Caso Clínico
Plan de Cuidados de Enfermería

Alfonso M. García Hernández

breve anamnesis

ENE es una mujer de 71 años que reside en el municipio ENE.

Vive con su marido, y tiene siete hijos ya están emancipados. Trabaja en sus terrenos y en un pequeño negocio familiar junto a su marido.

Ingresó procedente de urgencias el 16-05-08 acompañada por una de sus hijas y por su marido aquejada de un fuerte dolor abdominal. Siendo intervenida de urgencia esa misma noche, realizándosele una sigmoidectomía y colostomía por la presencia de un tumor abdominal.

Tras la intervención estuvo hospitalizada una semana en la Unidad de cirugía general, siendo dada de alta.

Reingresó en el Hospital ENE el 22-11-2008 con la intención de restaurar el trayecto intestinal y retirar la colostomía, postergándose la intervención ante la presencia de recidiva tumoral en la zona, permaneciendo hospitalizada mientras se realizaban las pruebas diagnósticas oportunas y se planteaba la mejor opción terapéutica.

Había sido intervenida previamente de apendicitis, histerectomía y ovariectomía y de una hernia umbilical.

datos destacados de la valoración

Con respecto a su estado de salud, la paciente la percibe como regular.

En lo que respecta al patrón nutricional metabólico, ha tenido una considerable pérdida de peso, en los últimos seis meses, pasando de pesar 96 Kg a 60 Kg aproximadamente.

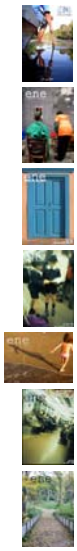
La paciente no ingiere ni grasas ni leche ni granos puesto que refiere que le sientan mal.

La paciente ha tenido problemas en el patrón de eliminación urinaria en el último mes, acude muchas veces al baño, polaquiuria.

Defeca en la bolsa de colostomía: consistencia y cantidad normal.

Respecto al patrón de actividad y ejercicio, la paciente comenta sentirse débil, sin fuerza en las piernas, teniendo una marcha inestable y con dificultad.

Respecto al sueño-descanso la paciente nos dice que apenas duerme tres horas durante la noche, frente a las seis horas que dormía en su casa. Porque *nota el cuerpo sobresaltado*. Además tiene interrupciones durante el sueño y utiliza medicamentos para dormir.



issn 1988 – 348X
vol 3, n2 – sep 2009
http://enfermeros.org/revista

Nombre del paciente __ _____ **Cama** 1

Plan de Cuidados enfermeros para **Paciente. Diagnóstico**: Código 00109 Etiqueta diagnóstica (NANDA II) déficit de autocuidados DX enfermero Nº 1

Diagnóstico enfermero: **Déficit de autocuidados: vestido y acicalamiento relacionado con debilidad manifestador por la necesidad de la paciente de que la ayuden para vestirse.**

Características Definitorias / Factores de riesgo	Fecha:					
Incapacidad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo						
Incapacidad para ponerse los zapatos						
Incapacidad para ponerse los calcetines						

Resultado/s			**Indicadores**		Fecha:					
0302	**Autocuidados: vestir**	1 ~~2~~ 3 (4) 5	**02**	**Obtiene la ropa de los cajones y del armario**	1	X	3	O	5	
	(a lo largo de dos semanas)	**Gravemente comprometido a No comprometido**	**06**	**Se abrocha la ropa**	X	2	3	O	5	
			04	**Se pone la ropa en la parte superior e inferior del cuerpo**	1	X	3	O	5	
			07	**Se quita la ropa**	1	2	X	4	O	

Intervenciones / Actividades		Fecha:					
1802	**Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo**						
	☐ **Disponer las prendas en una zona accesible**						
	☐ **Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario**						
	☐ **Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo**						
	☐ **Facilitar el peinado del cabello del paciente si es el caso**						
	☐ **Ayudar con los cordones, botones, cremalleras si es necesario**						
	☐ **Proporcionar esmalte de uñas si se solicita**						

Nombre del paciente _____ **Cama** 1

Plan de Cuidados Alfonso Miguel García Hernández

Plan de Cuidados enfermeros para **Paciente. Diagnóstico**: Código 00110 Etiqueta diagnóstica (NANDA II) **Déficit de autocuidados** DX enfermero Nº 2

Diagnóstico enfermero: Déficit de autocuidados: uso del WC relacionado con la movilidad limitada manifestador por el uso de pañales durante la noche y la necesidad de la paciente de pedir ayuda para desplazarse al baño.

