y como siempre, individualizarlo y valorar al paciente satisfaciendo todas sus necesidades, tomando en consideración a la familia. La satisfacción profesional de compartir esos momentos hizo que se plasmaran dichos cuidados como evidencia del trabajo realizado con el paciente y para futuras investigaciones acerca del cuidado paliativo que, hoy con la Ley de Voluntad Anticipada, se toma en cuenta la decisión de no recibir tratamiento y como personal de enfermería enfrentarnos al cuidado al paciente terminal.

Se logra cumplir con el objetivo general de aplicar el proceso atención de enfermería a un paciente en etapa terminal con necesidad de mejorar su calidad de vida, basado en el modelo de Virginia Henderson con Daño Axonal Difuso y Sarcoma de tejidos blandos; dicho proceso ayuda a mejorar su calidad de vida, sin embargo, a lo largo de la realización y aplicación del proceso surgió la importancia de incluir de manera más amplia a la familia considerando aspectos de afrontamiento en procesos terminales.

IV. REFERENCIAS CONSULTADAS

- Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Ley de voluntad anticipada para el distrito federal, México: D.O.F., 07-01-2008. [Citado 04 Marzo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/1GrsQh5>
- Balaguer G. Evolución de la enfermería y aparición de nuevos roles: Rol de la enfermera de Cuidados Paliativos. Trabajo de obtención de grado. Universidad internacional de Cataluña. Cataluña; 2014, p. 22-23. [Citado 8 Feb 2018] Disponible en: <http://bit.ly/2ET5D0e>
- Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G. Proceso de Enfermería en fundamentos de Enfermería. Vol 1. 8° edición. Canadá: Pearson Education; 2008.
- British broadcasting Corporation (BBC). Florence Nightingale: The lady with the lamp. Inglaterra: Bosteudge M. 2011. Citado 23 de enero de 2017. Disponible en: <http://bbc.in/2q9Fodh>
- Buisan R, Delgado J C. El cuidado del paciente terminal. Anales Sis San Navarra. Pamplona. 2007. 30(1): 103-112. [Citado 28 Feb 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2oIRGI9>
- Cisneros F. Teorías y modelos de enfermería. Universidad de Cuaca. Fundamentos de enfermería.2005
- Colliere MF. Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill; 1993. p 7
- Déniz CA, Álamo AC, Ruiz PC, Hernández LP, Gómez GA, López FJ, et al. Ejercicios para pacientes y cuidadores, ejercicios para realizar en casa después de un accidente cerebrovascular. Servicio canario de salud. p 4-6. [Citado 25 Feb. 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2EHFKfd>
- Diccionario de Medicina Océano Mosby. 4ª. ed. Barcelona: Océano Grupo editorial.
- Fundamentos históricos y teóricos de enfermería. Modelo de cuidados de Virginia Henderson [internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid. [citado 28 Marzo 2016]. Disponible en <http://bit.ly/2FyBTD5>
- García D. Fisioterapia de la espasticidad: técnicas y métodos. Fisioterapia. 2004. 26 (1):25-35. [Citado 25 feb. 2018]. Disponible en:<http://bit.ly/2osQQiB>

- Grupo Smiths Medical. Un manual para el cuidado en casa de un adulto con traqueostomía. E.U.A. 2011. p 13. [Citado 9 Feb 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2CmBTqS>
- Gutiérrez MJ, Alarcón DE, Zamora SE. Daño axonal difuso post-traumatismo craneoencefálico severo: Reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Mexicana de Neurociencia. 2016; 17(4): 105-115 [citado 8 Feb 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2EXdgms>
- Herdman TH. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier; 2015-2017
- Junqué C. Valoración del daño axonal difuso en los traumatismos cráneo-encefálicos. Escritos de psicología. 2008; 2(1): 54-64. [citado 8 Feb 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2HPyGzG>
- Lobo RC, García PA, Gadea CC, Moro TM, Pedraz MA, Tejedor JA, et al. Prevalencia de hiponatremia en pacientes mayores de 65 años que sufren una caída intrahospitalaria. Rev. Nefrología. España: 2016. 36 (8): 292. [Citado 2 Marzo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2oSTQ7s>
- Martínez JR. Atención domiciliaria en: Martínez JR, Del Pino RC. Manual práctico de enfermería comunitaria. España: Elsevier; 2014. p. 41-47
- McCloskey J.C, Bulechek G.M, Androwich I.R., et al. Clasificación de intervenciones de enfermería [NIC]. 6ª. ed. España: Mosby Elsevier Science Imprint; 2014.
- Moorhead S, Johnson M, Mas ML, et al. Clasificación de resultados de enfermería [NOC]. 5ª. ed. España: Mosby Elsevier Science Imprint; 2013.
- Quiceno L.H. Técnicas de movilización de pacientes para prevención de lesiones dorsolumbares. Asociación chilena de Seguridad. Chile. p 10-13. [Citado 25 Feb 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2Covpbh>
- Ramos EC. Atención domiciliaria. En Curso DS Enfermería comunitaria. Vol. II. Colección Enfermería. 2a ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2009. p. 476-487
- Secretaria de Salud; Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento del sarcoma de tejidos blandos en extremidades y retroperitoneal en adultos,

