



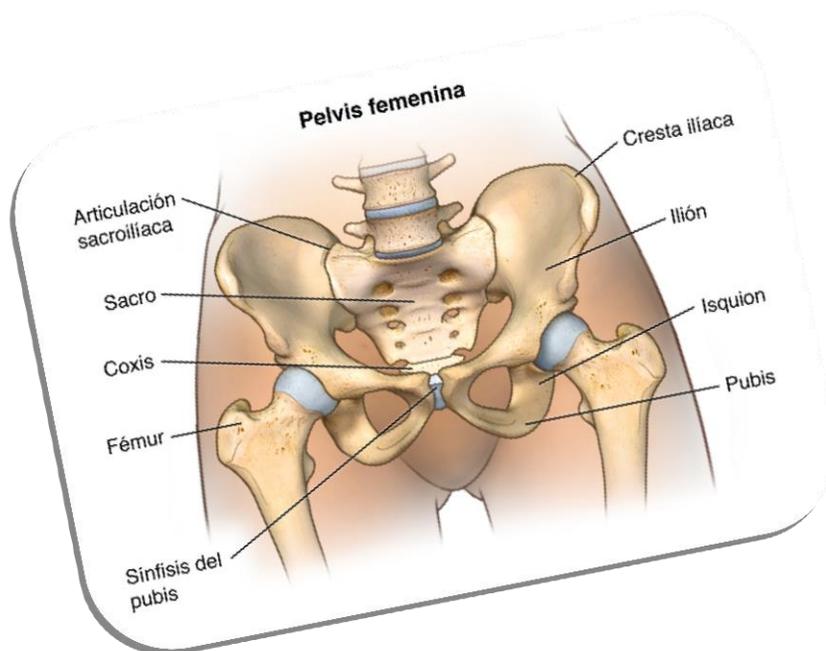
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

Licenciatura en Enfermería.



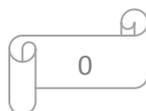
“Proceso de Enfermería Aplicado a paciente con Fractura de cadera utilizando la guía de valoración de M. Gordon”



Elaboró: Palma Mendoza Natali.
Asesoró: Mtra. García Zeferino Ericka

Tlalnepantla Estado de México, 14 de septiembre de 2017.

El grado a obtener es Licenciada en Enfermería.





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.

ÍNDICE.

➤ INTRODUCCIÓN.....	4
➤ OBJETIVOS.....	6
➤ JUSTIFICACIÓN.....	7
➤ METODOLOGÍA.....	8
➤ MARCO TEÓRICO.....	10
❖ CONCEPTO.....	10
❖ ETIOLOGÍA.....	10
❖ CLASIFICACIÓN.....	11
❖ ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA.....	13
❖ FISIOPATOLOGÍA.....	14
❖ CUADRO CLÍNICO.....	16
❖ DIAGNÓSTICO.....	16
❖ TRATAMIENTO.....	17
❖ COMPLICACIONES.....	19
❖ PROCESO ATENCI. N DE ENFERMERIA P.A.E.....	21
❖ VALORACIÓN DE MARJORY GORDON.....	22
➤ RESUMEN DE LOS PATRONES FUNCIONALES.....	26
➤ PLANES DE CUIDADOS.....	33
❖ DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	34
❖ PLANEACIÓN.....	38
❖ EJECUCIÓN.....	45
❖ EVALUACIÓN.....	56
➤ CONCLUSIÓN.....	65
➤ BIBLIOGRAFÍA.....	66
➤ ANEXOS.....	69

DEDICATORIA.

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto, haberme dado salud para lograr mis objetivos, fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado y por haber iluminado mi camino día a día para llegar a ser una buena profesional.

A mis padres.

Por estar siempre a mi lado cuando más lo necesito, en los buenos y malos momentos, por mostrarme en cada momento su apoyo incondicional y el interés para que estudie y me desarrolle completamente en todos los aspectos de mi vida ya que son base fundamental de mi vida pues me han sabido guiar, levantarme y sostenerme sin el camino importar, gracias por demostrarme que todo lo puedo lograr con un poco de esfuerzo nada es imposible sin importar el tiempo y espacio.

A mis hermanas.

Por no solo ayudarme en gran manera a concluir el desarrollo de mi carrera, sino por todos los bonitos momentos que pasamos en el proceso. Aunque en la mayoría de las veces parece que estuviéramos en una batalla, hay momentos en los que la guerra cesa y nos unimos para lograr nuestros objetivos.

A mi hija.

Por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor, soportando largas horas sin la compañía de su madre, sin poder entender por qué prefería estar frente a la pantalla de la computadora y no acostada jugando con ella.

A mi esposo.

Por brindarme su cariño, estímulo, apoyo constante, comprensión y paciente espera para que pudiera terminar mi carrera, por su amor incondicional has sido amigo, compañero que estuvo conmigo en aquellos momentos en que el estudio y el trabajo ocuparon mi tiempo y esfuerzo.

A mi abuela.

Por formar una parte importante dentro de mi vida pues siempre me ha acompañado sin importar el contexto brindándome su apoyo y comprensión.

A la Universidad:

Por haberme aceptado, ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera.

A los docentes:

Por haberme brindado sus conocimientos y apoyo para salir adelante, especialmente al profesor Carlos Chávez Barrera que me apoyo a vencer mis más grandes temores contribuyendo a lograr mi más grande sueño confiando plenamente en mí.

A mis amigos.

Por haber compartido grandes momentos de felicidad durante nuestra formación estudiantil y por el apoyo para conseguir mis objetivos de vida y profesionales.

INTRODUCCIÓN.

El Proceso de Enfermería (PE) es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.⁶

Marjory Gordon fue una teórica y profesora estadounidense, que elaboró un método que permite a la enfermera identificar la alteración de patrones mediante la recolección de información sistemática y continua. Este método está dividido en once patrones funcionales de salud en los cuales se ve de forma integral la salud abordando aspectos sociales y culturales que van más allá de lo biológico.⁷

La fractura de cadera está considerada a nivel mundial como una de las lesiones incapacitantes más comunes con predominio en las mujeres alrededor de 60 años y cuenta con un índice de mortalidad alto considerado, además, como una de las causas de muertes accidentales en los ancianos, así como la causa más común de internamiento en unidades médicas dedicadas a la traumatología y ortopedia.

El presente Proceso de Enfermería es aplicado a un paciente de nombre María T.E.M. de 65 años de edad la cual es trasladada al Hospital Regional Tlalnepantla tras caer de una escalera de aproximadamente 1.5 metros de altura, cae sobre el costado izquierdo refiriendo dolor inmediato y limitación para la movilización imposibilitando la deambulaci3n.

OBJETIVOS.

General.

- Brindar cuidado integral al paciente hospitalizado a través del Proceso de Enfermería contribuyendo al estado de bienestar y limitación de los daños fisiológicos de la enfermedad.

Específicos.

- Contribuir con el equipo de salud en la atención individualizada, continua y de calidad, garantizando una respuesta favorable a los problemas de salud que presenta la paciente.
- Realizar actividades específicas de enfermería en el cuidado del paciente fracturado para disminuir los posibles daños desencadenados de la enfermedad.

Aprendizaje

- Ejecutar diversos procedimientos en el paciente fracturado para adquirir habilidades y destrezas así como reforzar conocimientos adquiridos a lo largo de mi formación.

JUSTIFICACIÓN.

Actualmente a nivel mundial, la población de adultos mayores de 60 años ha crecido notable y aceleradamente. Este crecimiento acelerado de la población envejecida en México va acompañado de un incremento de enfermedades crónicas y de individuos con mayor vulnerabilidad fisiológica.

La fractura de cadera tiene un origen multifactorial dado a las características de la población en la cual prevalece, ya que ese grupo etario tiene más tendencia a caerse por fallo de los reflejos protectores y debilidad de la consistencia ósea por osteoporosis. Está considerada a nivel mundial como una de las lesiones incapacitantes más comunes con predominio en las mujeres alrededor de 60 años y cuenta con un índice de mortalidad alto considerado, además, como una de las causas de muertes accidentales en los ancianos, así como la causa más común de internamiento en unidades médicas dedicadas a la traumatología y ortopedia.

En México la proporción de éste grupo de edad en el año 2000 fue de alrededor de 7.0% y se estima que este porcentaje se incremente a 12.5% para el 2020 y a 28.0 por ciento en el 2050. De igual forma la esperanza de vida se ha incrementado, se espera alcanzará 80 años en 2050, en contraste a los 36 años en 1950 y de 74 años en el 2000. Actualmente las mujeres viven en promedio 77.5 años y los hombres 72.7 años, cifras que se incrementarán a 83.6 y 79.0 años respectivamente en 2050.

Se elige a paciente con fractura de cadera ya que esta constituye en la actualidad un problema importante a tener en cuenta, debido al envejecimiento poblacional y a que es considerado como un problema de salud pública que representa 9 de cada 10 fracturas en personas mayores de 60 años. Otra repercusión importante es debida al coste social, es decir, la disminución de la autoestima, aislamiento social, alteración del bienestar personal y familiar que implica este padecimiento.

METODOLOGÍA.

El Proceso de Enfermería se desarrolló en el Hospital Regional Tlalnepantla en el servicio de Cirugía General los días 2, 3, 4,5 y 6 de enero del 2017.

El día 2 de enero del 2017 se tiene el primer contacto con la paciente en el cubículo de la cama 279, ese día se realiza la investigación del caso mediante la lectura del expediente clínico, así mismo se interroga a la paciente acerca del padecimiento actual de salud, se le informa a la paciente acerca del trabajo a realizar los objetivos del mismo y la finalidad.

El día 3 de enero del 2017 se realiza la primer etapa del proceso enfermero que es la valoración se obtienen datos del expediente clínico y con el consentimiento de la paciente se ejecuta la exploración física céfalo podal, así mismo se efectúa la valoración de los patrones funcionales propuestos por la teorica Marjory Gordon.

El día 4 de enero del 2017 se analiza la información obtenida en la exploración física y en el interrogatorio directo e indirecto para detectar los patrones alterados con los que cuenta la paciente. Con la utilización de la NANDA se procede a realizar los diagnósticos acorde a los patrones funcionales alterados.

El día 5 de enero del 2017 se realizan los planes de cuidados provisionales para cada uno de los diagnósticos, esto con la utilización del NOC Y NIC.

El día 6 de enero del 2017 se continúa con la etapa 4 y 5 del proceso de enfermería que son la ejecución y evaluación de las actividades. Primero se analizan las actividades que no se han realizado a lo largo de estancia con la paciente posteriormente se realizan las actividades faltantes y se evalúa cada una de las mismas que fueron planeadas y realizadas para ver si se lograron o no los objetivos mismos de cada diagnóstico.

El día 7 de enero del 2017 se comienza con la elaboración por escrito del proceso de enfermería.

El día 8 de enero del 2017 se realiza investigación bibliográfica para realización de marco teórico.

El día 9 de enero del 2017 se concluye trabajo y se realiza revisión general del mismo.

El día 27 de enero del 2017 se presenta trabajo finalizado con asesor del mismo para revisión, aclaración de dudas y corrección de las posibles observaciones.

El día 30 de enero del 2017 se reenvía trabajo a asesor para segunda revisión y espera posible fecha para presentación del mismo.

MARCO TEÓRICO.

FRACTURA DE CADERA.

❖ CONCEPTO:

Una fractura pélvica es una disrupción de la estructura ósea de la pelvis.¹

La fractura es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.²

Reducción es una maniobra manual o mecánica que permite colocar los fragmentos desplazados en una posición de total contacto, o en alineación, del segmento fracturado.

Los Fijadores externos (FE) u osteotaxos sirven para estabilizar una fractura desde fuera. Se colocan una serie de clavos roscados perpendicular al hueso que se unen por un sistema externo que permite corregir, alargar o acortar el hueso.³

❖ ETIOLOGÍA.

ADULTOS:

Accidente vehicular: 50-60%.

Accidente motocicleta: 10-20%.

Atropellamiento: 10-20%.

Caídas de altura: 8-10%.

NIÑOS:

Atropellamiento: 60-80%.

Accidente vehicular: 20-30%.⁴

❖ CLASIFICACIÓN.

CLASIFICACION DE LAS FRACTURAS DE PELVIS

Tipo I: Fracturas parciales o estables.

Tipo II: Fracturas totales o inestables

Tipo III: Fracturas acetabularias.

Tipo I: Fracturas parciales o estables: Afectan a un solo hueso y se mantiene la continuidad del reborde pelviano.

I-A) Fracturas por arrancamiento.

- Fractura de la espina ílfaca anterosuperior.
- Fractura de la espina ílfaca anteroinferior.
- Fractura de la espina ílfaca posterosuperior
- Fractura de la tuberosidad isquiática.

I-B) Fracturas aisladas de ramas púbicas.

- Fractura de rama isquiopubiana.
- Fractura de rama iliopubiana.
- Fractura unilateral de ambas ramas pubianas.

I-C) Fractura del ala ílfaca.

I-D) Fractura del sacro.

- Fractura del ala del sacro.
- Fractura transversa del sacro.

Tipo II: Fracturas totales o inestables.

II-A) Fractura bilateral de ambas ramas púbicas, fractura en horcajadas.

Es la más frecuente de las fracturas inestables y tiene un elevado riesgo de presentar lesiones asociadas.

II-B) Fractura unilateral anterior y posterior. Fractura de ambas ramas púbicas homolateral asociada a: fractura del ala del sacro, disyunción sacroílfaca o fractura del ilion homolateral.

II-C) Fractura bilateral o cuádruple fractura.

Fractura bilateral de ambas ramas púbicas y fractura bilateral del ala del sacro o del ilion.

II-D) Fractura en asa de cubo.

Fractura homolateral de ambas ramas púbicas y fractura contralateral del ala del sacro o del ilion.

II-E) Luxación pélvica.

Diástasis del pubis y de una o ambas articulaciones sacroiliacas.

Tipo III. Fracturas acetabulares

III-A) Fractura de la columna anterior.

Se evidencia por desviación medial de la línea iliopubiana.

III-B) Fractura de la columna posterior.

Se observa desviación medial de la línea ilioisquiática.

