



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE CASO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TÍTULO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTE CON
COLOSTOMÍA APLICANDO LAS TEORÍAS DE DOROTHEA OREM
Y CALLISTA ROY

AUTORA: CHIMBO AVILES DORIS PRISCILA

TUTORA: MsC. MÓNICA VALDIVIEZO MAYGUA

RIOBAMBA- ECUADOR

AÑO 2016

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente estudio de caso previo a la obtención del Título de Licenciada/o en Enfermería con el tema: “**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTE CON COLOSTOMÍA APLICANDO LAS TEORÍAS DE DOROTHEA OREM Y CALLISTA ROY**” ha sido elaborado por **Doris Priscila Chimbo Aviles**, el mismo que ha sido asesorado permanente por la Licenciada **Mónica Valdiviezo Maygua** en calidad de Tutora, por lo que certifico que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.



.....
Lic. Mónica Valdiviezo Maygua, MsC.

Tutora

DERECHOS DE LA AUTORÍA

Yo, Doris Priscila Chimbo Aviles, con cédula de identidad N°1500957913, soy responsable de las ideas, doctrinas, y resultados de la presente investigación y el patrimonio intelectual del trabajo investigativo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo



.....
Doris Priscila Chimbo Aviles

C.I: 150095791-3

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁGINA
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	II
DERECHO DE AUTORÍA.....	III
ÍNDICE GENERAL.....	VI
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVO.....	6
Objetivo general:.....	6
objetivos específicos:.....	6
METODOLOGÍA.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
Antecedentes.....	8
Teoría o modelo de enfermería.....	9
Teorizante: Dorotheea Orem.....	9
Teorizante: Callista Roy.....	10
Teorizante: Shirley Moore y Cornelia Ruland.....	12
Proceso de Atención de Enfermería.....	13
Descripción del Tema.....	15
RESULTADOS.....	28
Proceso de atención de enfermería en una adolescente de 16 años con colostomía orientado al autocuidado y adaptación (primera etapa).....	30

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.....	31
Valoración de autocuidado.....	31
valoración de adaptación	32
Diagnósticos.....	33
Planificación.....	34
Ejecución.....	36
Evaluación.....	37
PAE EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON COLOSTOMÍA ORIENTADO AL AUTOCUIDADO Y ADAPATCIÓN (PRIMERA ETAPA).....	38
Proceso de Atención de Enfermería en una adolescente de 16 años con pioderma gangrenoso para el mantenimiento de las funciones básicas (segunda etapa).....	80
Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.	81
Diagnósticos.....	82
Planificación.....	83
Ejecución.....	85
Evaluación.....	86
PAE EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON PIODERMA GANGRENOSO PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES BÁSICAS (SEGUNDA ETAPA).....	87
Proceso de Atención de Enfermería en un adolescente de 16 años encaminado a la asistencia al final de la vida.....	112
Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.....	113
Diagnósticos.....	115
Planificación.....	116
Ejecución.....	118

Evaluación.....	119
PAE EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE DE 16 AÑOS ENCAMINADO A LA ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA.....	120
SEGUIMIENTO HOSPITALARIO.....	147
Plan de visita.....	148
Plan de visita	148
Plan educativo.....	150
Colostomía y sus cuidados.....	151
Plan de visita.....	155
Plan educativo.....	157
Recomendaciones nutricionales a la paciente portadora de colostomía.....	158
Plan educativo.....	161
Nutrición parenteral.....	162
Plan de visita	163
Plan educativo.....	165
Lavado de manos.....	166
Plan educativo.....	168
Importancia del mantenimiento de la higiene corporal.....	169
Plan de visita.....	172
Plan educativo.....	174
Curación y cuidados del estoma.....	175
Plan de visita.....	177
Plan educativo.....	179
Modo de afrontamiento.....	180
Plan de visita.....	181

Valoración de las actividades diarias de la vida.....	182
Plan de visita.....	184
Plan educativo.....	186
Educación sanitaria.....	187
DISCUSIÓN.....	188
CONCLUSIONES.....	190
RECOMENDACIONES.....	192
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	193
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	195
ANEXOS.....	199
ANEXO 1: CRONOGRAMA.....	200
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	201
ANEXO 3.- MEMORIAS FOTOGRÁFICAS.....	203
ANEXO 4.- FORMATOS DE VALORACIÓN.....	211

RESUMEN

El personal de enfermería debe estar cualificado para ofrecer una atención integral al paciente colostomizado, para una mejor adaptación y cuidado. En el presente estudio de caso se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería mediante captación hospitalaria y seguimiento domiciliario a una adolescente de 16 años con colostomía. Se aplicaron instrumentos de valoración diseñados en base a las teorías de Dorothea Orem y Callista Roy, de esta manera se obtuvieron los principales diagnósticos Enfermeros NANDA, los resultados e intervenciones se realizaron con las taxonomías NOC y NIC pretendiendo satisfacer las necesidades de autocuidado y de adaptación de la paciente. Las condicionantes que determinaron la elección de la adolescente de 16 años se reflejaron principalmente en el déficit del autocuidado y la falta de conocimientos para lograr el desarrollo de actividades de confort y manejo diario, buscando promover acciones que permitieran el mejoramiento de su estado de salud. Teniendo en cuenta lo anteriormente enunciado se identificaron 12 diagnósticos de enfermería. El estudio de caso tuvo implicaciones trascendentales en la gestión de procedimientos donde la paciente pudo lograr el autocuidado y demostró adaptación al manejo de la colostomía. El seguimiento se desarrolló en tres etapas: la primera dirigida a promover el autocuidado y la adaptación de la paciente colostomizado; la segunda en donde la paciente presentó como complicación pioderma gangrenoso la cual se enfocó al manejo de las necesidades básicas y la tercera se orientó hacia la ejecución de cuidado al final de la vida.

Palabras clave: Colostomía, proceso enfermero, autocuidado, adaptación, complicación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

The nursing staff must be qualified to provide comprehensive care to the colostomy patients who need a better adaptation and care. In this case study, the Nursing Care Process which included hospital catchment and home monitoring was applied by to a 16-year-old colostomy patient. Assessment tools designed based on Dorothea Orem and Callista Roy's theories were applied in order to obtain the main nursing diagnoses NANDA. Results and interventions were carried out on the basis of the NOC and NIC taxonomies attempting to satisfy patient's needs of self-care and adaptation. The conditions taken into account in the selection process of the patient were mainly the deficit of self-care and lack of knowledge to carry out comfort and everyday activities which are necessary to improve health. With the facts stated above 16 nursing diagnoses were identified. The case study had far-reaching implications in the management of procedures where the patient was able to achieve self-care and colostomy management and adaptation. Finally, the patient was diagnosed pyoderma gangrenosum, condition that caused death. For this reason, activities related to Cornelia Rulan and Shirley Moore's Theory of "Peaceful end of Life" was included.

Keywords: Colostomy, care, nursing process, self-care, adaptation, diagnostics.

Translation Reviewed by:

Dra. Isabel Escudero
Languages Center - UNACH



INTRODUCCIÓN

El presente estudio se realizó en una adolescente de 16 años quien fue intervenida quirúrgicamente a consecuencia de una enfermedad inflamatoria intestinal, siendo necesaria la confección de una colostomía por múltiples perforaciones, el desconocimiento, el déficit de autocuidado y el apoyo ineficaz de la familia fueron elementos que motivaron la realización del caso clínico, el cual se basó en las teorías de Dorothea Orem y Callista Roy.

La experiencia de vida y la adaptación de los pacientes con ostomía debe ser comprendida por los profesionales de Enfermería, quienes aplican el Proceso Enfermero, para cambiar el abordaje de estos pacientes desde un enfoque biológico a un enfoque biopsicosocial, existe un campo especial de acción en cuanto a la consejería y el apoyo en la toma de decisiones. (Ferreira, 2013)

Una ostomía es una solución quirúrgica en la que se practica un orificio o estoma para dar salida artificial a un órgano en un punto diferente al de su salida natural. Si el objetivo es desviar las heces y/o la orina de su salida habitual, hablamos de una estoma de eliminación y distinguimos tres tipos: colostomía, ileostomía y urostomía. (Sola & Muño, 2013-2014)

Una ostomía se construye por una serie de etiologías, entre las que destacan: cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer de vejiga, diverticulitis. Las ostomías digestivas, constituyen una agresión a la funcionalidad y a la imagen corporal, con repercusiones sobre las distintas facetas del ser humano como los hábitos higiénicos, la alimentación, la conducta alimentaria, el modo de vestir, el ocio, la sexualidad, o la vida social y laboral. (Martín, Panduro, Cresspilio, Rojas, & Gonzales, 2010)

Se considera que en la actualidad en España hay unas 30.000 personas ostomizadas. Estos pacientes padecen cambios en diferentes aspectos de su vida como son: la pérdida de la continencia, el cambio en la imagen corporal, el proceso de duelo, por lo que precisan del aprendizaje de nuevos hábitos en diferentes áreas, como la higiene o la alimentación. (Tegido & Álvarez, 2011).

En el Ecuador la mayoría de las pacientes que requieren ostomías son diagnosticadas de cáncer de colon, ano y enfermedades intestinales. En el año 2013 según registro del Servicio de Cirugía del Hospital SOLCA de Quito reportan que el 24% se realizaron colostomía y el 12% ileostomía. (Calvache, 2014)

En el Hospital Provincial General Docente Riobamba, en el servicio de cirugía en el año de 2012-2014, ingresaron 54 pacientes con alteraciones intestinales por diferentes causas realizándose colostomías en el 87% e ileostomías en el 13% de los casos. (Censos, 2012 -2014)

La teoría de Dorothea Orem en su enunciado “Déficit de Autocuidado” se basa en ayudar al individuo a mantener por sí mismo acciones para conservar la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de la misma. (Prado, Gonzalez, Paz, & Romero, 2014),

La teoría de Sor Callista Roy “Adaptación” se fundamenta en ayudar al paciente en su proceso de adaptación a recibir cuidados, enfrentar los cambio y a ser una persona integra dentro de las influencias que le rodean. (García, 2013-2014)

El seguimiento se desarrolló en tres etapas: la primera dirigida a promover el autocuidado y la adaptación de adolescente colostomizada, para ello se utilizaron instrumentos realizados en base a las teorías de Dorothea Orem y Callista Roy respectivamente; en la segunda etapa debido a que la paciente presentó como complicación pioderma gangrenoso el proceso de atención de enfermería (PAE) se enfocó hacia el mantenimiento de las funciones básicas, valoradas en el formato de patrones funcionales de Marjory Gordon y la tercera etapa se orientó hacia la ejecución de cuidado al “Final tranquilo de la vida” de Cornelia Rulan y Shirley Moore.

El desarrollo del proceso enfermero fue un trabajo de campo ejecutándose con visitas hospitalaria y domiciliarias; el estudio se desarrolló con el consentimiento firmado por la paciente y un familiar (madre). Se contó con la participación activa de la paciente, pero no con la participación de los familiares.

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso se desarrolló mediante la aplicación del proceso enfermero para mantener y mejorar el estado de salud en una adolescente con colostomía, orientando el cuidado mediante la teoría de Dorothea Orem “Déficit de Autocuidado” cuyo fundamento busca ayudar al individuo a mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la vida y recuperarse de la enfermedad. Y el asesoramiento en la “adaptación” propuesta por Sor Callista Roy, se basa en ayudar a la paciente a recibir cuidados, enfrentar los cambios y a ser una persona íntegra dentro de las influencias que la rodean.

Las intervenciones y actividades ejecutadas en el estudio tienen un enfoque biológico, emocional, social y espiritual, incluye la participación del individuo y la familia, y el asesoramiento a la paciente y al cuidador principal; con el objetivo de que se encuentren capacitados y aptos para el cumplimiento de actividades que mejoren las condiciones de salud posterior al alta, mediante la ejecución de planes educativos y seguimiento.

Los beneficiarios del caso clínico son la paciente y sus familiares así como estudiantes y profesionales de enfermería ya que esta investigación servirá como base y sustentación para investigaciones futuras.

El desarrollo de este caso fue viable ya que se obtuvo un documento legal (consentimiento informado) firmado por la paciente y su representante legal por ser menor de edad, existe accesibilidad a la información y a la ejecución del proceso de atención de enfermería, con la tutoría de un profesional preparado, además se cuenta con los recursos humanos, tecnológicos y materiales necesarios.

OBJETIVOS

General

- Gestionar el cuidado de enfermería en una adolescente con colostomía aplicando las teorías de Dorothea Orem y Callista Roy a través del proceso de atención de enfermería.

Específicos

- Valorar a la paciente tomando en cuenta las necesidades de autocuidado y la adaptación para identificar sus problemas y necesidades.
- Formular diagnósticos en base a los problemas identificados, aplicando la taxonomía NANDA.
- Planificar intervenciones y actividades de enfermería que contribuyan a la adaptación y autocuidado, mediante la utilización de las taxonomías NOC y NIC.
- Ejecutar un plan educativo mediante el uso de recursos didácticos orientados al asesoramiento del autocuidado para contribuir a la adaptación de la paciente.
- Evaluar los resultados de las intervenciones a través de las puntuaciones de la NOC y la ejecución de visitas domiciliarias.

MARCO METODOLÓGICO

El presente trabajo investigativo, tipo descriptivo y transversal en modalidad de estudio de caso se ejecutó en una adolescente de 16 años con colostomía secundaria a enfermedad inflamatoria intestinal, con la finalidad de aplicar el proceso enfermero a través de las taxonomías NANDA, NOC y NIC, con un enfoque en el autocuidado y la adaptación, el mismo que por las condiciones de la paciente fue desarrollado en tres etapas:

En la primera etapa la valoración se ejecutó utilizando instrumentos diseñados en función de las teorías de Dorothea Orem y Callista Roy, dirigida a evaluar el autocuidado y la adaptación de la paciente colostomizada, con los problemas identificados se planificaron planes de cuidado orientados a promover la participación de la paciente en actividades de cuidado y facilitar el afrontamiento de los cambios de su estado de salud.

En la segunda etapa por complicación de la condición de salud de la paciente con pioderma gangrenoso; se utilizó para la valoración el instrumento de patrones funcionales propuestos por Marjory Gordon, planificando y ejecutando acciones destinadas al mantenimiento de las funciones básicas.

En la tercera etapa ante el deterioro generalizado de las funciones vitales de la paciente y la solicitud voluntaria del alta por los familiares se ejecutaron acciones de enfermería hacia el bien morir con intervenciones expuestas en la teoría de “Final tranquilo de la vida” de Cornelia Rulan y Shirley Moore.

Se ejecutaron 14 visitas intrahospitalarias y 2 visitas domiciliarias.

El consentimiento informado se obtuvo previo a la información a la madre y a la paciente, explicando su participación en el estudio informando el carácter de confidencialidad y respeto de sus derechos durante el tiempo de desarrollo.

MARCO TEÓRICO

- **Antecedentes**

Según un estudio realizado en Zaragoza, en el año 2013, titulado: “*Plan de cuidados de enfermería a pacientes colostomizados tras el alta hospitalaria*” aplicando la teoría de Dorothea Orem, por Sola Laín, M. y Muño Morer, F., concluyen: la construcción de un plan de cuidados con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, constituye un buen método para la aplicación de cuidados enfermeros con un enfoque holístico que englobe los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales para facilitarle el objetivo de mantener la salud en los diferentes aspectos de la difícil convivencia con una ostomía. Necesita la orientación continua de profesionales expertos, con una buena capacitación teórico-práctica en el cuidado del estoma que garantice el óptimo nivel de adaptación a una vida normal. (Sola & Muño, 2013-2014)

Otro estudio elaborado por Martínez Ruiz, M. y Hernández Torres, A., en el periodo 2011-2012, realizado en Escuela Universitaria de Enfermería de Teruel, titulado: “*Proceso enfermero en un paciente colostomizado diagnosticado de cáncer de colon*”, concluye: la confección de una colostomía es un proceso traumático, que produce un deterioro físico y psicológico en donde la enfermera tiene la función de poner en marcha el proceso enfermero, proporcionando al paciente los cuidados necesarios para mejorar su vida. (Martinez & Hernadez, 2011/2012)

En el Hospital Provincial General Docente de Riobamba no se encuentra registros de los cuidados de enfermería que se orienten al autocuidado y a la adaptación del paciente portador de colostomías.

- **Teoría o modelo de enfermería**

Teoría del Autocuidado: Dorothea Orem

Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: (Prado, Gonzalez, Paz, & Romero, 2014)

La teoría del autocuidado.

La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría de los sistemas de enfermería.

Teoría del autocuidado: Muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee las bases para la recolección de datos. (Prado, Gonzalez, Paz, & Romero, 2014)

Teoría del déficit de autocuidado: Postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente. (Prado, Gonzalez, Paz, & Romero, 2014)

Teoría de los sistemas de enfermería: Proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficit de autocuidado. (Prado, Gonzalez, Paz, & Romero, 2014)

Naturaleza del Autocuidado: El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales, y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. (Prado, Gonzalez, Paz, & Romero, 2014)

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. (Prado, Gonzalez, Paz, & Romero, 2014)

Metaparadigmas

Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas, sociales y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen cuidados. (Prado, Gonzalez, Paz, & Romero, 2014)

Entorno: Aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. (Prado, Gonzalez, Paz, & Romero, 2014)

Salud: Estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. (Prado, Gonzalez, Paz, & Romero, 2014)

Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados enfermeros. (Prado, Gonzalez, Paz, & Romero, 2014)

Modelo de Adaptación: Sor Callista Roy

Conceptos y definiciones

Sistema: Conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito. (Beckford, 2014)

Nivel de adaptación: Representa la condición de los procesos de vida y se describe en tres niveles: el integrado, el compensatorio y el comprometido. (Beckford, 2014)

- ✓ **Nivel de adaptación integrado:** Describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo para satisfacer las necesidades humanas. (Beckford, 2014)
- ✓ **Nivel de adaptación compensatorio:** Los mecanismos reguladores y cognitivos se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema. (Beckford, 2014)
- ✓ **Nivel de adaptación comprometido:** Se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuados y por lo tanto, resulta un problema de adaptación. (Beckford, 2014)

Estímulos: Roy define los estímulos como todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente. (García, 2013-2014)

- ✓ **Estímulo focal:** Es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano (Beckford, 2014)
- ✓ **Estímulos residuales:** Son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento. (Beckford, 2014)
- ✓ **Estímulos culturales:** Comprenden el nivel socioeconómico, etnicidad y el sistema de creencias. (García, 2013-2014)
- ✓ **Estímulos familiares:** Involucran la estructura y las tareas del grupo familiar. (García, 2013-2014)
- ✓ **Estímulos relacionados con la integridad de los modos adaptativos:** Con la efectividad del mecanismo cognitivo y el nivel de adaptación. (García, 2013-2014)
- ✓ **Estímulos relacionados con el ambiente:** Como la situación social política, económica o el consumo de alcohol o tabaco. (García, 2013-2014)

Metaparadigmas

Salud: Es el estado, el proceso de ser y convertirse de una persona en un ser integrado y completo. (Beckford, 2014)

Persona: Son sistemas holísticos y adaptables. Como a todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo. (Beckford, 2014)

Entorno: Es la adaptación a la persona de un sistema de adaptación que engloba tanto factores internos como externos (Beckford, 2014)

Adaptación: Según Roy la adaptación se refiere : Al proceso y al resultado por los que las personas que tienen la capacidad de pensar y de sentir como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración de un ser humano con su entorno. (García, 2013-2014)

Enfermería: Roy define la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y de mejora la transformación del entorno. Roy identifica las actividades de la enfermería con el análisis de la conducta y de los estímulos que influye en la adaptación. (García, 2013-2014)

Principales supuestos

Supuesto Científico: La conciencia y el significado son constitutivos de la persona y la integración del entorno. (Beckford, 2014)

Supuesto Filosófico: La persona se relaciona a la vez con el mundo y con Dios. (Beckford, 2014)

Teoría Final Tranquilo de la Vida: Shirley Moore y Cornelia Ruland

El contexto de esta teoría se da en una unidad hospitalaria, en donde se le brinda al paciente terminal el cuidado del profesional enfermero con sus interposiciones para brindarle la asistencia necesaria para la ausencia de dolor, bienestar, hacer que el paciente se sienta con dignidad y respeto, sentimientos de paz y para seguir el acompañamiento de amigos y familiares al final de la vida. (Cornelia & Shirley, 2015)

Conceptos principales y definiciones

Ausencia de dolor: El fundamento del final de la vida es evitarle dolor al paciente o de las sintomatologías procedentes de enfermedad. El dolor se conceptualiza como una emoción sensorial o pasajera que denota cierto grado de incomodidad. En este concepto se busca que el paciente esté libre de todo tipo de sufrimiento o molestia ya que el dolor se considera como una experiencia desagradable. (Cornelia & Shirley, 2015)

Experiencia de Bienestar: Se define como el alivio de la molestia, el descanso ante una incomodidad y todo lo relacionado con que se hace la vida placentera. (Cornelia & Shirley, 2015)

Experiencia de Dignidad y Respeto: Se toma el valor de la persona como principio ético y de respeto, y se da protección a aquellas que dependen de los demás. Asistir a la persona que sufren desestructuración temporal o duradera. (Cornelia & Shirley, 2015)

Estado de Tranquilidad: Se define como el sentimiento de calma, no ansiedad por nada, libre de ataduras en la parte física, psicológica y espiritual. (Cornelia & Shirley, 2015)

Proximidad a los allegados: Es estar conectados implícitamente mediante sentimientos de afecto o amor. La cercanía física o emocional. (Cornelia & Shirley, 2015)

Metaparadigmas

Persona: La teoría establece que los sucesos y hechos del final tranquilo de la vida, son la experiencia de cada persona, solo ella misma experimenta y siente. (Cornelia & Shirley, 2015)

Cuidado: El personal enfermero analiza la situación por la cual se está presentando e intervienen de la forma más correcta sin ser exagerados, para conseguir una actitud tranquila y serena frente al proceso de la muerte. Se debe proporcionar el mayor cuidado posible para el paciente terminal mediante el uso de tecnologías y medidas de bienestar para asegurar su integridad. (Cornelia & Shirley, 2015)

Salud: Se debe buscar la mejor forma y maneja para terminar o suplantar el dolor sufridas por el paciente terminal y además de lograr un mejor estado de salud. (Cornelia & Shirley, 2015)

Entorno: Desde el estado terminal, al paciente se le debe administrar el mayor estado de armonía, tranquilidad, comprensión y calma mediante la cercanía a sus allegados o familia, ofreciéndole un servicio preciso, atento y eficaz. (Cornelia & Shirley, 2015)

- **Proceso de atención de enfermería**

Es un método sistemático, organizado de administración de cuidados de enfermería que se aplican como respuestas humanas de la persona, familia o comunidad, a las

alteraciones de salud reales y potenciales que se caracteriza por ser dinámico, flexible e interactivo. (Alfaro-LeFevre, 1999)

Objetivos del proceso enfermero

- Identificar el estado de cuidados de salud de un paciente y los problemas reales o potenciales. (Cisneros, 2009)
- Establecer planes destinados a cumplir las necesidades identificadas y proporcionar intervenciones de Enfermería específicas para hacer frente a dichas enfermedades. (Cisneros, 2009)

Fases del Proceso de Atención de Enfermería

Valoración: Es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario. (Hablemos de enfermería, 2015)

En esta etapa se aplica el juicio clínico a la información que se obtiene, a medida que se van tomando los datos se les va dando sentido o significancia y se va estimulando la formación de hipótesis sobre los problema. La observación crítica puede llevar a una observación más concienzuda y a una mejor interacción con el paciente. Se buscan datos para confirmar hipótesis o rechazarlas o para explicar más adelante el significado de lo observado. (Facultad de enfermería Autónoma de Yucatan, 2012)

Diagnóstico: Es la segunda etapa del proceso de atención de enfermería es la identificación de los problemas, que se interpreta a partir de los datos obtenidos. Se toman las decisiones pertinentes si existen trastornos de salud evidentes, si los problemas son potenciales o si existen alteraciones evidentes de la salud. El plan de atención de enfermería incluye los objetivos derivados de los diagnósticos de enfermería. (Facultad de enfermería Autónoma de Yucatan, 2012)

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), define el diagnóstico de enfermería como el juicio clínico que da respuesta al individuo, a la familia o a la comunidad sobre los problemas de salud o los procesos vitales, reales o potenciales. La identificación de los problemas de salud se efectúa en relación con las actividades de

enfermería, según sean de naturaleza independiente, interdependiente o dependiente. (Hablemos de enfermería, 2015)

Planeación: En esta etapa se hace evaluación crítica cuando se está formulando el plan y luego cuando se ha ejecutado para medir los resultados obtenidos. Los planes se evalúan en dos sentidos En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. (Facultad de enfermería Autónoma de Yucatan, 2012)

Ejecución: Es la cuarta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborados. La evaluación se centra tanto en las acciones como en el progreso. Los resultados en términos del comportamiento del cliente son en esta etapa tan importantes como en las dos anteriores: planeamiento y diagnóstico. Sin embargo, cuando se hace evaluación a la vez que se realizan las actividades, esto puede tener varios fines adicionales. (Facultad de enfermería Autónoma de Yucatan, 2012)

Evaluación: La evaluación de los resultados se dirige a los comportamientos y es la que con más frecuencia se utiliza cuando se habla de la etapa de evaluación en el PAE. Cuando los resultados son los que se esperaban entonces se juzga que son apropiadas las etapas de diagnóstico, planeamiento y ejecución del plan. (Facultad de enfermería Autónoma de Yucatan, 2012)

La evaluación de resultados alcanzados sirve para que el profesional de enfermería pueda apreciar la efectividad de sus acciones. (Facultad de enfermería Autónoma de Yucatan, 2012)

- **Descripción del tema**

Ostomía

La palabra estoma es de origen griego y significa “boca” o “apertura”. Un estoma es una abertura formada quirúrgicamente para el desvío de las heces o la orina del cuerpo. Hay varios tipos de estoma, quirúrgicamente formados a partir de secciones del

intestino, tal como ileostomía, colostomía y yeyunostomía, o a partir de los uréteres, tal como urostomía. (López & Juárez, 2014)

Derivación quirúrgica de una víscera hueca o un conducto, generalmente la tráquea, el intestino o las vías urinarias, para que aflore en la piel. (Melendez, 2012)

Las ostomía digestivas y urológicas son comunicaciones artificiales de un órgano con la pared abdominal mediante una intervención quirúrgica, con la finalidad de suplir las vías naturales de excreción o de alimentación cuando estas se interrumpen por cualquier causa clínica. (Melendez, 2012)

Epidemiología

Se considera que en la actualidad en España hay unas 30.000 personas ostomizadas. Estos pacientes padecen cambios en diferentes aspectos de su vida como son la pérdida de la continencia, el cambio en la imagen corporal, el proceso de duelo, por lo que precisan del aprendizaje de nuevos hábitos en diferentes áreas, como la higiene o la alimentación. (Tegido & Álvarez, 2011).

En el Ecuador la mayoría de las pacientes que requieren ostomías son diagnosticadas de cáncer de colon, ano y enfermedades intestinales. En el año 2013 según registro del Servicio de Cirugía del Hospital SOLCA de Quito reportan que el 24% se realizaron colostomía y el 12% ileostomía. (Calvache, 2014)

En el Hospital Provincial General Docente Riobamba, en el servicio de cirugía en el año de 2012-2014, ingresaron 54 pacientes con alteraciones intestinales por diferentes causas realizándose colostomías en el 87% e ileostomías en el 13% de los casos. (Censos, 2012 -2014)

Clasificación

Por el tiempo de duración:

Temporales: Si una vez resuelta la causa que las ha originado se puede restablecer la función normal del aparato afectado.

Definitivas: Si no existe solución de continuidad, ya sea por amputación total del órgano afectado o cierre del mismo. (Melendez, 2012)

Por la función que remplazan:

Estomas de oxigenación

Traqueotomía: Situaciones de riesgo de obstrucción de las vías respiratorias altas por crecimiento local de un tumor. (Melendez, 2012)

Estomas de nutrición

Gastrostomía: Es la exteriorización del estómago a la pared abdominal. Es la que se suele utilizar en pediatría. (Melendez, 2012)

Yeyunostomía: Es la exteriorización a nivel del intestino delgado. Puede ser de dos tipos: exteriorización bajo sonda, con función de alimentación (situación similar a una gastrostomía de alimentación) o salida directamente a la piel, en situaciones debidas a dehiscencias de anastomosis. (Melendez, 2012)

Estomas de eliminación

Ileostomía: Es la exteriorización del último tramo del íleon a la piel. El estoma se sitúa en la parte derecha del abdomen. (Melendez, 2012)

Colostomía: Es la exteriorización de un tramo del colon a la piel. (Melendez, 2012)

Ostomías urológicas

Nefrostomía: Es la comunicación directa del riñón con la piel. (Melendez, 2012)

Ureterostomía: Es la exteriorización de los uréteres a la piel. Puede ser unilateral, si se aboca solo un uréter o bilateral si se abocan los dos. (Melendez, 2012)

En este caso, pueden conectarse los dos uréteres y abocarlos al exterior a través de un estoma. (Melendez, 2012)

Vejiga ileal: Es un tipo de urostomía que se realiza con una técnica que elimina la vejiga y conecta los uréteres al íleon, el cual se aboca al exterior formando un estoma. (Melendez, 2012)

Colostomía

La colostomía es una intervención quirúrgica cuyo objetivo es establecer una comunicación artificial entre el colon y la pared abdominal a fin de conducir al exterior la materia fecal y/o descomprimir el intestino grueso a través de una vía alternativa. Por lo tanto, no es una enfermedad, sino que es un cambio en la anatomía. (López & Juárez, 2014)

Esta abertura sirve de sustituto al ano y de esta manera los intestinos pueden eliminar los productos de desecho a una bolsa de recolección hasta que sane el colon o se pueda hacer otra cirugía correctiva. Se realiza cuando la parte distal del intestino grueso, el recto o el ano no pueden funcionar con normalidad. (United Ostomy Associations of America, 2015)

Clasificación

Colostomías temporales

El tratamiento de ciertos problemas de la parte inferior del intestino grueso requiere que esa porción esté en reposo. Esto se logra evitando que la materia fecal llegue hasta allí. Para ello se crea una colostomía temporal (de corto plazo) que permitirá que sane el intestino. Puede que el proceso de sanación tome varias semanas, meses o incluso años. Con el tiempo, la colostomía se revierte (retira) y el intestino comienza a funcionar como lo hacía antes (la materia fecal vuelve a salir a través del ano). (United Ostomy Associations of America, 2015)

Colostomías permanentes

Cuando parte del colon o del recto enferma, se tiene que hacer una colostomía de largo plazo (permanente). La parte enferma del intestino debe ser extirpada o dejarse sin función permanentemente. En este caso, no se espera cerrar la colostomía en el futuro. (United Ostomy Associations of America, 2015)

Indicaciones para colostomía

Una enfermedad, lesión o un defecto congénito puede alterar o deteriorar la función gastrointestinal. (Melendez, 2012)

Obstrucción intestinal

Adherencia o bridas

Neoplasias de colon

Enfermedad inflamatoria complicada.

Síndrome de ogilvie

Hemorragia masiva

Diverticulitis cólicas

(Hospital General Antonio Gregorio Mrañon, 2010)

Tipos de colostomía

Es necesario saber qué tipo de paciente vamos a recibir y el tipo de colostomía que se le va a realizar. (Crespo, Lucia, 2011)

Hay varios tipos de colostomías. Según la porción de colon que esté involucrado distinguimos: (Crespo, Lucia, 2011)

Colostomía ascendente: Se encuentra en la parte derecha del abdomen y se forma a partir del colon ascendente. Las heces suelen ser líquidas o semilíquidas, muy frecuentemente y contienen enzimas digestivas de gran acidez que pueden irritar la piel. (López & Juárez, 2014)

Colostomía transversa: Localizada en la parte central del abdomen y se forma a partir del colon transverso. Produce unas heces semilíquidas o semisólidas, evacuación semifrecuente y con pocas enzimas digestivas. (López & Juárez, 2014)

Colostomía descendente: Se encuentra en la parte izquierda del abdomen y se forma a partir del colon descendente. Las heces en este tramo son semisólidas o sólidas porque la mayor parte del agua ha sido reabsorbida en este punto y su evacuación menos frecuente. (López & Juárez, 2014)

Colostomía sigmoidea: Se encuentra en la parte izquierda del abdomen, se forma a partir del colon sigmoideo y las heces en este lugar son sólidas. (López & Juárez, 2014)

Según el tiempo que la portan los pacientes dependen del problema o enfermedad. (López & Juárez, 2014)

TIPOS DE OSTOMÍAS					
Ostomía	Efluentes	Protección de la piel	Tipo de bolsa	Sistema 1 piezas	sistema 2/3 piezas
Colostomía terminal o sigmoideo	Heces semisólida o formadas	Si	Bolsa cerrada	Uso habitual	Dermatitis, diarreas, piel delicada, falta habilidad manual
Colostomía transversa	Heces semilíquidas o a veces sólidas.	Si	Bolsa cerrada /abierta	Uso habitual	Dermatitis, diarreas, piel delicada, falta habilidad manual
Ileostomía	Heces líquidas y de forma continua	Imprescindible Heces muy irritables.	Bolsa abierta	Ocasionalmente	Uso habitual
Urostomía	Orina. Salida constante y por goteo	Imprescindible Orina muy irritable.	Bolsa abierta drenable	Ocasionalmente	Uso habitual

(Hospital General Antonio Gregorio Mrañon, 2010)

Cuidados y cambios de la colostomía

Higiene: Lavar el estoma con agua y jabón y secar bien mediante toquecitos, con una toalla. Nunca usar secador para evitar quemaduras. Si el estoma sangra un poco, entra dentro de la normalidad. Lo que será motivo de alarma es que sangre en abundancia. Es más recomendable la ducha que el baño y el estoma lo dejaremos en último lugar. Se podrá duchar con o sin bolsa. (Carballo, 2008)

Tipos de bolsas:

Las abiertas: Estas disponen sistema de vaciado en la parte inferior. (Carballo, 2008)

Las cerradas: Estas no podremos vaciar el contenido, sino que cambiaremos la bolsa. (Carballo, 2008)

Cambio de adhesivo y bolsa

- Retirar la bolsa despegando la parte pegada a la piel despacio y sin tirones.
- Lavar el estoma con agua y jabón. (Balsera, 2010)
- Secar dando golpecitos con una toalla limpia y seca. (Balsera, 2010)
- Medir el estoma con la ayuda de una plantilla medidora. (Balsera, 2010)
- Recortar el nuevo adhesivo con las medidas del estoma. (Balsera, 2010)
- Si la bolsa y el adhesivo son una pieza única, colocarla pegando el adhesivo de abajo a arriba, para poder ver el estoma. (Balsera, 2010)
- Si la bolsa y el adhesivo van separados, pegar el adhesivo primero y luego adjuntar la bolsa encajando las guías y presionando. Comprobar que la unión es correcta. (Balsera, 2010)

Cuándo debemos cambiar la bolsa

Si la bolsa es cerrada: Cambiar todos los días cuando el contenido supere la mitad de la bolsa.

Si la bolsa es abierta: Vaciar la bolsa cuando el contenido supere la mitad de la bolsa cada día. Es importante que la materia fecal no esté en contacto con la piel que rodea el estoma para no irritarla, por eso hay que cortar el disco adhesivo con el diámetro que tenga el estoma. (Carballo, 2008)

Si el dispositivo es de una pieza y cerrada: Se cambiará cuando esté por la mitad cada día. (Balsera, 2010)

Si el dispositivo es de una pieza y abierta: Se cambiará cada 24/48 horas y se vaciará cuando esté por la mitad. Para vaciar la bolsa, abra la pinza y limpie la parte inferior con papel higiénico. (Balsera, 2010)

Si el dispositivo es de dos piezas y cerrado: Se cambiará la bolsa cuando esté por la mitad y el disco cada 3 o 4 días.