Características Definitorias / Factores de riesgo	Fecha:					
Incapacidad para llegar al WC o al orinal; sentarse o levantarse del WC o del orinal						
Manipular la ropa para la evacuación						
Realizar la higiene adecuada tras la evacuación						

Resultado/s			**Indicadores**		Fecha:					
0310	**Autocuidados: uso del inodoro** (a lo largo de 2 semanas)	1 2 ~~3~~ 4 (5) Gravemente comprometido a no comprometido	**01**	**Reconoce y responde a la urgencia por orinar y defecar**	1	2	3	4	XO	
			03	**Entra y sale del cuarto de baño**	1	2	X	4	O	
			05	**Se coloca en el inodoro o en el orinal**	1	2	X	4	O	
			08	**Se levanta del orinal**	1	X	3	O	5	
			09	**Se ajusta la ropa después de usar el inodoro**	1	2	X	4	X	
			07	**Se limpia después de orinar o defecar**	1	2	X	4	O	

Intervenciones / Actividades	Fecha:					
1804	**Ayuda con los autocuidados: aseo**					
	☐ **Quitar la ropa esencial para permitir la defecación**					
	☐ **Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad**					
	☐ **Disponer intimidad durante la eliminación**					
	☐ **Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación**					
	☐ **Ayudar al paciente a desplazarse al aseo o proporcionarle la cuña u orinal**					

Nombre del paciente _____ **Cama** 1

Plan de Cuidados Alfonso Miguel García Hernández

Plan de Cuidados enfermeros para **Paciente. Diagnóstico**: Código 00108 Etiqueta diagnóstica (NANDA II)**déficit de autocuidados: baño/higiene** DX enfermero Nº 3

Diagnóstico enfermero: Déficit de autocuidados: baño/higiene relacionado con movilidad limitada manifestador por la incapacidad de la paciente para bañarse sola

Características Definitorias / Factores de riesgo	Fecha:					
Incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo; incapacidad para regular la temperatura o flujo de agua del baño						
Incapacidad para secarse el cuerpo						
Incapacidad para entrar y salir del baño						

Resultado/s			**Indicadores**		Fecha:					
0301	**Autocuidados: baño**	1 ~~2~~ 3 (4) 5	**01**	**Entra y sale del cuarto de baño**	1	X	3	O	5	
	(a lo largo de 2 semanas)	**Gravemente comprometido a no comprometido**	**03**	**Se lava la parte superior del cuerpo**	1	2	X	4	O	
			04	**Se lava la parte inferior del cuerpo**	1	X	O	4	5	
			05	**Se lava la zona perianal**	1	2	X	4	O	
			07	**Se seca el cuerpo**	1	X	3	O	5	

Intervenciones / Actividades		Fecha:					
1610	**Baño:**						
	☐ **Ayudar con la ducha de silla**						
	☐ **Lavar el cabello, si es necesario o se desea**						
	☐ **Ayudar con el cuidado perianal si es necesario**						
	☐ **Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca**						
	☐ **Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de comer**						
	☐ **Inspeccionar el estado de la piel durante el baño**						

Nombre del paciente ___ _____ **Cama** 1

Plan de Cuidados Alfonso Miguel García Hernández

Plan de Cuidados enfermeros para **Paciente. Diagnóstico**: Código 00146 Etiqueta diagnóstica (NANDA II) Ansiedad DX enfermero Nº 4

Diagnóstico enfermero: Ansiedad relacionado con la hospitalización y la enfermedad manifestador por la paciente que refiere estar nerviosa y alerta sin tener causa aparente.