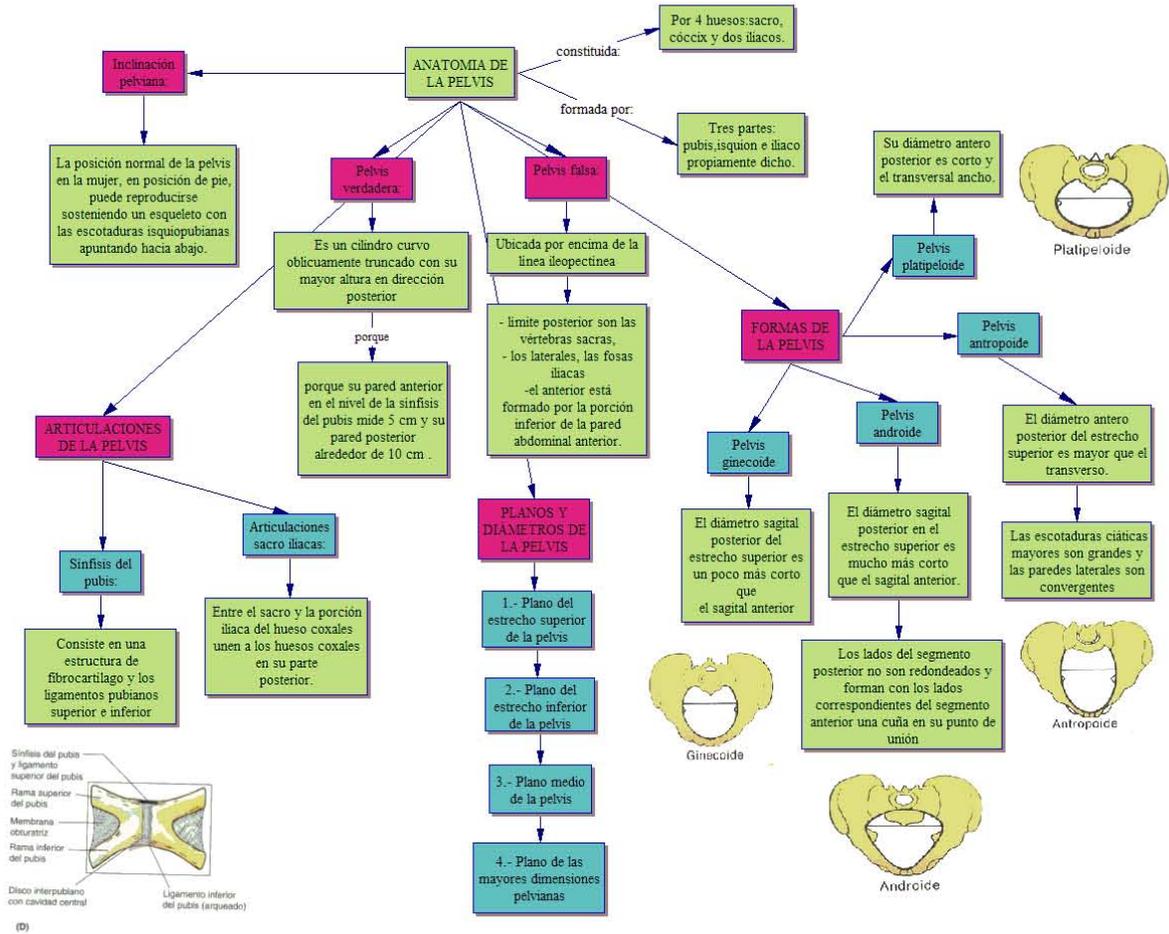
III-D) Fractura de la ceja posterior.

Se aprecia alteración de la alineación de la ceja cotiloidea con fragmento óseo desprendido. Es frecuente su asociación a luxación posterior de la cabeza femoral.

III-E) Fracturas complejas de ambas columnas.

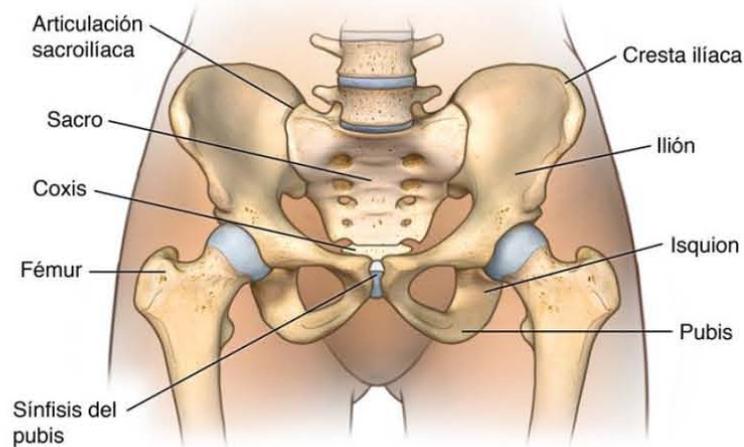
- Fractura transversa. Interrupción de las líneas iliopubiana e ilioisquiática y de ambas cejas acetabulares.
- Fractura en T. Fractura transversa y de la lámina cuadrigémina que llega al agujero obturador.
- Fractura oblicua. Fractura de la columna anterior en su mitad inferior, de la columna posterior a nivel acetabular y del ala ilíaca.⁴

❖ ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA



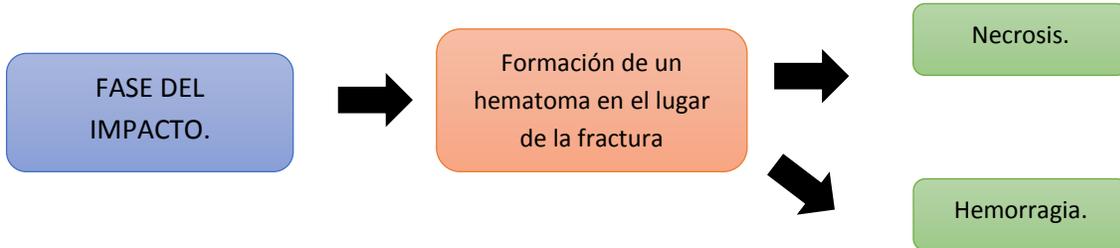
5

Pelvis femenina



❖ FISIOPATOLOGÍA.

FASE DE IMPACTO:



Migración de células mesenquimales atraídas por factores quimiotácticos.

Diferenciación celular regulada por factores inductores.

Proliferación celular como respuesta a factores mitogénicos.

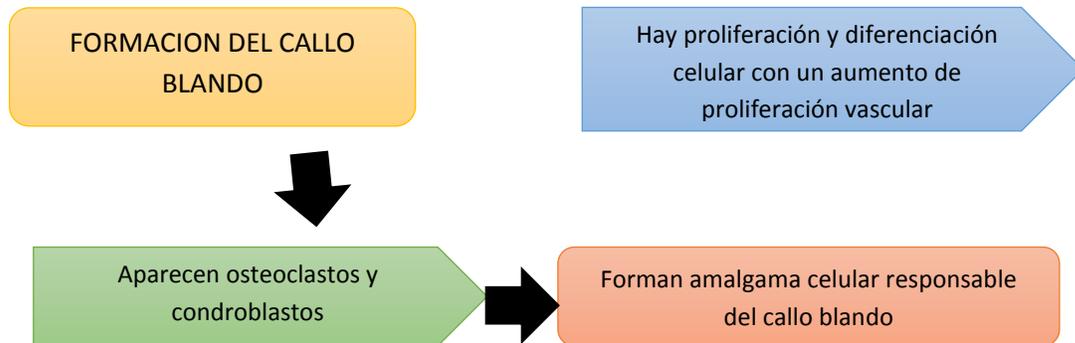
FASE DE INFLAMACIÓN:



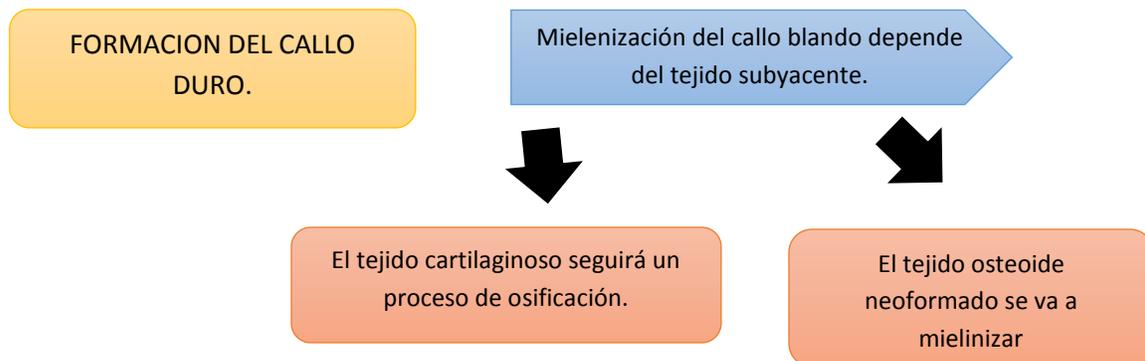
Localmente se concentra leucocitos.

En los 4y 21 días hay aumento del flujo sanguíneo local

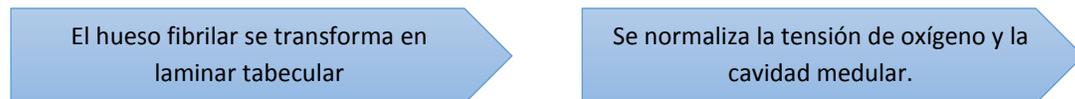
FASE DE FORMACIÓN DE CALLO BLANDO:



FASE DE FORMACIÓN DE CALLO DURO:



FASE DE REMODELACIÓN:



❖ CUADRO CLÍNICO.

Dolor: Es continuo y se intensifica hasta que se inmovilizan los fragmentos óseos. El espasmo muscular que acompaña a la fractura es una forma natural de inmovilización para minimizar el movimiento de los fragmentos de la fractura.

Pérdida de la función: Después de la rotura del hueso, la parte afectada no puede emplearse y tiende a moverse en forma anormal. La extremidad no puede funcionar en forma adecuada debido a que la función normal de los músculos depende de la integridad de los huesos a los que están unidos.

Edema e inflamación: Como resultado de la rotura de los tejidos blandos o sangrado de los tejidos circundantes. El edema inadvertido en un espacio cerrado puede producir oclusión de la circulación y lesionar los nervios (síndrome compartimental)

Equimosis: Cambio de color en la piel como resultado de la extravasación de sangre en los tejidos subcutáneos. ⁶

❖ DIAGNÓSTICO.

- **Radiología simple:** La proyección anteroposterior de pelvis es útil para detectar la mayor parte de las fracturas pélvicas. Las fracturas acetabulares son las más difíciles de visualizar siendo necesarias proyecciones oblicuas internas y externas, si bien no siempre son posibles de realizar en personas politraumatizadas que no permiten estas movilizaciones.
- **Ecografía abdominal:** Resulta de gran utilidad en el paciente politraumatizado porque permite evidenciar la presencia de líquido libre como indicador de hemorragia intraperitoneal.

En los pacientes con fractura de pelvis la presencia de líquido libre puede ser consecuencia de lesiones intraabdominales asociadas, filtración de un hematoma retroperitoneal o ambas. La ecografía también permite valorar la estructura de vísceras macizas: bazo, hígado y riñones, aunque aporta poca información sobre el retroperitoneo frecuentemente por interposición de aire intraluminal intestinal.

- Tomografía Computarizada (TC). Permite un buen estudio tanto de las posibles lesiones abdominales como del retroperitoneo, debe hacerse con contraste oral e intravenoso.
- Arteriografía: Es la mejor técnica para el estudio de los pacientes con sospecha de hematoma retroperitoneal e inestabilidad hemodinámica en los que no se encuentra otra lesión hemorrágica extrapélvica.
- Uretrografía y cistografía: Están indicadas en los pacientes con sospecha de lesión uretro-vesical. Nunca se llevarán a cabo antes de una arteriografía porque dificultaría la interpretación de los hallazgos del estudio arteriográfico.⁴

❖ TRATAMIENTO.

- Paciente hemodinámicamente inestable y pelvis inestable:

Fijación pélvica más tracción en tipo C: es una fijación con un fijador externo que permite que deje de sangrar la zona y se estabilice hemodinámicamente el paciente. Si persiste inestabilidad hemodinámica: embolización (arteriografía y embolizamos la arteria para que no sangre, no sirve para venas) y taponamiento pélvico (quitas peritoneo y si ves el vaso que sangra lo coagulas y si no se ve, que es lo habitual porque es el plexo profundo, hacemos taponamiento y por presión dejas de sangrar. Le pones sutura temporal o cremallera y a las 48-72h revisamos la cavidad abdominal para ver si sigue sangrando o no).

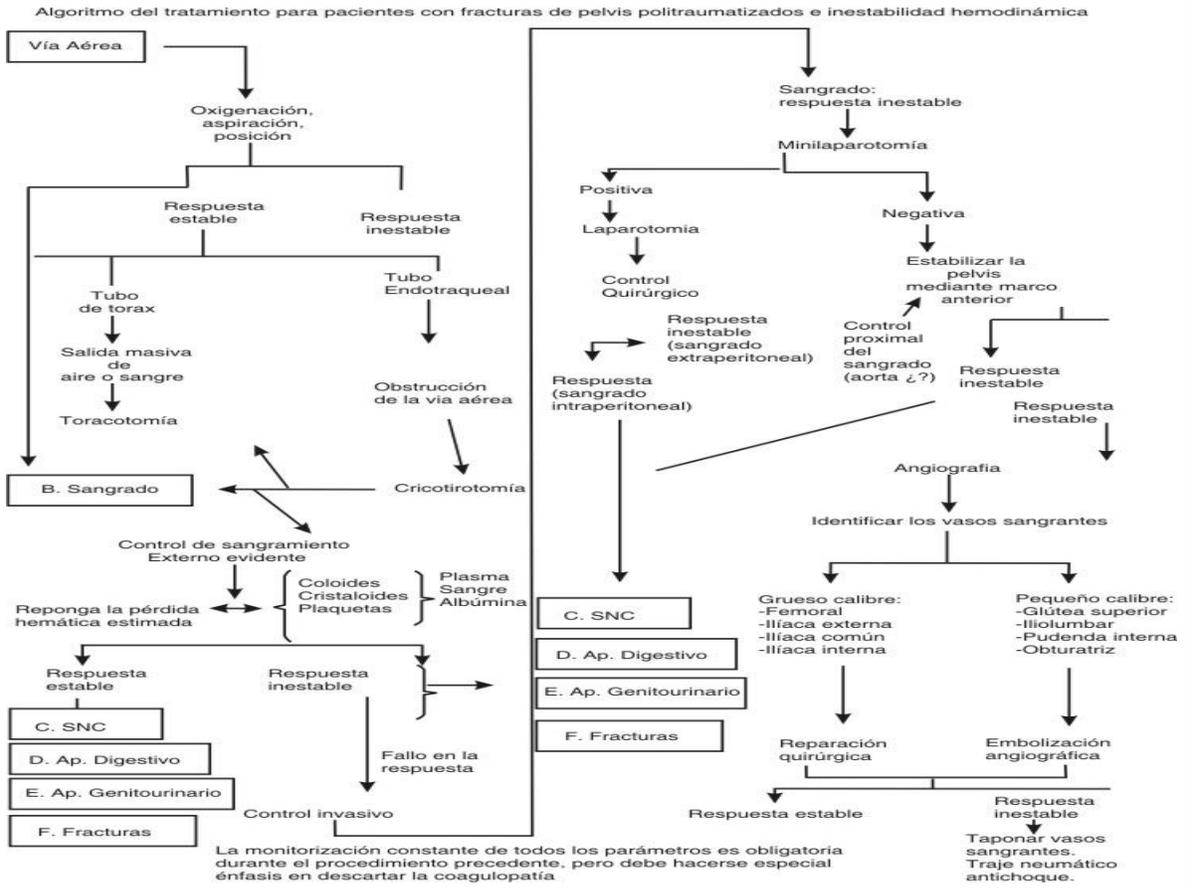
- Paciente hemodinámicamente estable y pelvis inestable

Fijación pélvica y tracción en tipo C

- Pacientes de urgencias de la pelvis:

Clamp: se clava en posterior y permite el cierre apretando a nivel de las sacroiliacas.