Si el dispositivo es de dos piezas y abierta: Se vaciará cuando lo precise. Se cambiará la bolsa cada 24 o 48 horas y el disco cada 3 o 4 días. (Balsera, 2010)

Complicaciones de las colostomías

La colostomía es una técnica sencilla de realizar, pero a pesar de esto, un 40% de las complicaciones de ésta son secundarias a un defecto en la técnica. Por esto, el personal de enfermería tiene como principal objetivo evitarlas. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Complicaciones en el postoperatorio inmediato:

Edema: Normalmente es debido al propio trauma de la intervención. Se produce cuando el diámetro de la piel es menor a la mucosa intestinal. Este edema puede producir obstrucción intestinal. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Actuación de enfermería: Utilización de dispositivos transparentes para ver la evolución de la intervención los primeros días, pero sin presionarlo para evitar ulceraciones, observación diaria del tamaño y color. También se pueden colocar compresas de suero salino fisiológico frío o con azúcar granulado para realizar terapia osmótica. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Hemorragia: Complicación poco frecuente (2-3%) y aparece tras la intervención por culpa de la lesión de algún vaso subcutáneo o submucoso. Los pólipos también pueden conducir al sangrado del estoma, al igual que los problemas más graves, como malignidad. Suele remitir de forma espontánea haciendo presión sobre el vaso sangrante o suturándolo. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Actuación de enfermería: Registrar el momento del sangrado, intensidad y volumen. Si la hemorragia es enterocutánea se realizará hemostasia local o compresión. Si la hemorragia es de la mucosa, se ha de aplicar frío o una compresa con adrenalina, mientras que si es arterial, se ha de hacer sutura superficial. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Las pequeñas áreas de hemorragia pueden ser ligeramente cauterizadas con lápices hemostáticos o con palos de nitrato de plata. Si la hemorragia es por problemas de coagulación, requerirá tratamiento médico específico. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Infección: Complicación frecuente que aumenta cuando la intervención se realiza de urgencias, ya que las condiciones del paciente suelen ser peores. Con la infección aparece dolor en la zona, inflamación, supuración y en algunas ocasiones fiebre. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Actuación de enfermería: Cuando aparecen los primeros síntomas o molestias, hay que controlar la zona afectada y registrar los cambios que se han producido en la colostomía. Si el absceso es mucocutáneo requiere curas locales, es decir, se han de retirar algunos puntos de sutura para drenar el contenido purulento, se han de hacer lavados con suero fisiológico y antiséptico, y los esfacelos se tienen que recortar. El área infectada suele curar por segunda intención. Hay que usar dispositivos de dos piezas para mantener las curas. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Isquemia o necrosis: Es generalmente causada por desvascularización, o tensión excesiva que causa la retracción. Es fácil de reconocer por el color morado azulado o grisáceo oscuro que adopta el estoma. Si es superficial, con retirar algún punto de sutura suele ser suficiente, pero si se compromete el colon en su porción interior habrá que pasar nuevamente por quirófano. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Actuación de enfermería: Observar, controlar y registrar la zona afectada durante las primeras horas, para ello utilizaremos dispositivos transparentes. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Complicaciones en el postoperatorio tardío:

Estenosis: Reducción del diámetro de la luz del estoma, de tal forma que impide la salida de las heces, así como la posibilidad de realizar un tacto por él. Si la estenosis es de gran magnitud y produce suboclusión, hay que volver a la cirugía. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Actuación de enfermería: Aconsejar una dieta rica en fibra para que las heces sean más pastosas y fáciles de eliminar. Si la estenosis es parcial, realizar dilataciones digitales. También es aconsejable realizar irrigaciones periódicas.

Retracción del estoma: En este caso, el estoma es retraído hacia el abdomen en vez de ser mínimamente elevado por encima de la piel. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Actuación de enfermería: controlar el color de la mucosa de estoma (color correcto rosa o rojizo), medición de la boca con guías milimetradas para conseguir la adaptación del dispositivo a utilizar. Una aplicación convexa puede ayudar, ya que su forma de cúpula empuja dentro del abdomen alrededor del estoma y hace que éste sobresalga.

Prolapso del estoma: Es la eversión de la mucosa a través del orificio cutáneo. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Se produce por una mala fijación del colon a la piel y suele aparecer de una forma progresiva, siendo de unos 15-20 cm. Esto puede reducir la capacidad del dispositivo de colostomía para recoger las heces. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Actuación de enfermería: Vigilar el crecimiento del prolapso, color, úlceras y signos de isquemia. Si es posible, realizar maniobras de reintroducción mediante masajes. Colocar gasas con suero fisiológico para evitar úlceras.

Hernia de la pared abdominal: hinchazón del abdomen alrededor del estoma. Esto es generalmente antiestético e incómodo, ya que impide la correcta colocación de los dispositivos, pero no siempre requiere la intervención quirúrgica. Se produce por hipertensión abdominal, bronquitis, obesidad y estreñimiento. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Actuación de enfermería: Descartar la oclusión intestinal. Evitar los esfuerzos y utilizar placas lo más flexibles posible. También se pueden utilizar fajas y cinturones especiales que compriman las hernias pero no el estoma. Si la hernia produce problemas físicos o psicológicos valorar tratamiento quirúrgico.

Otras complicaciones:

Alergias: Se produce cuando el sistema inmune del cuerpo reacciona de manera exagerada a una sustancia. Una alergia a un dispositivo de colostomía, o un accesorio de estoma es muy raro. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Actuación de enfermería: Reconocer las alergias a estos dispositivos, ya que habrá un área de la piel inflamada con la forma y el tamaño exactamente igual al dispositivo. Para resolver este problema habrá que dejar de usar el material utilizado que lo ha provocado y sustituirlo por otro. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Granulomas: Aparecen en la unión mucocutánea del borde del estoma y la piel adyacente y tienen una apariencia similar a la coliflor. Los bultos son generalmente de color rojo y sangran fácilmente al tacto. La causa de esta complicación es un traumatismo, el cual puede ser debido a que las heces toquen la piel o por un dispositivo mal ajustado en el área. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Actuación de enfermería: Se utiliza el nitrato de plata, ya que es muy eficaz para reducir el tamaño del granuloma y eventualmente, para eliminarlo por completo. Sin embargo, el nitrato de plata debe de ser utilizado con precaución. (Sólo dos o tres veces a la semana).

Separación mucocutánea: Es posible que la unión entre la piel y el intestino se rompa. Ocurre en diversos grados, pero sobretodo de manera superficial. La causa de este problema puede ser una infección o tensión en las suturas. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Actuación de enfermería: Es administrar polvos o pasta protectora en el hueco entre la piel y el estoma. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Dermatitis de contacto irritante: Inflamación, irritación o incluso ulceración de la piel debido al contacto del contenido que sale a través del estoma. Este problema se suele producir a los dos meses de la cirugía por colostomizados que no tienen experiencia. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Actuación de enfermería: Volver a medir el estoma y educar al paciente en la creación de una abertura del tamaño adecuado. Vigilar la aparición de los síntomas y cambiar los dispositivos por otros hipoalergénicos. (Manual de Cuidados en Ostomías, 2012)

Proceso enfermero en colostomía

Pensamiento y proceso enfermero: El desarrollo del pensamiento y los conocimientos de los cuidados enfermero se ha visto influenciados por múltiples factores que, junto

con los constantes cambios de las necesidades de la personas, han afectado su evolución hasta nuestros días. (Crespo, Lucia, 2011)

El proceso de atención de enfermería proporciona una descripción de la realidad de la practica enfermera mediante la utilización de un lenguaje propio, intentando alejarlo del enfoque biomédico bajo el que se ejercía la profesión. (Crespo, Lucia, 2011)

Plan de cuidados preoperatorio

Intervención de enfermería:

1. Observación y control de complicaciones potenciales
2. Coordinación preoperatoria
 - Revisar la cirugía programada , realizar una valoración física completa, revisar ordenes médicas, ordenar y coordinar las pruebas de diagnósticos, informar al paciente y al cuidador de la fecha y hora de la cirugía, hora de llegada a la institución y procedimiento de ingreso, informar al paciente y al cuidador de la ubicación de la unidad de recepción, quirófano y la sala de espera, determinar las expectativas del paciente acerca de los cuidados de la cirugía, obtener el consentimiento para el tratamiento, dar tiempo al paciente y al cuidador para que hagan preguntas y manifiesten sus inquietudes. (Crespo, Lucia, 2011)
3. Preparación quirúrgica.
 - Determinar el nivel de ansiedad/miedo del paciente respecto del procedimiento quirúrgico, confirmar la información explicativa preoperatoria, completar la lista de comprobaciones preoperatorias, asegurar de que el paciente no recibe nada por la boca, asegurar de que el historial físico completo se encuentre registrado en la hoja. (Crespo, Lucia, 2011)
 - Verificar que ha firmado el correspondiente consentimiento quirúrgico, verificar que los resultados de los análisis de laboratorio y diagnósticos se encuentren registrados en la hoja, verificar que se ha realizado el electrocardiograma, retirar las alhajas y anillos, extraer dentadura postiza, gafas y lentillas u otras prótesis, administrar los medicamentos de preoperación intestinal, administrar y registrar los medicamentos preoperatorios, realiza afeitado quirúrgico, fricción y ducha. (Crespo, Lucia, 2011)

Plan de cuidados postoperatorio

1. Complicaciones tempranas del estoma
 - Edema, hemorragia, isquemia-necrosis, infección, hundimiento, retracción, oclusión por hernia interna, fistulización, localización incorrecta, deterioro de la integridad cutánea. (Crespo, Lucia, 2011)
2. Obstrucción intestinal, hemorragia, dolor, infección, trombosis. (Crespo, Lucia, 2011)

Objetivos de enfermería:

- Detección precoz de complicación. (Crespo, Lucia, 2011)
- Prevenir de la aparición de complicación. (Crespo, Lucia, 2011)

Intervenciones de enfermería

Cuidados de la ostomía: Observar la curación de la incisión/estoma, vigilar posible complicaciones posoperatorias, como la obstrucción intestinal, el íleo paralítico, fisuras de la anastomosis o la separación de la mucosa cutánea, vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía, ayudar a la paciente a practicar los autocuidados, examinar los cuidados de ostomía del paciente, examinar los cuidados de ostomía del paciente, proporcionar apoyo y asistencia mientras el paciente desarrolla la técnica para el autocuidado de estoma/tejido circundante. (Crespo, Lucia, 2011)

RESULTADOS

Paciente MEMG de 16 años de edad, de sexo femenino, sin antecedentes patológicos personales, ni familiares, sin hábitos tóxicos, procedente de una zona rural del cantón Guamate, quién fue atendida en el servicio de cirugía del Hospital Provincial General Docente Riobamba, manifiesta que luego de 15 días de dolor abdominal tratado en otras instituciones de salud sin obtener resultados favorables, es llevada por un familiar a este establecimiento de segundo nivel de atención, en donde fue diagnosticada de abdomen agudo obstructivo e intervenida quirúrgicamente (laparotomía) por tres ocasiones por múltiples perforaciones intestinales, fue colocada sistema de drenaje, funda de Bogotá, reparación de perforaciones y confección de una colostomía.

La biometría hemática revela leve alteración que fue descrita como tipo inmunitaria, la química sanguínea muestra incremento en los valores de bilirrubina. Al examen físico se evidenció con facies de tristeza, temerosa, piel icterica, abdomen suave doloroso a la palpación con presencia de apósito ligeramente manchado de líquido seroso verdoso de mal olor en la herida quirúrgica, se observa una colostomía permeable eliminando contenido intestinal de características normales, ruidos hidroaéreos aumentados.

El tratamiento que recibió fue: nutrición parenteral (dextrosa al 50% en 400ml, lipofundin al 20/ en 400ml, aminoplasmal 15% en 800ml, insulina cristalina 10 UI pasando a 60 ml/h), suplementos vitamínicos intravenosos, electrolitos concentrados, hidratación, antibioticoterapia, analgésicos y fisioterapia respiratoria.

Para la aplicación del proceso de atención de enfermería se ejecutaron planes de cuidado con la finalidad de incrementar el autocuidado y la adaptación por tratarse de una paciente adolescente, los resultados alcanzados fueron favorables debido a que se mantuvo la integridad tisular de la piel (circundante al estoma) en una puntuación de 5 y en el resultado de afrontamiento de problemas se incrementó la puntuación de 1 a 4.

La paciente presenta un desmejoramiento en su condición de salud al ser diagnosticada de pioderma gangrenoso secundario a la enfermedad de crohn, en esta etapa se ejecutaron planes de cuidado orientados a mantener el bienestar, confort y al tratamiento

de la enfermedad en donde no se lograron mayores resultados debido a que los familiares solicitaron el alta, argumentando el traslado a otra unidad asistencial, inmediatamente, mediante la visita en el domicilio se localizó a la paciente en condiciones de agonía, ejecutándose un plan de cuidados orientados al "Final tranquilo de la vida" por el deterioro completo de salud de la paciente quien tres días después fallece.

El seguimiento se desarrolló en tres etapas: la primera dirigida a promover el autocuidado y la adaptación de la paciente colostomizada; la segunda etapa en donde ejecutando acciones destinadas al mantenimiento de las funciones básicas por la complicación de la paciente con pioderma gangrenoso; y la tercera etapa se orientó hacia la ejecución del cuidado al final de la vida.

Cada una de estas etapas fue realizada con el consentimiento informado y participación de la paciente que consistió en el asesoramiento sobre el autocuidado, adaptación y el acompañamiento al final de la vida, evidenciándose la participación ineficaz de los familiares.

**PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA EN UNA
ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON
COLOSTOMÍA ORIENTADO AL
AUTOCUIDO Y ADAPTACIÓN
(PRIMERA ETAPA)**

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

Proceso enfermero en una adolescente de 16 años con colostomía orientado al autocuidado y adaptación (primera etapa).

Se realizó la valoración según las teorías de Dorothea Orem y de Callista Roy, los datos fueron obtenidos desde el momento de la entrevista con la paciente, familiares, historia clínica y por el medio del examen físico céfalo caudal.

Valoración del autocuidado

ASPECTOS DE LA TEORÍA DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	VALORACIÓN
1. AUTOCUIDADO	
Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	Paciente con piel icterica, mucosas pálidas y semihumedas. Con restricción de líquidos por vía oral, recibe nutrición parenteral y líquidos parenterales.
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	Peso 35 kg, Talla 152cm, IMC 15.3, “refiere que ha perdido peso, se ausculta peristaltismo disminuido”
Procesos de eliminación.	Paciente incapaz de realizar la higiene corporal por sí misma, eliminación intestinal por medio de colostomía.
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Requiere de otra persona para la ayuda y supervisión de actividades básicas como: baño, aseo personal y vestimenta.
2. DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	
Paciente por su edad no toma decisiones por si sola respecto a su tratamiento médico, además “refiere tener conocimientos escasos de su régimen terapéutico y de los cuidados que debe tener para afrontar manejo de la colostomía y que relación con la madre es irregular porque su madre no acude a visitar por lo que pasa con su hermana menor”.	
3. SISTEMA DE ENFERMERÍA: Paciente dependiente del personal de enfermería.	

Valoración de la Adaptación

ASPECTOS DE LA TEORÍA DE ADAPTACIÓN	VALORACIÓN
1. FUNCIÓN FISIOLÓGICA	
Nutrición	Peso actual 35 kg, talla 152cm, IMC 15.3. Peso ideal 45kg, paciente “manifiesta tener dudas del porque no puede comer por vía oral y cuánto tiempo pasara en NPO”.
Eliminación	Deposiciones a través de funda de colostomía de características líquidas amarillentas y ruidos hidroaéreos aumentados, “refiere es molesto tener la colostomía y difícil de adaptarse a ella ya que toca estar viendo y no le gusta el olor además refiere que le hace sentir mal cada vez que alguien tiene que vaciar la funda de colostomía, manifestando que quiere hacerlo ella misma”.
Higiene e integridad cutánea	Paciente incapaz de realizar la higiene corporal por sí misma, piel icterica, mucosas orales semihumedas, presenta una herida abierta en el abdomen y con colostomía a nivel del abdomen izquierdo, “refiere sentirse diferente respecto a su imagen corporal por ello está triste y no puede afrontar los problemas de su salud, además muestra una actitud regular respecto al entorno donde se encuentra ya que refiere que está cansada de estar hospitalizada”.
Ejercicio y descanso	Paciente con expresión facial de tristeza, características del habla normal, requiere de otra persona para la ayuda y supervisión de actividades básicas como: baño, aseo personal, vestimenta y postura.
2. AUTOCONCEPTO	
Identificación física	“Refiere que no se siente bien con su cuerpo, además que ha bajado de peso y le da miedo que la gente le quede viendo mal y que la cicatriz que quedará en su cuerpo no le permitirá utilizar ropas al gusto de cada uno (en piscina)”.
Identidad personal	“Manifiesta estar triste, aburrida, sola y no sabe cuánto tiempo estará en el hospital ni que será de su vida”
4. INTERDEPENDENCIA	
Conductas dependientes	(Búsqueda de ayuda, atención y afecto). “Refiere buscar apoyo solo cuando está enferma”.
Conductas independientes	“Refiere que no puede tomar decisiones acerca de su tratamiento y ni tampoco de su salud en general”.

Diagnóstico

Una vez efectuada la valoración se establecieron los siguientes diagnósticos de acuerdo a los problemas y necesidades identificados.

Diagnóstico de enfermería en una adolescente de 16 años con colostomía orientado al autocuidado y adaptación (primera etapa)	
Dolor Agudo (00132)	M/P: conducta expresiva (inquietud, irritabilidad y escala numérica de dolor 7/10); R/C: agentes lesivos biológicos (laparotomía).
Ansiedad (00146)	M/P: irritabilidad, temor e inquietud; R/C: grandes cambios (entorno y estado de salud.)
Deterioro de la integridad cutánea (00046)	M/P: daño tisular; R/C: procedimiento quirúrgico y factores mecánicos (inflamación intestinal, fístula enterocutánea).
Motilidad gastrointestinal disfuncional (00197)	M/P: cambio en los ruidos intestinales; R/C: régimen terapéutico (cirugía abdominal).
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)	R/C: régimen terapéutico (cirugía abdominal).
Afrontamiento ineficaz (00069)	M/P: incapacidad para manejar la situación; R/C: confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación.
Bajo autoestima situacional (00120)	M/P: reto situacional a la propia valía; R/C: alteración en la imagen corporal.
Trastorno de la imagen corporal (00118)	M/P: alteración de la imagen corporal (herida abierta del abdomen, colostomía); R/C: autoestima bajo.
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002)	M/P: incapacidad percibida para digerir los alimentos (NPT); R/C: incapacidad para digerir los alimentos (enfermedad intestinal.).
Conocimientos deficientes (00126)	M/P: conocimientos insuficientes; R/C: información insuficiente.
Déficit del autocuidado: Baño, higiene y vestido (00108)	M/P: incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestirse; R/C: dolor, debilidad y disminución de la motivación por la enfermedad.
Afrontamiento familiar comprometido (000074)	M/P: conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía de la paciente; R/C: apoyo recíproco insuficiente y cambio en el rol, familiar.

Planificación

En esta fase se plantearon resultados y planificaron las intervenciones en base a los diagnósticos establecidos.

DIAGNÓSTICO	RESULTADO NOC	INDICADOR	INTERVENCION NIC
Dolor Agudo: m/p: conducta expresiva (inquietud, irritabilidad y escala numérica de dolor 7/10); r/c: agentes lesivos biológicos (laparotomía).	(1605) Control del dolor.	(160511) Refiere dolor controlado. (160504) Utiliza medidas de alivio.	(1400) Manejo del dolor. (2210) Administración de analgésicos.
Ansiedad: m/p: irritabilidad, temor e inquietud; r/c: grandes cambios (entorno y estado de salud.)	(1211) Nivel de ansiedad.	(121005) Inquietud (121117) Ansiedad verbalizado.	(5820) Disminución de la ansiedad. (4920) Escucha activa
Deterioro de la integridad cutánea: m/p: daño tisular; r/c: procedimiento quirúrgico y factores mecánicos (inflamación intestinal, fístula enterocutánea).	(1103) Curación de la herida: por segunda intención. (1101) Integridad tisular: piel y mucosas.	(110317) Olor de la herida (160504) Integridad de la piel (circundante al estoma).	(3660) Cuidados de las heridas. (0480) Cuidados de ostomías.
Motilidad gastrointestinal disfuncional: m/p: cambio en los ruidos intestinales; r/c: régimen terapéutico (cirugía abdominal).	(1015) Función gastrointestinal	101508) Ruidos abdominales. (101514) Distensión abdominal.	(6550) Vigilancia (0430) Manejo intestinal
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido: r/c: régimen terapéutico (cirugía abdominal).	(0602) Hidratación	(60202) Membranas mucosas húmedas. (60205) Sed (60211) Diuresis	(4130) Monitorización de líquidos. (2080) Manejo de líquidos/electrolito.
Afrontamiento ineficaz: m/p: incapacidad para manejar la situación; r/c: confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación.	(1302) Afrontamiento de problemas.	(130205) Verbaliza aceptación de la situación. (130207) Mantenimiento del cuidado/ higiene personal	(5230) Aumentar el afrontamiento.
Bajo autoestima situacional: m/p: reto situacional a la propia valía; r/c: alteración en la imagen corporal.	(1309) Capacidad personal de recuperación.	(130901) verbaliza una actitud positiva.	(5400) Potenciación de la autoestima.

Trastorno de la imagen corporal: m/p: alteración de la imagen corporal (herida abierta del abdomen, colostomía); r/c: autoestima bajo.	(1205) Autoestima	(1205) Verbalización de autoaceptación	(5220) Potenciación de la imagen corporal.
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales: m/p: incapacidad percibidas para digerir los alimentos (NPT); r/c: factores biológicos (perforación intestinal).	(1004) Estado nutricional	(100405) Relación peso / talla.	(1200) Administración de nutrición parenteral total. (2440) Mantenimiento dispositivo de acceso venoso central. (1240) Monitorización nutricional.
Conocimientos deficientes: m/p: conocimientos insuficientes; r/c: información insuficiente.	(1829) Conocimiento: cuidados de la ostomía. (1615) autocuidados de la ostomía.	(182902) Propósito de la ostomía (192915) Procedimiento para cambiar la bolsa de la ostomía (192907) Complicaciones relacionados con ostomía. (161601) Describe el funcionamiento de la ostomía. (161507) Vacía la bolsa de colostomía.	(5602) Enseñanza: proceso de la enfermedad. (5520) Facilitar el aprendizaje. (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos.
Déficit de autocuidado: baño, higiene y vestido m/p: incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestirse; r/c: dolor, debilidad y disminución de la motivación por la enfermedad.	(0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria.	(030517) Mantiene la higiene corporal.	(1801) Ayuda con los autocuidado: baño/higiene.
Afrontamiento familiar comprometido: m/p: conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía de la paciente; r/c: apoyo recíproco insuficiente y cambio en el rol familiar.	(2600) Apoyo familiar durante el tratamiento.	(260905) Piden información sobre la enfermedad del paciente. (260903) Los miembros preguntan cómo pueden ayudar.	(7110) Fomentar la implicación familiar.

Ejecución

Ejecución de las actividades (NIC)

CLASIFICACION NIC				
Etiqueta diagnostico	Código	Resultados	Código	Intervenciones
Dolor agudo	(1605)	Control del dolor	(1400)	Manejo del dolor.
			(2210)	Administración de analgésicos.
Ansiedad	(1211)	Nivel de ansiedad	(5820)	Disminución de la ansiedad.
			(4920)	Escucha activa
Deterioro de la integridad cutánea	(1103)	Curación de la herida: por segunda intención.	(3660)	Cuidados de las heridas.
			(1101)	Integridad tisular: piel y mucosas.
Motilidad gastrointestinal disfuncional	(1015)	Función gastrointestinal.	(6550)	Vigilancia
			(0430)	Manejo intestinal
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido	(0602)	Hidratación	(4130)	Monitorización de líquidos.
			(2080)	Manejo de líquidos/electrolito.
Afrontamiento ineficaz	(1302)	Afrontamiento de problemas	(5230)	Aumentar el afrontamiento
Bajo autoestima situacional	(1309)	Capacidad personal de recuperación.	(5400)	Potenciación de la autoestima.
Trastorno de la imagen corporal	(1205)	Autoestima.	(5220)	Potenciación de la imagen corporal.
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	(1004)	Estado nutricional.	(1200)	Administración de nutrición parenteral total.
			(2440)	Mantenimiento dispositivo de acceso venoso central.
			(1160)	Monitorización nutricional.
Conocimientos deficientes	(1829)	Conocimiento: cuidados de la ostomía.	(5602)	Enseñanza: proceso de la enfermedad.
			(5520)	Facilitar el aprendizaje.
	(1615)	Autocuidados de la ostomía.	(5616)	Enseñanza: Medicamentos prescritos.
Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido	(0300)	Autocuidados: actividades de la vida diaria.	(1801)	Ayuda con los autocuidado: baño/higiene.
Afrontamiento familiar comprometido	(2600)	Apoyo familiar durante el tratamiento	(2600)	Fomentar la implicación familiar

Evaluación

Evaluación de los resultados

CLASIFICACION NOC			PUNTUACION DIANA	
Código	Resultado	INDICADOR	Inicial	Final
(1605)	Control del dolor	(160511) Refiere dolor controlado. (160504) Utiliza medidas de alivio.	2	5
(1211)	Nivel de ansiedad.	(121005) Inquietud (121117) Ansiedad verbalizado.	2	4
(1103)	Curación de la herida: por segunda intención.	(110317) Olor de la herida.	2	4
(1101)	Integridad tisular: piel y mucosas.	(160504) Integridad de la piel (Circundante al estoma).	5	5
(1015)	Función gastrointestinal.	101508) Ruidos abdominales. (101514) Distensión abdominal.	2	4
(0602)	Hidratación	(60202) Membranas mucosas húmedas. (60205) Sed. (60211) Diuresis.	2	5
(1302)	Afrontamiento de problemas	(130205) Verbaliza aceptación de la situación. (130207) Mantenimiento del cuidado/ higiene personal.	1	4
(1309)	Capacidad personal de recuperación.	(130901) verbaliza una actitud positiva.	1	4
(1205)	Autoestima.	(1205) Verbalización de autoaceptación.	1	4
(1004)	Estado nutricional.	(100405) Relación peso / talla.	1	3
(1829) (1615)	Conocimiento: cuidados de la ostomía. Autocuidados de la ostomía.	(182902) Propósito de la ostomía (192915) Procedimiento para cambiar la bolsa de la ostomía (192907) Complicaciones relacionados con ostomía. (161601) Describe el funcionamiento de la ostomía. (161507) Vacía la bolsa de colostomía	2	4
(0300)	Autocuidados: actividades de la vida diaria.	(030517) Mantiene la higiene corporal.	2	4
(2600)	Apoyo familiar durante el tratamiento	(260905) Piden información sobre la enfermedad del paciente. (260903) Los miembros preguntan cómo pueden ayudar.	1	3

**PAE EN UNA ADOLESCENTE DE 16
AÑOS CON COLOSTOMÍA
ORIENTADO AL AUTOCUIDO Y
ADAPTACIÓN (PRIMERA ETAPA)**

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON COLOSTOMÍA ORIENTADO AL AUTOCUIDO Y ADAPTACIÓN (PRIMERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 12 confort CLASE: 1. Confort físico CÓDIGO DEL DX: 00132			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
DOLOR AGUDO (Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial.) Manifestado por: Conducta expresiva (inquietud, irritabilidad y escala numérica de dolor 7/10). Relacionado con: Agentes lesivos biológicos (laparotomía).			Dominio: Conocimiento y conducta en salud (IV) Clase: Conducta en salud (Q) Resultado: (1605) Control del dolor.	(160511) Refiere dolor controlado. (160504) Utiliza medidas de alivio.	1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5.Siempre demostrado	Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
						1	2	5	2
						2	3	5	4
						3	4	5	5
						4	5	5	5
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	E. Fomento de la Comodidad Física	Campo:	1. Fisiológico: Básico	Clase:	H. Control de fármacos	Campo:	2.Fisiológico complejo		
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Manejo del dolor (1400)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Administración de analgésicos (2210)					
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO (LeMone & Burke, 2009)		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO (Potter, 2004)			
Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad (escala numérica de 0 a 10) del dolor y factores desencadenante.		Es fundamental valorar de forma precisa para facilitar su manejo.		Administrar analgésicos prescritos a la hora adecuada para evitar picos de la analgesia, especialmente con el dolor severo.		Los analgésicos actúan suprimiendo el dolor para evitar complicaciones en el paciente como estrés y ansiedad.			

Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan.	Disminuye la ansiedad y se obtiene la colaboración del usuario.	Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, especialmente después de las dosis iniciales.	Fomenta el bienestar general ya actúa disminuyendo o eliminando el dolor.
Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	Permitirá instaurar y modificar las medidas de control del dolor a través de técnicas de relajación.		
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo
		Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (4-12-2015)	DÍA 2 (9-12-2015)
S	Paciente manifiesta que tiene dolor a nivel de la herida quirúrgico, escala numérica de dolor 7/10.	Paciente manifiesta que tiene dolor a nivel de la herida quirúrgico, escala numérica de dolor 5/10.
O	Conducta expresiva (inquietud, irritabilidad.)	Conducta expresiva (inquietud, irritabilidad.)
A	Dolor Agudo: manifestado por conducta expresiva (inquietud, irritabilidad y escala numérica de dolor 7/10); relacionado con agentes lesivos biológicos (laparotomía).	Dolor Agudo: manifestado por conducta expresiva (inquietud, irritabilidad y escala numérica de dolor 7/10); relacionado con agentes lesivos biológicos (laparotomía).
P	(1605) Control del dolor.	(1605) Control del dolor.
I	Manejo del dolor (1400) Administración de analgésicos (2210)	Manejo del dolor (1400) Administración de analgésicos (2210)
E	160511 Refiere dolor controlado 2: raramente demostrado a 3: a veces demostrado. 160504 Utiliza medidas de alivio 2: raramente demostrado a 3: a veces demostrado	160511 Refiere dolor controlado 3: a veces a 4: frecuentemente demostrado. 160504 Utiliza medidas de alivio 3: a veces a 4: frecuentemente demostrado.
	DÍA 3 (11-12-2015)	DÍA 4 (15-12-2015)
S	Paciente manifiesta que tiene dolor ocasionalmente a nivel de la herida quirúrgica, escala de dolor 4/10.	Paciente manifiesta que tiene disminución de dolor a nivel de la herida quirúrgica, escala de dolor 2/10.
O	Observación de evidencia de dolor disminuido.	Observación de evidencia de dolor disminuido, paciente tranquila y relajada.
A	Dolor Agudo: manifestado por conducta expresiva (inquietud, irritabilidad y escala numérica de dolor 7/10); relacionado con agentes lesivos biológicos (laparotomía).	Dolor Agudo: manifestado por conducta expresiva (inquietud, irritabilidad y escala numérica de dolor 7/10); relacionado con agentes lesivos biológicos (laparotomía).
P	(1605) Control del dolor	(1605) Control del dolor
I	Manejo del dolor (1400) Administración de analgésicos (2210)	Manejo del dolor (1400) Administración de analgésicos (2210)
E	160511 Refiere dolor controlado 4: frecuentemente a 5: siempre demostrado. 160504 Utiliza medidas de alivio 4: frecuentemente a 5: siempre demostrado.	160511 Refiere dolor controlado 5: siempre demostrado a 5: siempre demostrado. 160504 Utiliza medidas de 5: siempre demostrado a 5: siempre demostrado.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON COLOSTOMÍA ORIENTADO AL AUTOCUIDO Y ADAPTACIÓN (PRIMERA ETAPA)								
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)								
DOMINIO: 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés CLASE: 2. Respuestas de afrontamiento CÓDIGO DEL DX: 00146			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES					
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada		
ANSIEDAD (Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza) Manifestado por: Irritabilidad, temor e inquietud Relacionado con: Grandes cambios (entorno y estado de salud.)			Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Bienestar psicológico (M) Resultado: (1211) Nivel de ansiedad	(121105) Inquietud (121117) Ansiedad verbalizada	Grave ninguno 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	1	2	5	2		
						2	2	5	3		
						3	3	5	3		
						4	4	5	4		
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)											
Clase:	T. Fomento de la comodidad psicológica		Campo:	3.Conductual	Clase:	Q. Potenciación de la comunicación		Campo:	3.Conductual		
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Disminución de la ansiedad (5820)					INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Escucha activa (4920)						
ACTIVIDADES			FUNDAMENTO (LeMone & Burke, 2009)			ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO (Potter, 2004)		
Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.			Permite minimizar el temor y dar seguridad a la paciente.			Mostrar interés en la preocupación del paciente y evitar barreras de escucha activa.			Permite ofrecer apoyo emocional y fomentar sentimientos que ayuden a aclarar y expresar miedos.		

Permanecer con el paciente para promover seguridad y reducir el miedo	Este influye en la respuesta del paciente a la situación, en su interpretación de la misma y en el grado de amenaza que supone. (LeMone & Burke, 2009)	Utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.	Permite dar confianza y seguridad a la paciente.
Escuchar con atención.	Permiten que la paciente exprese sentimientos de ansiedad o miedo. (LeMone & Burke, 2009)		
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo
		Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (11-12-2015)	DÍA 2 (15-12-2015)
S	Paciente refiere inquietud sobre su estado de salud y como irá salir todo.	Paciente manifiesta que está más tranquilo y esperar que todo salga bien.
O	Verbalización	Verbalización
A	Ansiedad: Manifestado: irritabilidad, temor e inquietud; relacionado con: grandes cambios (entorno y estado de salud.)	Ansiedad: manifestado: irritabilidad, temor e inquietud; relacionado con: grandes cambios (entorno y estado de salud.)
P	(1211) Nivel de ansiedad.	(1211) Nivel de ansiedad.
I	Disminución de la ansiedad (5440) Escucha activa (4920)	Disminución de la ansiedad (5440) Escucha activa (4920)
E	(121005) Inquietud 2: grave a 2: grave. (121031) Ansiedad verbalizado 2: grave a 2: grave.	(121005) Inquietud 2: grave a 3: moderado. (121031) Ansiedad verbalizado 2: grave a 3: moderado.
	DÍA 3 (22-12-2015)	DÍA 4 (24-12-2015)
S	Paciente manifiesta que está más tranquilo y esperar que todo salga bien.	Paciente manifiesta que está más tranquilo y esperar que todo salga bien.
O	Verbalización	Verbalización
A	Ansiedad: Manifestado: irritabilidad, temor e inquietud; relacionado con: grandes cambios (entorno y estado de salud.)	Ansiedad: Manifestado: irritabilidad, temor e inquietud; relacionado con: grandes cambios (entorno y estado de salud.)
P	(1211) Nivel de ansiedad.	(1211) Nivel de ansiedad.
I	Disminución de la ansiedad (5440) Escucha activa (4920)	Disminución de la ansiedad (5440) Escucha activa (4920)
E	(121005) Inquietud 3: moderado a 4: leve (121031) Ansiedad verbalizado 3: moderado a 4: leve	(121005) Inquietud 4: leve a 4: leve (121031) Ansiedad verbalizado 4: leve a 4: leve

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON COLOSTOMÍA ORIENTADO AL AUTOCUIDO Y ADAPTACIÓN (PRIMERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 11. Seguridad/protección. CLASE: 02. Lesión física. CÓDIGO DEL DX: 00046			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana				Puntuación alcanzada			
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (Alteración de la epidermis y/o la dermis.) Manifestado por: Daño tisular. Relacionado con: Procedimiento quirúrgico y factores mecánicos (inflamación intestinal, fístula enterocutánea).			Dominio: Salud Fisiológica (II) Clase: Integridad Tisular (L) Resultado 1: (1103) Curación de la herida: por segunda intención. Resultado 2: (1101) Integridad tisular: piel y mucosas.	Indicador 1: (110317) Olor de la herida Indicador 2: (110113) Integridad de la piel (circundante al estoma)	De extenso hasta Ninguno	1	2	5	2
					1. Extenso	3	2	5	3
					2. Sustancial	4	3	5	3
					3. Moderado	5	3	5	4
					4. Escaso	6	4	5	4
					5. Ninguno	Días de Seguimiento		Mantener	Aumentar
					De gravemente comprometido hasta no comprometido	1	5		5
					1.Gravemente	2	5		5
					2.Sustancialmente	3	5		5
					3.Moderadamente	4	5		5
					4.Levemente	5	5		5
					5. No comprometido.	6	5		5

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
Clase:	L. Control de la piel/ heridas	Campo:	2. Fisiológico: complejo	Clase:	L. Control de la piel/ heridas	Campo:	2. Fisiológico: complejo
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Cuidados de las heridas (3660)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Cuidados de ostomías (0480)			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO (Potter, 2004)		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO (Potter, 2004)	
Evaluar la herida localización, dolor, exudación y signos de infección.		Permitirá planificar los cuidados de acuerdo a las necesidades de la herida.		Instruir a la paciente /cuidador en la utilización del equipo de la ostomía/ cuidados.		Ayuda a la paciente y al familiar a educarse y mejorar el autocuidado.	
Limpiar con solución salina la herida, valorando color, olor y drenajes.		La correcta limpieza de herida nos ayuda a evitar posibles infecciones.		Instruir a la paciente para vigilar la presencia e posibles complicaciones (fugas infección, irritación, hemorragia, retracción y protrucción).		La vigilancia de las posibles complicaciones e infecciones ayudan a prevenir los mismos.	
Enseñar al paciente y familia los signos y síntomas de infección.		Alerta los cambios en el estado de salud y con ello prevenir infecciones.		Examinar los cuidados de ostomía del paciente y enseñar a drenar cada vez que esté llena o cada 4 o 6 horas.		Permite evaluar el autocuidado que lleva la paciente a cerca de eliminación adecuada.	
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo	Fecha de Elaboración:	2015-2016		

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)

	DÍA 1 (15-12-2015)	DÍA 2 (20-12-2015)
S	Paciente refiere que tiene mal olor a nivel de la herida abierta, que le dificulta su movilización y realizar otras actividades como: eliminación de las heces.	Paciente refiere que tiene mal olor a nivel de la herida abierta.
O	Herida quirúrgica a nivel del abdomen eliminando secreción amarillo verdoso de mal olor, colostomía permeable.	Herida quirúrgica a nivel del abdomen eliminando secreción amarillo verdoso de mal olor, colostomía permeable.
A	Deterioro de la integridad cutánea: manifestado por: daño tisular; relacionado con: procedimiento quirúrgico y factores mecánicos (inflamación intestinal, fístula enterocutánea).	Deterioro de la integridad cutánea: manifestado por: daño tisular; relacionado con: procedimiento quirúrgico y factores mecánicos (inflamación intestinal, fístula enterocutánea).
P	Curación de la herida: por segunda intención (1103) Integridad tisular: piel y mucosas (1101)	Curación de la herida: por segunda intención (1103) Integridad tisular: piel y mucosas (1101)
I	Cuidados de las heridas (3660) Cuidados de ostomías (0480)	Cuidados de las heridas (3660) Cuidados de ostomías (0480)
E	(110317) Olor dela herida 2: sustancial a 2: sustancial comprometido. (110113) integridad de la piel 5: no comprometido a 5: no comprometido.	(110317) Olor dela herida 2: sustancial a 2: sustancial comprometido. (110113) integridad de la piel 5: no comprometido a 5: no comprometido.
	DÍA 3 (24-12-2015)	DÍA 4 (26-12-2015)
S	Paciente refiere que sigue el mal olor en su herida y tiene pocas dificultades para moverse y realizar la eliminación de las heces.	Paciente refiere que el mal olor va disminuyendo a nivel de la herida abierta y ya puede levantarse y eliminar las heces de la funda de colostomía.
O	Herida quirúrgica a nivel del abdomen eliminando secreción amarillo verdoso de mal olor, colostomía permeable.	Herida quirúrgica a nivel del abdomen eliminando secreción amarillo verdoso el mal olor en moderada cantidad, colostomía permeable.
A	Deterioro de la integridad cutánea: manifestado por: daño tisular; relacionado con: procedimiento quirúrgico y factores mecánicos (inflamación intestinal, fístula enterocutánea).	Deterioro de la integridad cutánea: manifestado por: daño tisular; relacionado con: procedimiento quirúrgico y factores mecánicos (inflamación intestinal, fístula enterocutánea).