México: CENETEC – Instituto Mexicano del Seguro social; 5 Oct 2015.
Disponible en: <http://bit.ly/1g38Kvp>

- Secretaria de Salud; NOM-019 SSA3-2013 Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, México: Diario oficial de la Federación, 13/08/2012.
- Secretaria de Salud. Nutrición enteral: Formulas, Métodos de Infusión e interacción Fármaco Nutriente. CENETEC. México: Secretaria de Salud, 2012. p 8. [Citado 26 Feb 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2GcL7nv>
- SNS. Guía de práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, España: SNS, 2008. [Citado 2 Marzo 2018]. Disponible: <http://bit.ly/29cdX8K>

V. GLOSARIO

A

Afasia: Trastorno neurológico que se caracteriza por defecto o ausencia de la función del lenguaje como consecuencia de una lesión en determinadas áreas de la corteza cerebral. La deficiencia puede ser sensorial o receptiva, en cuyo caso el lenguaje no se comprende o expresiva-motora en cuyo caso las palabras no pueden expresarse o formarse. Puede aparecer tras un Traumatismo Craneoencefálico grave o una hipoxia prolongada.

Apnea: Ausencia completa de la respiración.

Aromaterapia clínica: Uso controlado de aceites esenciales para obtener resultados específicos medibles.

Asepsia: Libertad de infección o de material infeccioso.

Asfixia: Falta de oxigenación debida a interrupción de la respiración.

Auscultación: Proceso de escucha de los ruidos producidos dentro del cuerpo con ayuda de estetoscopio.

B

Bioética: Normas o principios éticos que gobiernan la conducta en relación con la vida.

C

Cianosis: Decoloración azulada de la piel y las membranas mucosas causada por la reducción de oxígeno en sangre.

Colonización: Presencia de organismos en las secreciones o excreciones del cuerpo en la que las cepas de bacterias se hacen flora resistente pero no causan enfermedad.

Cuidado paliativo: Cuidado de los síntomas que tiene un cliente cuya enfermedad no responde ya al tratamiento dirigido a su curación

D

Disfagia: Dificultad o incapacidad de deglutir.

Disnea: Dificultad para respirar.

Disuria: Evacuación de orina difícil o dolorosa.

Dolor canceroso: Dolor asociado a cánceres, puede estar o no relacionado con la enfermedad o su tratamiento.

Dolor crónico: Dolor prolongado normalmente recurrente o persistente durante 6 meses o más que interfiere con el funcionamiento.

E

Edema: Presencia de exceso de líquido intersticial en el cuerpo.

Ejercicios pasivos: Aquellos en los que otra persona mueve las articulaciones del paciente a través de una gama completa de movimientos, estirando al máximo todos los grupos de músculos dentro de cada plano.

Embolo: Coágulo de sangre (o una sustancia como el aire) que se ha desplazado desde su lugar de origen y es causa de obstrucción en la circulación o en otro lugar.

Enema: Solución introducida en el recto y el colon sigmoide para eliminar las heces.

Enteral: A través del sistema gastrointestinal.

Eritema: Rubefacción asociada con una diversidad de erupciones cutáneas.

Escara: Grueso tejido necrótico producido por quemaduras, por una aplicación corrosiva o por muerte del tejido asociado con pérdida del suministro vascular, invasión bacteriana.

Espásticas: Contracciones musculares involuntarias súbitas y prolongadas de personas con daños en el sistema nervioso central.

Espujo: Secreción mucosa de los pulmones, los bronquios y la tráquea.

Esterilización: Proceso que destruye todos los microorganismos incluidos virus y esporas.