Fijador externo: va de lado a lado de las espinas.²



❖ **COMPLICACIONES.**

Hemorragia retroperitoneal: La hemorragia o hematoma retroperitoneal es la complicación más frecuente y la principal causa de muerte en pacientes con traumatismo pélvico. La pelvis está en contacto con abundantes plexos venosos y arteriales, por lo que debemos sospechar la existencia de hematoma retroperitoneal en todo paciente politraumatizado con fractura de pelvis.

Rotura vesical: La rotura de la vejiga en los pacientes con fractura de pelvis puede ser consecuencia de la violencia del traumatismo o producida por los fragmentos óseos de la misma. Son los pacientes con fracturas inestables y los que presentan líneas de fractura próximas al pubis, en los que existe mayor riesgo de que se presente. La rotura vesical puede ser extraperitoneal o intraperitoneal, lo más frecuente. Los signos clínicos de sospecha en un paciente con lesión vesical pueden ser: hematuria, masa suprapúbica, imposibilidad o dificultad para la micción y signos de irritación peritoneal. En los politraumatizados con descenso del nivel de conciencia puede resultar poco llamativa, siendo necesaria su sospecha ante la presencia de fractura pélvica. La cistografía será la prueba diagnóstica de elección.

Desgarros del recto, útero y vagina: Dada la estrecha relación de estos órganos con la cintura pélvica, los fragmentos óseos de una fractura pueden producir desgarros a nivel de recto, útero o vagina. La presencia de sangre en el tacto rectal o en la exploración ginecológica, en el caso de pacientes politraumatizadas, nos indicarán la existencia de una de estas complicaciones.

Lesiones nerviosas: La pelvis tiene relación con estructuras nerviosas que pueden resultar lesionadas en los traumatismos que originan fractura de la misma.

El nervio ciático es el que resulta dañado con mayor frecuencia y en relación con fracturas del ilion, fracturas de la escotadura ciática, fracturas desplazadas del isquion y luxación posterior de cadera.

El nervio obturador puede resultar lesionado en fractura-luxación central de cadera. El nervio femoral es el que se afecta con mayor frecuencia y en relación con luxaciones anteriores de cadera. En las fracturas del sacro pueden resultar afectadas las raíces sacras.

Tromboflebitis de las venas pélvicas: La riqueza de plexos vasculares que existen en la pelvis plantea el riesgo no sólo de hemorragias, sino también, la posibilidad de que se produzcan tromboflebitis. Esto es debido, tanto al daño que sobre las paredes vasculares origine el traumatismo, como por las largas inmobilizaciones a las que se ven sometidos los pacientes con fracturas pélvicas. ⁴

PROCESO ATENC. N DE ENFERMERIA P.A.E

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

OBJETIVOS

- Permite a la persona participar en su propio cuidado.
- Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
- Ofrece atención individualizada continua y de calidad.
- Ayuda a identificar problemas únicos de la persona.

ETAPAS DEL P.E.

- VALORACIÓN.
- DIAGNÓSTICO.
- PLANEACIÓN.
- EJECUCIÓN.
- EVALUACIÓN.

1. y 2. Valoración y diagnóstico: La valoración es la obtención de datos tanto objetivos como subjetivos es la recogida de toda la información que necesitamos del paciente.
3. Planeación: Sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas. Elección del modo de intervención.
4. Ejecución: Ayudar a la persona para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir en forma tranquila. Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.
5. Evaluación: Ayuda a determinar los criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución.⁷

VALORACION DE MARJORY GORDON.

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

Define 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD

- Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.

Incluye:

- Estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos.
- Prescripciones médicas y de enfermería.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO

- Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Incluye:

- Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios).
- Medidas antropométricas.
- Aspectos psicológicos de la alimentación.
- Patrón de alimentación del lactante.
- Lesiones cutáneas. Estado de la piel, membranas mucosas y dientes.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

- Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.
Incluye:
- Patrón de eliminación intestinal.
- Patrón de eliminación vesical.
- Patrón de eliminación a través de la piel.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO

- Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.
Incluye:
- Actividades de la vida diaria.
- Cantidad y tipo de ejercicio y deporte.
- Actividades recreativas.
- Factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.

PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO

- Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.
Incluye:
- Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo.
- Ayudas para el sueño y el descanso.

PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTIVO

- Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.
Incluye:
- Situación de los sentidos sensoriales.
- Utilización de sistemas de compensación o prótesis.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

- Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Incluye:

- Actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía.
- Imagen corporal y patrón emocional.
- Patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular.
- Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

- Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Incluye:

- Percepción de las responsabilidades de su rol.
- Satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

- Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Incluye:

- Satisfacción con la sexualidad.
- Trastornos de la sexualidad.
- Problemas en etapa reproductiva de la mujer.
- Problemas en la menopausia.

PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRES

- Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Incluye:

- Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad.
- Manejo del estrés.
- Sistemas de soporte y ayuda.
- Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

- Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

Incluye:

- Cosas percibidas como importantes en la vida.
- La percepción de la calidad de vida.
- Conflicto con los valores o creencias importantes.
- Las expectativas relacionadas con la salud.⁸

RESUMEN DE LOS PATRONES FUNCIONALES

LA INFORMACIÓN QUE A CONTINUACIÓN SE PRESENTA FUE RECABADA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, DEL INTERROGATORIO DIRECTO Y DE LA EXPLORACIÓN REALIZADA A LA PACIENTE.

DATOS GENERALES.

Fecha: 03- enero -2017 Fecha de ingreso: 29 de diciembre 2016.
Nombre: María T.E.M. Edad: 65años Género: Femenino.
Estado civil: casada. Ocupación: Hogar. Escolaridad: secundaria.
Religión: Católica. Servicio: Cirugía General. Número de cama: 279
Diagnóstico médico: Reducción Cerrada y Fijación Externa de pelvis.

Antecedentes.

Antecedentes personales patológicos: paciente que refiere osteoporosis en tratamiento con calcitriol y raloxifeno desde hace 3 años. Insuficiencia venosa tratada con diosmina/hespiridina.

Antecedentes heredofamiliares: refiere enfermedades crónicas degenerativas de madre con diabetes mellitus, hipertensión arterial y cardiópata, resto interrogados y negados.

Padecimiento actual:

Inicia el día 29 de diciembre del 2016 al encontrarse tendiendo en la azotea de su casa, al bajar de la misma por una escalera portátil resbala y cae de aproximadamente 1.5 metros, cae sobre su costado izquierdo refiriendo dolor inmediato para la movilización imposibilitando la deambulacion y la bipedestacion, motivo por el cual es llevada de inmediato a la clínica de Cuautitlán Izcalli donde es valorada y trasladada al Hospital Regional de Tlalnepantla brindándole la atención pertinente.

PATRÓN MANTENIMIENTO/ PERCEPCIÓN DE LA SALUD.

En el interrogatorio la paciente refiere que los servicios públicos con los que cuenta la comunidad donde vive son: drenaje, luz, agua, recolector de basura. Los servicios con los que cuenta la casa donde habita son: luz, drenaje, agua, internet, telefonía.

Habita en casa propia donde cohabitan 5 personas en zona urbana de materiales perdurables, refiere buenos hábitos higiénicos realizando aseo diario y cambio de ropa diario.

Menciona la existencia de factores de riesgo presentes en su comunidad tales como inundaciones constantemente en época de lluvias, así como existencia de roedores, sin embargo menciona que en su domicilio dichos factores no afectan.

El paciente no tiene contacto con enfermos infectocontagiosos sin embargo convive con 1 perro el cual habita dentro del domicilio teniendo un lugar propio donde permanece, ella percibe su estado de salud como delicado ya que por su enfermedad (osteoporosis) ve complicada su recuperación, sin embargo esta dispuesta a realizar toda indicación médica para el restablecimiento de su salud.

Refiere contar con su esquema de vacunación completo, niega alergias y toxicomanías.

PATRÓN NUTRICIONAL- METABÓLICO

Medidas antropométricas: peso de 69 kg, talla de 151 cm, temperatura corporal de 37.1°C.

En la valoración se observa palidez de tegumentos herida quirúrgica en abdomen limpia y sin datos de infección zona de presión en área de sacro.

Cabello con tinte, reseco limpio. Uñas cortas limpias sin alteraciones. Dentadura completa de coloración amarilla.

En cuanto a la nutrición es de tipo enteral normal con líquidos libres.

LABORATORIOS.

HEMATOLOGÍA

Estudio	Resultado	Valor referencia.
Leucocitos	6.90 K/ μ l.	
Neutrófilos.	68.80 %.	41.4-71.3
Linfocito.	24.00%.	22.8-46.2
Monocito.	3%.	3.2-10.0
Eosinofilo	3.40%.	0.0-4.6
Basófilo.	0.50%.	0.3-0.8
Neutrófilos.	4.75 %.	1.9-8
Linfocito.	1.66.%.	1.0-4.8
Monocito.	0.23.%.	0.16-1
Eosinofilo.	0.1.%.	0.0-0.8
Basófilo.	0.1.%.	0.0-0.2
Eritrocitos	2.9M/uL.	
Hemoglobina.	9.57g/dL.	
Hematocrito.	28.33%.	
Volumen corpuscular medio.	96.82 fL.	77.6-98.3
Hemoglobina corpuscular media.	32.71pg.	
Concentrado de hb media corpuscular.	33.79g/dL.	31-35
Ancho dist. Eritrocitaria	12.44%.	11.4-14.7
Plaquetas.	189.00 K/uL.	
Vol. Plaq. Medio.	9.44 fL.	7.2-10.8

PATRON ELIMINACIÓN

Sonda vesical a derivación fecha de instalación 29-12-16, uresis de color amarillo claro con flujo urinario de 1.9ml/hr.

La paciente refiere que su eliminación intestinal no cambio en la estancia hospitalaria pero menciona que le cuesta un poco de trabajo evacuar ya que no se siente cómoda. En cuanto a drenajes tiene un pleurovac del lado izquierdo drenando líquido hemático.

CONTROL DE LÍQUIDOS.

	02-01-17	03-01-17.	04-01-17	05-01-17
• INGRESOS:	652 ml	980ml.	1220ml.	1000ml.
• EGRESOS:	1200ml.	630ml	1120ml.	930ml.
• BALANCE:	-548ml.	350ml	100ml.	80ml.

Examen general de orina

Estudio.	Resultado.	Valores referencia.
Color.	Incoloro.	
Aspecto	Ligeramente turbio.	
Densidad.	1.010.	1.005-1.010.
PH.	6.00.	5.5-7
Leucocitos	Negativo.	
Nitritos.	Negativo.	
Proteínas.	200.0.	
Glucosa.	Negativo.	
Cuerpos cetónicos.	+.	
Urobilinogeno.	Normal.	
Bilirrubinas.	Negativo.	
Sangre.	Negativo	
Leucocitos.	6-8 por campo.	
Eritrocitos.	2-4 por campo.	
Células epiteliales.	+.	
Bacterias.	+.	

Observaciones: genitales acorde a edad y género con sonda vesical drenando orina amarillo claro con flujos normales

PATRÓN ACTIVIDAD – EJERCICIO

Frecuencia cardiaca de 77 latidos x`, tensión arterial de 120/60, PAM 80.

Acceso periférico en miembro torácico izquierdo permeable funcional.

Campos pulmonares hipoventilados con apoyo de oxígeno suplementario con puntas nasales a 3l x`, con pleurovac del lado izquierdo drenando líquido hemático, hematomas en tórax del lado izquierdo, monitorización cardiopulmonar con frecuencia respiratoria de 17 latidos x` saturando al 93%.

Refiere dolor en costillas de lado izquierdo así como dificultad respiratoria en posición fowler, así como debilidad con el movimiento. Tiene limitación en el movimiento ya que cuenta con fijadores en pelvis por lo que se mantiene todo el tiempo en cama con limitación de movimiento.

La paciente refiere que antes de su padecimiento en cuando a actividades físicas o recreativas no realizaba ninguna de estas por falta de tiempo ya que se dedicaba al hogar y al cuidado de su nieta, así mismo menciona que en la estancia hospitalaria lo único que realiza como actividad recreativa es leer.

PATRÓN REPOSO-SUEÑO

En el interrogatorio la paciente refiere que antes de la hospitalización en casa dormía aproximadamente 8 horas teniendo en ocasiones problemas para conciliar el sueño sin embargo no realizaba ninguna acción que ayudara a conciliarlo. Menciona que en la estancia hospitalaria ha tenido problema para dormir ya que la luz y el ruido constante impide conciliar el sueño, por lo que se observa a la paciente cansada con ojeras y bostezos continuamente.

PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL

La paciente se encuentra consciente orientada en sus 3 esferas biológicas refiere dolor generalizado EVA de 4/10 puntos, no tiene problemas con la memoria y la concentración, así mismo no cuenta con dispositivos auxiliares para vista ni audición. En la valoración de reflejos y tono muscular no se tiene alteraciones

PATRÓN AUTOCONCEPTO – AUTOPERCEPCIÓN.

La paciente menciona sentirse tranquila, satisfecha y alegre consigo misma y con los demás, sin tener problemas por su imagen corporal y aspecto físico, sin embargo le preocupa y tiene miedo de la situación de la salud por la que está pasando ya que no sabe si su vida volverá a ser igual después del accidente, pero menciona estar dispuesta a cooperar en todo el tratamiento y rehabilitación.

PATRÓN - RELACIONES

Me refirió que convive diariamente con esposa e hijos, mismos que dependían totalmente de la paciente pero ahora con el accidente ella dependerá de ellos por lo que se siente tranquila ya que tiene el apoyo de cada uno de ellos.

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN.

Femenina de 65 años de edad con genitales acorde a edad y género. Refiere haber presentado miomas uterinos e histerectomía hace 18 años. Menciona haber tenido 3 gestas y 3 partos vaginales sin ningún aborto, refiere realizar auto exploración de mama y revisión periódica de citología vaginal sin recordar fecha última de la misma.

PATRÓN AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS.

La paciente se siente preocupada y tiene miedo ya que su estado de salud impactara todos los aspectos de su vida diaria ya que pasara a ser completamente dependiente de su familia sin embargo sabe que cuenta con el apoyo de cada uno de sus familiares los cuales le dan ánimo para continuar.

PATRÓN VALORES-CREENCIAS

Se refirió ser católica y no tener problemas por dicha religión para realización de algún procedimiento médico o cualquier otra situación.

Menciona tener completa fe en que dios la ayudara y le dará las fuerzas necesarias para lograr salir satisfactoriamente de su enfermedad.

PLANES DE

CUIDADO.

CUIDADO.



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Patrón.	Indicios.	Diagnóstico.
Actividad/Ejercicio.	Campos pulmonares hipoventilados con pleurovac del lado izquierdo drenando liquido hemático.	Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro musculo esquelético m/p disnea, alteración en la profundidad respiratoria. (00032).
Actividad/Ejercicio.	Tiene limitación en el movimiento ya que cuenta con fijadores en pelvis.	Deterioro de la movilidad física R/C perdida de la integridad de las estructuras óseas m/p dificultad para girarse, disnea de esfuerzo, limitación de la amplitud de movimiento, enlentecimiento del movimiento. (00085).
Cognitivo/perceptual.	Dolor generalizado Eva de 4/10 puntos.	Dolor agudo R/C agentes lesivos (físicos), m/p conducta expresiva expresión facial, expresa dolor, observación de evidencias de dolor. (00132).