P	Curación de la herida :por segunda intención.(1103)	Curación de la herida :por segunda intención.(1103)
I	Curación de la herida: por segunda intención (1103) Integridad tisular: piel y mucosas (1101)	Curación de la herida: por segunda intención (1103) Integridad tisular: piel y mucosas (1101)
E	(110317) Olor dela herida 2: sustancial a 3: moderado comprometido (110113) Integridad de la piel 5: no comprometido a 5: no comprometido	(110317) Olor dela herida 3: moderado a 3: moderado comprometido (110113) Integridad de la piel 5: no comprometido a 5: no comprometido
	DÍA 5 (29-12-2015)	DÍA 6 (5-01-2016)
S	Paciente refiere que ya no hay el mal olor a nivel de la herida abierta y puede levantarse, acostarse por sí sola y de la misma manera realizar sus necesidades.	Paciente refiere que ya no hay el mal olor a nivel de la herida abierta ya puede levantarse, acostarse por sí sola y de la misma manera realizar sus necesidades.
O	Herida quirúrgica a nivel del abdomen eliminando secreción amarillo verdoso el mal olor es escaso, colostomía permeable.	Herida quirúrgica a nivel del abdomen eliminando secreción amarillo verdoso, no hay ningún mal olor, colostomía permeable.
A	Deterioro de la integridad cutánea: manifestado por: daño tisular; relacionado con: procedimiento quirúrgico y factores mecánicos (inflamación intestinal, fístula enterocutánea).	Deterioro de la integridad cutánea: manifestado por: daño tisular; relacionado con: procedimiento quirúrgico y factores mecánicos (inflamación intestinal, fístula enterocutánea).
P	Curación de la herida: por segunda intención (1103) Integridad tisular: piel y mucosas (1101)	Curación de la herida: por segunda intención (1103) Integridad tisular: piel y mucosas (1101)
I	Cuidados de las heridas (3660) Cuidados de ostomías (0480)	Cuidados de las heridas (3660) Cuidados de ostomías (0480)
E	(110317) Olor dela herida 3: moderado a 4: escaso comprometido (110113) integridad de la piel 5: no comprometido a 5: no comprometido	(110317) Olor dela herida 4: escaso 4: escaso comprometido (110113) Integridad de la piel 5: no comprometido a 5: no comprometido

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON COLOSTOMÍA ORIENTADO AL AUTOCUIDO Y ADAPTACIÓN (PRIMERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 03 Eliminación e Intercambio CLASE: 02 función gastrointestinal CÓDIGO DEL DX: 00197			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL (Aumento, disminución, ineficacia o falla actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.) Manifestado por: Cambio en los ruidos abdominales. Relacionado con: Régimen terapéutico (Cirugía abdominal).			Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Digestión y Nutrición (K) Resultado: (1015) Función gastrointestinal.	(101508) Ruidos abdominales. (101514) Distensión abdominal	Gravemente comprometido hasta No comprometido 1.Gravemente 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	1	2	5	2
						2	2	5	3
						3	3	5	4
						4	4	5	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	V. Control de riesgos	Campo:	4.Seguridad	Clase:	B. Control de la eliminación	Campo:	1.fisiológico básico		
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Vigilancia (6650)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Control intestinal (0430)					
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Potter, 2004)		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Brunner/suddarth, 2004)			
Determinar el riesgo de la salud de la paciente: - Control de signos vitales. - Ausculte los cuatro cuadrantes del abdomen con el diafragma		Permite valorar el estado de salud ante posibles complicaciones: el ilioparalítico. - Se debe controla los signos vitales cada 4 horas. La taquipnea, taquicardia y la		Controlar los movimientos intestinales incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.		Permite detectar cambios en el estado de la paciente, cuantifica la perdida de líquidos y sirve de base para aplicar medidas inmediatas.			

<p>del estetoscopio. Comience en el cuadrante inferior derecho, donde los ruidos intestinales están casi siempre presentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausculte el abdomen en busca de ruidos vasculares con la campana del estetoscopio. 	<p>fiebre indicar deficiencia de volúmenes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los ruidos intestinales normales (de gorgoteo o de clic) se producen cada 5-15 segundos. Escuche durante al menos 5 minutos en cada cuadrante para confirmar su ausencia. - No han de auscultarse otros ruidos (soplos, soplos venosos, roces por fricción) más que los intestinales. 				
<p>Observar si hay infección</p>	<p>Permite estar al pendiente del estado de salud de la paciente y evitar complicaciones de la infección.</p>	<p>Monitorizar la defecación incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen, color y los ruidos intestinales</p>	<p>Proporciona una referencia para el inicio de la valoración: las eliminaciones de las heces deben ser blandas.</p>		
<p>Elaboró:</p>	<p>Doris Priscila Chimbo Aviles</p>	<p>Docente:</p>	<p>Lcda. Mónica Valdiviezo</p>	<p>Fecha de Elaboración:</p>	<p>2015-2016</p>

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (15-12-2015)	DÍA 2 (20-12-2015)
S	Paciente refiere que suena muchos ruidos en el abdomen.	Paciente refiere que suena muchos ruidos en el abdomen y siente hinchado.
O	Ruidos hidroaereos aumentados y se observa distensión abdominal.	Ruidos hidroaereos aumentados y se observa distensión abdominal.
A	Motilidad gastrointestinal disfuncional: manifestado por: cambio en los ruidos abdominales.; relacionado con: régimen terapéutico (cirugía abdominal).	Motilidad gastrointestinal disfuncional: manifestado por: cambio en los ruidos abdominales.; relacionado con: régimen terapéutico (cirugía abdominal).
P	(1015) Función gastrointestinal.	(1015) Función gastrointestinal.
I	Vigilancia (6550) Control intestinal (0430)	Vigilancia (6550) Control intestinal (0430)
E	(101508) Ruidos abdominales 2: sustancialmente a 2: sustancialmente. (101514) Distensión abdominal 2: sustancialmente a 2: sustancialmente.	(101508) Ruidos abdominales 2: sustancialmente a 3: moderadamente. (101514) Distensión abdominal 2: sustancialmente a 3: moderadamente.
	DÍA 3 (24-12-2015)	DÍA 4 (26-12-2015)
S	Paciente refiere que suena muchos ruidos en el abdomen y siente que ha disminuido la hinchazón.	Paciente refiere a disminuidos los ruidos en el abdomen.
O	Se ausculta ruidos hidroaereos positivos y se observa abdomen levemente distendido.	Se ausculta ruidos hidroaereos positivos y no se observa distensión abdominal.
A	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional: relacionado con: régimen terapéutico (cirugía abdominal).	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional: relacionado con: régimen terapéutico (cirugía abdominal).
P	(1015) Función gastrointestinal	(1015) Función gastrointestinal
I	Vigilancia (6550) Control intestinal (0430)	Vigilancia (6550) Control intestinal (0430)
E	(101508) Ruidos abdominales 3: moderadamente a 4: levemente. (101514) Distensión abdominal 3: moderadamente a 4: levemente.	(101508) Ruidos abdominales 4: levemente a 4: levemente. (101514) Distensión abdominal 4: levemente a 4: levemente.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON COLOSTOMÍA ORIENTADO AL AUTOCUIDO Y ADAPTACIÓN (PRIMERA ETAPA)								
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)								
DOMINIO: 2. Nutrición CLASE: 5. Hidratación CÓDIGO DEL DX: 00025			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES					
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada		
RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (Riesgo de sufrir una disminución de líquido intravascular, intestinal y / o intracelular que puede comprometer la salud. se refiere a la pérdida o aumento de los líquidos o ambos). Relacionado con: Régimen Terapéutico (Cirugía abdominal).			Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Líquidos y electrolitos (G) Resultado:(0602) Hidratación.	(60202) Membranas mucosas húmedas. (60205) Sed (60211) Diuresis	De gravemente comprometido hasta no comprometido. 1.Gravemente 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 4.Levemente 5. No comprometido.	1	2	5	2		
						2	2	5	3		
						3	3	5	4		
						4	4	5	5		
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)											
Clase:	N. control de la perfusión tisular	Campo	2. fisiológico complejo	Clase:	G. líquidos y electrolitos	Campo	2. salud fisiológica				
INTERVENCION INDEPENDIENTE Monitorización de líquidos (4130)					INTERVENCION INDEPENDIENTE: Manejo de líquidos/electrolitos (2080)						
ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO (LeMone & Burke, 2009)			ACTIVIDADES			FUNDAMENTO (Brunner/suddarth, 2004)		
Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación.			Permite la recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.			Mantener la solución intravenosa que contenga electrolitos a un nivel de flujo constante.			La infusión de líquidos y electrolitos por vía endovenosa tienen la ventaja de actuar con rapidez para impedir que se produzca cambios excesivos en el volumen o concentrado.		

Valore la turgencia, el color y la temperatura de la piel y el estado de las membranas mucosas, al menos cada 8 horas.	Una piel caliente, seca y poco turgente y unas membranas brillantes son signo de deshidratación.	Observar si hay indicios de sobrecarga de retención de líquidos.	El edema es el principal signo de retención de líquidos por la presión hidrostática capilar secundaria al exceso de volumen.		
Vigilar el peso , ingresos y egresos de líquidos	Las ganancias o pérdidas rápidas de peso reflejan los cambios en el volumen de líquidos. Los registros de ingesta y eliminación ofrecen una valiosa información sobre el estado de volumen de líquidos.	Observar los niveles de electrolitos en suero es normal.	La alteración ácido básica requiere la revisión completa de la expediente clínico, revaloración de los exámenes de laboratorio y examen físico completo.		
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo	Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (20-12-2015)	DÍA 2 (24-12-2015)
D	Riesgo de desequilibrio de volúmenes de líquidos relacionado: relacionado con: régimen terapéutico (cirugía abdominal).	Riesgo de desequilibrio de volúmenes de líquidos relacionado: relacionado con: régimen terapéutico (cirugía abdominal).
R	(0602) Hidratación	(0602) Hidratación
A	Monitorización de líquidos (4130) Manejo de líquidos/electrolitos (2080)	Monitorización de líquidos (4130) Manejo de líquidos/electrolitos (2080)
E	(60202) Membranas mucosas húmedas 2: sustancialmente a 2: sustancialmente comprometido. (60205) Sed 2: sustancialmente a 2: sustancialmente comprometido. (60211) Diuresis 2: sustancialmente a 2: sustancialmente comprometido.	(60202) Membranas mucosas húmedas 2: sustancialmente a 3: moderadamente comprometido. (60205) Sed 2: Sustancialmente a 3: moderadamente comprometido. (60211) Diuresis 2: Sustancialmente a 3: moderadamente comprometido.
	DÍA 3 (26-12-2015)	DÍA 4 (29-12-2015)
D	Riesgo de desequilibrio de volúmenes de líquidos relacionado: relacionado con: régimen terapéutico (cirugía abdominal).	Riesgo de desequilibrio de volúmenes de líquidos relacionado: relacionado con: régimen terapéutico (cirugía abdominal).
R	(0602) Hidratación	(0602) Hidratación
A	Manejo de líquidos/electrolitos (2080) Terapia intravenosa (420)	Manejo de líquidos/electrolitos (2080)
E	(60202) Membranas mucosas húmedas 3: moderadamente a 4: levemente comprometido. (60205) Sed 3: moderadamente a 4: levemente comprometido (60211) Diuresis 3: moderadamente a 4: levemente comprometido	(60202) Membranas mucosas húmedas 4: levemente a 5: no comprometido. (60205) Sed 4: levemente a 5: no comprometido. (60211) Diuresis 4: levemente a 5: no comprometido.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON COLOSTOMÍA ORIENTADO AL AUTOCUIDO Y ADAPTACIÓN (PRIMERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés CLASE: 2.Respuestas de afrontamiento CÓDIGO DEL DX: 00069			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
AFRONTAMIENTO INEFICAZ (Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles) Manifestado por: Incapacidad para manejar la situación Relacionado con: Confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación.			Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Adaptación psicosocial (N) Resultado: (1302) Afrontamiento de problemas.	(130205) Verbaliza aceptación de la situación (130207) Mantenimiento del cuidado/higiene personal.	Nunca demostrado a siempre demostrado 1.Nunca 2.Raramente 3.A veces 4.Frecuentemente 5. Siempre.	1 2 3 4 5 6	1 2 2 3 3 4	5 5 5 5 5 5	2 2 3 3 4 4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.			Campo:	3.Conductual				
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Aumentar el afrontamiento (5230)									
ACTIVIDADES				FUNDAMENTO (LeMone & Burke, 2009)					
Valorar el ajuste del paciente a los cambios de la imagen corporal.				Permite a la paciente adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles de su salud.					
Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.				Permite proporcionar confianza y ser competentes ante una situación grave a la familia y a la paciente.					
Utilizar frases que anime a expresar pensamientos, sentimientos.				Fortalecer y potencializar capacidades a la paciente a enfrentarse a la situación actual.					
Mostrar interés en la preocupación de la familia/paciente.				Transmite confianza al familiar/paciente, a mantener sensación de valía personal.					
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles		Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo	Fecha de Elaboración:	2015-2016			

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (15-12-2015)	DÍA 2 (20-12-2015)
S	Paciente manifiesta que no puede afrontar la situación de su salud ni de su vida.	Paciente manifiesta que no puede afrontar la situación de su salud ni de su vida.
O	Paciente con facies tristes, verbaliza sentirse temor y depresión.	Paciente con facies triste, verbaliza sentirse temor y depresión.
A	Afrontamiento ineficaz: manifestado por expresa incapacidad para el afrontamiento; relacionado con falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.	Afrontamiento ineficaz: manifestado por expresa incapacidad para el afrontamiento; relacionado con falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
P	(1302) Afrontamiento de problemas.	(1302) Afrontamiento de problemas.
I	Aumentar el afrontamiento (5230)	Aumentar el afrontamiento (5230)
E	(130205) Verbaliza aceptación de la situación 1: nunca comprometido a 2: raramente comprometido.	(130205) Verbaliza aceptación de la situación 2: raramente comprometido a 2: raramente comprometido.
	DÍA 3 (24-12-2015)	DÍA 4 (26-01-2016)
S	Paciente manifiesta estar comprendiendo la situación de su salud.	Paciente manifiesta estar comprendiendo la situación de su salud.
O	Paciente con facies triste, preocupada, tensa.	Paciente con facies triste, preocupada, tensa.
A	Afrontamiento ineficaz: manifestado por expresa incapacidad para el afrontamiento; relacionado con falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.	Afrontamiento ineficaz: manifestado por expresa incapacidad para el afrontamiento; relacionado con falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
P	(1302) Afrontamiento de problemas.	(1302) Afrontamiento de problemas.
I	Aumentar el afrontamiento (5230)	Aumentar el afrontamiento (5230)
E	(130205) Verbaliza aceptación de la situación 2: raramente comprometido a 3: A veces comprometido.	(130205) Verbaliza aceptación de la situación 3: a veces comprometido a 3: A veces comprometido.

	DÍA 5 (29-12-2015)	DÍA 6 (05-01-2016)
S	Paciente manifiesta estar aumentado su autoestima y su situación de su salud.	Paciente manifiesta sentirse mejor y afrontar su situación de su salud.
O	Paciente verbaliza estar poco estresada.	Paciente alegre, verbaliza tener más confianza.
A	Afrontamiento ineficaz: manifestado por expresa incapacidad para el afrontamiento; relacionado con falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.	Afrontamiento ineficaz: manifestado por expresa incapacidad para el afrontamiento; relacionado con falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
P	(1302) Afrontamiento de problemas	(1302) Afrontamiento de problemas
I	Aumentar el afrontamiento (5230)	Aumentar el afrontamiento (5230)
E	(130205) Verbaliza aceptación de la situación 3: veces comprometido a 4: frecuentemente demostrado.	(130205) Verbaliza aceptación de la situación 4: frecuentemente comprometido 4: frecuentemente demostrado.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON COLOSTOMÍA ORIENTADO AL AUTOCUIDO Y ADAPTACIÓN (PRIMERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 6 Auto percepción CLASE: 2 Autoestima CÓDIGO DEL DX: 00120			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual) Manifestado por: Reto situacional a la propia valía. Relacionado con: Alteración en la imagen corporal.			Dominio: salud psicosocial (III) Clase: Adaptación psicosocial (M) Resultado: (1309) Capacidad personal de recuperación.	(130901) Verbaliza una actitud positiva.	Nunca positiva hasta siempre positivo. 1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. Frecuentemente 5. siempre	1	1	5	2
						2	2	5	2
						3	2	5	3
						4	3	5	3
						5	3	5	4
						6	4	5	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles			Campo:	3.conductual				
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Potenciación de la autoestima (5400)									
ACTIVIDADES				FUNDAMENTO CIENTÍFICO ((Granizo, 2012)					
Determinar la confianza de la paciente en sus propios juicios.				La potenciación de las propias capacidades y juicios ayudan a enfrentar los problemas.					
Animar al paciente a identificar sus virtudes.				Eleva la autoestima y transfiere a la paciente una sensación de valía personal.					
Mostrar confianza en a la capacidad de la paciente para controlar una situación.				Proporciona una sensación de control.					

Animar a la familia/paciente a que acepte nuevos desafíos.		Transmite confianza a la paciente, le ayuda a mantener la sensación de valía personal.			
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo	Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (15-12-2015)	DÍA 2 (20-12-2015)
S	Paciente refiere incapacidad al no poder realizar sus actividades por sí solo, inconformidad de su estado de su cuerpo y de cómo esta.	Paciente refiere no poder hacer las cosas como así en su casa.
O	Verbalización	verbaliza
A	Bajo autoestima situacional: manifestado por reto situacional a la propia valía; relacionado con alteración en la imagen corporal.	Bajo autoestima situacional: manifestado por reto situacional a la propia valía; relacionado con alteración en la imagen corporal.
P	(1309) Capacidad personal de recuperación	(1309) Capacidad personal de recuperación
I	Potenciación de la autoestima (5400)	Potenciación de la autoestima (5400)
E	(120501) Verbaliza una actitud positiva 1: nunca positivo a 2: raramente positivo.	(120501) Verbaliza una actitud positiva 2: raramente positivo a 2: raramente positivo.
	DÍA 3 (24-12-2015)	DÍA 4 (26-12-2015)
S	Paciente refiere tener inconformidad por su imagen.	Paciente refiere no puede ir al colegio por su estado actual.
O	Paciente verbaliza inconformidad de su imagen corporal.	Paciente verbaliza inconformidad de su imagen corporal.
A	Bajo autoestima situacional: manifestado por reto situacional a la propia valía; relacionado con alteración en la imagen corporal.	Bajo autoestima situacional: manifestado por reto situacional a la propia valía; relacionado con alteración en la imagen corporal.
P	(1309) Capacidad personal de recuperación	(1309) Capacidad personal de recuperación
I	Potenciación de la autoestima (5400)	Potenciación de la autoestima (5400)

E	(130901) Verbaliza una actitud positiva 2 : raramente positivo a 3: a veces positivo	(130901) Verbaliza una actitud positiva.3: a veces positivo a 3: a veces positivo
	DÍA 5 (29-12-2015)	DÍA 6 (05-01-2016)
S	Paciente refiere poder realizar sus actividades con ayuda y está más tranquila.	Paciente refiere poder realizar sus actividades con ayuda y está más tranquila, refiere que acepta como es su cuerpo y como va quedar.
O	Paciente verbaliza mayor conformidad con su imagen	Paciente verbaliza mayor conformidad con su imagen.
A	Bajo autoestima situacional: manifestado por reto situacional a la propia valía; relacionado con alteración en la imagen corporal.	Bajo autoestima situacional: manifestado por reto situacional a la propia valía; relacionado con alteración en la imagen corporal.
P	(1309) Capacidad personal de recuperación.	(1309) Capacidad personal de recuperación.
I	Potenciación de la autoestima (5400)	Potenciación de la autoestima (5400)
E	(130901) Verbaliza una actitud positiva 3: a veces positivo a 4: frecuentemente positivo.	(130901) Verbaliza una actitud positiva 4: frecuente positivo a 4: frecuentemente positivo.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON COLOSTOMÍA ORIENTADO AL AUTOCUIDO Y ADAPTACIÓN (PRIMERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 6.Autopercepcion CLASE: 2.Imagen corporal CÓDIGO DEL DX: 00118			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (Confusión en la imagen corporal mental y físico) Manifestado por: Alteración de la imagen corporal (herida abierta del abdomen, colostomía Relacionado con: Autoestima bajo.			Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Bienestar psicosocial (M) Resultado: (1205) Autoestima	(12051) Verbalizaciones de autoaceptación	Nunca positivo hasta siempre positivo 1.Nunca 2.Raramente 3.A veces 4.Frecuentemente 5.Siempre	1	1	5	2
						2	2	5	2
						3	2	5	3
						4	3	5	3
						5	3	5	4
						6	4	5	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles			Campo:	Conductual				
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Potenciación de la imagen corporal (5220)									
ACTIVIDADES				FUNDAMENTO (LeMone & Burke, 2009)					
Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estado de enfermedad o cirugía.				Permite a la paciente estar más tranquila y poder razonar claramente sobre su enfermedad.					
Ayudar a la paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.				Ayuda a que la paciente suba su autoestima y mejore su condición de salud y lo vea diferente.					
Observar si hay frases que identifican las percepciones de imagen corporal que tienen que ver con la forma y el peso corporal.				Permite valorarse uno mismo e identificar las causas que lo conllevan a no autovalorarse.					
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles			Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo		Fecha de Elaboración:	2015-2016	

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (15-12-2015)	DÍA 2 (20-12-2015)
S	Paciente refiere que no se siente bien con su cuerpo, además que ha bajado de peso y le da miedo que la gente le quede viendo mal y de la cicatriz de su cuerpo.	Paciente refiere que no se siente bien con su cuerpo, además que ha bajado de peso y le da miedo que la gente le quede viendo mal y de la cicatriz de su cuerpo.
O	verbaliza , paciente triste	Verbaliza, paciente triste
A	Trastorno de la imagen corporal: manifestado por: alteración de la imagen corporal (herida abierta del abdomen, colostomía); relacionado con: autoestima bajo.	Trastorno de la imagen corporal: manifestado por: alteración de la imagen corporal (herida abierta del abdomen, colostomía); relacionado con: autoestima bajo.
P	(1205) Autoestima	(1205) Autoestima
I	Potenciación de la imagen corporal (5220)	Potenciación de la imagen corporal (5220)
E	(120501) Verbalizaciones de autoaceptación 1: Nunca positivo a 2: Raramente positivo.	(120501) Verbalizaciones de autoaceptación 2: Raramente positivo a 2: Raramente positivo.
	DÍA 3 (24-12-2015)	DÍA 4 (26-12-2015)
S	Paciente refiere tener inconformidad por su imagen corporal.	Paciente refiere tener inconformidad por su imagen corporal.
O	Paciente verbaliza inconformidad de su imagen corporal.	Paciente verbaliza inconformidad de su imagen corporal.
A	Trastorno de la imagen corporal: manifestado por: alteración de la imagen corporal (herida abierta del abdomen, colostomía); relacionado con: autoestima bajo.	Trastorno de la imagen corporal: manifestado por: alteración de la imagen corporal (herida abierta del abdomen, colostomía); relacionado con: autoestima bajo.
P	(1205) Autoestima.	(1205) Autoestima
I	Potenciación de la imagen corporal (5220)	Potenciación de la imagen corporal (5220)
E	(120501) Verbalizaciones de autoaceptación 2: Raramente positivo a 3: A veces positivo.	(120501) Verbalizaciones de autoaceptación 3: A veces positivo: a 3: A veces positivo.
	DÍA 5 (29-12-2015)	DÍA 6 (05-01-2016)

S	Paciente refiere estar aceptando la realidad de su cuerpo.	Paciente refiere aceptar la realidad de su imagen corporal.
O	Paciente verbaliza mayor conformidad con su imagen.	Paciente verbaliza mayor conformidad con su imagen.
A	Trastorno de la imagen corporal: manifestado por: alteración de la imagen corporal (herida abierta del abdomen, colostomía); relacionado con: autoestima bajo.	Trastorno de la imagen corporal: manifestado por: alteración de la imagen corporal (herida abierta del abdomen, colostomía); relacionado con: autoestima bajo.
P	(1205) Autoestima	(1205) Autoestima
I	Potenciación de la imagen corporal (5220)	Potenciación de la imagen corporal (5220)
E	(120501)Verbalizaciones de autoaceptación 3: A veces positivo a 4: Frecuentemente positivo.	(120501)Verbalizaciones de autoaceptación 4: Frecuentemente positivo 4: Frecuentemente positivo.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON COLOSTOMÍA ORIENTADO AL AUTOCUIDO Y ADAPTACIÓN (PRIMERA ETAPA)								
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)								
DOMINIO: 2. Nutrición CLASE: 1. Ingestión CÓDIGO DEL DX: 00002			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES					
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada		
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INFERIOR A LAS NECESIDADES CORPORALES. (Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas) Manifestado por: Incapacidad percibidas para digerir los alimentos (NPT) Relacionado con: Factores biológicos (perforación intestinal).			Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Digestión y nutrición (K) Resultado: (1004) Estado nutricional.	(100405) Relación peso / talla	Desviación grave del rango normal a sin desviación del rango normal 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderada 4.Leve 5.Sin desviación	1	1	5	2		
						2	2	5	2		
						3	2	5	2		
						4	3	5	3		
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)											
Clase:	D. Apoyo nutricional	Campo:	1. Fisiológico: Básico	Clase:	Control de la perfusión tisular	Campo:	1. Fisiológico: Básico				
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Administración de nutrición parenteral total (1200) (LeMone & Burke, 2009)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Mantenimiento dispositivo de acceso venoso (2440) (LeMone & Burke, 2009)							
ACTIVIDADES			FUNDAMENTO (Brunner/suddarth, 2004)		ACTIVIDADES			FUNDAMENTO (Brunner/suddarth, 2004)			
Mantener la permeabilidad y vendajes de la vía central, Observar si hay infiltración e infección.			Permite valorar la correcta posición de la vía central para evitar posibles riesgos.		Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso.			Evita la introducción de microorganismos y de contaminación que puede causar infección.			

Control de signos vitales.	Alerta los cambios en el estado de salud del paciente y con ello prevenir posibles complicaciones	Verificar las prescripciones de las soluciones a perfundir.	Promueve una nutrición segura.
Mantener una técnica estéril a preparar y colocar las soluciones de NPT.	Reduce el riesgo de contaminación, previene la transmisión de agentes infecciosos.	Observar si signos de oclusión del catéter.	Permite valorar la permeabilidad de la vía para evitar complicaciones o riesgos.
Pesar diariamente, control de ingesta y eliminación.	Sirve para controlar o verificar si la paciente está o no reteniendo líquidos, y si el peso está en lo correcto o está desnutrida.	Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, fiebre malestar).	Un cambio de coloración o temperatura en la piel es indicativo del inicio de una infección.
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
Clase:	D. Apoyo nutricional	Campo:	1. Fisiológico: Básico
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: (1240) Monitorización nutricional			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (LeMone & Burke, 2009)	
Vigilar la tendencia de pérdida y ganancia de peso.		Recogida y análisis de datos para evitar o minimizar la malnutrición.	
Vigilar niveles de albumina, hemoglobina y hematocrito.		Permite dar el régimen de tratamiento y evitar cualquier complicación de malnutrición.	
Observar si hay náuseas y vómitos		Sirve para diagnosticar las posibles causas de pérdida de peso.	
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo
		Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (24-12-2015)	DÍA 2 (26-12-2015)
S	Paciente refiere sentirse muy delgada e inquietud sobre la nutrición parenteral.	Paciente refiere sentirse muy delgada e inquietud sobre la nutrición parenteral.
O	Paciente con piel pálida, de contextura delgada, peso bajo, IMC: 15.3.	Paciente con piel pálida, de contextura delgada, peso bajo, IMC: 15.3.
A	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales: manifestado por: incapacidad percibidas para digerir los alimentos (NPT); relacionado con: factores biológicos (perforación intestinal).	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales: manifestado por: incapacidad percibidas para digerir los alimentos (NPT); relacionado con: factores biológicos (perforación intestinal).
P	(1004) Estado nutricional	(1004) Estado nutricional
I	Administración de nutrición parenteral total (1200) Mantenimiento dispositivo de acceso venoso (2440) (1240) Monitorización nutricional	Administración de nutrición parenteral total (1200) Mantenimiento dispositivo de acceso venoso (2440) (1240) Monitorización nutricional
E	(100405) Relación peso / talla 1: Desviación grave a 2: desviación sustancial.	(100405) Relación peso / talla 2: desviación sustancial a 2: desviación sustancial.
	DÍA 3 (29-12-2015)	DÍA 4 (05-01-2016)
S	Paciente presenta déficit de conocimientos sobre nutrición adecuada y por su enfermedad refiere estar con nutrición parenteral.	Paciente refiere mejorar el conocimiento acerca de la alimentación, pero debe seguir con nutrición parenteral hasta mejorar su estado de salud.
O	Paciente alegre, delgada.	Paciente alegre, delgada.
A	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales: manifestado por: incapacidad percibidas para digerir los alimentos (NPT); relacionado con: factores biológicos (perforación intestinal).	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales: manifestado por: incapacidad percibidas para digerir los alimentos (NPT); relacionado con: factores biológicos (perforación intestinal).
P	(1004) Estado nutricional	(1004) Estado nutricional
I	Administración de nutrición parenteral total (1200) Mantenimiento dispositivo de acceso venoso (2440) (1240) Monitorización nutricional	Administración de nutrición parenteral total (1200) Mantenimiento dispositivo de acceso venoso (2440) (1240) Monitorización nutricional
E	(100405) Relación peso / talla 2: desviación sustancial a 2: desviación sustancial.	(100405) Relación peso / talla 2: desviación sustancial a 3: desviación moderada.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON COLOSTOMÍA ORIENTADO AL AUTOCUIDO Y ADAPTACIÓN (PRIMERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 5. Percepción/cognición CLASE: 4. Cognición CÓDIGO DEL DX: 00126			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diaria	Puntuación alcanzada
CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico) Manifestado por: Conocimientos insuficientes. Relacionado con: Información insuficiente.			Dominio: Conocimientos y conductas de salud (IV) Clase: Conocimiento sobre la salud (S) Resultado 1. (1829) Conocimiento: cuidados de la ostomía. Resultado 2. (1615) Autocuidados de la ostomía.	(182902) propósito de la ostomía (182915) procedimiento para cambiar la bolsa de ostomías (192907) Complicaciones relacionados con ostomía. (161601) describe el funcionamiento de la ostomía. (161507) vacía la bolsa de colostomía.	Ningún conocimiento- Conocimiento hasta Extenso 1.Ningún 2.Escaso 3.Moderado 4.Sustancial 5.Extenso De nunca demostrado hasta siempre demostrado 1.Nunca 2.Raramente 3.A veces 4.Frecuentemente 5.Siempre	1	2	5	2
2	2	5				2			
3	2	5				3			
4	3	5				3			
5	4	5				4			
6	4	5				4			
Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diaria				Puntuación alcanzada			
1	2	5				2			
2	2	5				2			
3	2	5				3			
4	3	5				3			
5	4	5				4			
6	4	5	4						

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
Clase:	S. Educación a los pacientes	Campo:	3. Conductual	Clase:	S. Educación a los pacientes	Campo:	3. Conductual
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Enseñanza: proceso de la enfermedad.(5602)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Facilitar el aprendizaje (5520)			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Granizo, 2012)		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Brunner/suddarth, 2004)	
Evaluar el nivel de conocimiento del paciente relacionado con el proceso de la enfermedad (colostomía).		Señala el punto de partida para la transmisión de información.		Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.		Facilitará su comprensión del tema a tratar, mediante la presentación de diapositivas, trípticos y video.	
Describir el proceso de la enfermedad.		Ayuda a la comprensión de los procesos fisiopatológicos de la enfermedad.		Utilizar un lenguaje familiar.		Proporciona una ambiente de confianza y ayuda al paciente a que entienda con facilidad todo lo tratado.	
Instruir al paciente sobre medidas para minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.		Favorece en la recuperación por ejemplo en manejo e higiene de colostomía.		Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante y/o compleja.		Las ilustraciones son de mayor relevancia ya que proporcionan información que ayudará a identificar y resolver problemas.	
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
Clase:	H. Control de fármacos.		Campo:	02. Fisiológico complejo			
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Enseñanza: Medicamentos prescritos (5616)							
ACTIVIDADES				FUNDAMENTOS (LeMone & Burke, 2009)			
Enseñar a distinguir las características de cada medicamento.				Permite que la paciente esté al tanto de los medicamentos que recibe.			
Informar acerca del propósito y acción de cada medicamento.				Preparación de la paciente para que tome de forma segura.			
Instruir sobre acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.				Da información sobre los efectos que puede causar los medicamentos.			
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo	Fecha de Elaboración:	2015-2016		

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (9-12-2015)	DÍA 2 (11-12-2015)
S	Paciente/familia refieren que necesitan más conocimientos sobre la enfermedad que tiene la paciente.	Paciente/familia refiere saber acerca de la curación de heridas, evitar complicaciones.
O	Verbalización	Verbalización
A	Conocimientos deficientes: manifestado por conocimientos insuficientes; relacionado con información insuficiente.	Conocimientos deficientes: manifestado por conocimientos insuficientes; relacionado con información insuficiente.
P	(1829) conocimiento: cuidados de la ostomía (1615) autocuidados de la ostomía.	(1829) conocimiento: cuidados de la ostomía (1615) autocuidados de la ostomía.
I	Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602) Facilitar el aprendizaje (5520) Enseñanza: medicamentos prescritos (5616).	Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602) Facilitar el aprendizaje (5520) Enseñanza: medicamentos prescritos (5616).
E	(182902) Propósito de la ostomía 2: escaso conocimiento a 2: escaso conocimiento (182915) Procedimiento para cambiar la bolsa de ostomías 2: escaso conocimiento a 2: escaso conocimiento (182907) Complicaciones relacionados con ostomía 2: escaso conocimiento a 2: escaso conocimiento. (161601) Describe el funcionamiento de la ostomía 2: escaso conocimiento a 2: escaso conocimiento. (161507) Vacía la bolsa de colostomía 2: escaso conocimiento a 2: escaso conocimiento.	(182902) Propósito de la ostomía 2: escaso conocimiento a 2: escaso conocimiento (182915) Procedimiento para cambiar la bolsa de ostomías 2: escaso conocimiento a 2: escaso conocimiento. (182907) Complicaciones relacionados con ostomía 2: escaso conocimiento a 2: escaso conocimiento. (161601) Describe el funcionamiento de la ostomía 2: escaso conocimiento a 2: escaso conocimiento. (161507) Vacía la bolsa de colostomía 2: escaso conocimiento a 2: escaso conocimiento.