Estoma: Abertura artificial en la pared abdominal, puede ser permanente o temporal.

Estreñimiento: Paso de heces pequeñas, secas y duras o ausencia de evacuación fecal durante un tiempo anormalmente largo.

Estridor: Sonido ronco y áspero al inhalar causado por el estrechamiento de las vías respiratorias superiores.

Expectorar: Toser o escupir mucosidad.

F

Fuerza de cizallamiento: Combinación de fricción y presión que, cuando se aplica a la piel, da como resultado daños en los vasos sanguíneos y los tejidos.

G

Gastrostomía: Abertura a través de la pared abdominal en el estómago.

H

Hipoxia: Oxígeno insuficiente en cualquier lugar del cuerpo.

I

Impactación fecal: Masa o conjunto de heces duras presentes en los pliegues del recto.

Infección: Proceso de enfermedad producido por microorganismos.

Inmovilidad: Limitación prescrita o inevitable del movimiento en cualquier área de la vida de una persona.

M

Metaparadigma: Conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros.

P

Palidez: Ausencia de tonos rojos subyacentes en la piel, puede verse con mayor facilidad en la mucosa oral

Palpación: Exploración del cuerpo usando el sentido del tacto

Paradigma: Patrón de conocimientos y suposiciones compartidos acerca de la realidad y el mundo.

Peristaltismo: Movimientos ondulantes producido por las fibras musculares circulares y longitudinales de las paredes intestinales, el movimiento impulsa hacia delante el contenido intestinal.

Posición de fowler: Postura de sentarse en la cama con la cabecera elevada a 45°

Posición de semi-fowler: Posición sentada en la cama en la que se eleva la cabecera entre 15° y 45° con o sin flexión de rodillas.

Precauciones universales: Técnicas que se usan con todos los pacientes para reducir el riesgo de transmitir patógenos.

T

Tetraplejía: Trastorno caracterizado por la parálisis de los brazos, piernas y tronco por debajo del nivel de la lesión asociada de la medula espinal. Las causas más comunes son los accidentes de tráfico y deportivos, denominada también cuadriplejía.

U

Úlceras por presión: Cualquier lesión causada por presión no aliviada que produce un daño en el tejido subyacente.

V

Ventilación: Movimiento de aire al interior y exterior de los pulmones, proceso de inhalación y exhalación.

Vibración: Serie de agitaciones vigorosas producidas por las manos que se colocan en plano sobre la pared torácica para aligerar las secreciones densas.

VI. ANEXOS

FORMATO DE VALORACION DE ENFERMERIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

MÓDULO DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA



FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre _____	Edad _____	Sexo _____	Ocupación _____

Escolaridad _____	Edo. Civil _____	Lugar de Procedencia _____	Religión _____
Fuente de información _____		Nombre de la /el	
Alumna /o _____	Talla _____	Peso _____	

VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

1. - OXIGENACIÓN.

Subjetivo:

¿Está bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo? _____
¿Fuma Ud.? Sí ___ No ___ Si la respuesta es sí ¿Cuántos cigarrillos al día? 1 a 5
___ 6 a 10 ___ 11 a 20 ___ + de 21 ___ ¿Hay en su casa uno o varios fumadores? Sí
___ No ___ ¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias? Nunca ___ en alguna
ocasión ___ con frecuencia ___.

Objetivo:

Registro de signos vitales: Frecuencia respiratoria ___x´ Frecuencia cardiaca ___x´
T.A _____ mmHg. Estado de conciencia _____ Coloración de piel/ lechos
ungueales/ peri bucal _____ Circulación del retorno venoso _____

2. - NUTRICION E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Nº de comidas diarias _____ ¿Come a horas regulares? Sí ___ No ___ Si la respuesta
es sí; precise _____ ¿Sigue Ud. una dieta especial? Si _____ ¿de qué tipo?
_____ ¿Sufre Ud. alguna alergia alimentaria o intolerancia? _____
¿Tiene algún trastorno alimentario? _____ ¿Tiene problemas de masticación y
deglución? _____ ¿Qué cantidad de líquidos toma al día? Agua de 1500

a 2000 CC. Si ___ No ___ Menos ___ Jugos de fruta ___ Té ___ Café ___ Refresco ___
 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Cerveza ___ Vino ___ Alcohol ___ ¿Con que
 frecuencia? Ocasionalmente ___ Semanalmente ___ mensualmente ___ Dieta
 habitual:

Alimentos	Diario	C/ 3 er. Día	C/ 8 días	Esporádica	Nunca
Leche					
Carnes					
Pescado					
Huevo					
Frutas					
Verduras					
Legumbres					
Cereales					
Pan					
Tortilla					
Chatarra					

Objetivo:

Peso ___ kg Talla ___ cm. Turgencia de la piel _____ Membranas mucosas;
 hidratadas ___ secas ___ Características de; uñas ___ cabello ___
 Funcionamiento muscular y esquelético _____ Dentadura completa: Si ___ No
 ___ Aspecto de: dientes ___ encías ___ Prótesis dentales: Si ___ No ___
 Completas ___ parciales _____. Heridas: Tipo _____ Localización _____
 Tiempo de cicatrización _____

3. - ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos Intestinales: Evacuación; Normal ___ Estreñimiento ___ Diarrea frecuente
 Frecuencia de eliminación intestinal: Diario ___ Cada tercer día ___ ¿Toma Ud.
 algún laxante? Si ___ No ___ cual ___
 Hábitos Urinarios; ¿Orina Normal? Si ___ No ___ con dolor? ___ Color de la orina
 _____ ¿Cuántas veces al día orina? _____
 ¿El estrés le ocasiona diarrea? Sí ___ No ___ ¿Estreñimiento? Sí _____ No _____
 ¿Se siente incómoda a causa de una sudoración abundante? Sí _____ No _____
 ¿Tiene secreciones vaginales? Si _____ No _____ Características

Objetivo:

Historia de hemorragias/ enfermedades renales: _____ Ruidos intestinales _____
Palpación de globo vesical ___ Sonda Vesical: Si ___ No___ Días de instalada
___ Otras sondas: ___

4. - TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

¿La casa que habita es? Fría ___ Caliente ___ ¿Cuántas ventanas tiene? _____
¿Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa? Nunca ___ A veces ___
Con frecuencia ___ ¿Es Ud. Sensible a los cambios de temperatura? Sí ___ No___
Temperatura ambiental que le es agradable _____

Objetivo:

Temperatura corporal _____ Características de la piel: Temp. Normal___ Tibia ___
Fría ___ Transpiración _____ Temperatura de Miembros: Superiores ___ Inferiores
___ Condiciones térmicas del entorno físico _____

5. - MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo.

Capacidad física cotidiana _____ ¿Qué deporte o actividad física practica?
Correr ___ aerobics ___ bicicleta _____ Otra _____ Frecuencia de los ejercicios;
diario ___ 2 o 3 veces a la semana ___ ¿Da algún paseo fuera de su casa? Sí ___
No ___ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Su resistencia a la fatiga es? Buena___
Mediana ___ Débil _____

Objetivo:

¿Puede subir solo a la cama? Sí___ No ___ ¿Se levanta solo de la cama? Sí ___ No___
Ayuda para la deambulación _____ Dolor con el movimiento: En articulaciones___
En las piernas___ Fracturas; Si ___ No ___ ¿En qué parte? Várices; Piernas _____
Hemorroides ___ ¿Tiene problemas cardiacos? Si ___ No ___ ¿Presión arterial alta?
Sí ___ No _____

6. - DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

¿Tiene hábitos que le favorecen el sueño? Si ___ No ___ Horario de descanso _____
Horario de sueño _____ Horas de sueño diario _____ ¿Padece insomnio? Si ___ No ___
Causas: Nerviosismo ___ Dolor ___ ¿Qué hace para remediarlo? _____ ¿En qué
forma se le manifiesta? ___ ¿Utiliza técnicas de relajación?

Objetivos.

Estado mental; Ansiedad _ Estresado _ Lenguaje _ Ojeras _ Atención ___
Bostezos ___ Concentración ___ Apatía ___ Cefaleas _ Respuesta a estímulos ___

7. - USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? _____ ¿Su
autoestima es determinante en su modo de vestir? ___ ¿Usa Ud. Calzado especial?
Sí ___ No ___ ¿Por qué?

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad _____ Capacidad motora para vestirse y desvestirse:
Solo ___ Con ayuda ___

8. - NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Baño: diario ___ c/3er. Día ___ Esporádicamente _____ Momento
preferido para el baño: Por la mañana ___ Por la noche ___ Frecuencia de aseo
dental: 1 vez al día ___ 2 veces ___ 3 veces ___ Aseo de manos; antes y después de
comer _____

Objetivo.