Actividad/Ejercicio.	Tiene limitación en el movimiento ya que cuenta con fijadores en pelvis por lo que se mantiene todo el tiempo en cama con limitación de movimiento.	Déficit de autocuidado: uso del inodoro R/C deterioro de la movilidad m/p incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación, incapacidad para llegar al inodoro, incapacidad para levantarse del inodoro. (00110).
Actividad/Ejercicio.	Tiene limitación en el movimiento ya que cuenta con fijadores en pelvis por lo que se mantiene todo el tiempo en cama con limitación de movimiento.	Déficit del autocuidado: baño R/C deterioro musculo esquelético m/p incapacidad para lavarse el cuerpo, incapacidad para acceder al cuarto de baño, incapacidad para obtener los artículos de baño, incapacidad para secarse el cuerpo. (00108).
Actividad/Ejercicio.	Tiene limitación en el movimiento ya que cuenta con fijadores en pelvis por lo que se mantiene todo el tiempo en cama con limitación de movimiento.	Déficit de autocuidado: vestimenta R/C deterioro musculo esquelético m/p incapacidad para coger la ropa, incapacidad para ponerse la ropa de la parte inferior del cuerpo, incapacidad para ponerse los zapatos. (00109).

<p>Reposo / sueño.</p>	<p>En la estancia hospitalaria ha tenido problemas para dormir ya que la luz y el ruido constante impiden conciliar el sueño, por lo que se observa a la paciente cansada con ojeras y bostezos continuamente.</p>	<p>Trastorno del patrón del sueño R/C cambios en la exposición a la luz diurna-oscuridad m/p cambio en el patrón normal del sueño, insatisfacción con el sueño, expresa no sentirse bien descansado. (00198).</p>
<p>Afrontamiento/ tolerancia al estrés.</p>	<p>Se siente preocupada tiene miedo ya que su estado de salud impactara todos los aspectos de su vida diaria ya que pasara a ser completamente dependiente de su familia sin embargo sabe que cuenta con el apoyo de cada uno de sus familiares los cuales le dan ánimo para continuar adelante, así mismo tiene miedo de que el tratamiento no resulte del todo satisfactorio.</p>	<p>Temor R/C separación del sistema de apoyo en situación potencialmente estresante (hospitalización y procedimientos) m/p expresa sentirse asustada, expresa intranquilidad, expresa temor. (00148).</p>
<p>Actividad/Ejercicio.</p>	<p>Tiene limitación en el movimiento ya que cuenta con fijadores en pelvis por lo que se mantiene todo el tiempo en cama con limitación de movimiento.</p>	<p>Riesgo de caídas R/C deterioro de la movilidad física.(00155).</p>

Nutricional metabólico.	/ Se mantiene todo el tiempo en cama con limitación de movimiento.	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad física. (00047).
Eliminación.	Se mantiene todo el tiempo en cama con limitación de movimiento.	Riesgo de estreñimiento R/C actividad física insuficiente. (00015).

PLANEACIÓN.

Diagnóstico.	Objetivos.	Intervención.																														
<p>Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro musculo esquelético m/p disnea, alteración en la profundidad respiratoria. (00032).</p>	<p>Reducir la dificultad respiratoria mediante oxigenoterapia oximetría logrando así un aporte adecuado de oxígeno en los tejidos.</p> <p>Estado respiratorio: ventilación. (0403).</p> <table border="1" data-bbox="444 632 850 1052"> <thead> <tr> <th data-bbox="444 632 646 684">INDICADOR.</th> <th data-bbox="646 632 683 684">1</th> <th data-bbox="683 632 721 684">2</th> <th data-bbox="721 632 758 684">3</th> <th data-bbox="758 632 795 684">4</th> <th data-bbox="795 632 850 684">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="444 684 646 768">Profundidad de la respiración.</td> <td data-bbox="646 684 683 768"></td> <td data-bbox="683 684 721 768"></td> <td data-bbox="721 684 758 768">X</td> <td data-bbox="758 684 795 768"></td> <td data-bbox="795 684 850 768"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="444 768 646 852">Ruidos de percusión.</td> <td data-bbox="646 768 683 852"></td> <td data-bbox="683 768 721 852"></td> <td data-bbox="721 768 758 852">X</td> <td data-bbox="758 768 795 852"></td> <td data-bbox="795 768 850 852"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="444 852 646 957">Hallazgos en la radiografía de tórax.</td> <td data-bbox="646 852 683 957"></td> <td data-bbox="683 852 721 957"></td> <td data-bbox="721 852 758 957">X</td> <td data-bbox="758 852 795 957"></td> <td data-bbox="795 852 850 957"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="444 957 646 1052">Disnea de esfuerzo.</td> <td data-bbox="646 957 683 1052"></td> <td data-bbox="683 957 721 1052"></td> <td data-bbox="721 957 758 1052">X</td> <td data-bbox="758 957 795 1052"></td> <td data-bbox="795 957 850 1052"></td> </tr> </tbody> </table> <p>1 desviación grave del rango normal. 2 desviación sustancial del rango normal. 3 desviación moderada del rango normal. 4 desviación leve del rango normal. 5 sin desviación del rango normal.</p>	INDICADOR.	1	2	3	4	5	Profundidad de la respiración.			X			Ruidos de percusión.			X			Hallazgos en la radiografía de tórax.			X			Disnea de esfuerzo.			X			<p>Cuidados del drenaje torácico. (1872).</p> <ul style="list-style-type: none"> Asegurar que todas las conexiones de los tubos estén firmemente conectadas. Mantener el recipiente de drenaje por debajo del nivel del pecho. Observar si hay crepitación alrededor de la zona de inserción del tubo torácico. Observar y registrar el volumen, coloración y consistencia del drenaje torácico. Limpiar la zona alrededor del tubo del sistema de drenaje. Cambiar el vendaje alrededor del tubo cada 48 a 72 horas. Cambiar el pleurovac cuando sea necesario. <p>Monitorización respiratoria. (3350).</p> <ul style="list-style-type: none"> Vigilar la frecuencia ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual. Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las zonas de disminución ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. Anotar los cambios de saturación de o2. Observar si hay disnea sucesos que la empeoran o mejoran. Instaurar tratamiento de terapia respiratoria cuando sea necesario. <p>Oxigenoterapia. (3320).</p> <ul style="list-style-type: none"> Administrar oxígeno suplementario según órdenes. Vigilar el flujo de litro de oxígeno. Controlar la eficacia del oxígeno (pulsimetría). Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno. Observar si se producen roturas de la piel por el uso de oxígeno.
INDICADOR.	1	2	3	4	5																											
Profundidad de la respiración.			X																													
Ruidos de percusión.			X																													
Hallazgos en la radiografía de tórax.			X																													
Disnea de esfuerzo.			X																													

Deterioro de la movilidad física R/C perdida de la integridad de las estructuras óseas m/p dificultad para girarse, disnea de esfuerzo, limitación de la amplitud de movimiento, entecimiento del movimiento. (00085).

Mejorar la movilidad de articulaciones y músculos mediante la realización de movimientos pasivos favoreciendo la circulación.

Movilidad (0208).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Movimiento muscular.			X		
Movimiento articular.			X		
Ambulación.	X				
Se mueve con facilidad.			x		

1gravemente comprometido.
 2sustancialmente comprometido.
 3moderadamente comprometido.
 4levemente comprometido.
 5no comprometido.

Cuidados de la tracción /inmovilización. (0940)

- Colocarlo en una correcta alineación corporal.
- Vigilar el dispositivo de fijación externo.
- Vigilar la piel y las prominencias óseas.
- Observar si se produce complicación por la inmovilidad.
- Instruir acerca de los cuidados del fijador externo.
- Vigilar la circulación, movimiento y sensibilidad.

Cuidados del paciente encamado. (0740).

- Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico.
- Colocar al paciente en una alineación corporal adecuada.
- Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente.
- Subir barandillas de la cama.
- Aplicar medidas profilácticas antitrombolicas.
- Ayudar con las actividades de la vida diaria.

Monitorización de las extremidades inferiores. (3480).

- Examinar si en las extremidades inferiores hay presencia de edema.
- Examinar si en el pie hay evidencias de presión.
- Palpar el pulso pedio y tibial posterior.
- Determinar el tiempo de llenado capilar.

Dolor agudo R/C agentes lesivos (físicos), m/p conducta expresiva expresión facial, expresa dolor, observación de evidencias de dolor. (00132)

Disminuir los episodios de dolor mediante la administración de analgésicos y manejo ambiental aliviando la sintomatología desencadenante del mismo.

Nivel del dolor. (2102).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Expresión de dolor.		X			
Dolor referido.		X			
Expresión facial de dolor.		X			
Muecas de dolor.		X			
Irritabilidad.		X			

1 grave.
 2sustancial.
 3moderado.
 4leve.
 5ninguno.

Administración de analgesia (2210).

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos
- Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Administrar analgésicos y /o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.

Manejo del dolor (1400).

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición/ duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Asegurar de que el paciente reciba los cuidados analgésicos.
- Determinar el impacto del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, humor relaciones, trabajo y responsabilidad de rol.
- Explorar con el paciente los factores que alivian / empeoran el dolor.
- Enseñar los principios de control de dolor.

		<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. <p>Manejo ambiental: confort (6482).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima. • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. • Determinar las fuentes de comodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores irritantes. • Colocar a la paciente de forma que se facilite la comodidad. • Evitar exponer la piel o mucosas a factores irritantes 																														
<p>Déficit de autocuidado: uso del inodoro R/C deterioro de la movilidad m/p incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación, incapacidad para llegar al inodoro, incapacidad para levantarse del inodoro. (00110).</p>	<p>Contribuir en la utilización del cómodo y limpieza genital brindándole seguridad y confianza consiguiendo así el autocuidado en la eliminación intestinal.</p> <p>Autocuidado: uso del inodoro (0310).</p> <table border="1" data-bbox="446 993 849 1444"> <thead> <tr> <th>INDICADOR.</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Se coloca en el inodoro u orinal.</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se limpia después de orinar o defecar.</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se levanta del inodoro u orinal.</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se ajusta la ropa después de usar el inodoro.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>1gravemente comprometido. 2sustancialmente comprometido. 3moderadamente comprometido. 4levemente comprometido. 5no comprometido.</p>	INDICADOR.	1	2	3	4	5	Se coloca en el inodoro u orinal.	X					Se limpia después de orinar o defecar.		X				Se levanta del inodoro u orinal.		X				Se ajusta la ropa después de usar el inodoro.			X			<p>Ayuda con los autocuidados: aseo (1804).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesita. • Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación. • Ayudar al paciente en el aseo después de la eliminación. • Disponer de intimidad durante la eliminación. • Tirar la cadera/ limpiar el utensilio de la eliminación. • Controlar la integridad cutánea del paciente.
INDICADOR.	1	2	3	4	5																											
Se coloca en el inodoro u orinal.	X																															
Se limpia después de orinar o defecar.		X																														
Se levanta del inodoro u orinal.		X																														
Se ajusta la ropa después de usar el inodoro.			X																													

Déficit del autocuidado: baño R/C deterioro musculo esquelético m/p incapacidad para lavarse el cuerpo, incapacidad para acceder al cuarto de baño, incapacidad para obtener los artículos de baño, incapacidad para secarse el cuerpo. (00108).

Lograr la colaboración de la paciente y familiar en el aseo corporal induciendo en la participación diaria del baño para su realización adecuada en su domicilio.

Autocuidado: baño (0301).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Se baña en la bañera.	X				
Se lava la cara.			X		
Se lava la parte superior del cuerpo.			X		
Se lava la parte inferior del cuerpo.	X				
Seca el cuerpo.	X				

1gravemente comprometido.
 2sustancialmente comprometido.
 3moderadamente comprometido.
 4levemente comprometido.
 5no comprometido.

Ayuda con los autocuidados: baño / higiene. (1801).

- Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesita.
- Proporcionar los objetos personales deseados (cepillo de dientes, jabón, shampoo, loción desodorante).
- Facilitar que el paciente se cepille los dientes.
- Controlar la integridad cutánea del paciente.
- Fomentar la participación de los familiares en los rituales habituales del aseo.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir su autocuidado.

Baño. (1610).

- Ayudar a la ducha de silla, bañera, baño de pie o de asiento.
- Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.
- Ayudar a las medidas de higiene.
- Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas.
- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.

Déficit de autocuidado: vestimenta R/C deterioro musculo esquelético m/p incapacidad para coger la ropa, incapacidad para ponerse la ropa de la parte inferior del cuerpo, incapacidad para ponerse los zapatos. (00109).

Animar a la paciente en la colaboración de su vestimenta apoyándola diariamente en la misma logrando la colocación de prendas de vestir por si sola.

Autocuidado: vestir. (0302).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Se pone la ropa de la parte superior del cuerpo.	X				
Se pone la ropa de la parte inferior del cuerpo	X				
Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo.	X				
Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo	X				

1gravemente comprometido.
 2sustancialmente comprometido.
 3moderadamente comprometido.
 4levemente comprometido.
 5no comprometido.

Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal. (1802).

- Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.
- Estar disponible para ayudar en el vestir.
- Facilitar el peinado del paciente.
- Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.
- Ayudar a los cordones, botones.
- Reafirmar los esfuerzos por vestirse así mismo.

Trastorno del patrón del sueño R/C cambios en la exposición a la luz diurna- oscuridad m/p cambio en el patrón normal del sueño, insatisfacción con el sueño, expresa no sentirse bien descansado. (00198).

Mejorar el patrón del sueño mediante el manejo de factores internos y externos que lo modifique, aumentando así el estado vigilia.

Sueño. (0004).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Horas de sueño.					
Calidad del sueño.					
Duerme toda la noche.					
Dificultad para conciliar el sueño.					
Sueño interrumpido.					

1gravemente comprometido.
 2sustancialmente comprometido.
 3moderadamente comprometido.
 4levemente comprometido.
 5no comprometido.

Manejo ambiental: confort. (6482).

- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
- Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona.
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.

Mejorar el sueño. (1850).

- Determinar el esquema de sueño del paciente.
- Explicar la importancia del sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés.
- Observar y registrar el número de horas de sueño del paciente.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón, cama) para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones de estrés antes de irse a la cama.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.
- Comentar con el paciente y familia técnicas favorecedoras del sueño.

Temor R/C separación del sistema de apoyo en situación potencialmente estresante (hospitalización y procedimientos) m/p expresa sentirse asustada, expresa intranquilidad, expresa temor. (00148).

Disminuir el miedo ante la situación de salud apoyando continuamente en las necesidades fisiológicas y en la toma de decisiones aumentando la seguridad y esperanza de recuperación del estado de salud.

Nivel de miedo. (1210).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Inquietud.			X		
Preocupación por sucesos vitales.			X		
Temor verbalizado.			X		
Lloros.			X		

1 grave.
 2sustancial.
 3moderado.
 4leve.
 5ninguno.

Apoyo emocional. (5270).

- Comentar la experiencia emocional del paciente.
- Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Permanecer con el paciente y proporcionarle sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Dar esperanza. (5310).