	DÍA 3 (15-12-2015)	DÍA 4 (20-12-2015)
S	Paciente y la madre refieren conocer sobre cambios de funda de colostomía	Paciente/madre refiere conocer sobre la importancia del cuidado y curación de la herida y que alimentación debe comer.
O	Verbalización	Verbalización
A	Conocimientos deficientes: manifestado por conocimientos insuficientes; relacionado con información insuficiente.	Conocimientos deficientes: manifestado por conocimientos insuficientes; relacionado con información insuficiente.
P	(1829) conocimiento: cuidados de la ostomía (1615) autocuidados de la ostomía.	(1829) conocimiento: cuidados de la ostomía (1615) autocuidados de la ostomía.
I	Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602) Facilitar el aprendizaje (5520) Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)	Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602) Facilitar el aprendizaje (5520) Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)
E	(182902) Propósito de la ostomía 2: escaso conocimiento a 3: moderado conocimiento. (182915) Procedimiento para cambiar la bolsa de ostomías 2: escaso conocimiento a 3: moderado conocimiento. (182907) Complicaciones relacionados con ostomía 2: escaso conocimiento a 3: moderado conocimiento. (161601) Describe el funcionamiento de la ostomía 2: escaso conocimiento a 3: moderado conocimiento. (161507) Vacía la bolsa de colostomia 2: escaso conocimiento 2: escaso conocimiento a 3: moderado conocimiento.	(182902) Propósito de la ostomía 3: moderado conocimiento a 3: moderado conocimiento. (182915) Procedimiento para cambiar la bolsa de ostomías 3: moderado conocimiento a 3: moderado conocimiento (182907) Complicaciones relacionados con ostomía 3: moderado conocimiento a 3: moderado conocimiento. (161601) Describe el funcionamiento de la ostomía 3: moderado conocimiento a 3: moderado conocimiento. (161507) Vacía la bolsa de colostomia 3: moderado conocimiento a 3: moderado conocimiento.
	DÍA 5 (24-12-2015)	DÍA 6 (26-12-2015)
S	Paciente refieren asimilar los conocimientos.	Paciente refieren conocer el proceso y manejo de la situación actual.
O	Verbalización	Observación de las técnicas.

A	Conocimientos deficientes: manifestado por conocimientos insuficientes; relacionado con información insuficiente.	Conocimientos deficientes: manifestado por conocimientos insuficientes; relacionado con información insuficiente.
P	(1829) conocimiento: cuidados de la ostomía (1615) autocuidados de la ostomía.	(1829) conocimiento: cuidados de la ostomía (1615) autocuidados de la ostomía.
I	Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602) Facilitar el aprendizaje (5520) Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)	Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602) Facilitar el aprendizaje (5520) Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)
E	(182902) Propósito de la ostomía 3: moderado conocimiento a 4: sustancial conocimiento. (182915) Procedimiento para cambiar la bolsa de ostomías 3: moderado conocimiento a 4: sustancial conocimiento. (182907) Complicaciones relacionados con ostomía 3: moderado conocimiento a 4: sustancial conocimiento. (161601) Describe el funcionamiento de la ostomía 3: moderado conocimiento a 4: sustancial conocimiento. (161507) Vacía la bolsa de colostomía 3: moderado conocimiento a 4: sustancial conocimiento.	(182902) Propósito de la ostomía 4: sustancial conocimiento a 4: sustancial conocimiento. (182915) Procedimiento para cambiar la bolsa de ostomías 4: sustancial conocimiento a 4: sustancial conocimiento. (182907) Complicaciones relacionados con ostomía 4: sustancial conocimiento a 4: sustancial conocimiento. (161601) Describe el funcionamiento de la ostomía 4: sustancial conocimiento a 4: sustancial conocimiento. (161507) Vacía la bolsa de colostomía 4: sustancial conocimiento a 4: sustancial conocimiento.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON COLOSTOMÍA ORIENTADO AL AUTOCUIDO Y ADAPTACIÓN (PRIMERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 04 Actividad/reposo CLASE: 5 autocuidado CÓDIGO DEL DX: 00108			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO: BAÑO, HIGIENE Y VESTIDO (Deterioro de la capacidad de realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene) Manifestado por: Incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestirse. Relacionado con: Dolor, debilidad y disminución de la motivación por la enfermedad.			Dominio: Salud Fisiológica (I) Clase: Autocuidado (D) Resultado: (0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria.	030517 Mantiene la higiene corporal.	Gravemente comprometido hasta No comprometido 1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	1	2	5	2
						2	2	5	2
						3	2	5	3
						4	3	5	3
						5	3	5	4
						6	4	5	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	F Facilitación de los autocuidados			Campo:	1 Fisiológico: Básico				
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Ayuda al autocuidado baño /higiene (1801)									
ACTIVIDADES				FUNDAMENTO CIENTÍFICO (Potter, 2004)					
Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.				Permitirá identificar el déficit de autocuidado del paciente para proporcionar ayuda necesaria.					
Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad.				El derecho a la intimidad debe ser preservado, proporcionando comodidad al paciente.					

Comprobar la capacidad funcional para la higiene personal.		Evita situaciones de esfuerzo físico para la realización de su autocuidado.	
Enseñar a la familia rutina de higiene personal. (Lavado de manos, cepillado de dientes, baño.)		Proporcionará confort y relajación al paciente y hábitos saludables en el paciente.	
Fomentar la participación de los padres en los rituales habituales.		Permite al paciente sentir apoyo e interacción familiar.	
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo
		Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)

DÍA 1 (11-12-2015)		DÍA 2 (15-12-2015)	
S	Paciente refiere no poder trasladarse sin ayuda para su actividad de higiene y baño.		Paciente refiere necesitar ayuda para ejecutar actividades de higiene y baño.
O	Paciente con incapacidad de traslado para realizar actividades de higiene personal.		Paciente con incapacidad de traslado para realizar actividades de higiene personal.
A	Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido: manifestado por incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestirse; relacionado con dolor, debilidad y disminución de la motivación por enfermedad.		Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido: manifestado por incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestirse; relacionado con dolor, debilidad y disminución de la motivación por enfermedad.
P	Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300)		Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300)
I	Ayuda al autocuidado baño /higiene (1801)		Ayuda al autocuidado baño /higiene (1801)
E	(030517) Mantiene la higiene corporal 2: sustancialmente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.		(030517) Mantiene la higiene corporal 2: sustancialmente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.
DÍA 3 (20-12-2015)		DÍA 4 (24-12-2015)	
S	Paciente refiere tener más habilidad para efectuar actividades de higiene/baño y vestimenta.		Paciente refiere poder trasladarse con ayuda al cuarto de baño.
O	Paciente realiza actividades de higiene/baño con ayuda de su madre.		Paciente se traslada al cuarto de baño con ayuda su madre.
A	Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido: manifestado por incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestirse; relacionado con dolor, debilidad y disminución de la motivación por enfermedad.		Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido: manifestado por incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestirse; relacionado con dolor, debilidad y disminución de la motivación por enfermedad.
P	Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300)		Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300)
I	Ayuda al autocuidado baño /higiene (1801)		Ayuda al autocuidado baño /higiene (1801)

E	(030517) Mantiene la higiene corporal 2: sustancialmente comprometido a 3: moderadamente comprometido	(030517) Mantiene la higiene corporal 3: moderadamente comprometido a 3: moderadamente comprometido.
	DÍA 5 (26-12-2015)	DÍA 6 (29-12-2015)
S	Paciente refiere realizar actividades de higiene personal con mayor facilidad.	Paciente refiere realizar actividades de higiene personal.
O	Paciente realiza higiene personal con muy poca ayuda.	Paciente realiza higiene personal con muy poca ayuda.
A	Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido: manifestado por incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestirse; relacionado con dolor, debilidad y disminución de la motivación por enfermedad.	Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido: manifestado por incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestirse; relacionado con dolor, debilidad y disminución de la motivación por enfermedad.
P	Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300)	Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300)
I	Ayuda al autocuidado baño /higiene (1801)	Ayuda al autocuidado baño /higiene (1801)
E	(030517) Mantiene la higiene corporal 3: moderadamente comprometido a 4: levemente comprometido.	(030517) Mantiene la higiene corporal 4: levemente comprometido a 4: levemente comprometido.

Observar la estructura familiar y sus roles.	Fallita la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional, psicológico y físico de la paciente.				
Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluyendo resultados esperados e implantación del plan de cuidados	Permite la participación de la familia e involucrarse en los cuidados y en el estado de salud de la paciente.				
Facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.	Ayuda a una mejor comprensión de la situación de la paciente y poder ayudarla.				
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo	Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (24-12-2015)	DÍA 2 (26-12-2015)
S	Paciente refiere que su madre no la visita constantemente si no cada 5 días.	Madre muestra una conducta protectora desproporcionada a las necesidades de autonomía del paciente.
O	Se evidencia poca preocupación en el manejo y los cuidados que debe tener por parte de la madre. Paciente verbalizan miedo y temor.	Se evidencia poca preocupación en el manejo y los cuidados que debe tener, verbalizan miedo y temor.
A	Afrontamiento familiar comprometido: manifestado por conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía de la paciente; relacionado con: apoyo recíproco insuficiente y cambio en el rol, familiar.	Afrontamiento familiar comprometido: manifestado por conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía de la paciente; relacionado con: apoyo recíproco insuficiente y cambio en el rol, familiar.
P	Fomentar la implicación familiar (7110)	Fomentar la implicación familiar (7110)
I	(2600) Apoyo familiar durante el tratamiento	(2600) Apoyo familiar durante el tratamiento
E	(260905) Piden información sobre la enfermedad del paciente 1: nunca demostrado a 2: raramente demostrado. (260903) Los miembros preguntan cómo pueden ayudar 1: nunca demostrado a 2: raramente demostrado.	(260905) Piden información sobre la enfermedad del paciente 2: raramente demostrado a 2: raramente demostrado. (260903) Los miembros preguntan cómo pueden ayudar 2: raramente demostrado. a 2: raramente demostrado.
	DÍA 3 (29-12-2015)	DÍA 6 (05-12-2015)
S	Madre muestra una conducta protectora desproporcionada a las necesidades de autonomía del paciente.	Madre muestra una conducta protectora a las necesidades de autonomía del paciente.
O	Se evidencia poca preocupación en el manejo y los cuidados que debe tener, verbalizan miedo y temor.	Se evidencia un poco más de preocupación en el manejo y los cuidados que debe tener, verbaliza estar al pendiente de su hija.
A	Afrontamiento familiar comprometido: manifestado por conducta protectora de la	Afrontamiento familiar comprometido: manifestado por conducta protectora de la

	persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía de la paciente; relacionado con: apoyo recíproco insuficiente y cambio en el rol, familiar.	persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía de la paciente; relacionado con: apoyo recíproco insuficiente y cambio en el rol, familiar.
P	Fomentar la implicación familiar (7110)	Fomentar la implicación familiar (7110)
I	(2600) Apoyo familiar durante el tratamiento.	(2600) Apoyo familiar durante el tratamiento.
E	(260905) Piden información sobre la enfermedad del paciente 2: raramente demostrado a 3: a veces demostrado. (260903) Los miembros preguntan cómo pueden ayudar 2: raramente demostrado a 3: a veces demostrado.	(260905) Piden información sobre la enfermedad del paciente 3: a veces demostrado a 3: a veces demostrado. (260903) Los miembros preguntan cómo pueden ayudar 3: a veces demostrado a 3: a veces demostrado.

**PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA EN UNA
ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON
PIODERMA GANGRENOSO PARA EL
MANTENIMIENTO DE LAS
FUNCIONES BÁSICAS (SEGUNDA
ETAPA)**

Proceso de atención de enfermería en una adolescente de 16 años con pioderma gangrenoso para el mantenimiento de las funciones básicas (segunda etapa).

Durante la estancia hospitalaria presenta pioderma gangrenoso para ello se realiza una nueva valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon por órganos y sistemas.

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.	VALORACIÓN
Causas de la consulta (revaloración)	Deterioro generalizado del estado de salud de la paciente con escala de Glasgow de 13/15.
Problema actual	Fistula enterocutánea, desnutrición, anemia, infección de vías urinarias, pioderma gangrenoso.
Antecedentes personales	Enfermedad intestinal inflamatoria, sepsis, con colostomía.
Valoración por patrones funcionales de salud	
Patrón de percepción- control de la salud.	Paciente refiere "estar muy mal de su salud que ha empeorado todo".
Patrón nutricional metabólico	Peso 33 kg, talla 152 cm, IMC 14.2, de constitución delgada, piel deshidratada, ictérica, se observa lesiones negruzcas generalizadas incluidas en la boca.
Patrón de actividad ejercicio	Paciente con facies de tensión, características del habla disminuida, no puede movilizarse ni realizar sus actividades diarias.
Patrón cognitivo perceptual	Somnolienta, desorientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 13/15.
Patrón autopercepción autoconcepto	Expresa tristeza de sus capacidades y situación de salud.
Patrón rol relaciones	Dependiente de otra persona, las relaciones familiares son irregulares por lo que no la visitan.
Patrón de adaptación tolerancia al estrés.	Paciente en estado de tensión y ansiedad, refiere sentimientos de tristeza.
EXAMEN FÍSICO	
Paciente somnolienta, con escala de Glasgow de 13/15; piel fría, pálida; mucosas orales semihumedas a nivel de la boca, cara y ojos presenta laceraciones negruzcas; frecuencia respiratoria 24 rpm, frecuencia cardiaca 64 lpm, presión arterial 80/61 mmHg y temperatura de 36.3 °C; Abdomen suave depresible, doloroso a la palpación, con presencia de apósito manchado de líquido amarillo verdoso de mal olor en la herida quirúrgica, se observa una colostomía ascendente permeable; extremidades simétricos con tono , fuerza y movimientos disminuidos.	

Diagnóstico

Una vez valorado se clasifican los problemas de acuerdo a las necesidades.

Diagnósticos enfermeros en una adolescente de 16 años con pioderma gangrenoso para el mantenimiento de las funciones básicas (segunda etapa)	
Ansiedad (00146)	M/P: angustia, temor, sufrimiento, tensión facial, aumento de la frecuencia respiratoria y fatiga; R/C: grandes cambios (estado de salud).
Patrón respiratorio ineficaz (00032)	M/P: taquipnea de 24 rpm; R/C: ansiedad, dolor.
Dolor agudo (00132)	M/P: Conducta expresiva (inquietud. Irritabilidad); R/C: agentes lesivos biológicos.
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)	R/C: sepsis (pioderma gangrenoso)
Deterioro de la eliminación urinaria (00016)	M/P: dolor al orinar; R/C: infección del tracto urinario.
Deterioro de la mucosa oral (00045)	M/P: lesiones orales; R/C: compromiso inmunitario e infección.
Deterioro de la movilidad física (00085)	M/P: inestabilidad postural; R/C: deterioro musculoesquelético.
Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido (00108)	M/P: incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestido; R/C: deterioro musculoesquelético.
Disconfort (00214)	M/P: ansiedad; R/C: síntomas relacionados con la enfermedad.

Planificación

En esta fase se plantearon resultados y planificaron las intervenciones en base a los diagnósticos establecidos.

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS NOC	INDICADOR	INTERVENCIONES NIC
Ansiedad: m/p: angustia, temor, sufrimiento, tensión facial, aumento de la frecuencia respiratoria y fatiga; relacionado con grandes cambios (estado de salud). grandes cambios (estado de salud).	(1211) Nivel de ansiedad	(121105) Inquietud (121117) Ansiedad verbalizada	(5820) Disminución de la ansiedad. (5420) Apoyo emocional.
Patrón respiratorio ineficaz: m/p: taquipnea de 24 rpm; r/c: ansiedad, dolor.	(0403) Estado respiratorio: ventilación	(40301) Frecuencia respiratoria. (121117) Profundidad de la respiración.	(3350) Monitorización de la respiración. (3390) Ayuda en la ventilación.
Dolor agudo: m/p: conducta expresiva (inquietud, irritabilidad); r/c: agentes lesivos biológicos.	(1605) Control del dolor	(160502) Reconoce el comienzo del dolor	(1400) Manejo del dolor. (2210) Administración de analgésicos.
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos: r/c: sepsis (pioderma gangrenoso)	(0703) Severidad de la infección	(70331) Malestar general (70333) Dolor (70334) Sensibilidad	(4120) Manejo de líquidos. (1200) Administración de nutrición parenteral total.
Deterioro de la eliminación urinaria: m/p: dolor al orinar; r/c: infección del tracto urinario.	(503) Eliminación urinaria	(50302) Olor de la orina. (50304) Color de la orina.	(0590) Manejo de la eliminación urinaria. (2300) Administración de medicación.
Deterioro de la mucosa oral m/p: lesiones orales; r/c: compromiso inmunitario e infección.	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	(110116) Lesión de las membranas mucosas	(1730) Restablecimiento de la salud bucal.

Deterioro de la movilidad física: m/p: inestabilidad postural; r/c: deterioro musculoesquelético	(0208) Movilidad	(20802) Mantenimiento de la posición corporal. (20805) Ambulación	(840) Cambio de posición (3500) Manejo de la presión. (0740) Cuidados del paciente encamado
Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido: m/p: incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestido; r/c: deterioro musculoesquelético.	(0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria.	(030517) Mantiene la higiene corporal	(1801) Ayuda al autocuidado baño/higiene.
Disconfort: m/p: ansiedad; r/c: síntomas relacionados con la enfermedad.	(2011) Estado de comodidad psicoespiritual.	(201103) Esperanza (201106) Afecto tranquilo y calmado.	(5426) Facilitar el crecimiento espiritual.

Ejecución

Ejecución de las actividades (NIC)

CLASIFICACION NIC				
ETIQUETAS DIAGNOSTICAS	CODIGO	RESULTADOS	Código	INTERVENCIONES
Ansiedad	(1211)	Nivel de ansiedad	(5820)	Disminución de la ansiedad
			(5420)	Apoyo emocional.
Patrón respiratorio ineficaz:	(0403)	Estado respiratorio: ventilación	(3350)	Monitorización de la respiración.
			(3390)	Ayuda en la ventilación.
Dolor agudo	(1605)	Control del dolor	(1400)	Manejo del dolor.
			(2210)	Administración de analgésicos.
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.	(0703)	Severidad de la infección	(4120)	Manejo de líquidos.
			(1200)	Administración de nutrición parenteral total.
Deterioro de la eliminación urinaria:	(503)	Eliminación urinaria	(0590)	Manejo de la eliminación urinaria.
			(2300)	Administración de medicación.
Deterioro de la mucosa oral m/p: lesiones orales	(1101)	Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	(1730)	Restablecimiento de la salud bucal.
Deterioro de la movilidad física	(0208)	Movilidad	(840)	Cambio de posición
			3500)	Manejo de la presión.
			(0740)	Cuidados del paciente encamado
Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido	(0300)	Autocuidados: actividades de la vida diaria.	(1801)	Ayuda al autocuidado baño/higiene
Disconfort:	(2011)	Estado de comodidad psico-espiritual.	(5426)	Facilitar el crecimiento espiritual.

Evaluación

Evaluación de los resultados.

CLASIFICACION NOC		INDICADORES	PUNTUACION DIANA	
Código	Resultado		Inicial	Final
(1211)	Nivel de ansiedad	(121105) Inquietud (121117) Ansiedad verbalizada	1	3
(0403)	Estado respiratorio: ventilación	(40301) Frecuencia respiratoria (41503) Profundidad de la respiración	2	4
(1605)	Control del dolor	(160502) Reconoce el comienzo del dolor.	2	4
(0703)	Severidad de la infección	(70331) Malestar general (70333) Dolor (70334) Sensibilidad	2	3
(503)	Eliminación urinaria	(50302) Olor de la orina (50304) Color de la orina	1	4
(1102)	Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	(110116) Lesión de la membrana mucosa.	1	2
(0208)	Movilidad	(20802) Mantenimiento de la posición corporal	2	2
(0300)	Autocuidados: actividades de la vida diaria.	(030517) Mantenimiento de la higiene corporal.	2	2
(2011)	Estado de comodidad psico-espiritual	(201103) Esperanza (201106) Afecto tranquilo y calmado.	1	3

**PAE EN UNA ADOLESCENTE DE 16
AÑOS CON PIODERMA
GANGRENOSO PARA EL
MANTENIMIENTO DE LAS
FUNCIONES BÁSICAS (SEGUNDA
ETAPA)**

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON PIODERMA GANGRENOSO PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES BÁSICAS (SEGUNDA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés CLASE: 2. Respuestas de afrontamiento CÓDIGO DEL DX: 00146			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
ANSIEDAD (Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza) Manifestado por: Angustia, temor, sufrimiento, tensión facial, aumento de la frecuencia respiratoria y fatiga. Relacionado con: grandes cambios (estado de salud.)			Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Bienestar psicológico (M) Resultado: (1211) Nivel de ansiedad	(121105) Inquietud (121117) Ansiedad verbalizada	Grave ninguno 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 3Ninguno	1 2 3 4	1 1 2 3	5 5 5 5	1 2 3 3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	T. Fomento de la comodidad psicológica	Campo:	3.Conductual	Clase:	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Campo:	3.Conductual		
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Disminución de la ansiedad (5820)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Apoyo emocional (5270)					
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Potter, 2004)		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO			
Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.		Permite minimizar el temor y dar seguridad a la paciente. (LeMone & Burke, 2009)		Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo		Proporciona seguridad, aceptación en momentos de tensión. (Brunner/suddarth, 2004)			

Permanecer con la paciente para promover seguridad y reducir el miedo	Este influye en la situación del grado de amenaza que supone. (LeMone & Burke, 2009)	Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.	Ayudar a reducir la ansiedad del paciente. (LeMone & Burke, 2009)
Escuchar con atención.	Permiten que el paciente exprese sentimientos de ansiedad o miedo. (LeMone & Burke, 2009)		
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo
		Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (08-01-2016)	DÍA 2 (12-01-2016)
S	Paciente refiere estar ansiosa e intranquila, preocupada.	Paciente manifiesta estar mal, triste e intranquila.
O	Verbalización	Verbalización
A	Ansiedad: manifestado por: angustia, temor, sufrimiento, tensión facial, aumento de la frecuencia respiratoria y fatiga; relacionado con: grandes cambios (estado de salud).	Ansiedad: manifestado por: angustia, temor, sufrimiento, tensión facial, aumento de la frecuencia respiratoria y fatiga; relacionado con: grandes cambios (estado de salud).
P	(1211) Nivel de ansiedad.	(1211) Nivel de ansiedad.
I	Disminución de la ansiedad (5440) Apoyo emocional (5270)	Disminución de la ansiedad (5440) Apoyo emocional (5270)
E	(121005) Inquietud 1: grave a 1: grave. (121031) Ansiedad verbalizado 1: grave a 1: grave.	(121005) Inquietud 1: grave a 2: sustancial. (121031) Ansiedad verbalizado 1: grave a 2: sustancial.
	DÍA 3 (16-01-2016)	DÍA 4 (21-01-2016)
S	Paciente manifiesta estar tranquila.	Paciente manifiesta que esta intranquila por su estado de salud.
O	Verbalización	Verbalización
A	Ansiedad: manifestado por: angustia, temor, sufrimiento, tensión facial, aumento de la frecuencia respiratoria y fatiga; relacionado con: grandes cambios (estado de salud).	Ansiedad: manifestado por: angustia, temor, sufrimiento, tensión facial, aumento de la frecuencia respiratoria y fatiga; relacionado con: grandes cambios (estado de salud).
P	(1211) Nivel de ansiedad.	(1211) Nivel de ansiedad.
I	Disminución de la ansiedad (5440) Apoyo emocional (5270)	Disminución de la ansiedad (5440) Apoyo emocional (5270)
E	(121005) Inquietud 2: sustancial a 3: moderado (121031) Ansiedad verbalizado 2: sustancial a 3: moderado	(121005) Inquietud 3: moderado a 3: moderado (121031) Ansiedad verbalizado 3: moderado a 3: moderado

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON PIODERMA GANGRENOSO PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES BÁSICAS (SEGUNDA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 4. Actividad y reposo CLASE: 4. Respuesta cardiovascular y pulmonar CÓDIGO DEL DX: 00032			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ (La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada) Manifestado por: Taquipnea de 24rpm. Relacionado con: Ansiedad, dolor.			Dominio: Salud psicosocial (II) Clase: Cardiopulmonar (E) Resultado:(0403) Estado respiratorio: ventilación	(40301) Frecuencia respiratoria (121117) Profundidad de la respiración	Desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderada 4.Leve 5.Sin desviación	1	1	5	2
						2	2	5	3
						3	3	5	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	K control respiratorio	Campo	02.fisiologico complejo	Clase:	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Campo	3.Conductual		
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Monitorización de la respiración (3350)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Ayuda a la ventilación (3390)					
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Potter, 2004)		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO			
Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración.		Permite asegurara la permeabilidad de la vía aérea y el intercambio de gas adecuado.		Mantener una vía aérea permeable.		Permite estimular la respiración espontánea.			
Observar si se producen		Ayuda a valorar cualquier patología		Monitorizar los efectos del cambio en la		Proporciona el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.			

respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos.	que se puede presentar en la paciente.	oxigenación.	
Observar si hay aumento de ansiedad, intranquilidad o falta de aire.	Proporcionan pistas sobre la causa y las circunstancias de la respuesta de hiperventilación.	Auscultar sonidos respiratorios, tomando nota de las zonas de disminución o ausencias de ventilación y presencia de sonidos extraños.	Permite mantener permeable la vía aérea.
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo
		Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (08-01-2016)	DÍA 2 (12-01-2016)
S	Paciente ansiosa, intranquila.	Paciente ansiosa, intranquila.
O	Paciente con facies pálidas, respiración de 24 x', intranquila.	Paciente con facies pálidas, respiración de 24 x', intranquila.
A	Patrón respiratorio ineficaz: manifestado por taquipnea de 24rpm; relacionado con ansiedad, dolor.	Patrón respiratorio ineficaz: manifestado por taquipnea de 24rpm; relacionado con ansiedad, dolor.
P	(0403) Estado respiratorio: ventilación	(0403) Estado respiratorio: ventilación
I	(3350) Monitorización de la respiración (3390) ayuda en la ventilación.	(3350) Monitorización de la respiración (3390) ayuda en la ventilación.
E	(40301) Frecuencia respiratoria 2: sustancial a 2: sustancial del rango normal. (121117) Profundidad de la respiración 2: sustancial a 2: sustancial del rango normal.	(40301) Frecuencia respiratoria 2: sustancial a 3: moderada del rango normal. (121117) Profundidad de la respiración 2: sustancial a 3: moderada del rango normal.
	DÍA 3 (16-01-2016)	
S	Paciente ansiosa.	
O	Paciente con facies pálidas, respiración dentro de parámetros normales	
A	Patrón respiratorio ineficaz: manifestado por patrón respiratorio anormal (profundidad); relacionado con ansiedad, dolor.	
P	(0403) Estado respiratorio: ventilación	
I	(3350) Monitorización de la respiración (3390) ayuda en la ventilación.	
E	(40301) Frecuencia respiratoria 3: moderada a 4: leve del rango normal. (121117) Profundidad de la respiración 3: moderada a 4: leve del rango normal	

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON PIODERMA GANGRENOSO PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES BÁSICAS (SEGUNDA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 12 confort CLASE: 1. Confort físico CÓDIGO DEL DX: 00132			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
DOLOR AGUDO (Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial.) Manifestado por: Conducta expresiva (inquietud. Irritabilidad) Relacionado con: Agentes lesivos biológicos.			Dominio: Conocimiento y conducta en salud (IV)	(160502) Reconoce el comienzo del dolor.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	1	2	5	2
			Clase: Conducta en salud (Q) Resultado:(1605) Control del dolor			2	2	5	3
						3	3	5	4
						4	4	5	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	E. Fomento de la Comodidad Física	Campo:	1. Fisiológico: Básico	Clase:	H. control de fármacos	Campo:	2. fisiológico complejo		
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Manejo del dolor (1400)			INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Administración de analgésicos (2210)						
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO (LeMone & Burke, 2009)		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO (Potter, 2004)			
Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad (escala 0 a 10) del dolor y		Proporciona información para resolución del dolor.		Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes y después medicar al paciente.		La valoración del dolor antes y después de la administración determina su eficacia.			

factores desencadenante.				
Mantenga reposo en cama en un entorno tranquilo y silencioso.		La disminución de la actividad física disminuye el dolor resultante	Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, especialmente después de las dosis iniciales, observar señales y síntomas de efectos adversos.	Fomenta el bienestar general y el reposo.
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo	Fecha de Elaboración: 2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (08-01-2016)	DÍA 2 (12-01-2016)
S	Paciente manifiesta que tiene dolor en todo su cuerpo, valorado mediante la escala numérica en 8/10.	Paciente manifiesta que tiene dolor en todo su cuerpo, valorado mediante la escala numérica en 6/10.
O	Conducta expresiva (Inquietud e irritabilidad.)	Conducta expresiva (Inquietud e irritabilidad.)
A	Dolor agudo: manifestado por conducta expresiva (inquietud, irritabilidad); relacionado con: agentes lesivos biológicos.	Dolor agudo: manifestado por conducta expresiva (inquietud, irritabilidad); relacionado con: agentes lesivos biológicos.
P	(1605) Control del dolor	(1605) Control del dolor
I	Manejo del dolor (1400) Administración de analgésicos (2210)	Manejo del dolor (1400) Administración de analgésicos (2210)
E	(160502) Reconoce el comienzo del dolor 2: raramente a 2: raramente demostrado.	(160502) Reconoce el comienzo del dolor 2: raramente a 3: a veces demostrado.
	DÍA 3 (16-01-2016)	DÍA 4 (21-01-2016)
S	Paciente manifiesta que tiene dolor ocasionalmente a nivel de la herida quirúrgica, escala de dolor 4/10.	Paciente manifiesta que tiene disminución de dolor a nivel de la herida quirúrgica, escala numérica de dolor 4/10.
O	Observación de evidencia de dolor disminuido.	Observación de evidencia de dolor disminuido, paciente tranquila y relajada.
A	Dolor agudo: manifestado por conducta expresiva (inquietud, irritabilidad); relacionado con: agentes lesivos biológicos.	Dolor agudo: manifestado por conducta expresiva (inquietud, irritabilidad); relacionado con: agentes lesivos biológicos.
P	(1605) Control del dolor	(1605) Control del dolor
I	Manejo del dolor (1400) Administración de analgésicos (2210)	Manejo del dolor (1400) Administración de analgésicos (2210)
E	(160502) Reconoce el comienzo del dolor 3: a veces a 4: frecuentemente demostrado	(160502) Reconoce el comienzo del dolor 4: frecuentemente a 4: frecuentemente demostrado.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON PIODERMA GANGRENOSO PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES BÁSICAS (SEGUNDA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 2. Nutrición CLASE: 5. Hidratación CÓDIGO DEL DX: 00025			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (Riesgo de sufrir una disminución de líquido intravascular, intestinal y / o intracelular que puede comprometer la salud. se refiere a la pérdida o aumento de los líquidos o ambos). Relacionado con: Sepsis (pioderma gangrenoso)			Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Respuesta inmune (H) Resultado: (0703) Severidad de la infección.	(70331) Malestar general (70333) Dolor (70334) Sensibilidad.	Desde grave hasta ninguno. 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	1	2	5	2
						2	2	5	3
						3	2	5	3
						4	3	5	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	L. Control de la piel/ heridas	Campo:	2. Fisiológico: complejo	Clase:	L. Control de la piel/ heridas	Campo:	2. Fisiológico: complejo		
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Manejo de líquidos(4120)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Administración de nutrición parenteral total (1200)					
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Potter, 2004)		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Potter, 2004)			
Precisar un registro preciso de ingesta y eliminación.		Permite regular y evitar complicaciones de niveles de líquidos.		Mantener la permeabilidad y vendajes de la vía central, Observar si hay infiltración e infección		Evita que bacterias y partículas inertes pasen a través del recubrimiento intestinal hacia el torrente sanguíneo.			
Vigilar el estado de hidratación		Proporciona una valoración sobre estado de hidratación de la		Control de signos vitales.		Alerta los cambios en el estado de salud del			

(membranas mucosas húmedas)	paciente.		paciente.
Comprobar los resultados de laboratorio (aumento de BUN, disminución de hematocrito y aumento de osmolaridad de la orina)	Permite estar al pendiente de posibles complicaciones sobre los niveles de líquidos o electrolitos alterados.	Mantener un técnica estéril a preparar y colocar las soluciones de NPT	Reduce el riesgo de contaminación, previene la transmisión de agentes infecciosos. (LeMone & Burke, 2009)
		Control de ingesta y eliminación.	Verificar si la paciente está o no reteniendo líquidos. (LeMone & Burke, 2009)
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo
		Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (08-01-2016)	DÍA 2 (12-01-2016)
D	Riesgo de desequilibrio de volúmenes de líquidos: relacionado con sepsis (pioderma gangrenoso).	Riesgo de desequilibrio de volúmenes de líquidos: relacionado con sepsis (pioderma gangrenoso).
R	Severidad de la infección (0703)	Severidad de la infección (0703)
A	Manejo de líquidos (4120) Administración de nutrición parenteral total (1200)	Manejo de líquidos (4120) Administración de nutrición parenteral total (1200)
E	(70331) Malestar general 2: sustancial a 2: sustancial. (70333) Dolor 2: sustancial a 2: sustancial. (70334) Sensibilidad 2: sustancial a 2: sustancial.	(70331) Malestar general 2: sustancial a 3: Moderado. (70333) Dolor 2: sustancial a 3: Moderado. (70334) Sensibilidad 2: sustancial a 3: Moderado.
	DÍA 3 (16-01-2016)	DÍA 4 (21-01-2016)
D	Riesgo de desequilibrio de volúmenes de líquidos: relacionado con sepsis (pioderma gangrenoso).	Riesgo de desequilibrio de volúmenes de líquidos: relacionado con sepsis (pioderma gangrenoso).
R	Severidad de la infección (0703)	Severidad de la infección (0703)
A	Manejo de líquidos (4120) Administración de nutrición parenteral total (1200)	Manejo de líquidos (4120) Administración de nutrición parenteral total (1200)
E	(70331) Malestar general 3: moderado a 3: moderado. (70333) Dolor 3: moderado a 3: moderado. (70334) Sensibilidad 3: moderado a 3: moderado.	(70331) Malestar general 3: moderado a 3: moderado. (70333) Dolor 3: moderado a 3: moderado. (70334) Sensibilidad 3: moderado a 3: moderado.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON PIODERMA GANGRENOSO PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES BÁSICAS (SEGUNDA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 3.Eliminación e Intercambio CLASE: 1. Función urinaria CÓDIGO DEL DX: 00016			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA (Disfunción en la eliminación urinaria). Manifestado por: Dolor al orinar Relacionado con: Infección del tracto urinario.			Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Eliminación (F) Resultado: (503) Eliminación urinaria.	(50302) Olor de la orina (50304) Color de la orina	Desde gravemente comprometido hasta no comprometido 1.Gravemente 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 4..Levemente 5.No comprometido	1	1	5	2
						2	2	5	2
						3	2	5	3
						4	4	5	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	B. Control de eliminación	Campo:	1.Fisiológico básico	Clase:	L. Control de la piel/ heridas	Campo:	2. Fisiológico: complejo		
INTERVENCION INDEPENDIENTE: Manejo de la eliminación urinaria (0590)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Administración de medicamentos (2300)					
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Potter, 2004)		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Potter, 2004)			
Control periódico de la eliminación urinaria: frecuencia constancia, olor, volumen y color.		Permite observar si hay infección o cualquier otro problema.		Administrar la medicación con las técnicas y vías adecuadas y observar los efectos terapéuticos de la medicación.		Permite la eficacia del medicamento y evitar riesgo de infección.			
Enseñar a la paciente a observar signos y síntomas de la infección.		La observación permite detectar precozmente la infección y tratarla.		Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente.		Da seguridad en la administración y evitar cualquier inconveniente con la paciente y personal de salud.			
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo	Elaboración:	2015-2016				