Aspecto general: _____ Olor corporal _____ Halitosis _____ Estado del cuero
cabelludo _____ Lesiones dérmicas: _____ Estado de los pies

9. - NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS (Seguridad).

Subjetivos:

¿Es Ud. Alérgico a algún medicamento? Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____ ¿Tomaba Ud. medicamentos? Sí ___ No ___

Nombre del medicamento	Dosis	Horario	Última Dosis	Indicación	
				Médica	Auto médica

¿Qué actitud toma ante situaciones de tensión en su vida? Se estresa _____ Le da sueño ___ Lloro ___ Ríe sin control___ ¿Busca una solución inmediata? Sí ___ No___ ¿Cuál? _____ ¿Trabaja usted? Si ___ No _ ¿En qué consiste su trabajo?

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____ Condiciones de ambiente en el hogar: _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE y SEXUALIDAD.

Subjetivo.

Miembros que componen su familia de pertenencia:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Vive con: _____ Preocupaciones actuales _____ Rol en la estructura familiar _____ ¿Cómo se lleva con su pareja? Bien _____ Regular _____ Mal _____ ¿Desde cuándo vive en su actual domicilio? _____ ¿Existen buenas relaciones en la vecindad? _____ ¿Tiene amigas o familiares en quienes confíe y que estén dispuestos a ayudarle si lo necesita? _____ ¿Cuánto tiempo pasa sola? _____ Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Edad de inicio de vida sexual _____ Uso de métodos anticonceptivos: Tipo de método _____ Tiempo de uso _____ Efectos secundarios _____ Capacidad verbal: lenguaje claro _____ Ritmo moderado _____ Confuso _____ Expresión no verbal: Movimientos _____ Cara expresiva _____ Mirada significativa _____ ¿Ve Ud. bien? Sí ___ No ___ ¿Lleva Ud. Lentes? Gafas ___ De contacto ___

¿Oye bien? Sí ___ No ___ ¿Lleva aparato auditivo? Si ___ No ___ Su olfato es; Bueno___ Delicado con olores fuertes___

11. - NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo.

Creencia religiosa ___ Principales valores en su familia: ___ Principales valores personales: _____

Objetivo:

¿Permite el contacto físico con sus familiares y/o amistades? ___ ¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?_____

12. - NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo.

¿Trabaja actualmente? ___ Tipo de trabajo ___ Riesgos: ___ Cuanto tiempo le dedica al trabajo ___ ¿Está satisfecho con su trabajo? ___ ¿Su remuneración la permite cubrir sus necesidades básicas y/ o las de su familia? _____ ¿Está satisfecho con el Rol que juega dentro de su familia? _____

Objetivo.

Estado emocional; Calmado ___ Ansioso ___ Temeroso _____ Inquieto ___

13. - NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: ___ ¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? ___ ¿Existen recursos recreativos en su comunidad? _____ ¿Forma parte de alguna sociedad? Deportiva _____ Cultural _____ Profesional_____ ¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos?___

Objetivo:

Integridad neuromuscular: ___ ¿Rechaza las actividades recreativas? _____ ¿Su estado de ánimo es? Apático _____ Aburrido _____ Participativo_____

14. - NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: ___ ¿Comprende su enfermedad? Si ___ No ___ ¿Qué aspectos?___

ESCALA DE BRISTOL

Es una tabla visual diseñada para clasificar la forma de las heces en siete grupos. Fue desarrollada por Heaton y Lewis en la universidad de Bristol en 1997.

Los siete tipos son:

1. Tipo 1: Heces duras separadas difíciles de evacuar
2. Tipo 2: Parecido a una salchicha pero aterronado.
3. Tipo 3: Como una salchicha pero con grietas en su superficie
4. Tipo 4: Como una salchicha o una serpiente, lisa y suave
5. Tipo 5: Bultos blandos con los bordes definidos fáciles de evacuar
6. Tipo 6: Pedazos blandos con los bordes desiguales
7. Tipo 7: Acuosa, ningún solido une las piezas, enteramente liquidas.