- Ayudar al paciente / familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo la enfermedad del paciente solo como una faceta de la persona.
- Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente.
- Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza.
- Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.

Escucha activa. (4920).

- Mostrar interés al paciente.
- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
- Evitar barreras a la escucha activa.
- Utilizar el silencio / escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

Riesgo de caídas R/C deterioro de la movilidad física.

Prevenir accidentes relacionados a caídas por medio de la utilización de medidas de seguridad disminuyendo así el riesgo de presentar caídas derivas del estado fisiológico o factores ambientales.

Conducta de prevención de caídas. (1909).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Colocación de barreras para prevenir caídas.			X		
Uso de barandillas para agarrarse.				X	
Uso correcto de dispositivos de ayuda.			X		
Adaptación de la altura adecuada de la cama.			X		

1 nunca demostrado.
 2 raramente demostrado.
 3 a veces demostrado.
 4 frecuentemente demostrado.
 5 siempre demostrado.

Manejo ambiente: seguridad. (6483).

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva.
- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- Disponer de dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad del paciente.
- Utilizar los dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.
- Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.
- Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro.

Prevención de caídas. (6490).

- Identificar déficit cognitivo o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Instruir al paciente a que pida ayuda al moverse.
- Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama o baño.
- Colocar la cama mecánica en la posición más baja.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad física.

Impedir la aparición de lesiones cutáneas derivadas de la estancia hospitalaria monitorizando la piel y modificando aquellos factores que contribuyan al deterioro disminuyendo de esta manera la estancia hospitalaria y complicaciones derivadas de una lesión en piel.

Integridad de la piel y membranas mucosas. (1101).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Temperatura de la piel.				X	
Integridad de la piel.				X	
Pigmentación anormal.			X		
Eritema.			X		

1gravemente comprometido.
 2sustancialmente comprometido.
 3moderadamente comprometido.
 4levemente comprometido.
 5no comprometido.

Cambio de posición: intraoperatorio. (0842).

- Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente.
- Comprobar estado neurológico y de la circulación periférica.
- Comprobar la integridad de la piel.
- Utilizar un número adecuado de miembros del personal para la transferencia del paciente.
- Mantener la alineación corporal correcta del paciente.
- Colocar sobre colchón o almohadilla terapéuticos adecuados.
- Colocar material acolchonado en las prominencias óseas.

Prevención de úlceras por presión. (3540).

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo.
- Registrar el estado de la piel al ingreso y luego diario.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Aplicar barreras de protección como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Vigilar fuentes de presión y fricción.
- Aplicar protectores para los talones.
- Girar al paciente inmovilizado por lo menos cada 2

Riesgo de estreñimiento R/C actividad física insuficiente.

Evitar la aparición de estreñimiento derivado de la disminución del motilidad del tracto gastrointestinal aumentando la ingesta de fibra y líquidos.

Eliminación intestinal. (0501).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Patrón de eliminación.				X	
Facilidad de eliminación de las heces.				X	
Ruidos abdominales.				X	
Cantidad de las heces en relación con la dieta.				X	

1gravemente comprometido.
 2sustancialmente comprometido.
 3moderadamente comprometido.
 4levemente comprometido.
 5no comprometido.

Manejo del estreñimiento / impactación. (0450).

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia forma, volumen y color.
- Vigilar la existencia de peristaltismo.
- Identificar los factores que pueden ser causantes del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Fomentar el aumento de ingesta de líquidos.
- Instruir al paciente y familia acerca de la dieta rica en fibra.

Entrenamiento. (0440).

- Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personal relacionado.
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
- Disponer intimidad.
- Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares.

EJECUCIÓN.

Intervención.	Fundamentación.	Registro de actividad realizada.
<p>Cuidados del drenaje torácico. (1872).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que todas las conexiones de los tubos estén firmemente conectadas. • Mantener el recipiente de drenaje por debajo del nivel del pecho. • Observar si hay crepitación alrededor de la zona de inserción del tubo torácico. • Observar y registrar el volumen, coloración y consistencia del drenaje torácico. • Limpiar la zona alrededor del tubo del sistema de drenaje. • Cambiar el vendaje alrededor del tubo cada 48 a 72 horas. • Cambiar el pleurovac cuando sea necesario. <p>Monitorización respiratoria. (3350).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual. • Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las zonas de disminución ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. • Anotar los cambios de saturación de o₂. • Observar si hay disnea sucesos que la empeoran o mejoran. • Instaurar tratamiento de terapia respiratoria cuando sea necesario. 	<p>Proporcionarlos cuidados necesarios que aseguren la correcta evacuación de los fluidos de la cavidad pleural proporciona su reexpansion pulmonar y mejora el patrón respiratorio.¹³</p> <p>La monitorización del aparato respiratorio es imprescindible para el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad causante de cualquier proceso, así como para tomar las decisiones terapéuticas pertinentes. A través de estas mediciones se puede mantener la función pulmonar en condiciones óptimas.¹⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El día 2 enero 2017 se prepara material para instalación de pleurovac. ✓ El día 2 de enero de 2016 se asiste a médicos en la colocación de pleurovac. ✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 se verifica confecciones y funcionalidad del pleurovac. ✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 al inicio y término de turno se vigila que se encuentre señalado la cantidad de líquido drenado. ✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 se coloca señalización en pleurovac de la cantidad de líquido que dreño en el turno. ✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 se monitoriza que el pleurovac se encuentre por debajo del nivel del sitio de inserción. ✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 se mantiene monitorización mediante oximetría de pulso. ✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 se auscultan campos pulmonares. ✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 se proporciona oxigeno suplementario por puntas nasales. ✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 se valora el patrón respiratorio y presencia de dificultad respiratoria. ✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 se observa y registra características y cantidad de líquido drenado. ✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 se valora el sitio de inserción e sonda en búsqueda de signos de infección, eritema o fuga.

<p>Oxigenoterapia. (3320).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar oxígeno suplementario según órdenes. • Vigilar el flujo de litro de oxígeno. • Controlar la eficacia del oxígeno (pulsimetría). • Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno. • Observar si se producen roturas de la piel por el uso de oxígeno. 	<p>Fomentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial, para ello la cantidad de oxígeno en el gas inspirado debe ser tal que su presión parcial en el alvéolo alcance niveles suficientes para saturar completamente la hemoglobina es fundamental para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria, tanto aguda como crónica. Los objetivos principales que llevan a su empleo son tratar o prevenir la hipoxemia, tratar la hipertensión pulmonar y reducir el trabajo respiratorio y miocárdico. Fundamentos de la oxigenoterapia en situaciones agudas y crónicas: indicaciones, métodos, controles y seguimiento.¹⁵</p>	<p>✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 se realiza limpieza de la zona perinserción de sonda.</p>
<p>Cuidados de la tracción /inmovilización. (0940)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocarlo en una correcta alineación corporal. • Vigilar el dispositivo de fijación externo. • Vigilar la piel y las prominencias óseas. • Observar si se produce complicación por la inmovilidad. • Instruir acerca de los cuidados del fijador externo. • Vigilar la circulación, movimiento y sensibilidad. <p>Cuidados del paciente encamado. (0740).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico. • Colocar al paciente en una alineación corporal adecuada. 	<p>El hacer día a día observaciones continuas de la tracción prevenir una nueva caída, así como a evitar lesiones o complicaciones derivadas de la propia fractura o luxación.</p> <p>El reposo prolongado en cama ocasiona rigidez articular, atrofia muscular, problemas cardiocirculatorios, estreñimiento, alteraciones relativas al descanso y sueño complicaciones</p>	<p>✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 al recibimiento de la paciente se vigilan los fijadores externos.</p> <p>✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 se coloca a la paciente en posición alineada.</p> <p>✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 se monitoriza complicaciones derivadas de la movilidad tales como son: integridad de la piel, zonas de presión pulsos de extremidades pélvicas edema en miembros pélvicos y sensibilidad.</p> <p>✓ El día 3 de enero 2017 se coloca colchón terapéutico.</p> <p>✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 se brindó apoyo en las necesidades de la paciente.</p> <p>✓ El día 2, 3, 4,5 y 6 de enero 2017 se ministró medicamentos antitrombóticos como lo es la enoxaparina subcutánea cada 24 horas.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente. • Subir barandillas de la cama. • Aplicar medidas profilácticas antitrombóticas. • Ayudar con las actividades de la vida diaria. <p>Monitorización de las extremidades inferiores. (3480).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinar si en las extremidades inferiores hay presencia de edema. • Examinar si en el pie hay evidencias de presión. • Palpar los pulsos pedios y tibial posterior. • Determinar el tiempo de llenado capilar. 	<p>trombóticas, infecciones hipostáticas en pulmones o vías urinarias y úlceras por presión.</p> <p>La movilización de la extremidad que determina la fractura favorece el estasis venoso por lo que realizar ejercicios de flexión y extensión ayuda a favorecer el retorno venoso, fomentando la circulación colateral y refuerza los músculos de la pantorrilla.¹⁶</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se realizó movilización en bloque. ✓ El día 5 de enero 2017 se asistió a médico en la desinfección de los fijadores externos. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se realiza cambio de la ropa de cama.
<p>Administración de analgesia (2210).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. • Elegir el analgésico o combinación de analgésicos • Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. • Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. • Administrar analgésicos y /o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. 	<p>El dolor ocurre como consecuencia de la irritación ejercida sobre las terminaciones nerviosas sensitivas, por el propio traumatismo y por su exposición al medio ambiente. Es constante y localizado, pero a veces se irradia a zonas próximas mediante reflejos axónicos transmitidos a fibras nerviosas vecinas. Suele persistir hasta que el lecho de la herida se aísla del exterior por la aproximación de sus bordes o por la costra elaborada por coagulación y desecación de la sangre y de los exudados. Si reaparece constituye un síntoma sospechoso de infección.¹⁷</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 Se valora mediante la utilización de la escala Eva la intensidad del dolor. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se registra la intensidad del dolor. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se ministran medicamentos analgésicos como lo son paracetamol, ketorolaco y tramadol. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 después de la ministración de la analgesia se valora efectividad de la misma. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se colocó a la paciente en posición alineada de tal forma que el dolor se viera disminuido. ✓ El día 4 de enero 2017 se valoran factores que aumentan o disminuyen el dolor. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se realiza movilización en bloque con el apoyo de 2 camilleros.

<p>Manejo del dolor (1400).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición/ duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. • Asegurar de que el paciente reciba los cuidados analgésicos. • Determinar el impacto del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, humor relaciones, trabajo y responsabilidad de rol. • Explorar con el paciente los factores que alivian / empeoran el dolor. • Enseñar los principios de control de dolor. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. 	<p>La intensidad del dolor depende de varias circunstancias: de la localización, del traumatismo, en función de la mayor inervación sensitiva, de la forma del agente traumático y en consecuencia la variedad de herida por determinadas circunstancias personales de índoles psicológicas e incluso neurológicas.</p> <p>Mediante la administración de un medicamento se lograr una acción específica, ya sea con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos. Los analgésicos son medicinas que reducen o alivian los dolores.</p> <p>La base del tratamiento analgésico son los opioides. Se emplean fundamentalmente morfina, meperidina y fentanilo; este tipo especial de pacientes requiere dosis muy elevadas de analgésicos</p>	
<p>Manejo ambiental: confort (6482).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima. • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. • Determinar las fuentes de comodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores irritantes. • Colocar a l paciente de forma que se facilite la comodidad. • Evitar exponer la piel o mucosas a factores irritantes 	<p>El dolor no solo limita la capacidad física del individuo; la sensación de impotencia y muchas veces de frustración, reflejadas en la actividad física, emocional y espiritual disminuida, el manejo del dolor revela la influencia directa en la de calidad de vida y de la autoestima de los paciente.</p> <p>Las emociones que suelen aparecer de manera concomitante con el dolor son la ansiedad, el miedo y la depresión, lo cual enfatiza la importancia de prestar apoyo psicológico y manejo del entorno, en especial después de intervenciones agresivas y/o de pronóstico vital incierto.¹⁸</p>	

<p>Ayuda con los autocuidados: aseo (1804).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesita. • Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación. • Ayudar al paciente en el aseo después de la eliminación. • Disponer de intimidad durante la eliminación. • Tirar la cadera/ limpiar el utensilio de la eliminación. • Controlar la integridad cutánea del paciente. 	<p>El paciente con fractura de cadera tiene actividad limitada y su movilidad disminuida debido a la intervención quirúrgica y al dolor. De momento la paciente se encuentra encamada hasta la valoración por los médicos, siendo dependiente en este momento para todos los autocuidados de la vida diaria, excepto para la alimentación.¹⁵</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se proporcionaba el cómodo para eliminación intestinal. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se proporciona apoyo para limpieza después de la eliminación intestinal. ✓ El día 3 de enero del 2017 se enseña a la paciente la forma correcta de higienizarse genitales después de la eliminación intestinal. ✓ El día 4 de enero 2017 se enseña a familiar como debe de apoyar a su paciente en la colocación de cómodo y limpieza. ✓ El día 4 y 6 de enero 2017 se anotan características de eliminación intestinal.
<p>Ayuda con los autocuidados: baño / higiene. (1801).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesita. • Proporcionar los objetos personales deseados (cepillo de dientes, jabón, shampoo, loción desodorante). • Facilitar que el paciente se cepille los dientes. • Controlar la integridad cutánea del paciente. • Fomentar la participación de los familiares en los rituales habituales del aseo. • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir su autocuidado. <p>Baño. (1610).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la ducha de silla, bañera, baño de pie o de asiento. • Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable. • Ayudar a las medidas de higiene. • Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas. • Inspeccionar el estado de la piel durante el baño. 	<p>El paciente con fractura de cadera tiene actividad limitada y su movilidad disminuida debido a la intervención quirúrgica y al dolor. De momento la paciente se encuentra encamada hasta la valoración por los médicos, por lo que el aseo se le realiza en la cama con ayuda del personal de enfermería. Siendo dependiente en este momento para todos los autocuidados de la vida diaria, excepto para la alimentación.¹⁹</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se mantiene seca perfectamente la piel. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se humecta piel. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se facilitan objetos personales para la higiene bucal después de la comida o a la hora del baño. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se proporcionan las facilidades para realización de manos antes después de comer. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se proporcionaba intimidad a la hora del baño. ✓ El día 4 y 6 de enero 2017 se realiza baño de esponja con agua a la temperatura deseada por la paciente. ✓ El día 6 de enero de 2017 mientras se bañaba se inspecciona la piel y coloca gel protector. ✓ El día 5 de enero 2017 se realiza baño parcial. ✓ El día 6 de enero de 2017 se solicita la colaboración del familiar en el aseo corporal.