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (08-01-2016)	DÍA 2 (12-01-2016)
S	Paciente refiere que tiene molestias al orinar.	Paciente refiere le pica en la vagina.
O	Se evidencia orina de características amarillentas de mal olor y secreciones blanquecinas.	Se evidencia orina amarillentas de mal olor y secreciones blanquecinas.
A	Deterioro de la eliminación urinaria: manifestado por: dolor al orinar; relacionado con: infección del tracto urinario.	Deterioro de la eliminación urinaria: manifestado por: dolor al orinar; relacionado con: infección del tracto urinario.
P	Eliminación urinaria (503)	Eliminación urinaria (503)
I	(0590) Manejo de la eliminación urinaria (2300) Administración de medicamentos	(0590) Manejo de la eliminación urinaria (2300) Administración de medicamentos
E	(50302) Olor de la orina 1: gravemente a 2: sustancial comprometido. (50304) Color de la orina 1: gravemente a 2: sustancial comprometido.	(50302) Olor de la orina 2: sustancial a 2: sustancial comprometido. (50304) Color de la orina 2: sustancial a 2: sustancial comprometido.
	DÍA 3 (16-01-2016)	DÍA 4 (21-01-2016)
S	Paciente refiere que tiene molestias al orinar.	Paciente refiere que le sigue picando y tiene ardor al orinar.
O	Se evidencia orina de color amarillo turbio y de mal olor.	Se evidencia orina de color amarillenta y disminución del olor de la orina.
A	Deterioro de la eliminación urinaria: manifestado por: dolor al orinar; relacionado con: infección del tracto urinario.	Deterioro de la eliminación urinaria: manifestado por: dolor al orinar; relacionado con: infección del tracto urinario.
P	Eliminación urinaria (503)	Eliminación urinaria (503)
I	(0590) Manejo de la eliminación urinaria (2300) Administración de medicamentos	(0590) Manejo de la eliminación urinaria (2300) Administración de medicamentos
E	(50302) Olor de la orina 2: sustancial a 3: moderada comprometido. (50304) Color de la orina 2: sustancial a 3: moderada comprometido.	(50302) Olor de la orina 3: moderada a 4: levemente comprometido (50304) Color de la orina 3: moderada a 4: levemente comprometido

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON PIODERMA GANGRENOSO PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES BÁSICAS (SEGUNDA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 11. seguridad y protección CLASE: 2. Lesión física CÓDIGO DEL DX: 00045			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL (Alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral) Manifestado por: Lesiones orales. Relacionado con: Compromiso inmunitario, infección.			Dominio: Salud Fisiológica (II) Clase: Integridad tisular (L) Resultado:(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	(110116) Lesión de la membrana mucosa.	De gravemente comprometido hasta no comprometido 1.Gravemente 2.Sustancialmente 3. moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	1	1	5	2
						2	2	5	2
						3	2	5	2
						4	2	5	2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	F. Facilitación de los autocuidados			Campo	1. Fisiológico Básico				
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Restablecimiento de la salud bucal (1730)									
ACTIVIDADES				FUNDAMENTOS (LeMone & Burke, 2009)					
Utilizar un cepillo de dientes suaves y esponja bucal para estimular las encías y realizar la limpieza de la cavidad bucal.				Permite al realizar la limpieza de las cavidades en la paciente que está en malas condiciones generales.					
Vigilar labios, lengua, membranas mucosas y encías para determinar la humedad, calor, presencia de infección o lesiones.				Permite valorar el estado de las mucosas para evitar posibles laceraciones y valorar la hidratación.					
Aplicar lubricantes y mantener limpio los utensilios de aseo.				Permite tener húmeda las cavidades para evitar posibles escaras e infecciones.					
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles		Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo		Fecha de Elaboración:	2015-2016		

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (08-01-2016)	DÍA 2 (12-01-2016)
S	Paciente refiere que la dificulta hablar y que le duele mucho las ronchas que tiene en la cara y a nivel de la boca.	Paciente refiere que le molesta las heridas y le duele mucho.
O	Presenta a nivel de la cara, boca y región anal laceraciones negruzcas.	Presenta a nivel de la cara, boca y región anal laceraciones negruzcas.
A	Deterioro de la mucosa oral: manifestado por: lesiones orales; relacionado con: compromiso inmunitario, infección.	Deterioro de la mucosa oral: manifestado por: lesiones orales; relacionado con: compromiso inmunitario, infección.
P	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
I	Restablecimiento de la salud bucal (1730)	Restablecimiento de la salud bucal (1730)
E	(110116) Lesión de la membrana mucosa 1: gravemente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.	(110116) Lesión de la membrana mucosa 2: sustancialmente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.
	DÍA 3 (16-01-2016)	DÍA 4 (21-01-2016)
S	Paciente refiere que la dificulta hablar y que le duele mucho las ronchas que tiene en la cara y a nivel de la boca.	Paciente refiere que la dificulta hablar y que le duele mucho las ronchas que tiene en la cara y a nivel de la boca.
O	Presenta a nivel de la cara, boca y región anal laceraciones negruzcas.	Presenta a nivel de la cara, boca y región anal laceraciones negruzcas.
A	Deterioro de la mucosa oral: manifestado por: lesiones orales; relacionado con: compromiso inmunitario, infección.	Deterioro de la mucosa oral: manifestado por: lesiones orales; relacionado con: compromiso inmunitario, infección.
P	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
I	Restablecimiento de la salud bucal (1730)	Restablecimiento de la salud bucal (1730)
E	(110116) Lesión de la membrana mucosa 2: sustancialmente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.	(110116) Lesión de la membrana mucosa 2: sustancialmente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON PIODERMA GANGRENOSO PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES BÁSICAS (SEGUNDA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 04 Actividad/reposo CLASE: 02 Actividad/ejercicio CÓDIGO DEL DX: 00085			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.) Manifestado por: Inestabilidad postural. Relacionado con: Deterioro musculoesquelético.			Dominio: Salud funcional (I) Clase: Movilidad (C) Resultado: (0208) Movilidad	(20802) Mantenimiento de la posición corporal. (20805) Ambulación.	Desde gravemente comprometido hasta no comprometido 1.Gravemente 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 3.Levemente 4.No comprometido	1	1	5	2
						2	2	5	2
						3	2	5	2
						4	2	5	2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	C. Control de movilidad	Campo:	1.Fisiológico básico	Clase:	L .Control de la piel/heridas	Campo:	2. Fisiológico: complejo		
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Cambio de posición (0840)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Manejo de la presión (3500)					
Colocar sobre un colchón o cama terapéutica.		Proporciona comodidad y sirve para evitar posibles escaras.		Administrar fricciones en la espalda/cuello.		Proporciona relación y bienestar.			
Colocar en una posición que facilite la ventilación y perfusión.		Facilita el bienestar fisiológico y psicológico.		Comprobar la movilidad y actividad del paciente.		Permite vigilar la circulación y evitar que forme ulceraciones.			
Vigilar la oxigenación antes y después de cada cambio de		Permite valorar la circulación para		Utilizar dispositivo adecuados para mantener los talones y prominencias óseas		Minimiza las presiones sobre las partes blandas.			

posición.	evitar una hipoxia.	libres de presión continuas.	
Evitar colocar a la paciente en una posición que le aumente el dolor.	Permite que la paciente sienta menos dolor posible en su última estancia.		
Clase:	L. Control de la piel/ heridas	Campo:	2. Fisiológico: complejo
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Cuidados del paciente encamado (0740)			
ACTIVIDADES	FUNDAMENTO (Potter, 2004)	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO (Potter, 2004)
Cambiar de posición según lo indique el estado de la piel.		Previene complicaciones como las lesiones cutáneas.	
Realizar ejercicios de margen de movimientos activos y pasivos.		Permite relajamiento de la paciente y de paso ayuda a que la paciente no pierda equilibrio, sensibilidad de su cuerpo.	
Ayudar con las medidas de higiene.		Fomento de la comodidad, seguridad y confort al paciente.	
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo
		Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (08-01-2016)	DÍA 2 (12-01-2016)
S	Paciente refiere que no puede movilizarse ni levantarse por sí sola.	Paciente refiere que no puede movilizarse ni levantarse por sí sola.
O	Paciente con facies pálidas, con Glasgow de 13/15, deterioro de la movilidad física.	Paciente con facies pálidas, con Glasgow de 13/15, deterioro de la movilidad.
A	Deterioro de la movilidad física: manifestado por: inestabilidad postural; relacionado con: deterioro musculo-esquelético.	Deterioro de la movilidad física: manifestado por: inestabilidad postural; relacionado con: deterioro musculo-esquelético.
P	(0208) Movilidad	(0208) Movilidad.
I	(0840) Cambio de posición (3500) Manejo de la presión (0740) Cuidados del paciente encamado.	(0840) Cambio de posición (3500) Manejo de la presión (0740) Cuidados del paciente encamado.
E	(20802) Mantenimiento de la posición corporal 2: sustancial a 2: sustancial. (20805) Ambulación 2: sustancial a 2: sustancial.	(20802) Mantenimiento de la posición corporal 2: sustancial a 2: sustancial (20805) Ambulación 2: sustancial a 2: sustancial.
	DÍA 3 (16-01-2016)	DÍA 4 (21-01-2016)
S	Paciente refiere que no puede moverse y levantarse.	Paciente refiere que le duele mucho para poder levantarse.
O	Paciente con facies pálidas, con Glasgow de 13/15, deterioro de la movilidad física.	Paciente con facies pálidas, con Glasgow de 13/15, deterioro de la movilidad.
A	Deterioro de la movilidad física: manifestado por: inestabilidad postural; relacionado con: deterioro musculo-esquelético.	Deterioro de la movilidad física: manifestado por: inestabilidad postural; relacionado con: deterioro musculo-esquelético.
P	(0208) Movilidad.	(0208) Movilidad
I	(0840) Cambio de posición (3500) Manejo de la presión (0740) Cuidados del paciente encamado.	(0840) Cambio de posición (3500) Manejo de la presión (0740) Cuidados del paciente encamado.
E	(20802) Mantenimiento de la posición corporal 2: sustancial a 2: sustancial (20805) Ambulación 2: sustancial a 2: sustancial	(20802) Mantenimiento de la posición corporal 2: sustancial a 2: sustancial (20805) Ambulación 2: sustancial a 2: sustancial

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON Pioderma GANGRENOSO PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES BÁSICAS (SEGUNDA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 04 Actividad/reposo CLASE: 5 autocuidado CÓDIGO DEL DX: 00108			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO: BAÑO, HIGIENE Y VESTIDO (Deterioro de la capacidad de realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene) Manifestado por: Incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo. Relacionado con: Deterioro musculoesquelético.			Dominio: Salud funcional (I) Clase: Autocuidado (D) Resultado:(0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria.	(030517) Mantiene la higiene corporal.	De gravemente comprometido hasta No comprometido. 1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	1	2	5	2
						2	2	5	2
						3	2	5	2
						4	2	5	2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	F. Facilitación de los autocuidados		Campo:	1 Fisiológico: Básico					
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Ayuda al autocuidado baño /higiene (1801)									
ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO (Potter, 2004)						
Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.			Permitirá identificar el déficit de autocuidado del paciente para proporcionar ayuda necesaria.						
Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad.			El derecho a la intimidad debe ser preservado, proporcionando comodidad al paciente.						

Comprobar la capacidad funcional para la higiene personal.		Evita situaciones de esfuerzo físico para la realización de su autocuidado.			
Enseñar a la familia rutina de higiene personal. (Lavado de manos, cepillado de dientes, baño.)		Proporcionará confort y relajación al paciente y hábitos saludables en el paciente.			
Fomentar la participación de los padres en los rituales habituales.		Permite al paciente sentir apoyo e interacción familiar.			
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo	Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (08-01-2016)	DÍA 2 (12-01-2016)
S	Paciente refiere no poder realizar por si sola las necesidades personales.	Paciente refiere no poder realizar por si sola las necesidades personales.
O	Paciente con incapacidad de traslado para realizar actividades de higiene personal.	Paciente con incapacidad de traslado para realizar actividades de higiene personal.
A	Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido; manifestado por: incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo; relacionado con: deterioro musculo-esquelético.	Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido; manifestado por: incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo; relacionado con: deterioro musculo-esquelético.
P	(0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria.	(0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria.
I	Ayuda al autocuidado (1800)	Ayuda al autocuidado (1800)
E	(030517) Mantiene la higiene corporal 2: sustancialmente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.	(030517) Mantiene la higiene corporal 2: sustancialmente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.
	DÍA 3 (16-01-2016)	DÍA 4 (21-01-2016)
S	Paciente refiere no poder realizar por si sola las necesidades personales.	Paciente refiere no poder realizar por si sola las necesidades personales.
O	Paciente con incapacidad de traslado para realizar actividades de higiene personal.	Paciente con incapacidad de traslado para realizar actividades de higiene personal.
A	Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido; manifestado por: incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo; relacionado con: deterioro musculo-esquelético.	Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido; manifestado por: incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo; relacionado con: deterioro musculo-esquelético.
P	(0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria.	(0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria.
I	Ayuda al autocuidado (1800)	Ayuda al autocuidado (1800)
E	(030517) Mantiene la higiene corporal 2: sustancialmente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.	(030517) Mantiene la higiene corporal 2: sustancialmente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS CON PIODERMA GANGRENOSO PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES BÁSICAS (SEGUNDA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 12, confort CLASE: 1. Confort físico, entorno, social CÓDIGO DEL DX: 00214			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
DISCONFORT (Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones físicas, psico-espiritual, ambientales, culturales y sociales.) Manifestado por: Ansiedad Relacionado con: Síntomas relacionados con la enfermedad			Dominio: Salud percibida (V) Clase: Salud y calidad de vida (U) Resultado:(2011) Estado de comodidad psico-espiritual.	(201103) Esperanza (201106) Afecto tranquilo y calmado	De gravemente comprometido hasta no comprometido 1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	1	1	5	2
						2	2	5	2
						3	2	5	3
						4	3	5	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:		R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Campo			03 conductual			
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Facilitar el crecimiento espiritual (5426)									
ACTIVIDADES				FUNDAMENTO CIENTÍFICO					
Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente y familia.				Aumentan la confianza personal en la capacidad de uno mismo de afrontar la situación.					
Ofrecer el apoyo de la oración al individuo y familia.				La creencia en Dios puede inspirar esperanza, más allá de las circunstancias presentes.					
Proporcionar un entorno que favorezca una actitud meditativa.				Permite a la paciente y a los familiares estar en un lugar seguro y terapéutico.					
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles		Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo		Fecha de Elaboración:	2015-2016		

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (08-01-2016)	DÍA 2 (12-01-2016)
S	Paciente refiere estar intranquila por las molestias presentadas.	Paciente refiere estar ansiosa e intranquila.
O	Paciente triste intranquila, angustiada, inconforme de su salud.	Paciente triste intranquila, angustiada, inconforme de su salud.
A	Disconfort: manifestado por: ansiedad; relacionado con: síntomas relacionados con la enfermedad.	Disconfort: manifestado por: ansiedad; relacionado con: síntomas relacionados con la enfermedad.
P	(2011) Estado de comodidad psico-espiritual.	(2011) Estado de comodidad psico-espiritual.
I	Facilitar el crecimiento espiritual (5426)	Facilitar el crecimiento espiritual (5426)
E	(201103) Esperanza 1: gravemente a 2: sustancialmente comprometido (201106) Afecto tranquilo y calmado 1: Gravemente a 2: sustancialmente comprometido.	(201103) Esperanza 2: sustancialmente a 2: sustancialmente comprometido (201106) Afecto tranquilo y calmado 2: sustancialmente a 2: sustancialmente comprometido.
	DÍA 3 (16-01-2016)	DÍA 4 (21-01-2016)
S	Paciente refiere estar triste.	Paciente refiere estar un poco tranquila pero las molestias siguen.
O	Paciente triste intranquila, angustiada. Inconforme de su salud.	Paciente triste intranquila, angustiada. Inconforme de su salud.
A	Disconfort: manifestado por: ansiedad; relacionado con: síntomas relacionados con la enfermedad.	Disconfort: manifestado por: ansiedad; relacionado con: síntomas relacionados con la enfermedad.
P	(2011) Estado de comodidad psico-espiritual.	(2011) Estado de comodidad psico-espiritual.
I	Facilitar el crecimiento espiritual (5426)	Facilitar el crecimiento espiritual (5426)
E	(201103) Esperanza 2: sustancialmente a 3: moderadamente comprometido. (201106) Afecto tranquilo y calmado 2: sustancialmente a 3: moderadamente comprometido.	(201103) Esperanza 3: moderadamente a 3: moderadamente comprometido. (201106) Afecto tranquilo y calmado 3: moderadamente a 3: moderadamente comprometido.

**PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA EN UNA
ADOLESCENTE DE 16 AÑOS
ENCAMINADO A LA ASISTENCIA
AL FINAL DE LA VIDA (TERCERA
ETAPA)**

Proceso de atención de enfermería en una adolescente de 16 años encaminado a la asistencia al final de la vida (tercera etapa)

Durante la estancia hospitalaria presenta pioderma gangrenoso para ello se realiza una nueva valoración y examen físico con el formato de Marjory Gordon.

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.	VALORACIÓN
Causas de la consulta	Paciente de 16 años de edad es dado de alta el día 21 de enero de 2016, por petición de los familiares por encontrarse en malas condiciones generales.
Problema actual	Pioderma gangrenoso, deterioro de funciones vitales.
Valoración por patrones funcionales de salud	
Patrón de percepción control de la salud	Se observa a la paciente en mal estado general, se valora en estado de Glasgow de 9/13.
Patrón nutricional metabólico	Paciente con un peso de 33 kg, talla de 152 cm, IMC es 14.2; piel icterica, mucosas orales secas y con ulceraciones; incapacidad para comer, pérdida completa de apetito sin realizar solicitudes de comida.
Patrón de Eliminación	Se evidencia una pérdida del control de patrón de eliminación urinaria el mismo que lo hace de forma espontánea en pañal.
Patrón de Actividad Ejercicio	Paciente con facies tensa, ha perdido su capacidad de comunicación oral realiza sonidos poco comprensibles características del habla disminuidas; no puede movilizarse ni realizar sus actividades diarias.
Patrón cognitivo perceptual	Paciente somnolienta, desorientada en tiempo espacio y persona, valoración por escala de Glasgow 9/15; estuporosa, pensamiento de lenguaje es delirante, con una velocidad lenta, cantidad casi ausente y el volumen es poco audible.
Patrón autopercepción autoconcepto	Paciente sin expresión de sentimiento ni percepción sobre su estado de salud en sus facies se expresa tristeza y se observa preferencia a permanecer dormida. No observa interés por su autocuidado ni de proyectos de acción con relación con la vida en el futuro, la paciente no intenta realizar ninguna actividad.
Patrón rol de relaciones	Paciente con dependencia completa de otra persona, en las relaciones familiares hay problemas por su enfermedad,

	además los familiares muestran sentimientos de resignación y aceptación del estado de su ser querido.
Patrón de adaptación tolerancia al estrés	Paciente y familiares no buscan atención médica en miras al mejoramiento de la condición de la paciente, se observa la compañía de sus hermanas y cuñadas, llamando la atención la poca participación de la madre.

EXAMEN FÍSICO

Paciente de 16 años de edad somnolienta, con escala de Glasgow de 9/15; piel pálida; mucosas orales secas y a nivel de la boca, cara y los ojos presenta laceraciones negruzcas; frecuencia respiratorio 14x', frecuencia cardiaca 54x', presión arterial 70/60 mmHg y temperatura de 34.3°C; abdomen suave depresible, doloroso a la palpación, con presencia de apósito manchado de líquido verdoso de mal olor en la herida quirúrgica a nivel peri umbilical, se observa una colostomía eliminando heces negruzcas líquidas, se observa úlceras negruzcas en las diferentes partes de la piel; extremidades simétricos con tono, fuerza y movilidad disminuidos.

Diagnóstico

Una vez valorado se clasifican los problemas de acuerdo a las necesidades.

Diagnósticos de enfermería en una adolescente de 16 años encaminado a la asistencia al final de la vida (tercera etapa)	
Ansiedad ante la muerte (00147)	M/P: temor al proceso de la agonía; R/C: experimentar el proceso de la agonía.
Protección Ineficaz (00043)	M/P: prurito, deficiencia inmunitaria, debilidad, inadecuada respuesta al estrés; R/C: Enfermedad del sistema inmunitaria.
Fatiga (00093)	M/P: incapacidad para mantener las actividades diarias; R/C: ansiedad, estados de enfermedad.
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)	R/C: sepsis (pioderma gangrenoso)
Deterioro de la mucosa oral (00045)	M/P: lesiones orales; R/C: enfermedad autoinmune, infección.
Deterioro de la movilidad física (00085)	M/P: inestabilidad postural; R/C: deterioro musculo esquelético.
Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido (00108)	M/P: incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestir; R/C: deterioro musculo esquelético.
Cansancio del rol del cuidador (00061)	M/P: aprensión sobre la salud futura del receptor de los cuidados y estrategias de afrontamiento ineficaz; R/C: alta domiciliaria reciente con necesidades importantes de cuidados.
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075)	Secundario: duelo de un ser querido.
Duelo (00136)	M/P: búsqueda de significado de la pérdida; R/C: muerte de una persona significativa.

Planificación

En esta fase se plantearon resultados y planificaron las intervenciones en base a los diagnósticos establecidos.

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS NOC	INDICADOR	INTERVENCION NIC
Ansiedad ante la muerte: m/p: temor al proceso de la agonía; r/c: experimentar el proceso de la agonía.	(2007) Muerte confortable	(130701) Intercambia afecto con los demás.	(5820) Disminución de la ansiedad. (5420) Apoyo espiritual
Protección ineficaz: m/p: prurito, deficiencia inmunitaria, debilidad, inadecuada respuesta al estrés; r/c: enfermedad del sistema inmunitaria.	(1608) Control de síntomas.	(200701) Calma (200703) Permeabilidad de la vía aérea (200704) Temperatura corporal (200705) Posición cómoda (200708) Higiene personal (200710) Ingesta de alimentos y líquidos (200715) Prurito (200717) Eliminación (200720) Entorno físico	(5260) Cuidados en la agonía. (0740) Cuidados del paciente encamado.
Fatiga: m/p: incapacidad para mantener las actividades diarias; r/c: ansiedad, estados de enfermedad.	(0007) Nivel de fatiga	(715) Actividad de la vida diaria	(0180) Manejo de la energía.
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos; r/c: sepsis (píoderma gangrenoso)	(0703) Severidad de la infección.	(70331) Malestar general. (70333) Dolor (70334)	(4120) Manejo de líquidos (1120) Terapia nutricional.

		Sensibilidad	
Deterioro de la mucosa oral: m/p: lesiones orales; r/c: enfermedad autoinmune, infección.	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas	(110116) Lesión de la membrana mucosa.	(1730) Restablecimiento de la salud bucal
Deterioro de la movilidad física: m/p: inestabilidad postural; r/c: deterioro musculo esquelético.	(0208) Movilidad	(20802) Mantenimiento de la posición corporal.	(3500) Manejo de la presión. (1480) Masajes
Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido: m/p: incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestir; r/c: deterioro musculo esquelético.	(0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria	(030517) Mantiene la higiene corporal.	(1801) Ayuda al autocuidado baño /higiene.
Cansancio del rol del cuidador: m/p: aprensión sobre la salud futura del receptor de los cuidados y estrategias de afrontamiento ineficaz; r/c: alta domiciliaria reciente con necesidades importantes de cuidados.	(2208) Factores estresantes del cuidador familiar	(220801) Factores estresantes por el cuidador.	(7140) Apoyo a la familia
Duelo: m/p: búsqueda de significado de la pérdida; r/c: muerte de una persona significativa.	(2680) Resistencia familiar	(260806) Expresa confianza en la superación de las adversidades.	(1770) Cuidados post mortem. (8340) Fomentar la resistencia. (0480) Facilitar el duelo.
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar: secundario: duelo de un ser querido.	(2600) Afrontamiento de los problemas familiares.	(260021) Utiliza estrategias para el controlar el conflicto dela familia. (260023) Obtiene ayuda familiar.	(5270) Apoyo emocional. (4920) Escucha activa. (5230) Aumentar el afrontamiento. (5424) Facilitar la práctica religiosa

Ejecución

Ejecución de las actividades (NIC)

CLASIFICACION NIC				
ETIQUETAS DIAGNOSTICAS	código	RESULTADOS	código	INTERVENCIONES
Ansiedad ante la muerte	(2007)	Muerte comfortable	(5820)	Disminución de la ansiedad
			(5420)	Apoyo espiritual
			(3350)	Monitorización de la respiración
Protección ineficaz:	(1608)	Control de síntomas.	(5260)	Cuidados en la agonía. .
			(0740)	Cuidados del paciente encamado.
Fatiga	(0007)	Nivel de fatiga	(0180)	Manejo de la energía.
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.	(0703)	Severidad de la infección	(4120)	Manejo de líquidos.
			(1120)	Terapia nutricional
Deterioro de la mucosa oral m/p: lesiones orales	(1101)	Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	(1730)	Restablecimiento de la salud bucal.
Deterioro de la movilidad física	(0208)	Movilidad	(3500)	Manejo de la presión.
			(1480)	Masajes
			(0740)	Cuidados del paciente encamado
Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido	(0300)	Autocuidados: actividades de la vida diaria.	(1801)	Ayuda al autocuidado baño/higiene
Cansancio del rol del cuidador	(2208)	Factores estresantes del cuidador familiar	(7140)	Apoyo a la familia
Duelo	(2680)	Resistencia familiar	(1770)	Cuidados post mortem.
			(8340)	Fomentar la resistencia
			(0480)	Facilitar el duelo
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar:	(260021)	Utiliza estrategias para controlar el conflicto	(5270)	Apoyo emocional.
			(4920)	Escucha activa.
	(260023)	Obtiene ayuda familiar.	(5230)	Mejorar el afrontamiento
			(5424)	Facilitar la práctica religiosa

Evaluación

Evaluación de los resultados

CLASIFICACION NOC		INDICADOR	PUNTUACION DIANA	
Código	Resultado		Inicial	Final
(2007)	Muerte confortable.	(130701) Intercambia afecto con los demás.	2	2
(1608)	Control de síntomas.	(200701) Calma (200703) Permeabilidad de la vía aérea (200704) Temperatura corporal (200705) Posición cómoda (200708) Higiene personal (200710) Ingesta de alimentos y líquidos (200715) Prurito (200717) Eliminación (200720) Entorno físico	2	2
(0007)	Nivel de fatiga	(0715) Actividad de la vida diaria	2	2
(0703)	Severidad de la infección	(70331) Malestar general (70333) Dolor (70334) Sensibilidad	2	2
(1902)	Control de riesgo	(190211) Participa en la identificación sistemática de los riesgos identificados (190214) Utiliza los sistemas de apoyo personal para controlar el riesgo.	2	2
(1101)	Integridad tisular :piel y membranas mucosas	(110116) Lesión de la membrana mucosa.	2	2
(0208)	Movilidad	(20802) Mantenimiento de la posición corporal.	2	2
(0300)	Autocuidados: actividades de la vida diaria	(030517) Mantenimiento de la higiene corporal.	2	2
(2208)	Factores estresantes del cuidador familiar	(220801) Factores estresantes por el cuidador.	2	2
(2680)	Resistencia familiar	(260806) Expresa confianza en la superación de las adversidades.	2	2
(2600)	Afrontamiento de los problemas familiares.	(260021) Utiliza estrategias para el controlar el conflicto dela familia. (260023) Obtiene ayuda familiar.	2	2

**PAE EN UNA ADOLESCENTE DE 16
AÑOS ENCAMINADO A LA
ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA
(TERCERA ETAPA)**

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS ENCAMINADO A LA ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA (TERCERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés CLASE: 2. Respuestas de afrontamiento CÓDIGO DEL DX: 00147			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada para la propia existencia). Manifestado por : Temor al proceso de la agonía Relacionado con: Experimentar el proceso de la agonía.			Dominio: Salud percibida (IV) Clase: Salud y calidad de vida (U) Resultado:(2007) Muerte confortable.	(130701) Intercambia afecto con los demás.	De nunca demostrado hasta siempre demostrado 1. Nunca demostrado 2. Raramente 3. A veces 4. Frecuentemente 5. Siempre	1	2	5	2
						2	2	5	2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	T. Fomento de la comodidad psicológica	Campo:	3.Conductual	Clase:	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Campo:	3.Conductual		
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Disminución de la ansiedad (5820)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Apoyo espiritual (5420)					
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO (LeMone & Burke, 2009)		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO			
Utilizar un enfoque sereno que dé		Proporcionará seguridad y		Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrar en los hechos u relaciones		Facilitará estar tranquila a la paciente ya sea			

seguridad.	reduce el miedo o temor.	que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.	espiritualmente.
Permanecer con la paciente para promover seguridad y reducir el miedo	Disminuye el grado de amenaza que supone.	Reza con el individuo.	Proporcionar bienestar espiritual. (LeMone & Burke, 2009)
Escuchar con atención.	Permiten que la paciente exprese sentimientos de ansiedad o miedo. (LeMone & Burke, 2009)	Asegurar al individuo que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.	Permite asegurar que se cumplan los deseos del paciente respecto a la asistencia terminal. (LeMone & Burke, 2009)
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
Clase:	K control respiratorio	Campo	02.fisiologico complejo
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Monitorización de la respiración (3350)			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (LeMone & Burke, 2009)	
Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración.		Permite asegurara la permeabilidad de la vía aérea y el intercambio de gas adecuado.	
Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos.		Ayuda a valorar cualquier patología que se puede presentar en la paciente.	
Observar si hay aumento de ansiedad, intranquilidad o falta de aire.		Proporcionan pistas sobre la causa y las circunstancias de la respuesta de hiperventilación.	
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo
		Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)

	DÍA 1 (23-01-2016)	DÍA 2 (25-01-2015)
S	Paciente en malas condiciones generales.	Paciente en malas condiciones generales.
O	Paciente pálida, en proceso de agonía	Paciente somnolienta.
A	Ansiedad ante la muerte: manifestado por: temor al proceso de la agonía; relacionado con: experimentar el proceso de la agonía.	Ansiedad ante la muerte: manifestado por: temor al proceso de la agonía; relacionado con: experimentar el proceso de la agonía.
P	(2007) Muerte confortable.	(2007) Muerte confortable.
I	Disminución de la ansiedad (5820) Apoyo espiritual (5420) Monitorización de la respiración (3350)	Disminución de la ansiedad (5820) Apoyo espiritual (5420) Monitorización de la respiración (3350)
E	(130701) Pone los asuntos en orden 2: raramente demostrado a 2: raramente demostrado.	(130701) Pone los asuntos en orden 2: raramente demostrado a 2: raramente demostrado.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS ENCAMINADO A LA ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA (TERCERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 1. Promoción de la salud CLASE: 2. Gestión de la salud CÓDIGO DEL DX: 00043			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
PROTECCIÓN INEFICAZ (Disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones). Manifestada por: Prurito, deficiencia inmunitaria, debilidad, inadecuada respuesta al estrés. Relacionado con: Enfermedad del sistema inmunitaria			Dominio: Conocimiento y conducta de la salud (IV) Clase: Conducta de salud (Q) Resultado: (1608) Control de síntomas.	(200701) Calma (200703) Permeabilidad de vía aérea (200704) Temperatura corporal (200705) Posición cómoda (200708) Higiene personal (200710) Ingesta de alimentos y líquidos (200715) Prurito (200717) Eliminación (200720) Entorno físico	De gravemente comprometido hasta no comprometido 1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	1	2	5	2
						2	2	5	2

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
Clase:	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Campo:	3.conductual	Clase:	C. control de la inmovilidad	Campo:	1.fisiologico básico
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Cuidados en la agonía (5260)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Cuidados del paciente encamado (0740)			
ACTIVIDADES		ACTIVIDADES		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
Observar si la paciente padece ansiedad y apoyar a la familia en los estadios de pena.		Permite dar seguridad en los últimos momentos.		Colocar a la paciente sobre una alineación adecuada.		Previene la formación de una costra rugosa.	
Ofrecer líquidos y comidas blandas		Permite satisfacer las necesidades básicas para mantener sus energías.		Cambiar de posición según lo indique el estado de la piel y vigilar el estado de la piel.		Dara seguridad y confianza para realizar el procedimiento.	
Vigilar el deterioro la capacidad física o mental y observar si hay dolor.		Permite dar la ayuda que requiere la paciente.		Realizar ejercicios de margen de movimientos activos y pasivos y ayudar con las actividades diarias.		Evita la introducción de microorganismos y de contaminación que puede causar infección.	
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo	Fecha de Elaboración:	2015-2016		

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)

	DÍA 1 (23-01-2016)	DÍA 2 (25-01-2015)
S	Paciente en malas condiciones generales.	Paciente en malas condiciones generales.
O	Paciente con Glasgow de 9/15, somnolienta desorientada en tiempo espacio y persona.	Paciente con Glasgow de 9/15, somnolienta desorientada en tiempo espacio y persona.
A	Protección Ineficaz: manifestada por prurito, deficiencia inmunitaria, debilidad, inadecuada respuesta al estrés; relacionado con enfermedad del sistema inmunitaria.	Protección Ineficaz: manifestada por prurito, deficiencia inmunitaria, debilidad, inadecuada respuesta al estrés; relacionado con enfermedad del sistema inmunitaria.
P	(1608) control de síntomas.	(1608) control de síntomas.
I	(5260) Cuidados en la agonía (0740) Cuidados del paciente encamado.	(5260) Cuidados en la agonía (0740) Cuidados del paciente encamado.
E	(200701) Calma 2: sustancialmente a 2: sustancialmente comprometido. (200703) Permeabilidad de vía aérea 2: sustancialmente a 2: sustancialmente. (200704) Temperatura corporal 2: sustancialmente a 2: sustancialmente. (200705) Posición cómoda 2: sustancialmente a 2: sustancialmente. (200708) Higiene personal 2: sustancialmente a 2: sustancialmente. (200710) Ingesta de alimentos y líquidos 2: sustancialmente a 2: sustancialmente. (200715) Prurito 2: sustancialmente a 2: sustancialmente comprometido. (200717) Eliminación 2: sustancialmente a 2: sustancialmente comprometido. (200720)2 Entorno físico 2: sustancialmente a 2: sustancialmente comprometido.	(200701) Calma 2: sustancialmente a 2: sustancialmente comprometido. (200703) Permeabilidad de vía aérea 2: sustancialmente a 2: sustancialmente. (200704) Temperatura corporal 2: sustancialmente a 2: sustancialmente. (200705) Posición cómoda 2: sustancialmente a 2: sustancialmente comprometido. (200708) Higiene personal 2: sustancialmente a 2: sustancialmente comprometido. (200710) Ingesta de alimentos y líquidos 2: sustancialmente a 2: sustancialmente. (200715) Prurito 2: sustancialmente a 2: sustancialmente comprometido. (200717) Eliminación 2: sustancialmente a 2: sustancialmente comprometido. (200720)2 Entorno físico 2: sustancialmente a 2: sustancialmente comprometido.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS ENCAMINADO A LA ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA (TERCERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 4. Actividad y reposo CLASE: 3. Equilibrio de la energía CÓDIGO DEL DX: 00093			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
FATIGA (Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental físico al nivel habitual) Manifestada por: Incapacidad para mantener las actividades diarias. Relacionado con: Ansiedad, estados de enfermedad.			Dominio: Salud funcional (I) Clase: Mantenimiento de la energía (A) Resultado:(0007) Nivel de fatiga.	(715) Actividades de la vida diaria	De gravemente comprometido hasta no comprometido 1.Gravemente 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 4.Levemente 5.No comprometido	1	2	5	2
						2	2	5	2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	A. Control de actividad y ejercicio			Campo		1..fisiologico básico			
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Manejo dela energía (0180)									
ACTIVIDADES				FUNDAMENTO CIENTÍFICO (LeMone & Burke, 2009)					
Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.				Permite valorar la capacidad sobre las limitaciones que tiene la paciente.					
Observar la localización y naturaleza de las molestias o dolor.				Permite estar pendiente sobre las molestias percibidas por la paciente.					
Facilitar la alternación de periodos de reposo y actividad.				Permite regular el uso de la energía para evitar la fatiga.					
Instruir a la paciente y a los seres queridos sobre el estrés e intervenciones de enfrentamiento para disminuir la fatiga.				Permite determinar la causa del estrés y evitar fatiga.					
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo	Fecha de Elaboración:	2015-2016				

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (23-01-2016)	DÍA 2 (25-01-2015)
S	Paciente en malas condiciones generales.	Paciente en malas condiciones generales.
O	Paciente somnolienta, ansiosa.	Paciente somnolienta, ansiosa.
A	Fatiga: manifestada por incapacidad para mantener las actividades diarias; relacionado con ansiedad, estados de enfermedad.	Fatiga: manifestada por incapacidad para mantener las actividades diarias; relacionado con ansiedad, estados de enfermedad.
P	(0007) Nivel de fatiga	(0007) Nivel de fatiga
I	Manejo dela energía (0180)	Manejo dela energía (0180)
E	(715) Actividades de la vida diaria 2: sustancialmente del rango normal a 2: sustancialmente del rango normal.	(715) Actividades de la vida diaria 2: sustancialmente del rango normal a 2: sustancialmente del rango normal.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS ENCAMINADO A LA ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA (TERCERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 2. Nutrición CLASE: 5. Hidratación CÓDIGO DEL DX: 00025			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (Riesgo de sufrir una disminución de líquido intravascular, intestinal y / o intracelular que puede comprometer la salud. se refiere a la pérdida o aumento de los líquidos o ambos). Relacionado con: Sepsis (pioderma gangrenoso)			Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Respuesta inmune (H) Resultado: (0703) Severidad de la infección	(70331) Malestar general (70333) Dolor (70334) Sensibilidad	Desde grave hasta ninguno. 6. Grave 7. Sustancial 8. Moderado 9. Leve 10. Ninguno	1	2	5	2
						2	2	5	3
						3	2	5	3
						4	3	5	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	L. Control de la piel/ heridas	Campo:	2. Fisiológico: complejo	Clase:	L. Control de la piel/ heridas	Campo:	2. Fisiológico: complejo		
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Manejo de líquidos(4120)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Terapia nutricional (1120)					
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Potter, 2004)			ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Potter, 2004)		
Precisar un registro preciso de ingesta y eliminación.		Regular y evitar complicaciones de líquidos.			Determinar las preferencias de comidas del paciente.		Permite que la paciente digiera alimentos que le guste a ella.		
Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas)					Asegurar que la dieta tenga alimentos ricos en fibra.		Apoya en los procesos metabólicos de una paciente malnutrido.		
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles		Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo	Elaboración:	2015-2016			

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (23-01-2016)	DÍA 2 (25-01-2015)
D	Riesgo de desequilibrio de volúmenes de líquidos: relacionado con sepsis (pioderma gangrenoso).	Riesgo de desequilibrio de volúmenes de líquidos: relacionado con sepsis (pioderma gangrenoso).
R	Severidad de la infección (0703)	Severidad de la infección (0703)
A	Manejo de líquidos (4120) Terapia nutricional (1120)	Manejo de líquidos (4120) Terapia nutricional (1120)
E	(70331) Malestar general 2: sustancial a 2: sustancial. (70333) Dolor 2: sustancial a 2: sustancial. (70334) Sensibilidad 2: sustancial a 2: sustancial.	(70331) Malestar general 2: sustancial a 2: sustancial. (70333) Dolor 2: sustancial a 2: sustancial. (70334) Sensibilidad 2: sustancial a 2: sustancial.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS ENCAMINADO A LA ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA (TERCERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 11. seguridad y protección CLASE: 2. Lesión física CÓDIGO DEL DX: 00045			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL (Alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral) Manifestado por: Lesiones orales. Relacionado con: Enfermedad autoinmune, infección.			Dominio: Salud Fisiológica (II) Clase: Integridad tisular (L) Resultado: (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	(110116) Lesión de la membrana mucosa.	De gravemente comprometido hasta no comprometido 1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	1	1	5	2
						2	2	5	2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	F. Facilitación de los autocuidados			Campo	1. Fisiológico Básico				
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Restablecimiento de la salud bucal (1730)									
ACTIVIDADES				FUNDAMENTOS (LeMone & Burke, 2009)					
Utilizar un cepillo de dientes suaves y esponja bucal para estimular las encías y realizar la limpieza de la cavidad bucal.				Permite al realizar la limpieza de las cavidades en la paciente que está en malas condiciones generales.					
Vigilar labios, lengua, membranas mucosas y encías para determinar la humedad, calor, presencia de infección o lesiones.				Permite valorar el estado de las mucosas para evitar posibles laceraciones.					