Características Definitorias / Factores de riesgo	Fecha:					
Control y vigilancia; agitación						
Insomnio; inquietud						
Angustia, preocupación creciente						

Resultado/s			**Indicadores**		Fecha:					
1402	**Autocontrol de la ansiedad (durante la hospitalización)**	1 ~~2~~ 3 (4) 5 **Nunca demostrado a siempre demostrado**	**07**	**Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad**	X	2	O	4	5	
			11	**Conserva las relaciones sociales**	1	2	X	4	O	
			14	**Refiere dormir de forma adecuada**	1	X	3	O	5	
			04	**Busca información para reducir la ansiedad**	X	2	O	4	5	
1300	**Aceptación: Estado de salud (durante la hospitalización)**	1 ~~2~~ 3 (4) 5 **Nunca demostrado a siempre demostrado**	**08**	**Reconocimiento de la realidad de la situación de salud**	1	X	3	O	5	
			07	**Expresa sentimientos sobre el estado de salud**	1	2	X	4	O	
			01	**Tranquilidad**	1	X	3	O	5	
			03	**calma**	1	X	3	O	5	

Intervenciones / Actividades		Fecha:					
5820	**Disminuir la ansiedad:**						
	☐ **Escuchar con atención**						
	☐ **Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones, miedos**						
	☐ **Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones**						
	☐ **Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo**						
5880	**Técnica de relajación**						
	☐ **Sentarse y hablar con el paciente; utilizar la distracción si procede**						

Nombre del paciente _____ **Cama** 1

Plan de Cuidados Alfonso Miguel García Hernández

Plan de Cuidados enfermeros para **Paciente. Diagnóstico**: Código 00035 Etiqueta diagnóstica (NANDA II) Riesgo de lesión DX enfermero Nº 5

Diagnóstico enfermero: **Riesgo de lesión relacionado con debilidad general, agotamiento físico e incapacidad para mantener la marcha de manera estable**

Características Definitorias / Factores de riesgo	Fecha:					
Mal nutrición						
Alteración de la movilidad						

Resultado/s			**Indicadores**		Fecha:					
1909	**Conducta de prevención de caídas** (a lo largo de 3 semanas)	1 ~~2~~ 3 (4) 5	**03**	**Colocación de barreras para prevenir caídas**	1	X	3	O	5	
		Nunca demostrado a siempre demostrado	**14**	**Uso de alfombrillas de goma en la bañera o ducha**	X	2	3	4	O	
			01	**Uso correcto de dispositivos de ayuda**	1	X	3	O	5	
			02	**Provisión de ayuda personal**	1	2	X	4	O	
1809	**Conocimiento. Seguridad personal** (a lo largo de 3 semanas)	1 2 ~~3~~ 4 (5)	**02**	**Descripción de medidas de prevención de caídas**	1	2	X	4	O	
		Ninguno a extenso	**03**	**Descripción de medidas para reducir las lesiones accidentales**	1	2	X	4	O	

Intervenciones / Actividades		Fecha:					
6480	**Manejo ambiental:**						
	☐ **Crear un ambiente seguro para el paciente**						
	☐ **Identificar las necesidades de seguridad del paciente**						
	☐ **Eliminar los factores de peligro del ambiente**						
	☐ **Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos**						
	☐ **Disponer de medidas de seguridad necesarias**						
	☐ **Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas**						

Nombre del paciente _____ **Cama** 1

Plan de Cuidados Alfonso Miguel García Hernández

Plan de Cuidados enfermeros para **Paciente. Diagnóstico**: Código 00095 Etiqueta diagnóstica (NANDA II) insomnio DX enfermero Nº 6

Diagnóstico enfermero: Insomnio relacionado con preocupación e inquietud manifestador por el cansancio que denota su cara y por la paciente que refiere que no puede dormir por la noche porque está preocupada por su familia, porque se encuentra inquieta

Características Definitorias / Factores de riesgo	Fecha:					
Desvelo prolongado						
Quejas verbales de no sentirse bien descansado						
Despertarse tres o más veces por la noche						

Resultado/s			**Indicadores**		Fecha:					
0003	**Descanso**	1 2 ~~3~~ 4 (5)	**01**	**Tiempo de descanso**	1	X	3	O	5	
	(durante la hospitalización)	**Gravemente comprometido a no comprometido**	**03**	**Calidad del descanso**	1	2	X	4	O	
			04	**Descansado físicamente**	1	2	X	4	O	
			05	**Descansado mentalmente**	1	2	X	4	O	