<p>Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal. (1802).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar. • Estar disponible para ayudar en el vestir. • Facilitar el peinado del paciente. • Mantener la intimidad mientras el paciente se viste. • Ayudar a los cordones, botones. • Reafirmar los esfuerzos por vestirse así mismo. 	<p>El paciente con fractura de cadera tiene actividad limitada y su movilidad disminuida debido a la intervención quirúrgica y al dolor. De momento la paciente se encuentra encamada hasta la valoración por los médicos, siendo dependiente en este momento para todos los autocuidados de la vida diaria, excepto para la alimentación.¹⁵</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se cambiaba bata. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se proporcionaba ayuda para el cambio de prenda de vestir. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se brinda intimidad a la hora del cambio de vestimenta. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se invita a la paciente a participar en su vestimenta. ✓ El día 6 de enero 2017 se orienta a familiar sobre las prendas a utilizar en domicilio.
<p>Manejo ambiental: confort. (6482).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. • Proporcionar un ambiente limpio y seguro. • Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes. • Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona. • Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos. 	<p>Los enfermos requieren de un período mayor de sueño porque necesitan concentraciones mayores de hormona del crecimiento para que haya reparación tisular.</p> <p>El patrón normal de sueño se ve alterado por el ingreso en un hospital que en general no va a proporcionar el descanso necesario y constituye una alteración que repercute en la terapéutica del paciente. Cuando consideramos todos los factores tanto internos (enfermedad) como externos (ruidos, luces, compañeros de habitación...) que repercuten negativamente sobre el descanso y sueño del paciente hospitalizado. El profesional de Enfermería debe minimizar dichos factores para que los pacientes no modifiquen su patrón de sueño habitual y de esta manera facilitarles el descanso nocturno.²⁰</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se brinda ambiente tranquilo limpio y seguro. ✓ El día 3 de enero 2017 se interroga sobre posibles factores que alteren la tranquilidad y sueño como lo son ropa de cama, ruido, luz, temperatura, posición corporal. ✓ El día 3 de enero 2017 se interroga sobre las horas de sueño antes y después de la hospitalización. ✓ El día 3 de enero 2017 se registran las horas que duerme al día y el estado físico ante la alteración del patrón del sueño. ✓ El día 4 de enero 2017 se modificaron los factores externos que dificultan la conciliación del sueño por ejemplo, se proporciona cobertor para mejorar la temperatura, se colocan almohadas para mejorar la postura. ✓ El día 4 de enero 2017 se sugiere la utilización de googles para que la luz no moleste a la hora de dormir.

<p>Mejorar el sueño. (1850).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el esquema de sueño del paciente. • Explicar la importancia del sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés. • Observar y registrar el número de horas de sueño del paciente. • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón, cama) para favorecer el sueño. • Ayudar a eliminar las situaciones de estrés antes de irse a la cama. • Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia. • Comentar con el paciente y familia técnicas favorecedoras del sueño. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ El día 4, 5 y 6 de enero 2017 se sugiere limitación del sueño durante el día mediante la realización de una pequeña actividad de su agrado como lecturas, escuchar música, o resolución de acertijos.
<p>Apoyo emocional. (5270).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional del paciente. • Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones. • Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. • Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena. • Permanecer con el paciente y proporcionarle sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. 	<p>La persona durante el proceso de hospitalización atraviesa una crisis situacional, dado que la enfermedad enfrenta al hombre al desvalimiento, al sufrimiento, a la vulnerabilidad y a la amenaza de muerte. La salud emocional es de vital importancia para lograr la armonía y el equilibrio que se requiere para obtener una adecuada calidad de vida.²¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se brindó apoyo en la toma de decisiones. ✓ El día 4 de enero 2017 se brinda seguridad y confianza para la resolución de problemas o dudas relacionada al padecimiento de salud. ✓ El día 5 de enero 2017 se dialoga con la paciente acerca de situaciones estresantes que propicien el temor referido. ✓ El día 5 de enero 2017 se sugiere la cercanía a sus creencias religiosas para sentirse tranquila y disminuya el miedo. ✓ El día 5 de enero 2017 se informa al familiar y paciente el procedimiento de recuperación y la importancia de tener esperanza, fe, paciencia y llevar acabo toda la terapéutica como se indique.

<p>Dar esperanza. (5310).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente / familia a identificar las áreas de esperanza en la vida. • Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo la enfermedad del paciente solo como una faceta de la persona. • Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente. • Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza. • Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible. <p>Escucha activa. (4920).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar interés al paciente. • Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. • Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones. • Evitar barreras a la escucha activa. • Utilizar el silencio / escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones. 	<p>El sufrimiento espiritual nos hace perder nuestra fuerza, esperanza, dudar acerca de nuestros valores y creencias, dificulta la interacción familiar y con el entorno. Por lo tanto es importante propiciar el bienestar espiritual; cuando un individuo logra conectar sus creencias con un ser superior los beneficios para la salud pueden ser altos ya que hay una interconexión entre mente, espíritu y cuerpo, por lo que las creencias y expectativas de la persona puede tener efectos sobre el bienestar de la misma.²²</p>	<p>✓ El día 6 de enero 2017 se proporciona espacio para escuchar a la paciente y proporcionarle sugerencias aclarar ultimas dudas y brindar esperanza.</p>
<p>Manejo ambiente: seguridad. (6483).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva. • Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente. • Eliminar los factores de peligro del ambiente. • Disponer de dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad del paciente. • Utilizar los dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas. 	<p>La ausencia de riesgos ambientales reduce la posibilidad de lesiones y aumenta la motivación para la movilización, así mismo</p> <p>Disminuir o controlar los riesgos ambientales existentes para ayudar en la motivación de la paciente mejora la movilización y prevenir las caídas o lesiones.</p>	<p>✓ El día 2 de enero 2017 se valoran los posibles factores que pudieran llegar a causar una caída en la paciente.</p> <p>✓ El día 2 de enero del 2017 se coloca tarjeta de señalización sobre el alto riesgo de caídas que presenta la paciente así mismo se coloca listón rojo en la pulsera identificando de igualmente el alto riesgo de caídas.</p> <p>✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se valora al inicio del turno el estado de conciencia.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente. • Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro. <p>Prevención de caídas. (6490).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficit cognitivo o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. • Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso. • Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. • Instruir al paciente a que pida ayuda al moverse. • Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama o baño. • Colocar la cama mecánica en la posición más baja. 	<p>Las caídas generan un daño adicional para el paciente, pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y en algunos casos la muerte, tienen diferentes repercusiones como lo son aspectos físicos, Psicológicos y sociales, por ello es de suma importancia fomentar medidas técnicas que eliminen los factores que posibilitan las caídas.²³</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se vigila que la cama se encuentre a la altura mínima posible. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se vigila que la cama permanezca con los barandales elevados. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se colocaba al alcance de la paciente el dispositivo para solicitar ayuda en caso de ser necesario. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se colocan los objetos personales al alcance de la paciente cuando el familiar no se encontraba para apoyarla.
<p>Cambio de posición: intraoperatorio. (0842).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente. • Comprobar estado neurológico y de la circulación periférica. • Comprobar la integridad de la piel. • Utilizar un número adecuado de miembros del personal para la transferencia del paciente. • Mantener la alineación corporal correcta del paciente. • Colocar sobre colchón o almohadilla terapéuticos adecuados. • Colocar material acolchonado en las prominencias óseas. 	<p>Los cambios posturales son el mejor mecanismo para eliminar la presión. Se realizaran cada 2 o 3 horas en el paciente encamado. Se alternará decúbito dorsal, lateral derecho o izquierdo y ventral (si es posible), esto le ayuda a la piel a mantenerse saludable y prevenir escaras de decúbito.²⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El día 2 d enero de 2017 se valora el margen de movimientos corporales de la paciente. ✓ El día 2 de enero 2017 se coloca colchón terapéutico para la prevención de úlceras. ✓ El día 2 de enero 2017 se coloca en la cabecera reloj sobre el cambio de posiciones. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se colocan almohadillas en prominencias óseas. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se valoraba el estado neurovascular principalmente de las extremidades pélvicas. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se monitorizaba llenado capilar y presencia de edema y se registraba. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se mantenía alineada correctamente a al paciente.

<p>Prevención de úlceras por presión. (3540).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo. • Registrar el estado de la piel al ingreso y luego diario. • Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. • Aplicar barreras de protección como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad. • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. • Vigilar fuentes de presión y fricción. • Aplicar protectores para los talones. • Girar al paciente inmovilizado por lo menos cada 2 	<p>Observar minuciosamente la piel, mantener la piel seca y limpia, usar jabones con pH neutro, secado correcto de la piel, mantener la ropa de la cama seca y sin arrugas, evitar la ropa nueva, evitar angulación de la cama respecto al plano horizontal, tienen como objetivo mantener y proveer tolerancia tisular a la presión en los individuos a riesgo de desarrollar úlceras por presión, para prevenir lesiones.²⁵</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se monitoriza la piel principalmente de las prominencias óseas en búsqueda de zonas de presión o lesiones cutáneas y se registraban los hallazgos. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se colocaba protector cutáneo en zona de sacro. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se mantiene la ropa de cama seca limpia y libre de arrugas. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se mantiene piel seca que hidratada. ✓ El día 3 de enero 2017 se apósitos en talones así como vendaje para favorecer la circulación.
<p>Manejo del estreñimiento / impactación. (0450).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. • Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia forma, volumen y color. • Vigilar la existencia de peristaltismo. • Identificar los factores que pueden ser causantes del estreñimiento o que contribuyan al mismo. • Fomentar el aumento de ingesta de líquidos. • Instruir al paciente y familia acerca de la dieta rica en fibra. 	<p>La actividad intestinal estimula el peristaltismo, lo que facilita el movimiento de quimo por el colon. Los músculos abdominales y pélvicos débiles a menudo no aumentan eficazmente la presión intrabdominal durante la defecación. Los músculos débiles son consecuencia de la falta de ejercicio, la inmovilidad o el deterioro de las funciones neurológicas. Los pacientes encamados a menudo tienen estreñimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El día 2 de enero de 2017 se interroga acerca de los hábitos de eliminación intestinal. ✓ El día 3, 4, 5 de enero 2017 se auscultan movimientos peristálticos. ✓ El día 4 de enero 2016 se informa al familiar sobre la importancia de aumentar el consumo de fibra y líquidos para prevenir el estreñimiento debido a la inmovilidad. ✓ El día 4, 5 y 6 de enero 2017 se aumenta la ingesta de líquidos. ✓ El día 2, 3, 4, 5 y 6 de enero 2017 se proporciona intimidad para la eliminación intestinal anotando características de la misma.

Entrenamiento. (0440).

- Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personal relacionado.
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
- Disponer intimidad.
- Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares.

Al tratar el deterioro de la movilidad contribuimos a reducir el riesgo de estreñimiento, el riesgo de pérdida de la integridad cutánea y el riesgo de síndrome de desuso, ya que todos esos riesgos se deben a la inmovilidad de la paciente.²⁶

EVALUACIÓN.

Objetivos.	Intervención.	Logro de los objetivos.																														
<p>Reducir la dificultad respiratoria mediante oxigenoterapia y oximetría logrando así un aporte adecuado de oxígeno en los tejidos.</p> <p>Estado respiratorio: ventilación. (0403).</p> <table border="1" data-bbox="233 659 602 1108"> <thead> <tr> <th>INDICADOR.</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Profundidad de la respiración.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ruidos de percusión.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hallazgos en la radiografía de tórax.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Disnea de esfuerzo.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>1 desviación grave del rango normal. 2 desviación sustancial del rango normal. 3 desviación moderada del rango normal. 4 desviación leve del rango normal. 5 sin desviación del rango normal.</p>	INDICADOR.	1	2	3	4	5	Profundidad de la respiración.			X			Ruidos de percusión.			X			Hallazgos en la radiografía de tórax.			X			Disnea de esfuerzo.			X			<p>Cuidados del drenaje torácico. (1872).</p> <ul style="list-style-type: none"> Asegurar que todas las conexiones de los tubos estén firmemente conectadas. Mantener el recipiente de drenaje por debajo del nivel del pecho. Observar si hay crepitación alrededor de la zona de inserción del tubo torácico. Observar y registrar el volumen, coloración y consistencia del drenaje torácico. Limpiar la zona alrededor del tubo del sistema de drenaje. Cambiar el vendaje alrededor del tubo cada 48 a 72 horas. Cambiar el pleurovac cuando sea necesario. <p>Monitorización respiratoria. (3350).</p> <ul style="list-style-type: none"> Vigilar la frecuencia ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual. Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las zonas de disminución ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. Anotar los cambios de saturación de o₂. Observar si hay disnea sucesos que la empeoran o mejoran. Instaurar tratamiento de terapia respiratoria cuando sea necesario. <p>Oxigenoterapia. (3320).</p> <ul style="list-style-type: none"> Administrar oxígeno suplementario según órdenes. Vigilar el flujo de litro de oxígeno. Controlar la eficacia del oxígeno (pulsimetría). Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno. Observar si se producen roturas de la piel por el uso de oxígeno. 	<p>Si se cumple con el objetivo ya que se retiró pleurovac debido a la mejoría en la expansión pulmonar y se retira oxigenoterapia manteniendo la saturación de oxígeno en 93-96%.</p>
INDICADOR.	1	2	3	4	5																											
Profundidad de la respiración.			X																													
Ruidos de percusión.			X																													
Hallazgos en la radiografía de tórax.			X																													
Disnea de esfuerzo.			X																													

Mejorar la movilidad de articulaciones y músculos mediante la realización de movimientos pasivos favoreciendo la circulación.

Movilidad (0208).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Movimiento muscular.			X		
Movimiento articular.			X		
Ambulación.	X				
Se mueve con facilidad.			x		

1gravemente comprometido.
 2sustancialmente comprometido.
 3moderadamente comprometido.
 4levemente comprometido.
 5no comprometido.

Cuidados de la tracción /inmovilización. (0940)

- Colocarlo en una correcta alineación corporal.
- Vigilar el dispositivo de fijación externo.
- Vigilar la piel y las prominencias óseas.
- Observar si se produce complicación por la inmovilidad.
- Instruir acerca de los cuidados del fijador externo.
- Vigilar la circulación, movimiento y sensibilidad.

Cuidados del paciente encamado. (0740).

- Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico.
- Colocar al paciente en una alineación corporal adecuada.
- Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente.
- Subir barandillas de la cama.
- Aplicar medidas profilácticas antitrombolicas.
- Ayudar con las actividades de la vida diaria.

Monitorización de las extremidades inferiores. (3480).

- Examinar si en las extremidades inferiores hay presencia de edema.
- Examinar si en el pie hay evidencias de presión.
- Palpar los pulsos pedio y tibial posterior.
- Determinar el tiempo de llenado capilar.

No se cumple con el objetivo ya que la paciente continúa con los fijadores externos y para que se pueda recuperar la movilidad de tiempo se necesita de tiempo prolongado y de la asistencia a rehabilitación, sin embargo se logra la mínima movilidad en las articulaciones del pie y rodilla.

Disminuir los episodios de dolor mediante la administración de analgésicos y manejo ambiental aliviando la sintomatología desencadenante del mismo.

Nivel del dolor. (2102).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Expresión de dolor.		X			
Dolor referido.		X			
Expresión facial de dolor.		X			
Muecas de dolor.		X			
Irritabilidad.		X			

1 grave.
2sustancial.
3moderado.
4leve.
5ninguno.

Administración de analgesia (2210).

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos
- Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Administrar analgésicos y /o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.

Manejo del dolor (1400).

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición/ duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Asegurar de que el paciente reciba los cuidados analgésicos.
- Determinar el impacto del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, humor relaciones, trabajo y responsabilidad de rol.
- Explorar con el paciente los factores que alivian / empeoran el dolor.
- Enseñar los principios de control de dolor.
- Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.