Observar si hay resequeidad de la mucosa bucal.	Permite valorar la hidratación de las mucosas y evitar la deshidratación que puedan causar daños en la paciente.
Aplicar lubricantes y mantener limpio los utensilios de aseo.	Permite tener húmeda las cavidades para evitar posibles escaras e infecciones.
Aumentar la ingesta de líquidos en la bandeja de comida.	Proporciona a la paciente la hidratación.
Elaboró: Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente: Lcda. Mónica Valdiviezo
Fecha de Elaboración: 2015-2016	

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (23-01-2016)	DÍA 2 (25-01-2015)
S	Paciente en malas condiciones generales	Paciente en malas condiciones generales
O	Paciente con facies pálidas, presenta a nivel de la cara, boca y región anal laceraciones negruzcas.	Paciente con facies pálidas. Presenta a nivel de la cara, boca y región anal laceraciones negruzcas.
A	Deterioro de la mucosa oral: manifestado por: lesiones orales; relacionado con: enfermedad autoinmune, infección.	Deterioro de la mucosa oral: manifestado por: lesiones orales; relacionado con: enfermedad autoinmune, infección.
P	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
I	Restablecimiento de la salud bucal (1730).	Restablecimiento de la salud bucal (1730)
E	(110116) Lesión de la membrana mucosa 2: sustancialmente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.	(110116) Lesión de la membrana mucosa 2: sustancialmente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS ENCAMINADO A LA ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA (TERCERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 04 Actividad/reposo CLASE: 02 Actividad/ejercicio CÓDIGO DEL DX: 00085			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.) Manifestado por: Inestabilidad postural. Relacionado con: Deterioro musculo-esquelético.			Dominio: Salud funcional (I) Clase: Movilidad (C) Resultado: (0208) Movilidad	(20802) Mantenimiento de la posición corporal.	Desde gravemente comprometido hasta no comprometido 1.Gravemente 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 3.Levemente 4.No comprometido	1 2	1 2	5 5	2 2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	L. Control de la piel/heridas.	Campo:	2. Fisiológico: complejo	Clase:	E. Fomento de la comodidad física.	Campo:	2. Fisiológico: complejo		
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Manejo de la presión (3500)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Masajes (1480)					
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Potter, 2004)		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Potter, 2004)			
Administrar fricciones en la espalda/cuello.		Proporciona relación y bienestar.		Masajear las manos y pies si las otras zonas no son convenientes.		Estimula la piel y tejidos subyacentes y disminuye el dolor.			
Comprobar la movilidad y actividad del paciente.		Permite vigilar la circulación y evitar que forme ulceraciones.		Utilizar loción o aceite para reducir la fricción, valorando cualquier sensibilidad.		Induce la relajación y mejora la circulación.			
				Utilizar dispositivo adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presión continuas.		Minimiza las presiones sobre las partes blandas.			
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles		Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo	Elaboración:	2015-2016			

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (23-01-2016)	DÍA 2 (25-01-2015)
S	Paciente en malas condiciones generales.	Paciente en malas condiciones generales.
O	Paciente con facies pálidas, con Glasgow de 9/15, somnolienta.	Paciente con facies pálidas, con Glasgow de 9/15, somnolienta.
A	Deterioro de la movilidad física: manifestado por: inestabilidad postural; relacionado con: deterioro musculo-esquelético.	Deterioro de la movilidad física: manifestado por: inestabilidad postural; relacionado con: deterioro musculo-esquelético.
P	(0208) Movilidad	(0208) Movilidad
I	(3500) Manejo de la presión (1480) Masajes	(3500) Manejo de la presión (1480) Masajes
E	(20802) Mantenimiento dela posición corporal 2: sustancial a 2: sustancial.	(20802) Mantenimiento dela posición corporal 2: sustancial a 2: sustancial.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS ENCAMINADO A LA ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA (TERCERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 04. Actividad/reposo CLASE: 5 autocuidado CÓDIGO DEL DX: 00108			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO: BAÑO, HIGIENE Y VESTIDO (Deterioro de la capacidad de realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene) Manifestado por: Incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo. Relacionado con: Deterioro musculo-esquelético.			Dominio: Salud funcional (I) Clase: Autocuidado (D) Resultado: (0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria.	(030517) Mantiene la higiene corporal.	De gravemente comprometido hasta No comprometido 1. Gravemente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
						1	2	5	2
						2	2	5	2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	F. Facilitación de los autocuidados			Campo:	1 Fisiológico: Básico				
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Ayuda al autocuidado baño /higiene (1801)									
ACTIVIDADES				FUNDAMENTO CIENTÍFICO (Potter, 2004)					
Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.				Permitirá identificar el déficit de autocuidado del paciente para proporcionar ayuda necesaria.					
Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad.				El derecho a la intimidad debe ser preservado, proporcionando comodidad al paciente.					

Comprobar la capacidad funcional para la higiene personal.		Evita situaciones de esfuerzo físico para la realización de su autocuidado.			
Enseñar a la familia rutina de higiene personal. (Lavado de manos, cepillado de dientes, baño.)		Proporcionará confort y relajación al paciente y hábitos saludables en el paciente.			
Fomentar la participación de los padres en los rituales habituales.		Permite al paciente sentir apoyo e interacción familiar.			
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo	Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (23-01-2016)	DÍA 2 (25-01-2015)
S	Paciente en malas condiciones generales.	Paciente en malas condiciones generales.
O	Paciente con incapacidad de traslado para realizar actividades de higiene personal.	Paciente con incapacidad de traslado para realizar actividades de higiene personal.
A	Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido: manifestado por: incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo; relacionado con: deterioro musculoesquelético.	Déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido: manifestado por: incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo; relacionado con: deterioro musculoesquelético.
P	(0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria.	(0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria.
I	Ayuda al autocuidado (1800)	Ayuda al autocuidado (1800)
E	(030517) Mantiene la higiene corporal 2: sustancialmente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.	(030517) Mantiene la higiene corporal 2: sustancialmente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS ENCAMINADO A LA ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA (TERCERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 7. Rol /Relaciones CLASE: 1. Roles del cuidador CÓDIGO DEL DX: 00061			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR (Dificultad para desempeñar el rol del cuidador de la familia o de personas significativas). Manifestado por: Aprensión sobre la salud futura de receptor de los cuidados y estrategias de afrontamiento ineficaces. Relacionado con: Alta domiciliaria reciente con necesidades importantes de cuidados.			Dominio: Salud familiar (VI) Clase: Ejecución del cuidador (W) Resultado:(2208) Factores estresantes del cuidador familiar	(220801) Factores estresantes por el cuidador.	Desde intenso hasta ninguno 1. Intenso 2. Sustancial 3. Moderado 4. Ligero 5. Ninguno	1	2	5	2
						2	2	5	2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	T. Fomento de la comodidad	Campo:			3.Conductual				
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Apoyo a la familia (7140)									
ACTIVIDADES				FUNDAMENTO CIENTÍFICO					
Asegurar a la familia que a la paciente se le brinde los mejores cuidados posibles.				La fatiga se añade al estrés y puede provocar decisiones inadecuadas.					
Ofrecer una esperanza realista.				Permite aceptar y valorar a la familia sin emitir juicios.					
Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.				Permite a los familiares estar más seguros y tranquilos sobre la situación que están pasando.					
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo	Fecha Elaboración:	de	2015-2016			

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (23-01-2016)	DÍA 2 (25-01-2015)
S	Familiares refieren que la paciente está mejor en su casa, y quieren que descansé en paz.	Familiares refieren que la paciente está mejor en su casa, y quieren que descansé en paz.
O	Paciente en malas condiciones generales, somnolienta.	Paciente en malas condiciones generales, somnolienta.
A	Cansancio del rol del cuidador relacionado: mmanifestado por: aprensión sobre la salud futura de receptor de los cuidados y estrategias de afrontamiento ineficaces; relacionado con: alta domiciliaria reciente con necesidades importantes de cuidados.	Cansancio del rol del cuidador relacionado: mmanifestado por: aprensión sobre la salud futura de receptor de los cuidados y estrategias de afrontamiento ineficaces; relacionado con: alta domiciliaria reciente con necesidades importantes de cuidados.
P	(2208) Factores estresantes del cuidador familiar.	(2208) Factores estresantes del cuidador familiar.
I	(7140) Apoyo a la familia	(7140) Apoyo a la familia
E	(220801)Factores estresantes por el cuidador 2: sustancial a 2: sustancial.	(220801)Factores estresantes por el cuidador 2: sustancial a 2: sustancial.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS ENCAMINADO A LA ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA (TERCERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 11. Religión /creencias CLASE: 8.Rol y relaciones CÓDIGO DEL DX: 00136			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
DUELO (Complejo proceso normal que incluye las respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familia y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.) Manifestado por: Búsqueda de significado de la pérdida. Relacionado con: Muerte de una persona significativa.			Dominio: Salud familiar (VI) Clase: Bienestar familiar (X) Resultado:(2608) Resistencia familiar	(260806) Expresa confianza en la superación de las adversidades.	De nunca demostrado hasta siempre demostrado 1.Nunca 2.Raramente 3.A veces 4.Frecuentemente 5.Siempre	1 2	2 2	5 5	2 2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	F. Facilitación de los autocuidados	Campo:	Fisiológico básico	Clase:	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Campo:	3.conductual		
INTERVENCION INDEPENDIENTE: Cuidados post mortem (1770)				INTERVENCION INDEPENDIENTE: Fomentar la resistencia (8340)					
ACTIVIDADES		ACTIVIDADES		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO			
Levantar el cabecero de la cama ligeramente para evitar la acumulación de líquido en la cabeza o		Proporciona los cuidados físicos al paciente fallecido.		Facilitar el comunicación familiar		Permite estar más unidos en momentos difíciles como el duelo.			

de la cara.			
Cerrar los ojos , poner tapones en todos los orificios y alineación de la corporal correcta	Facilita al paciente fallecido descansar en paz.	Fomentar a la familia/comunidad valore la salud.	Permite estar informados de la importancia que tiene la salud en la vida de las personas.
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
Clase:	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Campo	3.conductual
INTERVENCION INDEPENDIENTE: Facilitar el duelo (0480)			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO (LeMone & Burke, 2009)	
Escuchar las expresiones de duelo		Una relación eficaz entre el paciente y el profesional de enfermería comienza con la aceptación de los sentimientos, actitudes y valores del paciente relacionados con la pérdida. Si el paciente está listo para hablar, escuchar y estar presente son las intervenciones más adecuadas.	
Apoyar la progresión a través de los estadios de aflicción personal		Esto les ayuda a ser conscientes de sus emociones en cada fase y les tranquiliza en el sentido de que sus reacciones son normales.	
Fomentar la expresión de sentimientos a cerca de la pérdida.		El apoyo de otros disminuye los sentimientos de soledad y aislamiento y facilita la elaboración del duelo.	
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo
		Fecha de Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (23-01-2016)	DÍA 2 (25-01-2015)
S	Familiar refiere tristeza, desconsuelo, pérdida irrecuperable.	Familiar refiere tristeza, desconsuelo, pérdida irrecuperable.
O	Familiares en momentos de difícil situación por la pérdida de un ser querido.	Familiares en momentos de difícil situación por la pérdida de un ser querido.
A	Duelo relacionado: mmanifestado por: búsqueda de significado de la pérdida; relacionado con: muerte de una persona significativa.	Duelo relacionado: manifestado por: búsqueda de significado de la pérdida; relacionado con: muerte de una persona significativa.
P	Resistencia familiar (2608)	Resistencia familiar (2608)
I	Cuidados post mortem (1770) Fomentar la resistencia (8340) Facilitar el duelo (0480)	Cuidados post mortem (1770) Fomentar la resistencia (8340) Facilitar el duelo (0480)
E	(260806) Expresa confianza en la superación de las adversidades. 2: raramente demostrado a 2: raramente demostrado.	(260806) Expresa confianza en la superación de las adversidades. 2: raramente demostrado a 2: raramente demostrado.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS ENCAMINADO A LA ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA (TERCERA ETAPA)						
Segundo	Enfer. Quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 9. Afrontamiento y tolerancia al estrés CLASE: 2. Respuestas de afrontamiento CÓDIGO DEL DX: 00075			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES			
						Días de seguimiento	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR (Patrón de manejo efectivo de las tareas adaptativas por parte de la persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo) implicada en el cambio en la salud del paciente, que puede ser reforzado. Secundario : Duelo de un ser querido			Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Adaptación psicosocial (N) Resultado: (2600) Afrontamiento de los problemas familiares.	(1260021) Utiliza estrategias para controlar el conflicto de la familia. (1260023) Obtener ayuda familiar.	Desde gravemente comprometido hasta no comprometido 1.Gravemente 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 3.Levemente 4.No comprometido	1	1	5	2
						2	2	5	2
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)									
Clase:	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.	Campo:	3.Conductual	Clase:	Q. Potenciación de la comunicación.	Campo:	3.Conductual		
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Apoyo emocional (5270)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Escucha activa (4920)					
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Potter, 2004)		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO (Potter, 2004)			
Proporcionar apoyo durante ira, negación y aceptación de las fases de pena.		Da seguridad a los familiares en momentos de tensión.		Mostrar interés en la preocupación del paciente y evitar barreras de escucha activa.		Permite ofrecer apoyo emocional y fomentar sentimientos que ayuden aclarar y expresar miedos.			
Favorecer la conversación como medio		Permite dar confianza a los		Utilizar frases que animen a expresar		Permite dar confianza y seguridad a la paciente.			

de disminuir la respuesta emocional.	familiares en momentos de llanto y tristeza.	pensamientos, sentimientos y preocupaciones.	
Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.	Permite dar seguridad y apoyo a los familiares en la toma de decisiones.		
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
Clase:	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.	Campo:	3.Conductual
Clase:	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.	Campo:	3.Conductual
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Aumentar el afrontamiento (5230)		INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Facilitar la práctica religiosa (5424)	
Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.	Permite proporcionar confianza y ser competentes ante una situación grave a la familia y a la paciente.	Dar oportunidad para comentar diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo.	Permite estar en confianza con los familiares y respetar sus creencias religiosas.
Utilizar frases que anime a expresar pensamientos, sentimientos.	Fortalecer y potencializar capacidades a la paciente a enfrentarse a la situación actual.	Escuchar y desarrollar un sentido de la medida del tiempo para la oración.	Participación en prácticas religiosas.
Mostrar interés en la preocupación de la familia/paciente.	Transmite confianza al familiar/paciente, a mantener sensación de valía personal.	Participar en modificaciones del ritual para satisfacer las necesidades.	Fomenta seguridad y responsabilidad en la toma de decisiones con los familiares.
Elaboró:	Doris Priscila Chimbo Aviles	Docente:	Lcda. Mónica Valdiviezo
		Elaboración:	2015-2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1 (23-01-2016)	DÍA 2 (25-01-2015)
S	Familiares refieren estar tristes ante la muerte de su hermana.	Familiares refieren estar tristes ante la muerte de su hermana.
O	Hermanos/as triste, desconsoladas.	Hermanos/as triste, desconsoladas.
A	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar: secundario: duelo de un ser querido.	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar: secundario: duelo de un ser querido.
P	Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300).	Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300).
I	Apoyo emocional (5270) Escucha activa (4920) Aumentar el afrontamiento (5230) Facilitar la práctica religiosa (5424)	Apoyo emocional (5270) Escucha activa (4920) Aumentar el afrontamiento (5230) Facilitar la práctica religiosa (5424)
E	(130901) Verbaliza una actitud positiva. 2: sustancialmente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.	(130901) Verbaliza una actitud positiva. 2: sustancialmente comprometido a 2: sustancialmente comprometido.

SEGUIMIENTO HOSPITALARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA: ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA

Fecha: 03-12-2015.

Responsable: Doris Chimbo

DATOS INFORMATIVOS:

Nombre del Usuario: MIMG	Número de miembros de la Familia: 9
Edad: 16 años	Dirección: HDPDR
Motivo de la visita: Paciente adolescente que está hospitalizada desde hace 2 meses, se realiza la primera visita para adquirir el consentimiento informado.	Diagnóstico Médico: Laparotomía por peritonitis, perforación intestinal, fistula enterocutánea.
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">Realizar la valoración del paciente, cuidado y entorno a través de Dorothea Orem y Sor callista Roy.	
INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud) Se realizó la primera visita obteniendo el consentimiento informado y la previa valoración mediante el examen físico y la aplicación de instrumentos según la teoría de Dorothea Orem (déficit de autocuidado) y Sor callista Roy (el de adaptación). Se cita para el próximo día el 04-12-20. 15.	



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: ENFERMERÍA**

PLAN DE VISITA

Fecha: 04-12-2015.	
Responsable: Doris Chimbo	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: MIMG	Número de miembros de la Familia: 9
Edad: 16 años	Dirección: HDPDR
Motivo de la visita: Se realiza la siguiente visita para educar a la paciente sobre la temas de su enfermedad.	Diagnóstico Médico: Laparotomía por peritonitis, perforación intestinal, fistula enterocutánea, portador de colostomía.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNÓSTICOS NANDA:

1	Etiqueta Diagnóstica: Conocimientos deficientes
	Factor Relacionado: Falta de exposición y/o mala interpretación de la información.
	Manifestado por: Información insuficiente.
2	Etiqueta Diagnóstica: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporal.
	Factor Relacionado: Ruidos abdominales hiperactivos.
	Manifestado por: Incapacidad para ingerir los alimentos (perforación intestinal).
3	Etiqueta Diagnóstica: Temor
	Factor Relacionado: Falta de familiaridad con la experiencia con el entorno.
	Manifestado por: Intranquilidad, inquietud

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

Estado Nutricional
Conocimiento: proceso de la enfermedad.
Nivel de miedo

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico NANDA	Intervenciones actividades (NIC)	Recursos/ materiales	Evaluación
Conocimientos deficientes: m/p: conocimientos insuficientes; r/c: información insuficiente	Enseñanza: proceso de la enfermedad. Facilitar el aprendizaje. Enseñanza: medicamentos prescritos.	Tríptico Video	La paciente comprende sobre la patología que presenta y su cuidado.
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales: m/p: incapacidad percibidas para digerir los alimentos (NPT); r/c: factores biológicos (perforación intestinal).	Administración de nutrición parenteral total. Mantenimiento de dispositivo de acceso venoso central. Monitorización nutricional.	Apoyo visuales. Computadora Tríptico Cámara	Paciente comprende la importancia de una nutrición adecuada.
Ansiedad: m/p: irritabilidad, temor e inquietud; r/c: grandes cambios (entorno y estado de salud.)	Disminución de la ansiedad. Escucha activa	Escucha activa	Se disminuye el temor al proporcionar información y contestar dudas e inquietudes

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se educa sobre la colostomía y sus cuidados, por medio de trípticos, video y conversación con la paciente en relación a la enfermedad donde se pudo promover una discusión abierta de temas de interés y fomentar la necesidad de los cuidados que debe tener. Próxima visita el 09-12-2015.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PLAN EDUCATIVO

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Colostomía y sus cuidados

LUGAR: HPGDR

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Paciente y Familiar

FECHA: 04-12-2015

HORA: 17:30a 18:00

FACILITADOR: Doris Chimbo

TIEMPO ASIGNADO: 30 minutos

2. OBJETIVOS:

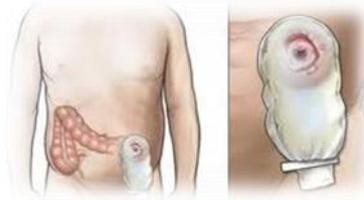
- Educar a la a la paciente y familia sobre la importancia del cuidados de la ostomía y sus complicaciones.
- Asesorar en el manejo del cambio y cuidado de ostomía.

3. PLAN INTERVENCIÓN NIC

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
Colostomía ✓ Clasificación ✓ Indicaciones ✓ Tipos ✓ Complicación	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo visuales. • Computadora • Tríptico • Cámara 	Preguntas previas sobre el tema y preguntas de evaluación final

4. SUSTENTACIÓN BIBLIOGRÁFICA

COLOSTOMÍA



(Crespo, Lucia, 2011)

La colostomía es una intervención quirúrgica cuyo objetivo es establecer una comunicación artificial entre el colon y la pared abdominal, a fin de conducir al exterior la materia fecal y/o descomprimir el intestino grueso a través de una vía alternativa. Por lo tanto, no es una enfermedad, sino que es un cambio en la anatomía.

Clasificación

Colostomías temporales

El tratamiento de ciertos problemas de la parte inferior del intestino grueso requiere que esa porción esté en reposo. Esto se logra evitando que la materia fecal llegue hasta allí. Para ello se crea una colostomía temporal (de corto plazo) que permitirá que sane el intestino.

Colostomías permanentes

Cuando parte del colon o del recto enferma, se tiene que hacer una colostomía de largo plazo (permanente). La parte enferma del intestino debe ser extirpada o dejarse sin función permanentemente.

Indicaciones para colostomía

Una enfermedad, lesión o un defecto congénito puede alterar o deteriorar la función gastrointestinal: obstrucción intestinal, neoplasias de colon, enfermedad inflamatoria complicada, diverticulitis cólicas, hemorragia masiva, colitis aguda fulminante, y perforaciones intestinales.

Tipos de colostomía



(Maricel & Matus, 2014)

Es necesario saber qué tipo de paciente vamos a recibir y el tipo de colostomía que se le va a realizar.

Colostomía ascendente: se encuentra en la parte derecha del abdomen y se forma a partir del colon ascendente. Las heces suelen ser líquidas o semilíquidas, muy frecuentemente y contienen enzimas digestivas de gran acidez que pueden irritar la piel

Colostomía transversa: localizada en la parte central del abdomen y se forma a partir del colon transverso. Produce unas heces semilíquidas o semisólidas, evacuación semifrecuente y con pocas enzimas digestivas.

Colostomía descendente: se encuentra en la parte izquierda del abdomen y se forma a partir del colon descendente. Las heces en este tramo son semisólidas o sólidas porque la mayor parte del agua ha sido reabsorbida en este punto, y su evacuación menos frecuente.

Colostomía sigmoidea: se encuentra en la parte izquierda del abdomen, se forma a partir del colon sigmoideo y las heces en este lugar son sólidas.

Cuidados y cambios de la colostomía

Higiene: Lavar el estoma con agua y jabón y secar bien mediante toquecitos, con una toalla. Nunca usar secador para evitar quemaduras. Si el estoma sangra un poco, entra dentro de la normalidad. Lo que será motivo de alarma es que sangre en abundancia.



(Villegas & Ortín, 2010)

Es más recomendable la ducha que el baño y el estoma lo dejaremos en último lugar. Se podrá duchar con o sin bolsa.

Existen dos tipos de bolsas:

Las abiertas: Estas disponen sistema de vaciado en la parte inferior.

Las cerradas: En estas no podremos vaciar el contenido, sino que cambiaremos la bolsa.

Cambio de adhesivo y bolsa



(Maricel & Matus, 2014)

- ✓ Retirar la bolsa despegando la parte pegada a la piel despacio y sin tirones.
- ✓ Lavar el estoma con agua y jabón.
- ✓ Secar dando golpecitos con una toalla limpia y seca.
- ✓ Medir el estoma con la ayuda de una plantilla medidora.
- ✓ Recortar el nuevo adhesivo con las medidas del estoma.
- ✓ Si la bolsa y el adhesivo son una pieza única, colocarla pegando el adhesivo de abajo a arriba, para poder ver el estoma.

- ✓ Si la bolsa y el adhesivo van separados, pegar el adhesivo primero y luego adjuntar la bolsa encajando las guías y presionando. Comprobar que la unión es correcta.

Complicaciones de las colostomías



(Sola & Muñoz, 2013-2014)

Edema: normalmente es debido al propio trauma de la intervención. Se produce cuando el diámetro de la piel es menor a la mucosa intestinal.

Hemorragia: complicación poco frecuente (2-3%) y aparece tras la intervención por culpa de la lesión de algún vaso subcutáneo o submucoso.

Complicaciones en el postoperatorio tardío:

Estenosis: reducción del diámetro de la luz del estoma, de tal forma que impide la salida de las heces, así como la posibilidad de realizar un tacto por él.

Prolapso del estoma: Es la eversión de la mucosa a través del orificio cutáneo.

Hernia de la pared abdominal: hinchazón del abdomen alrededor de la estoma.

Bibliografía:

Balsera, N. (2010). Protocolo de cambio de bolsa de ostomías abdominales. *Proto Bolsa Ostomias*, 2.4.

Manual de cuidados en ostomias . (2012). 10 principales complicaciones de las ostomias . *manual de cuidados en ostomias* , 5-164.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: ENFERMERÍA
PLAN DE VISITA

Fecha: 09-12-2015	
Responsable: Doris Chimbo	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: M I M G	Número de miembros de la Familia: 9
Edad: 16 años	Dirección: HDPDR
Motivo de la visita: Se realiza la siguiente visita con temas de suma importancia como las recomendaciones nutricionales a una paciente portadora de colostomía.	Diagnóstico Médico: laparotomía por peritonitis, perforación intestinal, fistula enterocutánea y portador de colostomía.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNÓSTICOS NANDA:

1	Etiqueta Diagnóstica: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporal.
	Factor Relacionado: Ruidos abdominales hiperactivos
	Manifestado por: Incapacidad para ingerir los alimentos (perforación intestinal).

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. Estado Nutricional

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico NANDA	Intervenciones actividades (NIC)	Recursos/ materiales	Evaluación
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades	Administración de nutrición parenteral total.	Apoyo visuales. Computadora	Paciente comprende la

corporales: m/p: incapacidad percibidas para digerir los alimentos (NPT); r/c: factores biológicos (perforación intestinal).	Mantenimiento dispositivo de acceso venoso central. Monitorización nutricional.	Tríptico Cámara	importancia de una nutrición adecuada.
--	---	--------------------	--

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se educa sobre la importancia de las recomendaciones nutricionales a una paciente portadora de colostomía mediante apoyo visual (diapositivas, trípticos) donde se logra una visita efectiva por que la paciente manifiesta a ver comprendido y refiere que para la próxima visita quiere saber acerca de la nutrición parenteral. Se planifica nueva visita para el 11-12-2015.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PLAN EDUCATIVO

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Recomendaciones nutricionales a la paciente portadora de colostomía

LUGAR: HPGDR

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Paciente y Familiar

FECHA: 9-12-2015

HORA: 17: 30 a 18:00

FACILITADOR: Doris Chimbo

TIEMPO ASIGNADO: 30 minutos

2. OBJETIVOS:

- Educar a la a la paciente y familia la importancia de una nutrición adecuada.

3. PLAN INTERVENCIÓN NIC

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
Recomendaciones nutricionales a la paciente portador de colostomía <ul style="list-style-type: none"> • Importancia • Tipos de alimentos que debe consumir 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo visuales. • Computadora • Tríptico • Cámara 	Preguntas previas sobre el tema y preguntas de evaluación final

4. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES A LA PACIENTE PORTADORA DE COLOSTOMÍA



Objetivos:

- Asegurar los cuidados adecuados del enfermo ostomizado al salir del hospital basado en una completa información que disminuya el temor y la ansiedad del enfermo al abandonar la seguridad hospitalaria en relación a los cuidados de su ostomía y cómo llevar su alimentación
- Proporcionar recomendaciones sobre su alimentación a los pacientes ostomizados
- Ofrecer una guía para mantener un estado nutricional adecuado.

Metas:

- Las metas nutricionales para los individuos que han tenido cirugía de ostomía o cirugía similar requieren algo de adaptación de la información dietética.
- Las especificaciones de la adaptación dependen del tipo de ostomía y de su manejo. (Oliva, 2013)
- Después de haberse completado la cicatrización y la ostomía funcione normalmente, la mayoría de las personas pueden volver a una dieta normal.
- Los Ostomizados requieren de la selección de un plan dietético personalizado y consejería para buenos hábitos de alimentación en su dieta, con este fin se establecen las guías dietéticas para los Ostomizados. (Oliva, 2013)

Una nutrición adecuada

- Proveer un soporte nutricional balanceado.
- Prevenir de déficit de macro y de micronutrientes
- Apoyar el metabolismo y promover la reparación tisular y la función de órganos.

- Evitar complicaciones relacionadas a requerimientos nutricionales.

Importancia de la Nutrición:

- Una alimentación deficiente, en la que faltan las sustancias nutritivas necesarias, conduce al organismo humano al estado de desnutrición.
- Las medidas alimentarias en un paciente ostomizado es importante para conseguir un óptimo estado de nutrición y un correcto funcionamiento del estoma.

Recomendaciones en la dieta al paciente colostomizado

- La dieta no es estricta, después de ser ostomizado debe introducir los alimentos poco a poco y en pequeñas cantidades. Por lo general, se inicia con una dieta baja en fibra y baja en residuos, hasta establecer una dieta normal. No introducir alimentos nuevos hasta comprobar cómo se toleran los anteriores.
- Algunos alimentos como la cebolla, ajo, pescado y huevos pueden producir olores fuertes.
- Facilitarle al paciente un listado de alimentos que influyan en el aumento del olor y los gases.
- Es importante beber una cantidad suficiente de agua (2-3 litros/día), sobre todo entre las comidas.
- La falta de hábitos higiénicos bucodentales genera alteraciones a dicho nivel (gingivitis, pérdida de piezas dentales...)

Alimentos que contribuyen a la formación de gas:

- Judías, lentejas, chícharos, frijoles. Col, rábano, cebolla, brócoli, coliflor, pepino.
- Ciruelas pasas, manzana, pasas, plátano.
- Cereales con salvado, salvado de cereales, alimentos con elevado contenido de lactosa: leche, helado, crema helada, nata.
- Los edulcorantes artificiales denominados como sorbitol y manitol, contenidos en algunos dulces dietéticos y gomas

Alimentos que aumentan los gases y el mal olor:

- Legumbres. Cebollas y ajos. Col y coliflor. Frutos secos. Espárragos y alcachofas. Huevos. Cerveza y bebidas con gas. Especias. Carne de cerdo.

Alimentos que inhiben el olor:

- Mantequilla. Yogurt. Queso fresco. Cítricos. Perejil. Menta.

Alimentos aconsejados:

- Frutas y verduras. Pescados y aves. Pastas y arroces. Leche y derivados.

Alimentos que se deben evitar:

- Carne de cerdo y charcutería. Grasas. Picantes. Alcohol y bebidas gaseosas.

Alimentos astringentes:

- Plátano y manzana. Arroz cocido.

Bibliografía:

(US Department of Health and Human Services, 2015)

(Oliva, 2013)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PLAN EDUCATIVO

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Nutrición Parenteral

LUGAR: HPGDR

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Paciente y Familiar

FECHA: 11-12-2015

HORA: 17:30a 18:00

FACILITADOR: Doris Chimbo

TIEMPO ASIGNADO: 30 minutos

2. OBJETIVOS:

- Educar a la a la paciente y familia la importancia de una nutrición parenteral

3. PLAN INTERVENCIÓN NIC

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
Tema: Nutrición parenteral <ul style="list-style-type: none"> • Definición • Objetivos • Indicaciones • Tipos de nutrición parenteral • Contraindicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo visuales. • Computadora • Cámara 	Preguntas previas sobre el tema y preguntas de evaluación final

4. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

NUTRICIÓN PARENTERAL



El desarrollo de técnicas de soporte nutricional ha mejorado la calidad de vida de muchos pacientes, sobre todo de aquellos que son portadores de enfermedad crónica y que van a ser sometidos a técnicas de diagnóstico y tratamiento agresivos o en los que no es posible mantener un adecuado aporte de nutrientes mediante la alimentación oral existiendo una disminución entre los aportes y los requerimientos (Ramírez, 2014)

Definición: Es el aporte de nutrientes y alimentos por vía endovenosa. (Ramírez, 2014)

OBJETIVO: Mantener en reposo el aparato digestivo, Mantener un adecuado estado de salud. (Ramírez, 2014)

INDICACIONES: Incapacidad de alimentarse, Demandas calóricas aumentadas, Desnutrición (hipoalbuminemia), Alteración del tubo digestivo. (Ramírez, 2014)

TIPOS DE NUTRICIÓN PARENTERAL: Alimentación parenteral total: administración por vía central, alimentación parenteral parcial: vía periférica. (Grueso calibre) (Ramírez, 2014)

Nutrición enteral: Es una técnica de soporte nutricional que consiste en administrar los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal (TGI) mediante sonda o por la cavidad oral. (Ramírez, 2014)

Nutrición parenteral: Consiste en la provisión de nutrientes mediante su infusión a una vía venosa a través de catéteres específicos, para cubrir los requerimientos metabólicos y de crecimiento. (Ramírez, 2014)

CONTRAINDICACIONES: Vía digestiva funcional, Disfunción de más de dos órganos sepsis sin respuesta a tratamiento e inestabilidad cardiorrespiratoria.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA: ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA

Fecha: 15-12-2015	
Responsable: Doris Chimbo	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: MIMG	Número de miembros de la Familia: 9
Edad: 16 años	Dirección: HDPDR
Motivo de la visita: Educar a la madre y paciente sobre las actividades de la vida diría empezando con lavado de manos.	Diagnóstico Médico: laparotomía por peritonitis, perforación intestinal, fistula enterocutánea y portador de colostomía.
1	Etiqueta Diagnóstica: Déficit del autocuidado: Baño, higiene y vestido
	Factor Relacionado: Dolor, debilidad y disminución en la motivación a la enfermedad
	Manifestado por: Incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestirse

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

Autocuidados: actividades de la vida diaria

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico NANDA	Intervenciones actividades (NIC)	Recursos/ materiales	Evaluación
Déficit de autocuidado: baño, higiene y vestido m/p: incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y	Ayuda con los autocuidado: baño/higiene	Computadora Ayuda Audiovisuales	Paciente con déficit de autocuidado debido a su condición de salud paciente se adapta

vestirse; r/c: dolor, debilidad y disminución de la motivación por la enfermedad.			con buena disposición para mejorar su autocuidado.
---	--	--	--

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se educa al paciente y madre sobre la importancia de las actividades diarias de la vida como: baño, higiene y vestimenta. Mediante la apoyo visual (diapositivas), donde se incentivó a la paciente a participar en cada uno de la actividades, donde se observó la buena predisposición de la paciente y se plantea una visita para el 20-12-2015 con el tema de higiene corporal.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PLAN EDUCATIVO

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Lavado de manos

LUGAR: HPGDR

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Paciente y Familiar

FECHA: 15-12-2015

HORA: 17:30a 18:00

FACILITADOR: Doris Chimbo

TIEMPO ASIGNADO: 30 minutos

2. OBJETIVOS:

- Dar a conocer a la paciente y familiares conocer la importancia de lavado de manos.