Intervenciones / Actividades		Fecha:					
1850	**Mejorar el sueño:**						
	☐ **Registrar el número de horas de sueño del paciente**						
	☐ **Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón) para favorecer el sueño**						
	☐ **Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama**						
	☐ **Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día**						
6482	**Manejo ambiental: confort**						
	☐ **Vigilar la piel por si hubiesen signos de presión o de irritación y determinar los puntos de incomodidad**						

Nombre del paciente ___ _____ **Cama** 1

Plan de Cuidados Alfonso Miguel García Hernández

Plan de Cuidados enfermeros para **Paciente. Diagnóstico**: Código 00002 Etiqueta diagnóstica (NANDA II) Desequilibrio nutricional DX enfermero Nº 7

Diagnóstico enfermero: Desequilibrio nutricional: por defecto relacionado con pérdida de apetito manifestador por la notable pérdida de peso

Características Definitorias / Factores de riesgo	Fecha:					
Incapacidad para ingerir alimentos suficientes						
Cansancio al masticar la comida						
Incapacidad para completar una comida						

Resultado/s			**Indicadores**	Fecha:					
1014	**Apetito (Durante un mes aprox.) (subir 4 kg en ese mes)**	1 ~~2~~ 3 (4) 5	**02**	**Deseo de comer**	1	X	3	O	5
		Gravemente comprometido a no comprometido	**03**	**Disfruta con la comida**	1	X	3	O	5
			04	**Gusto agradable de la comida**	1	X	3	4	O
			05	**Informa de energía para comer**	X	2	O	4	5
1612	**Control de peso**	1 2 ~~3~~ (4) 5	**02**	**Mantiene una ingesta calórica diaria óptima**	1	2	X	O	5
		Nunca demostrado a siempre demostrado	**04**	**Selecciona comidas y aperitivos nutritivos**	1	X	3	O	5
			06	**Come en respuesta al hambre**	1	2	X	O	5
			08	**Retiene las comidas digeridas**	1	2	X	4	O

Intervenciones / Actividades	Fecha:					
1240	**Ayuda para ganar peso:**					
	☐ **Pesar al paciente en los intervalos determinados**					
	☐ **Observar si hay náuseas y vómitos**					
	☐ **Considerar las preferencias alimentarias del paciente teniendo en cuenta su gusto personal, cultura y religión**					
1100	**Manejo de la nutrición:**					
	☐ **Ofrecer tentempiés cuando sea preciso**					
	☐ **Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento**					

Nombre del paciente _____ **Cama** 1

Plan de Cuidados enfermeros para **Paciente . Diagnóstico**: Código 00004 Etiqueta diagnóstica (NANDA II) Riesgo de lesión DX enfermero Nº 8

Diagnóstico enfermero: **Riesgo de lesión relacionado con vía central y colostomía**

Características Definitorias / Factores de riesgo	Fecha:					
Procedimientos invasivos						
Destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental						
Alteración de las defensas primarias						

Resultado/s			**Indicadores**	Fecha:					
0305	**Autocuidados: higiene**	1 2 ~~3~~ 4 (5)	**01**	**Se lava las manos**	1	2	X	4	O
	(mientras posea los tratamientos invasivos)	**Gravemente comprometido a no comprometido**	**03**	**Se lava la zona perianal**	1	2	X	4	O
			12	**Se cuida las vías**	1	2	3	4	OX
			14	**Mantiene una apariencia pulcra**	1	2	3	4	XO
1902	**Control de riesgo**	1 ~~2~~ 3 4 (5)	**01**	**Reconoce actividades de riesgo**	1	2	X	4	O
		Nunca demostrado a siempre demostrado	**03**	**Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal**	1	X	3	O	5
			07	**Sigue las estrategias del control del riesgo seleccionadas**	1	2	X	4	O

Intervenciones / Actividades	Fecha:					
1610	**Baño:**					
	☐ **Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar en la habitación del paciente**					
	☐ **Ayudar con las medidas d higiene**					
	☐ **Ayudar con el cuidado perianal si es necesario**					
8880	**Protección contra las infecciones:**					
	☐ **Observar el grado de vulnerabilidad del paciente y mantener las normas de asepsia si lo requiere**					
	☐ **Inspeccionar el estado de la vía y la colostomía y obtener muestras para cultivo si es necesario**					