ESCALA DE HECES DE BRISTOL	
Tipo 1 	Trozos duros separados, como avellanas, que pasan con dificultad
Tipo 2 	Como una salchicha compuesta de fragmentos
Tipo 3 	Forma de salchicha con grietas en la superficie
Tipo 4 	Como una salchicha o serpiente, lisa y suave
Tipo 5 	Bultos blandos con bordes definidos que pasa con facilidad
Tipo 6 	Fragmentos blandos con bordes irregulares y consistencia pastosa
Tipo 7 	Acuosa, sin pedazos sólidos. Totalmente líquida

Universidad de Bristol. Diario escandinavo de Gastroenterología. 1997

Los tipos 1 y 2 representan heces duras, transito lento (constipación)

Los tipos 3 y 4 heces blandas, transito regular

Los tipos 5, 6 y 7 heces como puré o liquidas, transito muy rápido (diarrea)

**TIPOS HISTOLOGICOS DE SARCOMAS DE ACUERDO A LA CLASIFICACION
DE LA OMS 2002**

Liposarcoma desdiferenciado.
Liposarcoma mixoide/células redondas.
Liposarcoma pelomórfico.
TUMORES FIBROBLÁSTICOS/MIOFIBROBLÁSTICOS
Fibrosarcoma.
Mixofibrosarcoma, bajo grado.
Sarcoma fibromixoide bajo grado.
Fibrosarcoma epitelioidesclerosante.
TUMORES FIBROHISTIOCÍTICO
Sarcoma pleomórfico indiferenciado/ histiocitoma fibroso maligno (HFM) (incluyendo formas pelomórfica, células gigantes, mixoide, mixofibrosarcoma alto grado e inflamatorio).
TUMORES DE MÚSCULO LISO
Leiomiomasarcoma.
TUMORES DE MÚSCULO ESTRIADO
Rabdomiosarcoma (embrionario, alveolar y pleomórfico).
TUMORES VASCULARES
Hemangioendotelioma epitelioides.
Angiosarcoma profundo.
TUMORES DE NERVIOS PERIFÉRICOS
Tumor maligno de vaina de nervio periférico.
TUMORES CONDRÓ-ÓSEOS
Condrosarcoma extra esquelético (mesenquimal y otras variedades).
Osteosarcoma extra esquelético.
TUMORES DE DIFERENCIACIÓN DESCONOCIDA
Sarcoma sinovial.
Sarcoma epitelioides.
Sarcoma alveolar de tejidos blandos.
Sarcoma de tejidos blandos de células claras.
Condrosarcoma mixoide extra esquelético.
Tumor del neuroectodermo primitivo (PNET)/Tumor de Ewing extra esquelético.
Tumor de células redondas y pequeñas desmoplásico.
Tumor rabdoide extra renal.
Sarcoma indiferenciado. sarcoma no especificado.

CENETEC. Diagnóstico y tratamiento del Sarcoma de Tejidos Blandos en Extremidades y Retroperitoneo en adultos. 2015. p 38

**SISTEMA DE CLASIFICACION DE SARCOMAS DE TEJIDOS
BLANDOS DE ACUERDO A LA AJCC (AMERICAN JOINT COMMITTEE
ON CANCER)**

T	TUMOR PRIMARIO
Tx	El tumor primario no puede ser valorado.
T0	Sin evidencia de tumor primario.
T1	El tumor mide 5cm o menos en su diámetro mayor
T1a	Tumor superficial
T1b	Tumor profundo
T2	El tumor mide más de 5cms en su diámetro mayor
T2a	Tumor superficial
T2b	Tumor profundo
El tumor superficial es el que se presenta por arriba de la fascia superficial sin invadirla. El tumor profundo está localizado por debajo de la fascia o por arriba de la misma con invasión de la fascia o con presentación por arriba y debajo de la fascia.	
N	GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES
Nx	Los ganglios linfáticos regionales no pueden ser valorados.
N0	Ganglios linfáticos regionales negativos.
N1	Ganglios linfáticos con metástasis.
La presencia de ganglios positivos (N1) en tumores M0 son etapa clínica III	
M	METÁSTASIS A DISTANCIA
M0	Sin evidencia de metástasis a distancia.
M1	Metástasis a distancia.
G	GRADO HISTOLÓGICO
Gx	El grado no puede ser valorado
G1	G1
G2	G2
G3	G3
El grado histológico se clasifica de acuerdo al sistema francés (FNCLCC) que se basa en tres parámetros (grado de diferenciación, actividad mitótica y necrosis).	