3. PLAN INTERVENCIÓN NIC

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
Lavado de manos	<ul style="list-style-type: none">• Exposición	<ul style="list-style-type: none">• Apoyo visuales.• Computadora• Imágenes• Cámara	Se evalúa mediante preguntas.

4. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

LAVADO DE MANOS

Definición.- es una medida que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel. El lavado de manos es la frotación vigorosas dela manos previamente enjabonadas, seguida de un enjuague con agua corriente abundante para eliminar la suciedad, materia orgánica. El lavado de manos es la principal medida eficaz probada para evitar las infecciones y contaminación. (Cadena, Herrera, & Mirella, 2006)

Objetivos

Eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria, descontaminar las manos o prevenir su contaminación, reduciendo la posibilidad de infecciones. (Cadena, Herrera, & Mirella, 2006)

Eliminar al máximo posible de microorganismos patógenos de la piel, y flora residente de las manos. (Cadena, Herrera, & Mirella, 2006)

Equipo:

Agua

Solución jabonosa.

Toalla desechable.

Procedimiento.

Subir las mangas de la ropa sobre los codos, y retirar reloj y todas las joyas.

Adoptar posición cómoda frente a la lava manos.

Abrir la llave del agua y mojar manos y muñeca.

El agua puede estar fría o tibia, la caliente quita el aceite de la piel y produce resequedad. Jabonar ambas manos hasta cuatro dedos sobre el pliegue e la muñeca.

Friccionar con movimientos de rotación y fricción que produzca espuma entre ambas manos, palma con palma, sobre dorsos haciendo énfasis en espacios interdigitales y uñas y reborde cubital. (Cadena, Herrera, & Mirella, 2006)

Se entremeten los dedos de una y otra mano y se mueven de atrás hacia adelante.

Las manos se mantienen más arriba que los codos para evitar contaminación desde antebrazos.

El jabón debe permanecer en las manos de 20 a 25 segundos.

Enjuagar las manos con abundante agua corriente con movimientos rotativos.

Secar las manos, desde los dedos terminando en las muñecas con toalla desechable de un solo uso.

Cerrar la llave con toalla desechable sin tocar la perilla.

Desechar toalla. (Cadena, Herrera, & Mirella, 2006)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PLAN EDUCATIVO

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Importancia del mantenimiento de la higiene corporal.

LUGAR: HPGDR

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Paciente y Familiar

FECHA: 20-12-2015

HORA: 17:30a 18:00

FACILITADOR: Doris Chimbo

TIEMPO ASIGNADO: 30 minutos

2. OBJETIVOS:

- Educar a la a la paciente y familia la importancia de mantenimiento de la higiene corporal.

3. PLAN INTERVENCIÓN NIC

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
Importancia del mantenimiento de la higiene corporal	<ul style="list-style-type: none">• Exposición	<ul style="list-style-type: none">• Apoyo visuales.• Computadora• Cámara	Preguntas previas sobre el tema.

4. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

IMPORTANCIA DEL MANTENIMIENTO DE LA HIGIENE



CORPORAL

Higiene corporal: El conjunto de cuidados que necesita nuestro cuerpo para aumentar su vitalidad y mantenerse en un estado saludable. Ésta cumple con dos funciones fundamentales: mejorar la salud del individuo y la colectividad con las implicaciones sociales y, por tanto, la relatividad cultural que la misma posee. Igualmente, la higiene corporal es una práctica básica que permite reducir de manera importante las infecciones causadas por microorganismos patógenos, disminuyendo especialmente las contaminaciones entre individuos. (Rueta & Orna, 2013)

Higiene de la piel: Se realiza para eliminar el polvo y otras sustancias, sudor y células descamadas y el mal olor, así como favorecer la transpiración, evitando focos de infección y consiguiendo una mejor aceptación social. Entre las diferentes modalidades de este tipo de higiene se encuentran las siguientes. (Rueta & Orna, 2013)

La ducha: Permite el arrastre de las sustancias y activa la circulación sanguínea, actuar como relajante corporal. (Rueta & Orna, 2013)

La ducha (el baño corporal): Tomar una ducha diaria o por los menos pasando un día, se debe tener un sistema de bolsas para aislar el tutor y los pines en el baño diario, idealmente se debe bañar sentado en una silla plástica para evitar caídas en el baño. Utilice su jabón favorito en el resto de su cuerpo. (Villegas & Ortín, 2010)

Higiene de las manos y uña: Las manos son uno de los más importantes vehículos de transmisión de infecciones. Debemos prestar especial cuidado, ya que es con ellas con las que realizamos la mayor parte de las actividades diarias. (Villegas & Ortín, 2010)

Se laven bien antes de las comidas. Es el momento en que manipulamos nuestros alimentos y podríamos haber tocado una superficie contaminada o un animal y por lo tanto provocarnos una infección. Podemos utilizar un jabón líquido siempre que no dañe nuestra piel. Es importante el cuidado de las uñas y su lavado con un cepillo especial, ya que bajo el pliegue de la uña se depositan restos de comida, tierra y todo tipo de suciedad, favoreciendo la proliferación de microorganismos. (Villegas & Ortín, 2010)

Además de estar limpias, las uñas de las manos han de ser cortadas con regularidad. Se deben cortar siguiendo la curvatura de la yema del dedo. (Villegas & Ortín, 2010)

Higiene del cabello: La higiene del cabello es importante para la eliminación de suciedad, el exceso de grasa y la caspa. Se recomienda el lavado al menos dos veces por semana con champú neutro, que debe realizarse con la yema de los dedos, sin utilizar las uñas, teniéndose que cuidar mucho el enjuagado del mismo. (Rueta & Orna, 2013)

Higiene de la cara: En la cara encontramos partes físicas importantes en nuestra vida diaria y tenemos que prestarles atención. (Villegas & Ortín, 2010)

Los ojos: Es recomendable realizar lavados de arrastre con agua. Las orejas: en la higiene de las orejas sólo se deben usar bastoncillos para el pabellón auditivo, nunca para el oído. Lo que haríamos sería arrastrar hacia dentro parte del cerumen que segrega, produciéndose así un “tapón de oído”. Si nos hurgamos en las orejas con las manos sucias podemos provocarnos una infección de oído. (Rueta & Orna, 2013)

Higiene buco-dental: Es importante cuidarla desde pequeños y hacer de la higiene bucodental un hábito y no una obligación. Hay tres medidas básicas a tener en cuenta. En primer lugar, controlar la ingesta de azúcares, no tomarla concentrada como los caramelos, comerla durante las comidas y cambiarla por los frutos secos o vegetales naturales entre comidas. En segundo lugar, una adecuada higiene oral, haciendo especial hincapié en el cepillado, acompañándose temporalmente de enjuagues bucales con locutorios para tal finalidad. (Villegas & Ortín, 2010)

Higiene de los pies: La higiene de los pies un elemento más difundido en la higiene corporal, por el elevado riesgo de contraer enfermedades ello es debido a la escasa

ventilación que existen en los mismos por el calzado, lo que condiciona secreciones y un aumento muy grande de la humedad, lo que permite una proliferación de gérmenes muy alta y, por tanto, la aparición de hongos. (Rueta & Orna, 2013)

Las normas de limpieza son similares a las de las manos, debiéndose de cuidar mucho el correcto secado entre los dedos de los pies hay que prestar especial atención, ya que la humedad nos puede provocar infecciones y el cortar las uñas frecuentemente en forma recta. Así mismo, la limpieza de los pies debe ir acompañada del uso de calcetines y calzado. Los calcetines deben ser finos, preferiblemente de algodón, sin agujeros. Deben ser cambiados siempre que se lavan los pies. El calzado debería ser flexible, ligero y permeable para que permita una buena circulación y transpiración. (Villegas & Ortín, 2010)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA: ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA

Fecha: 24-12-2015	
Responsable: Doris Chimbo	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: MIMG	Número de miembros de la Familia: 9
Edad: 16 años	Dirección: HGPDR
Motivo de la visita: Educación sobre la curación diaria de la herida y diferentes cuidados que deberá tener en cuenta acerca de la herida abierta y de la colostomía.	Diagnóstico Médico: laparotomía por peritonitis, perforación intestinal, fistula enterocutánea y portador de colostomía.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNÓSTICOS NANDA:

1	Etiqueta Diagnóstica: Deterioro de la integridad cutánea
	Factor Relacionado: Procedimiento quirúrgico y factores mecánicos (inflamación intestinal, fístula enterocutánea)
	Manifestado por: Daño tisular, destrucción tisular.
2	Etiqueta Diagnóstica: Riesgo de infección
	Factor Relacionado: Procedimientos invasivos (vía central y herida abdominal abierta.)
3	Etiqueta Diagnóstica: Dolor agudo
	Factor Relacionado: Agentes lesivos biológicos (laparotomía).
	Manifestado por: Conducta expresiva (inquietud, irritabilidad y escala numérica de dolor 7/10).

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

Curación de la herida :por segunda intención
Control del riesgo
Control del dolor

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico NANDA	Intervenciones actividades (NIC)	Recursos/ materiales	Evaluación
Deterioro de la integridad cutánea: m/p: daño tisular; r/c: procedimiento quirúrgico y factores mecánicos (inflamación intestinal, fístula enterocutánea).	Cuidados de las heridas. Cuidados de ostomías.	Computadora Ayuda Audiovisuales	La educación fue efectiva, quedado comprendido el proceso terapéutico del paciente
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido: r/c: régimen terapéutico (cirugía abdominal).	Monitorización de líquidos. Manejo de líquidos/electrolito .	Computadora Ayuda Audiovisuales	La educación fue efectiva, quedado comprendido el proceso terapéutico del paciente
Dolor Agudo: m/p: conducta expresiva (inquietud, irritabilidad y escala numérica de dolor 7/10); r/c: agentes lesivos biológicos (laparotomía).	(1400) Manejo del dolor. (2210) Administración de analgésicos.	Protocolo de administración de medicamentos y terapia de relajación	La administración alivia el dolor y la terapia es muy útil.

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

<p>Se educa a la paciente sobre la importancia de realizar la curación diaria para evitar complicaciones a nivel del mismo. Se evaluó a la paciente acerca de la curación y se evidencia la aceptación y comprensión acerca de la explicación del proceso terapéutico. Se plantea la siguiente visita para el 26 -12-2015 con el tema de modos de afrontamiento.</p>
--



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PLAN EDUCATIVO

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Curación y cuidados del estoma

LUGAR: HPGDR

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: paciente y familiar

FECHA: 24-12-2015

HORA: 17:30a 18:00

FACILITADOR: Doris Chimbo

TIEMPO ASIGNADO: 30 minutos

2. OBJETIVOS:

- Educar a la a la paciente y familia la importancia curación y cuidados de la herida.

3. PLAN INTERVENCIÓN NIC

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
Lavado de manos	<ul style="list-style-type: none">• DemostraciónExposición	<ul style="list-style-type: none">• Apoyo visuales.• Computadora• Imágenes• Cámara	Se evalúa mediante preguntas y la demostración por parte del paciente

4. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

CURACIÓN Y CUIDADOS DEL ESTOMA



Usted y su familia son los principales encargados del cuidado del de la colostomía, es primordial que todos mantengan una actitud positiva. (Balsera, 2010)

Para Mejorar la experiencia, siempre deben considerar: (Balsera, 2010)

- Las heces son eliminadas independiente de la actividad que se realice, deben recordar que algunos afectan la consistencia de las deposiciones. (Balsera, 2010)
- Los gases y el olor son parte del proceso digestivo normal, no deben avergonzarse. (Balsera, 2010)
- Vaciar la bolsa varias veces por día disminuye el riesgo de goteo y de masas por debajo de tu ropa. (Balsera, 2010)
- Se debe cambiar la bolsa (colocar una nueva) antes de que haya goteo, preferiblemente no más de una vez al día y no menos de una vez cada tres o cuatro días. (Balsera, 2010)
- La irritación de la piel puede prevenirse al tener una bolsa de medidas adecuadas y al utilizar los materiales especiales diseñados para el cuidado de la ostomía. (Balsera, 2010)

Sobre los materiales:

Bolsas: Las bolsas vienen en una variedad de estilos y tamaños. Básicamente, todas cumplen la misma función que es recolectar las deposiciones. Algunas tienen una abertura debajo de esta forma se pueden vaciar, otras son cerradas por lo que deben cambiarse al llenarse y otras permiten que el adhesivo (reborde) permanezca en el cuerpo mientras que la bolsa es desconectada, lavada y reutilizada. (Balsera, 2010)

Cubiertas de estoma: Se puede proteger con gasas las cuales se fijaran con cinta impermeable o incluso con su propia ropa interior. Existen también cubiertas de estoma ya listas para usar. Este método puede utilizarse cuando las colostomías son reguladas. (Balsera, 2010)

Almacenamiento: Es ideal que se guarde todo en un estante o una caja, que se almacene limpio y seco. Es importante revisar constantemente el material, no se requiere la utilización de técnica estéril para la manipulación del material, ya que el estoma y la piel que lo rodea no son estériles. (Balsera, 2010)

Sello de bolsa: Existen varios factores que influyen en el sello de la bolsa y el tiempo que esta permanecerá sellada, estos son principalmente: el tipo de sello, el tamaño, el clima, las características de la piel, dieta, actividad, piel circundante al estoma, cicatrices, alteraciones de su peso y característica de sus deposiciones. (Balsera, 2010)

Cuidados generales durante el cambio de la bolsa: (Balsera, 2010)

- Lavarse al manos antes de realizar el cambio de dispositivo, puede ayudarse con un espejo, o algún familiar. (Balsera, 2010)
- En lo posible, traten de que sea un ambiente cómodo, tranquilo y con una temperatura adecuada. (Balsera, 2010)
- Al retirar la bolsa del dispositivo, deben lavar la zona solo con agua tibia y jabón, secar suavemente sin frotar. No debe aplicar cremas
- Se debe recortar 1 a 2 milímetros alrededor del estoma
- El orificio de la bolsa debe quedar centrado con el estoma
- Pegue cuidadosamente el dispositivo para evitar arrugas y la fuga de heces
- Retire la placa o bolsa cada vez que exista goteo de desechos gastrointestinales
- Cambiar dispositivo cuando este en 2/3 de su capacidad o cuando sea necesario. (Balsera, 2010)
- Al despegar el dispositivo se aconseja realizarlo suavemente en dirección al vello, para evitar lesiones.
- Desechar o lavar la bolsa cada 24 horas según fabricación y tipo de bolsa.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA: ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA

Fecha: 26-12-2016	
Responsable: Doris Chimbo	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: MIMG	Número de miembros de la Familia:
Edad: 16 años	Dirección: HDPDR
Motivo de la visita: En la visita se realizar la curación y vigilar la piel a nivel de la herida quirúrgica y la escucha activa para aumentar el afrontamiento.	Diagnóstico Médico: laparotomía por peritonitis, perforación intestinal, fistula enterocutánea y portador de colostomía.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNÓSTICOS NANDA:

1	Etiqueta Diagnóstica: Afrontamiento ineficaz
	Factor Relacionado: Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
	Manifestado por: Expresa incapacidad para el afrontamiento.
2	Etiqueta Diagnóstica: Afrontamiento familiar comprometido
	Factor Relacionado: Apoyo insuficiente; prolongación de la enfermedad que agota a la persona de apoyo. Cambio temporal de roles en la familia.
	Manifestado por: La persona de referencia muestra una conducta protectora desproporcionada a las necesidades de autonomía del paciente:-Comunicación limitado entre la persona de apoyo y la paciente. -La paciente se queja por la respuesta de la persona de apoyo al problema de salud (ausencia de la madre). -La persona de apoyo produce resultados insatisfactorios.
3	Etiqueta Diagnóstica: Bajo autoestima situacional
	Factor Relacionado: alteración en la imagen corporal.
	Manifestado por: Expresa que la situación actual desafía su valía personal

4	Etiqueta Diagnóstica: Transtorno de la imagen corporal
	Factor Relacionado: Alteración del funcionamiento del cuerpo (enfermedad, laparotomía y colostomía).
	Manifestado por: Expresa sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo (herida abierta del abdomen, colostomía)

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

Afrontamiento de problemas
Afrontamiento de problemas de la familia
Autoestima
Autoestima

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico NANDA	Intervenciones actividades (NIC)	Recursos/ materiales	Evaluación
Afrontamiento ineficaz: m/p: incapacidad para manejar la situación; r/c: confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación.	Aumentar el afrontamiento	Escucha activa Conversación Video	Paciente presenta seguridad y propósitos para mejorar su calidad de vida.
Afrontamiento familiar comprometido: m/p: conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía de la paciente; r/c: apoyo recíproco insuficiente y cambio en el rol familiar.	Fomentar la implicación familiar.	Escucha activa Conversación Video	Familiar presenta seguridad y afrontar la situación del problema.
Bajo autoestima situacional: m/p: reto situacional a la propia valía; r/c: alteración en la imagen corporal.	Potenciación de la autoestima.	Escucha activa Conversación Video	Buena disposición para mejorar el autoestima
Trastorno de la imagen corporal: m/p: alteración de la imagen corporal (herida abierta del abdomen, colostomía); r/c: autoestima bajo.	Potenciación de la imagen corporal	Escucha activa Conversación Video	Paciente presenta seguridad y propósitos para mejorar su calidad de vida.

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se educa a la paciente sobre los tipos de afrontamiento y la escucha activa en las conversaciones de la paciente y se logra que la paciente se sienta confiada y de su reflexión acerca de su problema de salud. Para la siguiente visita el 29-12-2016, será evaluada de las actividades diarias de la vida.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PLAN EDUCATIVO

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Modos de afrontamiento

LUGAR: HDPDR

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Paciente y Familiar

FECHA: 26-12-2015

HORA: 17:30a 18:00

FACILITADOR: Doris Chimbo

TIEMPO ASIGNADO: 30 minutos

2. OBJETIVOS:

- Educar a la a la paciente y familia la importancia de modos de afrontamiento.

3. PLAN INTERVENCIÓN NIC

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
Tema: Modos de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none">• Demostración• Reflexión	<ul style="list-style-type: none">• Apoyo visuales.• Computadora• Imágenes• Cámara	Se evalúa la opinión de la paciente.

4. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

MODOS DE AFRONTAMIENTO

Resolución de problemas: Planificar cambio de situaciones, desarrollo de nuevos planes después del fracaso: Anticipa los problemas y elabora situaciones prácticas para ellos. (Sola M. , 2013/2014)

Reestructuración cognitiva: Buscar información, consejo o ayuda: Cuando el paciente emplea este tipo de estrategias consigue ser autónomo (le hace percibir el estoma como menos amenazante). (Sola M. , 2013/2014)

Apoyo social: Refugiarse en familiares y amigos: soporte emocional esencial en el afrontamiento. (Sola M. , 2013/2014)

Expresión emocional: Desahogarse: “Cuando se pregunta al paciente solo hace referencia al momento en que se le desprendió la bolsa del cuerpo. Lo relata en 3 ocasiones durante la entrevista. Demuestra emocionarse a la vez que cuenta el episodio, rompiendo a llorar”. (Sola M. , 2013/2014)

Evitación de problemas: Tratan de evitarlo por la carga emocional que conlleva: “No pienso, es que no quiero pensarlo. Cada vez que me lo levantan para curarme miro para otro lado. Ni me lo he cambiado, y estoy esperando que me enseñen porque tendré que quitármelo yo ¿no?, o no sé si vendrá alguna enfermera o algo” (Sola M. , 2013/2014)

Pensamiento desiderativo: No pensar en lo que está ocurriendo: “Cuando se le va a realizar la educación apenas la acepta e intenta desviar la conversación hacia otros asuntos”. (Sola M. , 2013/2014)

Retirada social : Vivencias negativas que pueden predisponer al aislamiento social: “Mira que si se me rompe, como la otra noche que se me reventó y me llené todo el pijama y la cama, ahora que se me rompa cuando vaya andando por ahí, ahora qué hago”. (Sola M. , 2013/2014)

Autocrítica: No se siente capaz, verbalizaciones negativas: “No tengo la capacidad ni habilidades para hacerme cargo” (Sola M. , 2013/2014)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA: ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA

Fecha: 29-12-2015	
Responsable: Doris Chimbo	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: MIMG	Número de miembros de la Familia:
Edad: 16 años	Dirección: HDPDR
Motivo de la visita: En la se evalúa a la paciente sobre las actividades vida diarias utilizando la escala de barthel.	Diagnóstico Médico: laparotomía por peritonitis, perforación intestinal, fistula enterocutánea y portador de colostomía.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNÓSTICOS NANDA:

1	Etiqueta Diagnóstica: Déficit del autocuidado: Baño, higiene y vestido
	Factor Relacionado: Dolor, debilidad y disminución en la motivación a la enfermedad
	Manifestado por: Incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestirse

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

Autocuidados : actividades de la vida diaria
--

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico NANDA	Intervenciones actividades (NIC)	Recursos/ materiales	Evaluación
Déficit de autocuidado: baño, higiene y vestido m/p:	Ayuda con los autocuidado: baño/higiene.	Hoja volante	Se evalúa a al paciente sobre las actividades

incapacidad para acceder al baño, lavarse el cuerpo y vestirse; r/c: dolor, debilidad y disminución de la motivación por la enfermedad.			diarias de la vida.
---	--	--	---------------------

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se evalúa a la paciente sobre las actividades diarias de la vida en donde se reporta el 70 %, según la escala de barthel que las actividades diarias de la paciente están mejoradas y se observa el autocuido de sí mismo. Se planteó la siguiente visita el 05-01-2016 en donde la paciente requiere cualquier tema.

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE LA VIDA			
ESCALA DE BARTHEL	Comer		
	10	Independiente (nutrición parenteral por lo tanto esta en NPO)	
		Necesita ayuda	
		Dependiente	
	Puntuación	Vestir	
			Independiente
		5	Necesita ayuda (Puede cambiarse sola pero hace requiere un poco de ayuda)
	Menos de 20: dependencia total		Dependiente
		Arreglarse	
		10	Independiente (puede realizar las actividades personales por si sola)
			Necesita ayuda
			Dependiente
		20 a 40: dependencia grave	Deposición (colostomía)
			Continente
	5		Accidente ocasional(necesita un poco de ayuda en la manipulación de la funda de colostomía)
	Incontinente		

45 a 55: moderado	Micción		
		Continente	
	5	Accidente ocasional(necesita un poco de ayuda para que la lleven al baño)	
		Incontinente	
	60 0 más : leve	Traslado de sillón- cama	
		10	Independiente (a veces lo requiere la ayuda de otra persona para levantarse)
			Necesita ayuda
			Dependiente
		Deambulaci3n	
	10	Independiente (no requiere casi nunca)	
		Necesita ayuda	
		Dependiente	
	Aseo y curaci3n de la heridas.		
		Independiente	
	5	Necesita ayuda (requiere un poco de ayuda a veces)	
		Dependiente	
	Subir y bajar las escaleras		
		Independiente	
	5	Necesita ayuda (paciente refiere poder realizar despacio y con ayuda)	
		Dependiente	
Ir al retrete			
	Independiente		
5	Necesita ayuda (paciente necesita apoyo de alguien para ir al ba1o)		
	Dependiente		
Total de puntuaci3n	70	seg3n la escala de barthel las actividades diarias de la paciente est3n mejoradas y se observa el autocuido de s3 mismo en 70 %,	

(Mori, 2013)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA: ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA

Fecha: 05-01-2016	
Responsable: Doris Chimbo	
DATOS INFORMATIVOS:	
Nombre del Usuario: MIMG	Número de miembros de la Familia:
Edad: 16 años	Dirección: HDPDR
Motivo de la visita: En la visita se habla sobre la educación sanitaria, que es de suma importancia en la vida de una paciente con portador de colostomía.	Diagnóstico Médico: laparotomía por peritonitis, perforación intestinal, fistula enterocutánea y portador de colostomía.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIAGNÓSTICOS NANDA:

1	Etiqueta Diagnóstica: Disposición para mejorar el autocuidado
	Factor Relacionado: Manifestado por: Expresa deseos de aumentar el autocuidado, responsabilidad y las estrategias
2	Etiqueta Diagnóstica: Incontinencia fecal
	Factor Relacionado: Lesión colorrectal (colostomía) Manifestado por: Incapacidad para eliminar las heces formadas a pesar de reconocer la repleción rectal. (colostomía).

OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

Autocuidado de la ostomía

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico NANDA	Intervenciones actividades (NIC)	Recursos/ materiales	Evaluación
--------------------------	---	-----------------------------	-------------------

Deterioro de la integridad cutánea: m/p: daño tisular; r/c: procedimiento quirúrgico y factores mecánicos (inflamación intestinal, fístula enterocutánea).	Cuidados de las heridas. Cuidados de ostomías.	Diapositiva	Se evalúa a la paciente sobre la educación sanitaria.
--	---	-------------	---

INFORME: (Acuerdos entre usuarios, familias, comunidad y personal de salud)

Se instruye a la paciente sobre la educación sanitaria por que la paciente tiene inquietudes de cómo será si le dan de alta con la funda de colostomía, luego de haber impartido la información al paciente comprende y satisface sus inquietudes.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PLAN EDUCATIVO

1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Educación sanitaria

LUGAR: HDPDR

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA: Paciente y Familiar

FECHA: 05-01-2016

HORA: 17:30a 18:00

FACILITADOR: Doris Chimbo

TIEMPO ASIGNADO: 30 minutos

2. OBJETIVOS:

- Enseñar a la paciente y familia la importancia de educación sanitaria.

3. PLAN INTERVENCIÓN NIC

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
Tema: Modos de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none">• Demostración• Reflexión	<ul style="list-style-type: none">• Apoyo visuales.• Computadora• Imágenes• Cámara	Se evalúa la opinión de la paciente.

4. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

EDUCACIÓN SANITARIA

Alimentación: Durante el postoperatorio y hasta el restablecimiento del tránsito intestinal, el paciente tomará una dieta líquida, atravesando a una dieta sin residuos.

La introducción de nuevos alimentos debe realizarse controladamente para evitar diarreas, estreñimiento y gases. Exponer al paciente que las restricciones dietéticas se van a reducir a alimentos que produzcan heces líquidas, malolientes, gran producción de gas o estreñimiento (Sola & Muño, 2013-2014)

Actividad laboral: El paciente puede mantener su vida laboral activa, como antes de su intervención. Solamente si el trabajo requiere esfuerzo físico de los músculos del abdomen será necesario que consulte a un profesional sanitario. (Sola & Muño, 2013-2014)

Deportes: El paciente puede realizar la mayoría de deportes. Antes de empezar, ingerir abundantes líquidos y comprobar adherencia y vaciado de la bolsa. Recordarle la existencia de dispositivos que no se despegan por el sudor o resistentes al cloro y agua salada. Se desaconsejan los deportes que puedan dañar la mucosa del estoma (p.ej. el boxeo) o que supongan un esfuerzo abdominal importante.

Viajar: No tiene que evitar viajar por cualquier medio. Evitar que el estoma sea comprimido por el cinturón de seguridad. Asegurarse de que en el lugar de destino podrá conseguir los dispositivos, o llevarse consigo material para todo el periodo vacacional. Vigilar la calidad del agua y evitar agua del grifo si no tiene garantía. (Sola & Muño, 2013-2014)

Farmacoterapia: Informar al paciente de que hay fármacos que pueden afectar al color (hierro, antibióticos, antiácidos, anticoagulantes), olor (vitaminas y antibióticos) y producir diarrea (antibióticos, antiácidos y quimioterápicos). Advertir a los portadores de colostomía ascendente o transversa que se pueden producir alteraciones en la absorción de los fármacos. (Sola & Muño, 2013-2014)

Vestir: Explicar al paciente que puede seguir vistiendo como lo hacía antes de la operación, solamente evite las prendas que compriman en exceso el estoma (p.ej. sustituir el cinturón por tirantes). Informar al paciente de que para amortiguar el ruido producido por los gases puede utilizar una prenda de compresión. (Sola & Muño, 2013-2014)

DISCUSIÓN

El estudio de caso “Plan de cuidados de enfermería a pacientes colostomizados tras el alta hospitalaria” realizado en el año 2013 en Zaragoza, expone que la construcción de un plan de cuidados con las taxonomías NANDA, NOC y NIC constituye un buen método para la aplicación de cuidados de calidad al paciente colostomizado y su atención requiere un cuidado integral por parte de enfermería (Sola & Muño, 2013-2014); Este estudio demuestra que la ejecución del proceso enfermero estandarizado aporta al carácter integral de los cuidados de enfermería en un paciente portador de colostomía.

Un estudio realizado en la Universidad de Valladolid, titulado “Atención integral a la persona ostomizada mediante un caso clínico” por Moro Rojas, B., en el año 2015, demostró que su labor además de proporcionar educación sanitaria sobre el autocuidado de ostomías, prevenir, detectar y tratar las posibles complicaciones derivadas del estoma; aporta apoyo emocional para conseguir una vida normal y activa dentro de sus posibilidades (Moro, 2015); al respecto resultados similares demuestra en el presente estudio de caso donde se evidenciaron problemas de adaptación por estar alterada una de las necesidades básicas del ser humano, la baja autoestima situacional, el trastorno de la imagen corporal, justificando la asistencia y asesoramiento del profesional de enfermería para incrementar la eficacia en el autocuidado y adaptación.

Otro estudio titulado: “Práctica de autocuidado en pacientes colostomizados, tratados en la consulta externa de cirugía del Hospital Teófilo Dávila” realizado en el año 2014, concluye que existe dificultad para el cumplimiento del autocuidado relacionado con el estoma intestinal, estilos de vida: vestido, actividad física (Blanco, 2013/2014); al respecto en el presente estudio se evidenció conocimientos deficientes en relación al autocuidado de la ostomía por parte de la paciente con una puntuación diana de 2/5.

Los tres diagnósticos prioritarios identificados en el caso fueron: conocimientos deficientes, deterioro de integridad cutánea y afrontamiento ineficaz; diferentes resultados se evidenciaron en un estudio realizado en la Universidad de Rioja, en el

período 2013/2014, por Calderón, B., titulado "Cuidados enfermeros al paciente colostomizado" en donde consideraron prioritarios los diagnósticos ansiedad, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección (Calderon, 2013-2014). Esta diferencia confirma que el proceso enfermero permite la priorización de intervenciones individualizada.

CONCLUSIONES

Se ejecutó el proceso de atención de enfermería en una adolescente con colostomía aplicando las teorías de Dorothea Orem y Callista Roy concluyendo que una combinación de intervenciones enfocadas al autocuidado y adaptación facilita el afrontamiento a la presencia del estoma justificado con el seguimiento programado.

Se valoró a la paciente con instrumentos de autocuidado y adaptación los cuales permitieron detectar problemas en mantenimiento de un aporte suficiente de agua, de alimentos, procesos de eliminación, equilibrio entre la actividad y el reposo, déficit de autocuidado, función fisiológica, autoconcepto e interdependencia; en donde se evidencia la autonomía y afrontamiento de la paciente.

Dolor, ansiedad, deterioro de la integridad cutánea, motilidad gastrointestinal disfuncional, riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, afrontamiento ineficaz, bajo autoestima situacional, trastorno de la imagen corporal, desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales, conocimientos deficientes, déficit del autocuidado: baño, higiene y vestido, afrontamiento familiar comprometido fueron los diagnósticos prioritarios identificados aplicando la taxonomía NANDA.

Se planificaron actividades por medio de un cronograma establecido para su ejecución se utilizó las siguientes intervenciones: manejo del dolor, administración de analgésicos, disminución de la ansiedad, escucha activa, cuidados de las heridas, cuidados de ostomías, vigilancia, manejo intestinal, monitorización de líquidos, manejo de líquidos/electrolito, aumentar el afrontamiento, potenciación de la autoestima, potenciación de la imagen corporal, administración de nutrición parenteral total, mantenimiento dispositivo de acceso venoso central, monitorización nutricional, enseñanza: proceso de la enfermedad, facilitar el aprendizaje, enseñanza: medicamentos prescritos, ayuda con los autocuidado: baño/higiene, fomentar la implicación familiar

Al ejecutar el proceso enfermero estandarizado se promueve la participación de la paciente lo que se traduce en la aceptación al cambio de vida, para el cumplimiento de las intervenciones de acuerdo a las teorías de Dorothea Orem y Sor Callista Roy.

Para la evaluación de los resultados se utilizó como instrumento la escala de Likert, mediante un seguimiento a la paciente que permitió evidenciar el alcance de resultados favorables debido a que se mantuvo la integridad tisular de la piel (circundante al estoma) en una puntuación de 5 y en el resultado de afrontamiento de problemas se incrementó la puntuación de 1 a 4.

RECOMENDACIONES

A los profesionales de enfermería: Se recomienda del proceso enfermero orientado en las teorías de autocuidado y adaptación como método de trabajo ya que facilita la estandarización e individualización de actividades en pacientes ostomizados y contribuye su participación en el tratamiento y cuidado.

Fomentar en las instituciones de salud la investigación de herramientas para brindar cuidados personalizados que mejoran la calidad de vida como el proceso enfermero.

El personal de enfermería debe realizar evaluaciones constantes para lograr el mejoramiento continuo de los cuidados aplicados en enfermería y fortalecer la evidencia científica.

Implicar a los estudiantes en la aplicación del proceso enfermero permitiéndoles brindar cuidados oportunos a pacientes que necesitan educación y orientación en el mejoramiento y calidad de vida.

A los estudiantes de enfermería: Se recomienda el estudio y aplicación del proceso enfermero debido a que permite mantener la actualización de conocimientos que ponderan con calidad el desarrollo de destrezas y habilidades para el cuidado.