Manejo ambiental: confort (6482).

- Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Determinar las fuentes de comodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores irritantes.
- Colocar a la paciente de forma que se facilite la comodidad.
- Evitar exponer la piel o mucosas a factores irritantes

Se cumple con el objetivo puesto que la paciente refiere disminución de los episodios del dolor refiriendo 6 puntos en escala de Eva donde la puntuación inicial era 10.

Contribuir en la utilización del cómodo y limpieza genital brindándole seguridad y confianza consiguiendo así el autocuidado en la eliminación intestinal.

Autocuidado: uso del inodoro (0310).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Se coloca en el inodoro u orinal.	X				
Se limpia después de orinar o defecar.		X			
Se levanta del inodoro u orinal.		X			
Se ajusta la ropa después de usar el inodoro.			X		

1gravemente comprometido.
2sustancialmente comprometido.
3moderadamente comprometido.
4levemente comprometido.
5no comprometido.

Ayuda con los autocuidados: aseo (1804).

- Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesita.
- Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.
- Ayudar al paciente en el aseo después de la eliminación.
- Disponer de intimidad durante la eliminación.
- Tirar la cadera/ limpiar el utensilio de la eliminación.
- Controlar la integridad cutánea del paciente.

Si se cumple con el objetivo ya pues la paciente después de la orientación logra realizar el aseo genital por sí mismo y contribuye sola en la colocación del cómodo.

Lograr la colaboración de la paciente y familiar en el aseo corporal induciendo en la participación diaria del baño para su realización adecuada en su domicilio.

Autocuidado: baño (0301).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Se baña en la bañera.	X				
Se lava la cara.			X		
Se lava la parte superior del cuerpo.			X		
Se lava la parte inferior del cuerpo.	X				
Seca el cuerpo.	X				

1gravemente comprometido.
2sustancialmente comprometido.
3moderadamente comprometido.
4levemente comprometido.
5no comprometido.

Ayuda con los autocuidados: baño / higiene. (1801).

- Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesita.
- Proporcionar los objetos personales deseados (cepillo de dientes, jabón, shampoo, loción desodorante).
- Facilitar que el paciente se cepille los dientes.
- Controlar la integridad cutánea del paciente.
- Fomentar la participación de los familiares en los rituales habituales del aseo.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir su autocuidado.

Baño. (1610).

- Ayudar a la ducha de silla, bañera, baño de pie o de asiento.
- Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.
- Ayudar a las medidas de higiene.
- Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas.
- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.

Se cumple con el 100% de los objetivos ya que aunque se seguí teniendo la limitación física la paciente contribuyo el aseo corporal de la parte superior del cuerpo colaborando en el baño de esponja o parcial que se le realizaba a diario.

Animar a la paciente en la colaboración de su vestimenta apoyándola diariamente en la misma logrando la colocación de prendas de vestir por sí sola.

Autocuidado: vestir. (0302).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Se pone la ropa de la parte superior del cuerpo.	X				
Se pone la ropa de la parte inferior del cuerpo	X				
Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo.	X				
Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo	X				

1gravemente comprometido.
 2sustancialmente comprometido.
 3moderadamente comprometido.
 4levemente comprometido.
 5no comprometido.

Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal. (1802).

- Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.
- Estar disponible para ayudar en el vestir.
- Facilitar el peinado del paciente.
- Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.
- Ayudar a los cordones, botones.
- Reafirmar los esfuerzos por vestirse así mismo.

No se logró cumplir con el objetivo ya que la paciente no pudo vestirse por sí misma ya que presentaba mucha incomodidad incluso dolor al intentar contribuir en su vestimenta.

Mejorar el patrón del sueño mediante el manejo de factores internos y externos que lo modifique, aumentando así el estado vigilia.

Sueño. (0004).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Horas de sueño.					
Calidad del sueño.					
Duerme toda la noche.					
Dificultad para conciliar el sueño.					
Sueño interrumpido.					

1gravemente comprometido.
 2sustancialmente comprometido.
 3moderadamente comprometido.
 4levemente comprometido.
 5no comprometido.

Manejo ambiental: confort. (6482).

- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
- Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona.
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.

Mejorar el sueño. (1850).

- Determinar el esquema de sueño del paciente.
- Explicar la importancia del sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés.
- Observar y registrar el número de horas de sueño del paciente.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón, cama) para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones de estrés antes de irse a la cama.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.

Se logra el 100% del objetivo ya que después del manejo de factores externos causantes de la interrupción del sueño la paciente refiere sentirse aumento en su estado de vigilia inclusive se observa más activa.

Disminuir el miedo ante la situación de salud apoyando continuamente en las necesidades fisiológicas y en la toma de decisiones aumentando la seguridad y esperanza de recuperación del estado de salud.

Nivel de miedo. (1210).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Inquietud.			X		
Preocupación por sucesos vitales.			X		
Temor verbalizado.			X		
Lloros.			X		

1 grave.
2sustancial.
3moderado.
4leve.
5ninguno.

Apoyo emocional. (5270).

- Comentar la experiencia emocional del paciente.
- Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Permanecer con el paciente y proporcionarle sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Dar esperanza. (5310).

- Ayudar al paciente / familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo la enfermedad del paciente solo como una faceta de la persona.
- Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente.
- Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza.
- Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.

Escucha activa. (4920).

- Mostrar interés al paciente.
- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
- Evitar barreras a la escucha activa.
- Utilizar el silencio / escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

Si se cumple con el objetivo ya que a pesar de que la paciente continuaba con temor a la terapéutica manifestaba estar más tranquila y con la esperanza de que mejorar el estado de salud sin importar el tiempo que esto conllevara.

Prevenir accidentes relacionados a caídas por medio de la utilización de medidas de seguridad disminuyendo así el riesgo de presentar caídas derivas del estado fisiológico o factores ambientales.

Conducta de prevención de caídas. (1909).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Colocación de barreras para prevenir caídas.			X		
Uso de barandillas para agarrarse.				X	
Uso correcto de dispositivos de ayuda.			X		
Adaptación de la altura adecuada de la cama.			X		

1 nunca demostrado.
2 raramente demostrado.
3 a veces demostrado.
4 frecuentemente demostrado.
5 siempre demostrado.

Manejo ambiente: seguridad. (6483).

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva.
- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- Disponer de dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad del paciente.
- Utilizar los dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.
- Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.
- Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro.

Prevención de caídas. (6490).

- Identificar déficit cognitivo o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Instruir al paciente a que pida ayuda al moverse.
- Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama o baño.
- Colocar la cama mecánica en la posición más baja.

Si se logra llevar a cabo con el objetivo ya que durante la estancia hospitalaria la paciente no presento ningún tipo de accidente relacionado a una caída.

Impedir la aparición de lesiones cutáneas derivadas de la estancia hospitalaria monitorizando la piel y modificando aquellos factores que contribuyan al deterioro disminuyendo de esta manera la estancia hospitalaria y complicaciones derivadas de una lesión en piel.

Integridad de la piel y membranas mucosas. (1101).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Temperatura de la piel.				X	
Integridad de la piel.				X	
Pigmentación anormal.			X		
Eritema.			X		

1 gravemente comprometido.
2 sustancialmente comprometido.
3 moderadamente comprometido.
4 levemente comprometido.
5 no comprometido.

Cambio de posición: intraoperatorio. (0842).

- Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente.
- Comprobar estado neurológico y de la circulación periférica.
- Comprobar la integridad de la piel.
- Utilizar un número adecuado de miembros del personal para la transferencia del paciente.
- Mantener la alineación corporal correcta del paciente.
- Colocar sobre colchón o almohadilla terapéuticos adecuados.
- Colocar material acolchonado en las prominencias óseas.

Prevención de úlceras por presión. (3540).

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo.
- Registrar el estado de la piel al ingreso y luego diario.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Aplicar barreras de protección como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Vigilar fuentes de presión y fricción.
- Aplicar protectores para los talones.
- Girar al paciente inmovilizado por lo menos cada 2.

Se cumple con el objetivo pues durante la hospitalización no se detectó pérdida de la integridad cutánea y a pesar de que se iniciaba con la presencia de zona de presión en los talones con las intervenciones impidió algún tipo de lesión.

Evitar la aparición de estreñimiento derivado de la disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal aumentando la ingesta de fibra y líquidos.

Eliminación intestinal. (0501).

INDICADOR.	1	2	3	4	5
Patrón de eliminación.				X	
Facilidad de eliminación de las heces.				X	
Ruidos abdominales.				X	
Cantidad de las heces en relación con la dieta.				X	

1gravemente comprometido.
 2sustancialmente comprometido.
 3moderadamente comprometido.
 4levemente comprometido.
 5no comprometido.

Manejo del estreñimiento / impactación. (0450).

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia forma, volumen y color.
- Vigilar la existencia de peristaltismo.
- Identificar los factores que pueden ser causantes del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Fomentar el aumento de ingesta de líquidos.
- Instruir al paciente y familia acerca de la dieta rica en fibra.

Entrenamiento. (0440).

- Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personal relacionado.
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
- Disponer intimidad.
- Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares.

Si se logra el objetivo ya que a pesar de la inmovilidad y de los cambios en la motilidad intestinal no se tuvo la presencia de síntomas de estreñimiento.

Patrón.	Nivel de dependencia.
Actividad/Ejercicio.	Independiente.
Actividad/Ejercicio.	Totalmente dependiente.
Cognitivo/perceptual.	Independiente.
Actividad/Ejercicio.	Parcialmente dependiente.
Actividad/Ejercicio.	Parcialmente dependiente.
Actividad/Ejercicio.	Totalmente dependiente.
Reposo / sueño.	Independiente.
Afrontamiento/ tolerancia al estrés.	Independiente.
Actividad/Ejercicio.	Independiente.
Nutricional / metabólico.	Independiente.
Eliminación.	Independiente.

CONCLUSIÓN.

Durante la estancia en el servicio de Cirugía General se le brindaron cuidados específicos a la señora María , con el objetivo de mejorar su estado general de salud, ya que este se encontraba muy deteriorado debido a la caída de 1.5 metros que presento. Sin embargo a pesar de que se implementaron intervenciones específicas, debido a que el tiempo que se permaneció con la paciente fue muy corto, no se logró cumplir al 100% con los objetivos planteados en el inicio sin embargo se logró mantener estable y con la puntuación diana inicial con la que se encontró al paciente, esperando que en los próximos días se obtenga mejoría de seguir con los cuidados pertinentes tal cual se indicaron en el alta hospitalaria.

En el contexto de la disciplina de enfermería, las intervenciones que realiza el profesional son esenciales para el paciente hospitalizado por fractura de cadera, las cuales parten de la valoración y el diagnostico enfermero con la finalidad de tratar respuestas humanas a problemas de salud reales y potenciales, así como controlar y prevenir riesgos fomentando con ello la seguridad.

Es por ello que para prestar cuidados con calidad es necesario considerar el trabajo colaborativo y una buena comunicación; así como la coordinación entre los miembros del equipo de salud lo cual es fundamental para la continuidad a los cuidados, así como para alcanzar la calidad en la atención otorgada.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Smeltzer, Bare. Enfermería Médico-Quirúrgica (Volumen II). 9o Edición; Editorial Mc Graw Hill; 2002.
2. Ruiz del P. Ma J., Hazañas R. Silvia Fracturas: conceptos generales y tratamiento (internet), México, (consultado 3 enero 2017), disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/fractgen.pdf>.
3. Lewis, SM y cols: Enfermería Médico-Quirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos (Volumen I y II) 6o Edición. Madrid: Elsevier- Mostdy; 2004.
4. Cebrián J. Gil, Traumatismo pélvico, renal y genitourinario, McGraw-Hill, México, 2012. p. 315-318.
5. Baggish, Atlas de anatomía de la pelvis y cirugía ginecológica, 2ª edición, Médica Panamericana, 2009, pag.5-10
6. *González R. Juan A.* Complejo Científico Ortopédico Internacional (internet) panamericana, La Habana, Cuba, 2005 (citado 3 enero 2017), disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ort/v19n2/ort14205.pdf>.
7. SALAZAR H. Y., Proceso de Atención de Enfermería, (internet), México, (consultado 3 enero 2017), disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>.
8. Álvarez S. J. L., Castillo A. F., Manual de valoración de los patrones funcionales, Junio 2010, (internet), (consultado 3 enero 2017), disponible en: <http://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>.
9. Bulecheck M; Butcher K; Dochterman J “Clasificación de Intervenciones de Enfermería: NIC”. 5º Edición.España. Elsevier Mosby. (2009).

10. Herdman Heather T. "Diagnósticos enfermeros: NANDA". 5° Edición. España. El sevier. (2009-2011).
11. Moorhead S; Johnson M; Maas M; Swanson E. "Clasificación de Resultados de Enfermería: NOC". 4° Edición. España. El sevier Mosby. (2009).
12. Intervenciones de enfermería en la atención del adulto mayor con fractura de cadera, México, instituto mexicano del seguro social, 2013 (internet), consultado 25-01-17, disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/603GER.pdf>.
13. Campos Garazo, María, Castellanos Ruiz, M^a Teresa, cuidados del paciente con drenaje torácico internet disponible en: <http://www.enferurg.com/protocoloschus/1001.pdf>.
14. M. Pérez y J. Mancebo. Monitorización, Med. Intensiva vol.30 no.9 dic. 2006. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000900004.
15. Luna Paredes MC, Asensio de la Cruz O, Cortell Aznar I, Martínez Carrasco MC, Barrio Gómez de Agüero MI, Pérez Ruiz E, Pérez Frías J; Grupo de Técnicas de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica.
16. Edgar Lopategui, Movilidad articular y flexibilidad (internet), consultado mayo 2015, disponible en: http://www.saludmed.com/DiagLesiones/PPT/Movilidad_Articular.pdf.
17. Fernández F. Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados, (internet), consultado febrero 2016, disponible en: <http://www.chospab.es/protocolosenfermeria/documentos/c9e0ccd83a8755e519aa596e01285796.pdf>.
18. Valverde Salas G., el manejo del dolor y el cuidado paliativo, (internet), consultado febrero 2016, disponible en: <http://www.binass.sa.cr/revistas/ts/64/art4.htm>.
19. Sevilla Cristina M., Plan de cuidados de fractura de cadera, (internet), consultado 25-01-17, disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/viewFile/908/92>.

20. Carrillo B.M B., González C. C., alteración del sueño, (internet), consultado 25-01-17, disponible en: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%206/altsue%C3%B1o6.htm>.
21. Contreras R. E. G., Precisando el concepto de apoyo emocional en el quehacer de enfermería, (internet) consultado 23-01-17, disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/502/1/ContrerCo_re.pdf.
22. Avila S. G. M., Casique C. L. , Diagnóstico y Cuidado Enfermero en el Sufrimiento Espiritual, (internet), consultado 23-01-17, disponible en : <http://www.index-f.com/dce/15pdf/15-231-0506.pdf>.
23. Intervenciones de enfermería en la atención del adulto mayor con fractura de cadera, México, instituto mexicano del seguro social, 2013 (internet), consultado 25-01-17, disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/603GER.pdf>.
24. Cristina Quesada Ramos, prevención y cuidado de las úlceras por presión (internet), consultado mayo 2015, disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo20/capitulo20.htm>.
25. Guía de intervención de enfermería basada en la evidencia científica para la prevención de las úlceras por presión en personas adultas hospitalizadas (internet), consultado mayo 2015, disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0028.pdf>
26. Intervenciones de enfermería en la atención del adulto mayor con fractura de cadera, México, instituto mexicano del seguro social, 2013 (internet), consultado 25-01-17, disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/603GER.pdf>.