ESTADIO	T	N	M	G
IA	T1a	N0	M0	G1, GX
	T1b	N0	M0	G1, GX
IB	T2a	N0	M0	G1, GX
	T2b	N0	M0	G1, GX
IIA	T1a	N0	M0	G2, G3
	T1b	N0	M0	G2, G3
IIB	T2a	N0	M0	G2
	T2b	N0	M0	G2
III	T2a – T2b	N0	M0	G3
	Cualquier T	N1	M0	Cualquier G
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1	Cualquier G

CENETEC. Diagnóstico y tratamiento del Sarcoma de Tejidos Blandos en Extremidades y Retroperioteneo en adultos. 2015. p 39

VALORACION DE LA DISCAPACIDAD FISICA: INDICE DE BARTHEL

El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar la discapacidad de la persona. Mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria (AVD), obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

Evalúa 10 tipos de actividades y clasifica 5 grupos de dependencia. Su utilización es fácil, rápida y la más ágil. Los objetivos son:

- Evaluar la capacidad funcional
- Detectar el grado de deterioro
- Monitorizar objetivamente la evolución clínica
- Diseñar planes de cuidados y de rehabilitación de forma interdisciplinar

Actividad	Valoración
Comer	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
Lavarse	5 independiente 0 dependiente
Arreglarse	5 independiente 0 dependiente
Vestirse	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
Micción	10 continente 5 accidente ocasional 0 incontinente
Deposición	10 continente 5 accidente ocasional 0 incontinente
Ir al WC	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
Trasladarse sillón / cama	15 independiente 10 mínima ayuda 5 gran ayuda 0 dependiente
Deambulación	15 independiente 10 necesita ayuda 5 independiente en silla de ruedas 0 dependiente
Subir y bajar escaleras	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente

SNS. Guía de práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. España. 2008. p 219

Interpretación:

- **100:** Independiente
- **o =60:** Dependiente leve
- **55/40:** Dependiente moderado
- **35/20:** Dependiente severo
- **<20:** Dependiente total

ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE KARNOFSKY

Objetivos:

- Permitir conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas
- Es un elemento predictor independiente de mortalidad, en patologías oncológicas y no oncológicas
- Sirve para la toma de decisiones clínicas y valorar el impacto de un tratamiento y la progresión de la enfermedad del paciente.
- Un Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes.

Escala	Valoración funcional
100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo
10	Moribundo
0	Fallecido

SNS. Guía de práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. España. 2008. p 217

CLASIFICACIÓN DE ADAMS PARA DAÑO AXONAL DIFUSO

Grado I:

Lesiones lobares en sustancia blanca en 60% (frontal parasagital y temporal periventricular) córtico-subcortical.

Grado II:

Lo anterior más lesión cuerpo calloso en 25% (70% en mitad posterior del cuerpo y esplenio).

Grado III:

Lo anterior más lesiones en dorsolateral de mesencéfalo y puente alto en 15%.

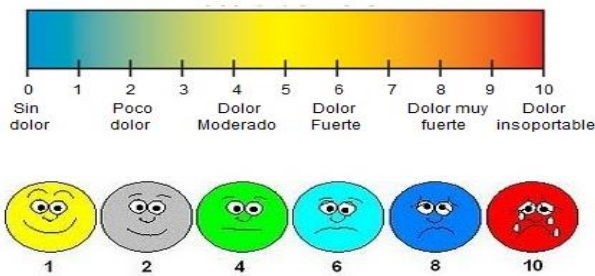
Clasificación de Adams. Neurological surgery. Youmans

ESCALA VISUAL ANALOGICA (EVA)

Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente. Consiste en una línea horizontal en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho mayor intensidad. Se observa al paciente y se le explica para que pueda afirmar la intensidad de acuerdo al número o también se puede utilizar la de caras en la cual por medio de expresiones se le pregunta y se observa cual es el número del dolor en el que se encuentra.