Se recomienda a los familiares afrontar las situaciones de salud y apoyo incondicional en caso de enfermase algún miembro de su familia para enfrentar y sobresalir.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Independientes: Tiene la capacidad de elegir y actuar con libertad y sin depender de un mando o autoridad extraña. (Mosbýs Medicacal , Nursing and Allied Health Dictionary, 2012)

Interdependiente: Relación por la que dos o más personas o cosas dependen unas de otras. (Mosbýs Medicacal , Nursing and Allied Health Dictionary, 2012)

Autocuidado: Es una forma propia de cuidarse a sí mismo por supuesto literalmente, el autocuidado es una forma de cuidado a sí mismo. (Mosbýs Medicacal , Nursing and Allied Health Dictionary, 2012)

Adaptación: Es un proceso de acomodación o ajuste de una cosa, u organismo, o hecho; a otra cosa, ser o circunstancia. Son cambios que se operan en algo, con motivo de agentes internos o externos. (Mosbýs Medicacal , Nursing and Allied Health Dictionary, 2012)

Metaparadigma: Es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. (Mosbýs Medicacal , Nursing and Allied Health Dictionary, 2012)

Intervención: Es la acción y efecto de intervenir. Este verbo hace referencia a diversas cuestiones. Intervenir puede tratarse del hecho de dirigir los asuntos que corresponden a otra persona o entidad. (Mosbýs Medicacal , Nursing and Allied Health Dictionary, 2012)

Excreción: Es un proceso fisiológico, que le permite al organismo eliminar sustancias de desecho y tóxicas para el cuerpo, manteniendo así en equilibrio la composición de la sangre y otros fluidos corporales. (Mosbýs Medicacal , Nursing and Allied Health Dictionary, 2012)

Ostomía: Es una apertura de una víscera hueca al exterior, generalmente hacia la pared abdominal, pudiendo comprometer el aparato digestivo y/o el urinario. De acuerdo al segmento exteriorizado es la denominación que reciben. Ejemplos de

ostomías digestivas: colostomía, ileostomía, esofagostomía, gastrostomía y yeyunostomía. (Mosbýs Medicacal , Nursing and Allied Health Diccionario, 2012)

Apertura: Acción y resultado de abrir o descubrir lo que está cerrado u oculto. (LeMone & Burke, 2009)

Ileostomía: El íleon es la parte más baja del intestino delgado. "Estoma" quiere decir abertura. Para realizar una ileostomía, el cirujano realiza una abertura en la pared de su vientre y lleva el extremo del íleon a través de la apertura. Posteriormente, el íleon se sujeta a la piel. (Mosbýs Medicacal , Nursing and Allied Health Diccionario, 2012)

Colostomía: Definida como la creación quirúrgica de una apertura del colon a la piel de la pared abdominal y su propósito es desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso. (Mosbýs Medicacal , Nursing and Allied Health Diccionario, 2012)

Yeyunostomía: Las yeyunostomía pueden ser para alimentar a un paciente o para descomprimir un segmento de intestino proximal, por ejemplo traumatismo duodenal o reparación de un muñón duodenal complejo. Siempre se utiliza una sonda que comunica el lumen intestinal al exterior. (Mosbýs Medicacal , Nursing and Allied Health Diccionario, 2012)

Gastroenterología: es la especialidad médica que estudia el sistema digestivo humano y las enfermedades que le pueden afectar en su desarrollo normal. (Mosbýs Medicacal , Nursing and Allied Health Diccionario, 2012)

Colitis: Inflamación del colon producida bien por un colon irritable episódico y funcional, bien por una enfermedad inflamatoria crónica y progresiva. (Mosbýs Medicacal , Nursing and Allied Health Diccionario, 2012)

BIBLIOGRAFIA

1. Agapito, C., & Reaño, D. (2014). Influencia del Programa Educativo a Domicilio en Adaptacion de Personas Oatomizadas del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo Cchiclayo. *Universidad Católica Canto Toribio de Mogrovejo*, 22.
2. Alfaro-LeFevre, R. (1999). Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. En R. Alfaro-LeFevre, *Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso* (págs. 1-5). Florida: Springer.
3. Balsera, N. (2010). Protocolo de cambio de bolsa de ostomías abdominales. *Proto Bolsa Ostomías*, 2-4.
4. Beckford, V. (2014). Modelos y Teorías de Enfermería. *share*. Obtenido de teoraadaptacin-131112151621-phpapp02.ppt
5. Blanco, M. (2013/2014). Práctica de Autocuidado en Pacientes Colostomizados, Tratados en la Consulta Externa de Cirugía. *Univerisdad Central de Venezuela*.
6. Brunner/suddarth. (2004). *Enfermeria Médico Quirúrgica*. Mexico.
7. Cadena, M., Herrera, A. S., & Mirella, B. (2006). *Manual de Protocolos de Atención de Enfermería*. Riobamba .
8. Calderon, B. (2013-2014). Cuidados Enfermeros al Paciente Colostomizado. <http://biblioteca.unirioja.es/>, 17-22.
9. Calvache, I. (2014). *Implementacion de la Unidad de Ostomías en el Hospital Oncológico SOLCA Núcleo de Quito*. Quito.
10. Carballo, A. (2008). Guia Rapida de Colostomía. *Fundación te cuidamos*, 8-14.
11. Censos, I. N. (2012 -2014). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos* . Quito.

12. Cisneros, F. (2009). *Proceso de Atención de Enfermería*. Obtenido de Proceso de Atención de Enfermería: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
13. Cornelia, R., & Shirley, M. (2015). *Teoría del Final Tranquilo de la Vida*. Elsevier: 6ta.
14. Crespo, L., & Rodriguez, E. (2011). plan de cuidados de enfermeria estandarizado en el paciente colostomia. *Departamento de enfermeria, Universidad de Catambria*, 9.
15. Facultad de enfermeria Autonoma de Yucatan. (2012). «Proceso de enfermería. Etapa tres: planificación». «*Proceso de enfermería. Etapa tres: planificación*», (págs. 6-15). Yucatan.
16. Ferreira, A. (2013). La Experiencia de Vivir con una Colostomia el Proceso de Atencion Desde la Visión de los Pacientes. *Opción Medica*.
17. García, M. C. (2013-2014). Comentario crítico del modelo de adaptación enfermero de Callista Roy. *Articulos de enfermeria*.
18. Granizo, Y. (2012). Proceso Enfermero con la utilización de la taxonomia NANDA,NIC,NOC para atender las necesidades de un paciente. *Ciencia, Enfermería y Salud*, , 29-39. .
19. Hablemos de enfermeria. (2015). Proceso de Atencion de Enfermeria. *revistaenfermeria.imss.gob.*, 1 -4.
20. Hospital General Antonio Gregorio Mrañon. (2010). Colostomía, Ileostomía, Urostomía. *satellite.*, 1-9.
21. LeMone, P., & Burke, K. (2009). *ENFERMERÍA MEDICOQUIRÚRGICA. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente*. Madrid -españa: cuarta edicion.
22. Licata, L. (2011). alimentacion saludable. *sCiElo*, 2.

23. López, A., & Juárez, J. (mayo de 2014). Cuidados de la ostomía y piel periestomal en el paciente colostomizado. Hospital San Juan de la Cruz - Úbeda, Universidad de Jaén, Ubeda.
24. Manual de Cuidados en Ostomías. (2012). 10 Principales Complicaciones de las Ostomías. *Manual de Cuidados en Ostomías*, 5-164.
25. Maricel, F., & Matus, G. (2014). Manual de colostomía. *Universidad de los Andes*.
26. Martín, B., Panduro, R., Cresspilio, Y., Rojas, L., & Gonzales, S. (2010). Proceso de Afrontamiento en Personas Recientemente Ostomizadas. *Index de Enfermería*, 2-3.
27. Martínez, M., & Hernández, A. (2011/2012). Proceso Enfermero en un Paciente Colostomía Diagnóstico de Cáncer de Cólono. *Escuela Universitaria de Enfermería de Teruel*.
28. Melendez, J. (2012). Cuidado de Ostomías. *United Ostomy Association, Inc.*, 4.
29. Mori, P. (2013). Plan de cuidados de un paciente ostomizado. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 47.
30. Moro, B. (2015). Atención integral a la persona ostomizada mediante un caso clínico. *Trabajo de fin de grado, facultad de enfermería.*, 34.
31. Mosby's Medical, Nursing and Allied Health Dictionary. (2012). *diccionario de Medicina Océano Mosby*. Barcelona (España): Océano.
32. Oliva, C. (2013). RECOMENDACIONES NUTRICIONALES A PACIENTES OSTOMIZADOS. *Nutrición y Cuidados Intensivos*, 5-7.
33. OMS. (s.f.). *FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*. USA.: OMS.
34. Orta, M., Vásquez, G., Ponce, J., & Neto, C. (2011). Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. *Temas de hoy*, 497-498.

35. Potter, P. (2004). *Fundamentos de Enfermería*. España: Mosby/Elsevier. .
36. Prado, L., Gonzalez, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La Teoría Deficit de Autocuidado :Dorothea Orem Punto de Partida para la Calidad en la Atención. *SciELO*.
37. Ramírez, A. (2014). Nutricion Enteral y Parenteral. *SciElo*, 3-6.
38. Roldan, J. (2011). Escala de requisito de autocuidado. *EUDInfermeria*, 229.
39. Rueta, R., & Orna, B. (2013). Plan Educativo de la Higiene Corporal. *slidershare*.
40. Sola, M. (2013/2014). Cuidados de enfermería a pacientes colostomizados tras el alta hospitalaria. *Universidad de Zaragoza* , 35.
41. Tegido, M., & Álvarez, A. (2011). Cuidado del Paciente Ostomizado Digestivo. *Actuación de Enfermería en el Cuidado del Paciente Ostomizado Digestivo*, 2.
42. United Ostomy Associations of America. (2015). Colostomía. *American Cancer Society*.
43. US Department of Health and Human Services. (2015). guia de colostomia . *American Cancer Society*, 30-32.
44. Vega, O., & Gonzales, D. (2001). Teoría de deficit de autocuidado. *Ciencia y cuidado*, 28-33.
45. Villegas, F., & Ortín, V. (2010). La higiene corporal . *ef.deportes.com*.

ANEXOS

ANEXO: 1 – CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA																	
TIPO DE ACTIVIDAD	SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE																
MES	DICIEMBRE										ENERO						
DÍAS	3	4	9	11	15	20	24	26	29	5	8	12	16	21	23	25	
Captación, valoración con instrumento de Dorothea Orem y Callista Roy, firma de consentimiento.																	
Ejecución de planes de enfermería al autocuidado y adaptación.																	
Ejecución de planes de enfermería orientada a la complicación (Pioderma gangrenoso).																	
Visita domiciliaria (al final de la vida)																	
Apoyo a la familia (Duelo)																	

ANEXO: 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO

DE CASO

1. DATOS GENERALES:

1.1. NOMBRE DEL O LOS INVESTIGADORES PRINCIPALES

Doris Priscila Chimbo Aviles

1.2. NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

1.3. NOMBRE DEL PATROCINADOR

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA

1.4. NOMBRE DE LA PROPUESTA O VERSIÓN:

ESTUDIO DE CASO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIAD@ EN ENFERMERÍA

2.- INFORMACIÓN DEL ESTUDIO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTE CON COLOSTOMÍA APLICANDO LAS TEORÍAS DE DOROTHEA OREM Y CALLISTA ROY
Para ser leído por el proponente.

3.- INTRODUCCIÓN: la suscrita Srta. Doris Priscila Chimbo Aviles, Estudiante del Internado Rotativo de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Chimborazo, se ha permitido informarme lo siguiente: que como parte de la formación académica y curricular en la Universidad Nacional de Chimborazo, @l estudiante de la Carrera de Enfermería, realiza la presentación de un estudio de caso que consiste en la utilización de datos de confidencialidad de la Historia clínica Única y datos obtenidos en la entrevista directa, sobre mi enfermedad o patología actual y relevante. Me ha entregado la información necesaria y además he sido invitado a participar de ésta investigación. Me ha indicado que no tengo que decidir hoy si participar o no. Antes de decidirme, puedo hablar con alguien con quien me sienta cómodo de ésta propuesta. Puede existir algunas palabras que no entienda por lo cual me permite interrumpirle para su ampliación respectiva y si tengo alguna duda más tarde puedo preguntarle a él (ella) o a alguno de los miembros del equipo. (OMS)

Propósito: El presente estudio del caso, se realiza por que tiene relevancia en el quehacer científico de la práctica asistencial y permite profundizar los conocimientos pre-profesionales relacionados con los campos investigativos, metodológicos, epistemológicos y terapéuticos de la patología descrita. El presente estudio contribuirá al avance académico y científico de la formación como profesionales de la salud competentes.

Tipo de estudio.- Se utilizará la metodología de análisis y discusión de casos clínicos, mediante la metodología ABP (Aprendizaje basado en problemas), pues cada uno de los parámetros clínicos será analizado a profundidad, para identificar patrones funcionales

Confidencialidad. La información que se recolecte en éste proceso de investigación será de carácter confidencial. Únicamente los investigadores tendrán accesibilidad a ella. Cualquier información de su persona no será compartida ni entregada a nadie, excepto [nombre de algún directivo o persona responsable profesor director docente etc.

El conocimiento obtenido de ésta investigación se compartirá con el usuario antes de que se haga disponible al público. Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de ésta investigación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ESTUDIO DE CASO



necesidades alteradas a fin de emitir diagnósticos enfermeros que servirán para planificar intervenciones eficaces que permitirán obtener los resultados esperados en la recuperación del estado de salud del individuo.

Confidencialidad.

La información que se recolecte en éste proceso de investigación será de carácter confidencial. Únicamente los investigadores tendrán accesibilidad a ella. Cualquier información de su persona no será compartida ni entregada a nadie, excepto [nombre de algún directivo o persona responsable profesor director docente etc.

El conocimiento obtenido de ésta investigación se compartirá con el usuario antes de que se haga disponible al público. Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de ésta investigación.

Derecho a retirarse del estudio:

Usted no tiene porque tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

CONSENTIMIENTO:

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante Martha Isabel Mocho

Firma del Participante [Firma]

Fecha _____ Día/mes/año

Si es analfabeto Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona será seleccionada por el participante y no deberá tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos deberán incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo María Simona Guachiloma (Y Huella dactilar del participante)

Firma del testigo [Firma]

Fecha 3 de diciembre Día/mes/año

ANEXO 3: MEMORIAS FOTOGRÁFICAS

Hospitalaria

Visita 1: 03-12-2015

Consentimiento informado y valoración con instrumento de autocuidado y adaptación.



Visita 2: 04-12-2015

Administración de medicamentos que recibe la paciente.



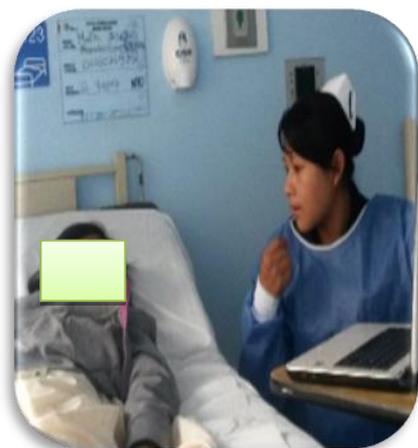
Visita 3: 09-12-2015

Planes educativos hacia la paciente sobre la patología.



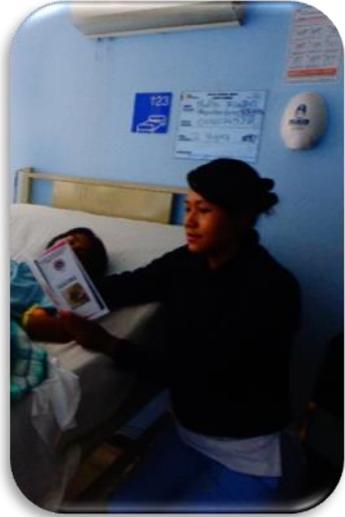
Visita 4: 11-12-2015

Educación sobre los cuidados de colostomía.



Visita 5: 15-12-2015

Educación de alimentación de paciente con colostomía.



Visita 6: 20-12-2015

Preparación de nutrición parenteral que recibe la paciente.



Administración de
nutrición parenteral.



Visita 7: 24-12-2015

Aplicación y demostración de
lavado de manos e higiene de
colostomía y administración de
medicamentos.



Visita 8: 26-12- 2015

Educación sobre la importancia de cómo autocuidarse.



Visita 9: 29-12-2016

Curación de vía central y de herida abierta y Valoración de autocuidarse por sí mismo.



Visita 10: 05-01-2016

Educación sobre cambios y vaciamiento de la funda de colostomía y demostración de cambio de bolsa de



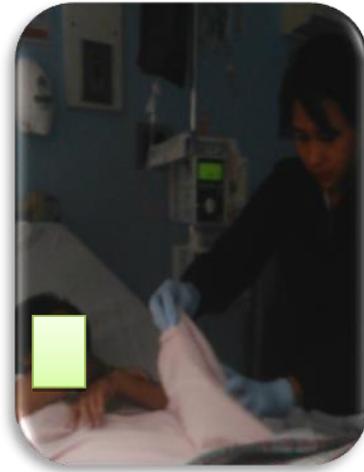
Visita 11: 08-01-2016

Paciente complicada con pioderma gangrenoso.



Visita 12: 12-01-2016

Revisión, limpieza de la herida y cuidado directo al paciente.



Visita 13 y vista 14: 16--01-2016 y 21-01-2016

Familiar no permite fotografías por la condición de la paciente.

DOMICILIARIA

Visita 1: 23-01-2016

Visita domiciliaria, paciente en malas condiciones generales.



Visita 2: 25-01-2016

Visita en el duelo a los familiares.



ANEXO 4: FORMATOS DE VALORACIÓN

FORMATO DE VALORACIÓN DE DOROTHE OREM Y CALLISTA ROY



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN DEL PACIENTE BASADA EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM

DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA

NOMBRE: Martha Isabel Morocho **EDAD:** 16 años

GÉNERO: femenino **DOMICILIO ACTUAL:** hospital

DIAGNÓSTICO: laparotomía por peritonitis, perforación del intestino delgado, fistulaenterocutánea

1. AUTOCUIDADO

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.

Frecuencia Respiración: (**19x'**) Frecuencia cardiaca: (**80 x'**) Llenado Capilar: (**en 1 segundo**) Presión arterial: (**95/65mmhg**) Presencia de heridas: SI (**x**) NO () Alergias: SI (**x**) NO ()
Especifique: ...**algodón**

OTRAS ALTERACIONES

Palidez de piel y mucosas: SI (**x**) NO () Otros: Ictericia Presencia de frialdad en miembros inferiores. SI () NO (**x**)

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

Valore datos de deshidratación:

Mucosa oral: Seca () semihidratadas (**x**) Piel: Seca () Escamosa () Normal (**x**)

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

Escasa () 300 – 500 ml () 500 – 1000 ml () o no (**X**)

En caso de no estar ingiriendo

Nada por vía oral: SI (**x**) NO () Nutrición parenteral SI () NO () Líquidos parenterales: SI () NO ()

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

Peso: (**35 kg**) Talla: (**152cm**) IMC: (**15.3**)

¿Ha observado variaciones en el peso? SI (**x**) NO () perdida () ganancia ()

Peristaltismo: Ausencia () Disminuido (**x**) Aumentado () Normal () Distensión abdominal ()

Interferencia en la alimentación

Presenta algún problema en la alimentación SI (**x**) No () Cuales: (**nutrición parenteral**)

PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS.

Es capaz de realizar su higiene corporal total por sí mismo SI () NO (x)

EVACUACIÓN INTESTINAL

Presencia de: Estoma intestinal:

Colostomía (x) Ileostomía () Hemorroides () Otros:

Evacuación intestinal: Espontánea () Estreñimiento () Diarrea () Otros: colostomía

Características de las heces fecales: Café () Melena () Otros: amarillentas

Consistencia de las heces fecales: Pastosa () Semipastosa () Líquida () Semilíquida (x) Dura ()

ELIMINACIÓN VESICAL

Apoyo para la evacuación vesical: si (x) No ()

Características de la micción: Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia (x)

Presencia de edema en miembros inferiores SI () NO (x)

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.

REPOSO: Absoluto () relativo () ambulatorio (x)

¿Cuántas horas duerme habitualmente? <6 Hrs 6-8 Hrs. (x) 8-10 Hrs.

¿Cómo se encuentra al despertar? Cansado () Fatigado (x) Otros:

EQUILIBRIO: Vestimenta/Baño Dependiente (x) Interdependiente () Camina solo () camina con apoyo (x) apoyo completo ()

ACTIVIDAD ¿Realiza algún tipo de ejercicio? Si () No (x)

2. DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

SI () NO (x)

Régimen terapéutico: conocimiento

Ningún () escaso (x) moderado () sustancial () extenso ()

Cuidados de la enfermedad: conocimiento

Ningún () escaso (x) moderado () sustancial () extenso ()

Cambios en la imagen corporal

Ajustada a la realidad () indiferente (x) rechazo ()

Afrontamiento de su condición actual

Estrés () Triste (x) Temor () Ansiedad () Inferioridad ()

Afrontamiento de problemas: Demostrado

Nunca (**x**) raramente () a veces () Frecuentemente () siempre ()

Actitud respecto al entorno: Buena () Regular (**x**) Mala ()

Sistema familiar (rol que ocupa en la familia)

Padre () Madre () Hijo (**x**) Esposo () Abuelo () otro: ()

Relaciones interpersonal

¿Cómo es su relación con la familia? Buena () Regular () Mala ()

Porque.....la madre casi no viene a visitar solo pasa con la hermanita menor.

Personal (familia, amigos, compañeros, conocidos)

Mantiene contacto sin ninguna dificultad ()

Mantiene contacto con cierta dificultad ()

Mantiene contacto con alguna dificultad. (**x**)

Porque.....**está hospitalizada**

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular (**x**) Deficiente ()

3. SISTEMA DE ENFERMERÍA

Independiente ()

Parcialmente dependiente (**x**)

Dependiente ()

(Vega & Gonzales, 2001)

(Roldan, 2011)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN DEL PACIENTE BASADA EN LA TEORÍA DE SOR CALLISTA ROY

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y apellidos: **MIMG** Edad: ...16 años Estado civil: ...soltera. Ocupación: ...estudiante

- Valoración DE ROY según los 4 modos de adaptación presentes

1. FUNCIÓN FISIOLÓGICA

NUTRICIÓN: Peso actual (**35 kg**) talla: (**152cm**) IMC (**15.3**) peso ideal (**45kg**)

Ingesta habitual: Desayuno (**no**) almuerzo (**no**) merienda (**no**)

Intolerancia a los alimentos: náuseas (**no**) vómito (**no**) diarrea (**no**)

Ingesta de líquidos: un vaso (**no**) un litro (**no**) o más (**no**)

Otros: nada por vial oral (**si**) nutrición parenteral (**si**) nutrición enteral (**no**) sonda oro gástrica (**no**) vía periférica (**si**) vía central (**si**)

ELIMINACIÓN: Intestinal: Normal () características () color () olor (x) otros: dispositivos (x) cual: (**colostomía**) características (**semilíquidas**) color (**amarillenta**) olor ()

Vesical: Normal (x) características (**normal**) color (**amarillo turbio**) olor (no) otros: dispositivos () cual () características () color () olor ()

Cutánea: normal (**si**) profusa (**no**) Piel: (**pálida e ictérico**) mucosas (**semihumedas**)

OXÍGENO Y CIRCULACIÓN: Frecuencia Respiración: (19x´) Frecuencia cardíaca: (80x´). Presión arterial: (**95/68mmhg**) Relleno capilar: (**en 1 segundo**) temperatura (**37.4**) tos: seca (x) productiva ()

HIGIENE E INTEGRIDAD CUTÁNEA: Hábitos de higiene corporal: (baño, ducha, vestimenta.) autónoma () necesita ayuda (x)

Piel: **piel pálida e ictérico** característica () cicatrices (**si a nivel de la garganta y nivel del abdomen derecho**) herida: (**abierta del abdomen y colostomía**) ulcera (**no**) escama (**no**) otros () mucosas: (**semihumedas**)

EJERCICIO Y DESCANSO: Expresión facial: Tensa (x) relajada () alegre () triste (x) enfadada () otras.

Características del habla: normal (x) agitado () temblor () otros ()

Postura: requiere de otra persona (**si**) modo de caminar: normal () acelerado () tambaleante (x) lento ()

Realiza ejercicio: si () no (x) reposos relativo () reposos absoluto () ambulatorio (x) camina durante el día (**no**) practica algún deporte (**no**)

Horas de sueño (**8horas**) descansos () problemas de sueño (no) sueño excesivo () pesadilla (x)

REGULACIÓN: Función neurológica: Paciente cociente orientado con Glasgow de 15/15

2. AUTOCONCEPTO: IDENTIFICACION FISICA: Paciente refiere que no se siente bien con su cuerpo, además que ha bajado de peso y el da miedo que la gente le quede viendo mal y que la cicatriz que quedara en su cuerpo no le permitirá utilizar ropas al gusto de cada uno (en piscina)

IDENTIDAD PERSONAL: Paciente refiere estar triste aburrída, sola y no sabe cuánto tiempo estará en el hospital ni que será de su vida.

3. FUNCIÓN DE ROL:

Rol primario: **paciente adolescente de 16 años**

Rol secundario: **hija, estudiante, adolescente**

Rol terciario: **paciente adolescente con colostomía por obstrucción intestinal y herida abierta en el abdomen**

4. INTERDEPENDENCIA:

CONDUCTAS DEPENDIENTES (búsqueda de ayuda, atención y afecto). Paciente refiere buscar apoyo solo cuando está enfermo.

CONDUCTAS INDEPENDIENTES: Paciente refiere que no puede tomar decisiones acerca de su tratamiento y ni tampoco de su salud en general.

(Orta, Vásquez, Pnce, & Neto, 2011)

VALORACIÓN DE LA PACIENTE CON PiodERMA GANGRENOSA



APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN INTRAHOSPITALARIA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

FECHA: 14-01 - 2016

1. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

1.1. DATOS GENERALES BÁSICOS:

Nombre: MIMG	Edad: 16 años	Sexo: Femenino
Estado civil: Soltero: x	Religión: católica	Instrucción: secundaria Ocupación: estudiante
Lugar de procedencia: Guamote	Dirección domiciliaria: José María plaza-matriz , barrio san juan	Teléfono Domicilio: 32916084
Lugar de Residencia: Guamote		
Información Brindada por: Paciente y Familia	Diagnóstico médico: Fistula enterocutánea, desnutrición, anemia, infección de vías urinarias, Pioderma gangrenoso	

1.2. CAUSAS DE LA CONSULTA: Paciente de 16 años de edad en malas condiciones generales con Glasgow de 13/15.

1.3. PROBLEMA ACTUAL: Fistula enterocutánea, desnutrición, anemia, infección de vías urinarias, Pioderma gangrenoso

1.4. ANTECEDENTES PERSONALES

Paciente adolescente refiere no presentar ninguna enfermedad desde la infancia, su estado de menarquia fue a los 13 años, no tiene hijos, es alérgica a la lana

1.5. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Paciente refiere que su padre fue alcohólico y falleció hace 8 años, su madre es hipertensa y no recibe tratamiento.

2. VALORACIÓN:

2.1. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD:

2.1.1. Patrón de Percepción Control de la Salud

Paciente refiere estar muy mal de su salud que ha empeorado todo.

2.1.2. Patrón Nutricional Metabólico

Paciente con un peso de 33 kg, talla de 152 cm, IMC es 14.2, de constitución delgada. Piel deshidratada, ictericia, mucosas orales semihúmedas, no presenta náuseas ni vómitos.

2.1.3. Patrón de Eliminación

Paciente esta con funda de colostomía eliminando heces semilíquidas de características amarillentas, refiere realizar eliminaciones vesicales 2 a 3 veces al día.

2.1.4. Patrón de Actividad Ejercicio

Paciente con facies tensa, características del habla disminuidas, paciente en malas condiciones generales no puede movilizarse ni realizar sus actividades diarias.

2.1.5. Patrón de Sueño Descanso

Familiar refiere que la paciente no descansa bien por su estado de salud.

2.1.6. Patrón Cognitivo Perceptual

Paciente somnoliento, desorientado en tiempo espacio y persona, valoración por escala de Glasgow 13/15. El nivel de conciencia de la paciente es confusa.

2.1.7. Patrón Auto percepción Autoconcepto

Expresa tristeza de sus capacidades y situación de su salud.

2.1.8. Patrón Rol de Relaciones

Paciente dependiente de otra persona, las relaciones familiares son irregulares por lo que no la visitan constantemente.

2.1.9. Patrón de Sexualidad Reproducción

Paciente adolescente de 16 años de edad sin problemas de interés.

2.1.10. Patrón de Adaptación Tolerancia al estrés

Paciente en estado de tensión y ansiedad temporales, refiere sentimientos de tristeza.

2.1.11. Patrones de valores y Creencias

Paciente católica creyente de dios y en las distintas imágenes, refiere respeto, amor y sinceridad dentro y fuera de la familia.

EXAMEN FÍSICO

Paciente de 16 años de edad somnolienta, con escala de Glasgow de 13/15:

	Piel	Trigueña, fría, pálida.
--	-------------	-------------------------

Cabeza	Cabeza	Normocefálica, con buena implantación de cabello, fino negro largo.
	Ojos ,nariz y orejas	Ojos: escleras ictéricas, pupilas isocóricas reactivas a la luz, agudeza visual conservada. Oídos: pabellón auricular de implantación normal, conducto auditivo permeable. Nariz: fosas nasales permeables
	Boca y cuello	Mucosas orales semihumedas y piezas dentales en estado regular, a nivel de la boca, cara y ojos presenta laceraciones negruzcas. Cuello: móvil sin evidencia de masa palpables.
Tronco	Tórax	Tórax simétrico, expansible, corazón rítmico, pulmones ventilados, murmullo vesicular conservado, frecuencia respiratorio 24 x´, frecuencia cardiaca 64 x´, presión arterial 80/61 mmHg y temperatura de 36.3 °C.
	Abdomen	Abdomen suave depresible, doloroso a la palpación, con presencia de apósito manchado de líquido amarillo verdoso de mal olor en la herida quirúrgica a nivel peri umbilical, se observa una colostomía permeable.
	Pelvis	Genitales femeninos conservados, realiza eliminaciones intestinales 1-2 veces al día.
Extremidades	Superiores e inferiores	Simétricos con tono, fuerza y movilidad disminuidos.

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO:

Fecha del examen	Nombre del examen (Hematología)	Propósito del examen	Valores	Hallazgos e interpretación
20-01 - 2016	Glóbulos blancos	Este examen se hace para diagnosticar una infección, anemia o leucemia. También se utiliza para vigilar alguna de estas afecciones, o para ver si el tratamiento está funcionando	2.6	Puede deberse a: Anemia debida a la destrucción de los glóbulos rojos antes de lo normal (anemia hemolítica), Enfermedad renal crónica, , Bajo nivel de hierro, folato, vitamina B12 y vitamina B6.. Pueden deberse a: anemia, Sangrado, destrucción de los glóbulos rojos, desnutrición, deficiencias nutricionales de hierro, folato, vitaminas B12 y B6.
	Hemoglobina		9.0 g/dl	
	Hematocrito		25.6 %	
	Plaquetas		8	
	Velocidad de eritrosedimentación		42 mm/hora	Puede deberse a trastornos autoinmunitarios menos comunes: alérgica, Infección en todo el cuerpo (sistémica), Infecciones graves de la piel como erisipelas.
	BUN		43mg/dl	El aumento pueden deberse a: Enfermedad renal, incluso glomerulonefritis, pielonefritis

				y necrosis tubular aguda (Insuficiencia renal aguda y la perenal superada hace 1 mes.)
	Bilirrubina directa		4.7 mg/dl	EL aumento puede ser causada por enfermedades del hígado (hepatitis), trastornos de la sangre (anemia hemolítica) o el bloqueo de los tubos (conductos biliares)

MEDICACIÓN

Nombre del Fármaco (Nutrición parenteral total)	Acción principal	Efectos adversos	Vías y Dosis (paciente)	Cuidados específicos de enfermería
Dextrosas al 5%	Es una solución isotónica	hiperglucemia, glucosuria, trastornos hidroelectrolíticos	400ml Pasar intravenoso a 60 ml hora cada 12 horas	No administrar en intolerancia a los carbohidratos. Pacientes con diabetes mellitus o niveles excesivos de glucosa en sangre. . Las soluciones de glucosa no deben mezclarse con sangre total, ya que suelen provocar aglomeración o hemólisis
Lipofundil al 20 %	(poliinsaturados)	Disnea, cianosis, náuseas, vómito	400ml	Debe procederse con cautela en pacientes con acidosis metabólica, lesiones hepáticas graves, enfermedad pulmonar, sepsis.
Aminoplasmal al 15%	soluciones de carbohidratos y/o emulsiones lipídicas	irritación de la vena, tromboflebitis	800ml	Mantener asepsia estricta, especialmente cuando de inserte un catéter venoso central. Control regular del balance hídrico, ionograma sérico, osmolaridad, equilibrio ácido-base.
Sulfato de magnesio		hipotensión, rubor; sensación de calor, hipotermia	10mg IV cada día	controlar la función renal, tensión arterial y magneemia; reducir posología en I.R. leve-moderada
Ácido ascórbico	vitamina C	sofocos, jaquecas, náuseas y vómitos	1 gr IV cada 12 horas	La vitamina C aumenta la probabilidad de formación de cálculos renales de oxalato en pacientes con historia de nefrolitiasis, hiperoxaluria u oxalosis. En dosis grandes el ácido ascórbico pueden ocasionar anemia hemolítica en pacientes con deficiencia en G6PD.
Fitomenadiona	Vitamina liposoluble o vit. . k	Sudoración disnea, dolor anginoso	10 mg IV cada día	Monitorización cuidadosa de coagulación en IHG, no administrar junto con sulfato de magnesio por la incompatibilidad.

VALORACIÓN DE LA PACIENTE EN FASE FINAL



APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN INTRAHOSPITALARIA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

FECHA: 23-01-2016

1. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

1.1. DATOS GENERALES BÁSICOS:

Nombre: MIMG

Edad: 16 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltero: x

Religión: católica

Instrucción: secundaria

Ocupación: estudiante

Lugar de procedencia: Guamote

Dirección domiciliaria: José María plaza-matriz , barrio san juan

Teléfono Domicilio:

32916084

Lugar de Residencia: Guamote

Información Brindada por: Paciente y Familia

Diagnóstico médico: Fistula enterocutánea, desnutrición, anemia, infección de vías urinarias, Pioderma gangrenoso

1.2. CAUSAS DE LA CONSULTA: Paciente de 16 años de edad es dado de alta el día 21 de enero de 2016, por petición de los familiares, ya que se encuentra en malas condiciones generales.

1.3. PROBLEMA ACTUAL: Pioderma gangrenoso. Deterioro de funciones vitales.

1.4. ANTECEDENTES PERSONALES

Familiar refiere que la paciente fue hospitalizada y diagnosticada de pioderma gangrenoso. Refiere que no presenta ninguna enfermedad desde la infancia y es alérgica a la lana.

1.5. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Familiar refiere que el padre fue alcohólico y falleció hace 8 años y su madre es hipertensa pero no recibe tratamiento.

2. VALORACIÓN:

2.1. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD:

2.1.1. Patrón de Percepción Control de la Salud

Se observa a la paciente en mal estado general. se valora en estado de Glasgow de 9/13.

2.1.2. Patrón Nutricional Metabólico

Paciente con un peso de 33 kg, talla de 152 cm, IMC es 14.4, es de constitución delgada. Piel ictérica, mucosas orales secas y con ulceraciones. Incapacidad para comer, pérdida completa de apetito sin realizar solicitudes de comida

2.1.3. Patrón de Eliminación

Paciente con colostomía eliminando heces amarillentas y negruzcas, se evidencia una pérdida del control del patrón de eliminación urinaria el mismo que lo hace de forma espontánea en pañal.

2.1.4. Patrón de Actividad Ejercicio

Paciente con facies tensa, ha perdido su capacidad de comunicación oral realiza sonidos poco comprensibles características del habla disminuidas, paciente en malas condiciones generales no puede movilizarse ni realizar sus actividades diarias.

2.1.5. Patrón de Sueño Descanso

Familiar refiere que la paciente pasa todo el día como dormida en estado de somnolencia y en las noches no reconcilia el sueño muy bien.

2.1.6. Patrón Cognitivo Perceptual

Paciente somnolienta, desorientada en tiempo espacio y persona, valoración por escala de Glasgow 9/15. Estuporosa, pensamiento de lenguaje es delirante, con una velocidad lenta, cantidad casi ausente y en un volumen es poco audible.

2.1.7. Patrón Auto percepción Autoconcepto

Paciente sin expresión de sentimiento ni percepción sobre su estado de salud en sus facies se expresa tristes y se observa preferencia a permanecer dormida. No observa interés por su autocuidado y proyectos de acción relación con la vida en el futuro, la paciente no intenta realizar ninguna actividad.

2.1.8. Patrón Rol de Relaciones

Paciente con dependencia completa de otra persona, En las relaciones familiares hay problemas por su enfermedad pero además, Los familiares muestran sentimientos de resignación y aceptación del estado de su ser querido.

2.1.9. Patrón de Sexualidad Reproducción

Por las condiciones de salud y por la edad de la paciente se concluye que no existe una alteración a nivel de este patrón que pueda afectar a la paciente.

2.1.10. Patrón de Adaptación Tolerancia al estrés

Paciente y familiares no buscan atención médica en miras al mejoramiento de la condición de la paciente, se observa la compañía de sus hermanas y cuñadas llamando la atención la poca participación de la madre.

2.1.11. Patrones de valores y Creencias

Paciente católica creyente de Dios y en las distintas imágenes, refiere respeto, amor y sinceridad dentro y fuera de la familia. Los familiares rezan conjuntamente con pastores, en donde se observó la participación del apaciente a pesar del deterioró de su salud.

EXAMEN FÍSICO

Paciente de 16 años de edad somnolienta, con escala de Glasgow de 9/15:

	Piel	Pálida, fría.
	Cabeza	Normocefálica, con buena implantación de cabello, fino negro largo.

Cabeza	Ojos ,nariz y orejas	Ojos: escleras ictericas, pupilas isocóricas reactivas a la luz. Oídos: Pabellón auricular de implantación normal, conducto auditivo permeable. Nariz: fosas nasales permeables
	Boca y cuello	Mucosas orales secas y piezas dentales en estado regular, a nivel de la boca, cara y los ojos presenta laceraciones negruzcas. Cuello: móvil sin evidencia de masa palpables.
TRONCO	Tórax	Tórax simétrico, expansible, corazón rítmico, pulmones ventilados, murmullo vesicular conservado, frecuencia respiratorio 14x', frecuencia cardiaca 54x', presión arterial 70/60 mmHg y temperatura de 34.3°C.
	Abdomen	Abdomen suave depresible, doloroso a la palpación, con presencia de apósito manchado de líquido verdoso de mal olor en la herida quirúrgica a nivel peri umbilical, se observa una colostomía eliminando heces negruzcas líquidas, se observa ulceras negruzcas en las diferentes partes de la piel incluyendo las mucosas.
	Pelvis	Genitales femeninos conservados, realiza eliminaciones intestinales 1-2 veces al día.
EXTREMIDADES	Superiores e inferiores	Simétricos con tono, fuerza y movilidad disminuidos.