ANEXOS





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
ENFERMERÍA EN LA SALUD DEL ADULTO



**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO CON BASE A LOS PATRONES
FUNCIONALES DE SALUD.**

DATOS GENERALES

Datos biográficos e institucionales

Nombre: Fecha: Fecha de ingreso:
 Edo civil: Edad: Género:
 Religión Ocupación: Escolaridad:
 Domicilio:

Teléfono: Ingreso económico mensual:
 Servicio de salud MSS ISSSTE SS OTRO Especificar:
 Servicio:
 Motivo de la visita o principal problema:
 Diagnóstico médico:

ANTECEDENTES

Enfermedades anteriores:
 Antecedentes heredofamiliares:
 Padecimiento actual:

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD.

PATRÓN MANTENIMIENTO/ PERCEPCIÓN DE LA SALUD.

Servicios públicos con los que cuenta la comunidad Especificar:
 Servicios con los que cuenta la casa habitación Especificar:
 Características higiénicas de la vivienda Especificar:
 Hábitos higiénicos que practica el usuario en el hogar Especificar:

Contacto con enfermos infectados Si No Especificar:
 Contacto con animales domésticos Si No Especificar:
 Hacinamiento en el hogar Si No
 Existencia de factores de riesgo
 Comunidad Si No Especificar:
 Hogar. Si No Especificar:
 Trabajo. Si No Especificar:

PATRÓN MANTENIMIENTO /PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Existencia de alteraciones físicas o mentales en el usuario que puedan desencadenar un accidente.
 Si No Especificar:

Percepción de su estado de salud habitual Especificar:

Interés del usuario por su estado de salud Sí No Especificar:

Asistencia periódica al médico Sí No Especificar:

Tratamiento médico Sí No Especificar:

Seguimiento del tratamiento médico Sí No Especificar:

Existencia de automedicación Sí No Especificar:

Realiza cuidados para conservar y recuperar la salud. Sí No Especificar:

Esquema de vacunación completo Sí No Especificar:

Existencia de algún tipo de alergias: Sí No Especificar:

Existencia toxicomanías: Sí No Especificar:

PATRÓN NUTRICIONAL- METABÓLICO

Estado físico actual

Peso: Talla perímetros: Cefálico: Torácico: Abdominal:
Temperatura corporal: Glicemia capilar:

Características de:

Piel:

Características lesión	ulcera	herida	Quemadura
Estadio/ tipo.			
Localización.			
características			

Cabello:

Uñas:

Mucosas:

Dentadura:

Indicios:

Anorexia Náuseas Vómito Pirosis Regurgitaciones

Polifagia Disfagia Edema Especificar: prurito en pies.

Dolor gastro intestinal Especificar localización y tipo:

Crecimiento ganglionar especificar:

Nutrición Enteral. DIETA Tipo:
Cantidad:

Parenteral Especificar:

Ingresos: Orales Especificar:

Parenterales Especificar:

Ostomía con fines Esofagostomía Características.

de alimentación Gastrostomía

Yeyunostomía.

Sonda Nasogastrica/ orogastrica Especificar:

Nasointestinal / orointestinal. Especificar:

Características de la excreción:

Total de egresos: Balance Positivo Negativo Neutro
Estudios de laboratorio y gabinete especificar:

Observaciones:

PATRÓN ACTIVIDAD – EJERCICIO

Frecuencia cardíaca: Frecuencia del pulso: Tensión arterial:

Presión arterial media: Presión de la arteria pulmonar: P.V.C.

CARACTERÍSTICAS DE:

- PULSO:
- LLENADO CAPILAR: .
- RITMO CARDÍACO:

Dspositivos:

Venoso. Arterial. Arteriovenoso Periférico

Fecha instalación

Marcapasos Temporal invasivo. No invasivo Especificar:
 Permanente.

Monitoreo cardíaco no invasivo Sí No Especificar:

Otros:

Indicios:	0	0
Arritmias		Lipotimias.
Soplos	0	Vértigo. 0
Piel marmolea.	0	Acufenos. 0
Sudoración fría.	0	Fosfenos.
Palpitaciones.	0	Venas varicosas. 0

Distensión venoso yugular.

Frecuencia respiratoria: Características de la respiración:

Auscultación de campos pulmonares:

Secreciones orofaríngeas.
 Broncopulmonares.

Dispositivo:

Oxigenoterapia Bajo flujo Especificar:

Alto flujo Especificar:

Ventilación mecánica Invasiva Cánula Nasotraqueal Modalidad ventilatoria:

Orotraqueal Parámetros ventilatorios.

Presión neumotaponamiento.

No invasiva Especificar:
Oximeria de pulso Si No Especificar

Sat O2:

Capnometría Si No Especificar

Co2:

Otros:

Indicios:

Disnea	<input type="radio"/>	Estertores	<input type="radio"/>	Tos	<input type="radio"/>
Cianosis	<input type="radio"/>	Sibilancias	<input type="radio"/>	Disfonía	<input type="radio"/>
Aleteo nasal	<input type="radio"/>	Crepitantes	<input type="radio"/>	Epistaxis	<input type="radio"/>
Tiros intercostales	<input type="radio"/>	Estridor	<input type="radio"/>	Ortopnea	<input type="radio"/>

Estudios de laboratorio y gabinete:

Observaciones:

Fuerza muscular:

Malestar y debilidad con el ejercicio. Especificar:

Inflamación de articulaciones. Especificar:

Contracturas musculares. Especificar:

Limitaciones para el movimiento. Especificar:

Otros (especificar):

Dispositivos auxiliares para la deambulaci3n: Si No Especificar:

¿Realiza actividades de la vida diaria? Si No Especificar:

¿Realiza actividades instrumentales de la vida diaria? Si No Especificar:

Actividades recreativas y deportivas habituales: Especificar:

Actividades recreativas durante la hospitalizaci3n: Especificar:

Capacidad para mantener un entorno en orden y confortable: Si No Especificar:

Observaciones:

PATR3N REPOSO-SUEÑO

Horas habituales de sueño en 24hrs.:

Periodos habituales de descanso al día:

Prácticas habituales para conciliar el sueño:

Horas de sueño en 24 hrs. Durante estancia hospitalaria:

Existe dificultad para conciliar el sueño durante la estancia hospitalaria:

Considera confortable el lugar donde duerme:

Calidad del sueño:

INDICIOS:

Cansancio	<input type="radio"/>	Expresi3n vacía	<input type="radio"/>	Parpados inflamados	<input type="radio"/>
Bostezos	<input type="radio"/>	Habla pausada	<input type="radio"/>	Enrojecimiento de conjuntivas	<input type="radio"/>
Ojeras	<input type="radio"/>	Habla dificultosa	<input type="radio"/>	Otros:	
Indiferencia	<input type="radio"/>	Temblor de manos	<input type="radio"/>		
Confusi3n	<input type="radio"/>	Postura de cansancio	<input type="radio"/>		
Irritabilidad	<input type="radio"/>	Falta de concentraci3n	<input type="radio"/>		

Observaciones:

PATRÓN COGNITIVO- PERCEPTUAL

Nivel de conciencia:

Orientación (persona tiempo y espacio):

Escalas puntuación: Gasgow:

Ramsay

Eva

	Diámetro pupilar	Fotorreacción	Movimientos oculares.
O. der.			
O. izq.			

Patrón respiratorio Especificar:

Problemas con:

La memoria Especificar

La concentración Especificar

El razonamiento Especificar:

Vista Especificar: ¿Usa gafas? Sí No fecha de última revisión:

Olfato Especificar:

Audición Especificar: ¿Usa dispositivo? Si No fecha de última revisión:

Gusto Especificar:

Equilibrio Especificar:

Reflejos:

Superficiales:	Cremastérico. <input type="radio"/> Abdominal. <input type="radio"/> Plantar <input type="radio"/>	Especificar características:
Profundos.	Rotuliano. <input type="radio"/> Aquileo. <input type="radio"/> Bicipital. <input type="radio"/> Otros. <input type="radio"/>	Especificar características:
Mucosos.	Corneal. <input type="radio"/> Faríngeo. <input type="radio"/>	Especificar características:

Musculo:

Tono.	Especificar:
Volumen.	Especificar:
Fuerza.	Especificar:

Postura:

Decorticación.	Especificar:
Descerebración.	Especificar:
Otra.	Especificar:

Indicios:

Anisocoria.	<input type="radio"/>	Hiperestesia.	<input type="radio"/>	Especificar:
Midriasis.	<input type="radio"/>	Hipoestesia.	<input type="radio"/>	Especificar:
Miosis.	<input type="radio"/>	Parestesia.	<input type="radio"/>	Especificar:
Nistagmos.	<input type="radio"/>	Parálisis.	<input type="radio"/>	Especificar:
Apraxia.	<input type="radio"/>	Afasia.	<input type="radio"/>	Especificar:
Ataxia.	<input type="radio"/>	Afgnosia.	<input type="radio"/>	Especificar:
Mioclónicas.	<input type="radio"/>	Dolor.	<input type="radio"/>	Especificar:
Irritabilidad.	<input type="radio"/>	Signos meningéicos	<input type="radio"/>	Especificar:

Crisis convulsivas.

Otros:

Características de la información que tiene el usuario/ familia sobre su enfermedad y cuidados Especificar:

Existencia de capacidad en el usuario para la toma de decisiones Sí. No Especificar:

Estudios de laboratorio y gabinete:

Observaciones:

PATRÓN AUTOCONCEPTO – AUTOPERCEPCIÓN

Percepción que tiene el usuario sobre sí mismo Especificar:

Aceptación de su imagen corporal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Especificar:
Preocupación por su aspecto físico	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Especificar:
Satisfacción en el cumplimiento de su cometido	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Especificar:
Existencia de preocupaciones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Especificar:
Existencia de algún temor	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Especificar:
Estado de ánimo del usuario			Especificar:
Cooperación en sus cuidados	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Especificar:

INDICIOS:

Nerviosismo	<input type="radio"/>	Conducta violenta	<input type="radio"/>	Observaciones:
Suspiros	<input type="radio"/>	Sentimiento de culpa	<input type="radio"/>	
Temblores	<input type="radio"/>	Mal contacto ocular	<input type="radio"/>	

Apatía Dificultad para relajarse
Otro:

PATRÓN - RELACIONES

Personas con las que convive diariamente Especificar:
Personas significativas para el usuario Especificar:
Dificultades para el cumplimiento del rol Si No Especificar:
Existencia de sentimientos de pérdida Si No Especificar:
Existencia de dificultades en la familia Si No Especificar:
Existencia de dificultades en la familia para el cuidado del usuario Si No Especificar:
Existencia de abandono del usuario Si No Especificar:
Personas que dependen del usuario Especificar:
Persona que juega el rol del cuidador primario Especificar:

INDICIOS:

Tristeza <input type="radio"/>	Rememoraciones <input type="radio"/>	Otros:
Llanto <input type="radio"/>	Dificultad para la comunicación <input type="radio"/>	Observaciones:
Córcela <input type="radio"/>	Dificultad para concentrarse <input type="radio"/>	
Aislamiento <input type="radio"/>	Cambios en el estado de ánimo <input type="radio"/>	
Introversión <input type="radio"/>	Dificultad en la participación <input type="radio"/>	
Extroversión <input type="radio"/>	Incapacidad para llorar <input type="radio"/>	

PATRÓN SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Presencia de alteraciones en genitales Si No Especificar:
Presencia de alteraciones en glándulas mamarias Si No Especificar:
Estudios de laboratorio y gabinete:

MUJER:

MENARQUIA: DÍAS POR CICLO: F.U.M. GESTACIONES

PARTOS: ABORTOS: CESÁREAS

Métodos de planificación familiar que utiliza Especificar:
Práctica autoexploración de glándula mamaria Si No Especificar:
Existencia de flujo/hemorragia trasvaginal Si No Especificar:
Ultima citología cervical:

HOMBRE:

NÚMERO DE HIJOS: FECHA DE ÚLTIMO EXAMÉN DE PRÓSTATA:

Práctica autoexamen testicular Si No Especificar:
Existencia con problemas de la próstata Si No Especificar:

Prácticas sexuales inseguras Si No Especificar:

Infecciones de transmisión sexual que ha padecido: Especificar:

Limitaciones y cambios en la conducta o actividad sexual Especificar:

Inquietudes relacionadas con el sexo Si No Especificar:

OBSERVACIONES:

PATRÓN AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS.

¿Cómo afecta la enfermedad a su estilo de vida?

¿Cómo ha vivido su estancia hospitalaria?

Respuestas personales ante una situación causante de estrés. Especificar:

Las opciones elegidas para tratar situaciones de estrés han sido favorables para la salud

Si No Especificar:

Respuesta familiar ante una situación de estrés Especificar:

Existencia de dificultades familiares para afrontar el problema de salud del usuario Si No
Especificar:

Existencia de dificultades en el usuario para afrontar el problema de salud Si No
Especificar:

Existencia de búsqueda y aceptación de cuidados para la conservación y/o recuperación de la salud Si No Especificar:

INDICIOS:

- INQUIETUD NEGACIÓN DEL PROBLEMA
- TENSIÓN MUSCULAR HIPERSENSIBILIDAD A LA CRITICA
- POSTURA RÍGIDA CONDUCTA MANIPULADORA
- MANOS HÚMEDAS AUTOCOMPASIÓN
- BOCA SECA OTROS:

OBSERVACIONES:

PATRÓN VALORES-CREENCIAS

Actitud religiosa del usuario Especificar:

Existencia de conflictos internos sobre creencias Si No Especificar:

Existencia de incapacidad para realizar prácticas religiosas habituales SI No Especificar:

Demanda servicios religiosos SI No Especificar:

Mitos y creencias del usuario/familia relacionados con el cuidado de la salud. Especificar:

OBSERVACIONES:





Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Coordinación de servicios de salud

HOJA FRONTAL

HOSPITAL REGIONAL TLALNEPANTLA	17/2016	ORTOPEDIA	17/2016
NOMBRE DEL PACIENTE MARIA TERESA ESPINOSA MARTINEZ	29/12/2016	29/12/2016	29/12/2016
DIAGNOSTICO FRACTURA RAMA IQUIPUBICA BILATERAL + FRACTURA DE RAMA IQUIPUBICA IZQUIERDA + FRACTURA DE SACRO AO 03 B2 L TIR C1 3 + FRACTURA DE ACETABULO IZQUIERDO AO B2 A 2 LESTUNNEL Y JUDETT H.	29/12/2016		
TRATAMIENTO 1. TRATAMIENTO MEDICO QUIRURGICO ASISTENCIAL 29/12/2016 2. Repasar con Tiana Estrella Pilon (29/12/2016)			
INCAPACIDAD: NO AMERITA			