Escalas de dolor

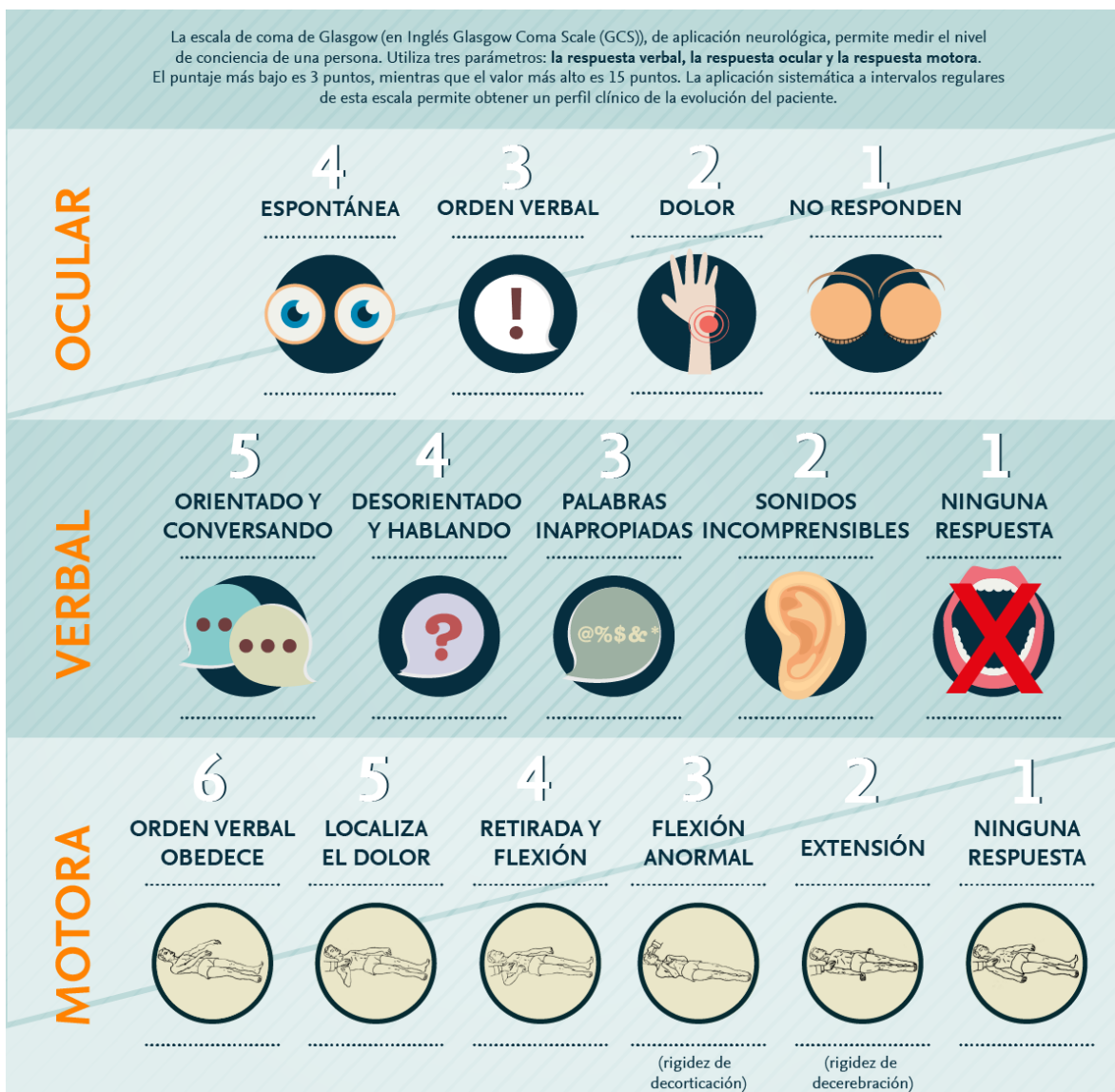


SNS. Guía de práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. España. 2008. Pág. 223

ESCALA DE GLASGOW

Es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. La evaluación del nivel de conciencia es el parámetro más importante que debe tenerse en cuenta. Se deben evitar términos ambiguos como estuporoso, somnoliento, inconsciente o comatoso que son subjetivos y no permiten tener la certeza del curso clínico del paciente.

Utiliza 3 parámetros en donde el puntaje más bajo es 3 y el más alto es 15 puntos.



Farreras, Rozman. Tratado de medicina interna.

Puntuación:

- **15** Normal
- **<9** Gravedad
- **3** Coma profundo

ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN

ESCALA BRADEN						
ESCALA BRADEN	PUNTOS	1	2	3	4	
	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>	
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>	
	Actividad	En cama		En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>	
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>	
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>		
	NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO ≤12		RIESGO MODERADO ≤14		
	RIESGO BAJO ≤16					

Hospital San Juan de dios de Aljarafe. Prevención de úlceras por presión. Andalucía

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DE J. H. DOWTON

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993)		
Riesgo de caída > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

Lobo R.C, García OP.A, Gadea C.C, Moro T.M, Pedraz M.A, Tejedor J.A, te al. Prevalencia de hiponatremia en pacientes mayores de 65 años que sufren una caída intrahospitalaria. p 292