# Caso Clínico

**Coordina:** Alfonso M. García Hernández

# Plan de cuidados de enfermería

Beneharo Hernández Rodríguez
Mª Carolina Meneses Hernández
Daida Monfort Zamora

Alumnos de 1º de la Diplomatura de enfermería
Escuela U. de enfermería y fisioterapia
Universidad de La Laguna

El caso que a continuación desglosamos ha sido realizado desde un marco de valoración por Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon y taxonomía NNN (NANDA-NIC-NOC), enmarcado en el periodo de prácticas clínicas del Curso Académico 2006-07, en el Hospital Universitario de Canarias (Tenerife).

## datos generales

Mujer de 65 años de edad, residente en Santa Cruz de Tenerife. Vive con su marido desde hace 25 años. Tiene 4 hijos, dos hembras y 2 varones, todos independizados.
Ingresa en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias, el 8 de enero de 2007. Acude por dolor en miembro inferior derecho con imposibilidad para la deambulación, objetivándose en la radiografía fractura de fémur derecho y rotura del clavo endomedular previo. El 11 de enero del 2007 es intervenida por la rotura de la prótesis.

## antecedentes personales

- Colon irritable, hernia de hiato y osteoporosis.
- Diagnosticada de cáncer de mama derecha en 1993, tratado con cirugía radical, radioterapia y tamoxifeno® hasta 1998.
- Progresión ósea nódulos pulmonares infrapleurales y masa de tejido blando subpectoral derecha en marzo del 2005.
- Progresión ósea con fractura de fémur derecho en febrero del 2006, con colocación de un calvo endomedular y radioterapia.
- En diciembre del 2006 progresión ósea con metástasis múltiple en las vértebras D11, D9 y D12, sacro, iliacas, fémures y sexto arco costal derecho.
- Diabetes.

A pesar de todo lo anteriormente mencionado, lo que más la imposibilita para realizar las AVD es la refractura de fémur derecho que tuvo el 8 de enero del 2007, puesto que la paciente no puede movilizarse por si sola.

## Fármacos

Omeprazol®; Fraxiparina®; Seguril®; Ibuprofeno®.

## Situación actual

En el postoperatorio la paciente presenta una crisis bacteriemica, íleo paralítico y hematoma en territorio quirúrgico, con anemia e Insuficiencia cardiaca.

Tras varios días de hospitalización su estado mejora, pero con respecto al miembro inferior derecho, no se ha visto mejoría alguna. No es capaz de movilizarlo por si sola, a pesar de que recibe rehabilitación todo los días. El fisioterapeuta intenta que la paciente se ponga en pie e intente mantenerse en esa posición, pero no lo consigue. MP, comenta "" no me puedo marchar para mi casa en estas condiciones, hasta que no me pongan una persona que me ayude…."", ya que su marido, no podrá atenderla solo.

Desde su llegada al hospital (8/01/07), ha estado con una dieta sin sal y sin azúcar aunque dice que de vez en cuando las comidas saben diferente, como si se equivocaran al llevarle la comida. Antes bebía mucho agua pero ahora solo bebe aproximadamente 1-1,5 litros de agua al día, casi siempre junto a las pastillas que toma.

Dice que desde su ingreso su apetito ha disminuido, pero que gracias a su hija come bien porque ella se preocupa mucho porque se alimente bien. Recibe mucho apoyo de sus hijos, están muy pendientes de ella.

A pesar de ser independiente para comer la alimentación se ve dificultada por la falta de piezas dentales en el lado izquierdo de la boca. Esto se suma a que de vez en cuando le salen algunas "yagas" en la boca.

La paciente considera que tiene la piel bien hidratada porque su hija le pone crema hidratante aunque comenta que hace poco tuvo una pequeña ulcera en la talón que ya se ha solucionado. Nosotros observamos que tiene algo enrojecida la zona de las nalgas.

Considera que tiene una buena higiene, aunque seria mejor si se pudiera bañar por si misma.

En cuanto a las deposiciones, la paciente sufre de estreñimiento desde que esta hospitalizada, pero que le han puesto enemas para ayudarla a dar del cuerpo. Usa pañal por la imposibilidad de ir al baño.

Orina mucho y muy frecuente de color amarillo. Además se queja de que los auxiliares tardan mucho en cambiarla cuando hace sus necesidades, "siempre me dicen que no pueden en ese momento, que están en el cambio de turno…"

Antes era independiente para todas las AVD pero ahora solo es capaz de alimentarse por si misma necesitando ayuda para el resto de las cosas. No puede caminar, y solo cuando viene el fisioterapeuta se pone sentada o de pie y esta muy triste porque antes iba a caminar a las teresitas 1 hora casi todos los días y ahora no puede.

Al explorar a la paciente la encontramos orientada en tiempo y en espacio.

En cuanto a las alteraciones sensoriales la paciente dice que no oye bien por el oído derecho porque tiene el tímpano reventado mientras que por el derecho oye bien. Además usa unas gafas para ver de lejos y otra para cerca, pero comenta que de lejos no ve bien. No muestra ninguna alteración en el resto de los sentidos.

Dice que presenta un dolor en la cadera derecha, justo en la cicatriz de la operación. Cuando le preguntamos que nos diga en una escala del 1 al 10 que nivel de dolor tiene dice que mas o menos un 6-7 pero que toma medicamentos para que le duela menos.

Su nivel de estudios es primario y es capaz de aprender, leer y comunicarse adecuadamente.

La paciente considera que para ella la salud es importante y describe su estado de salud en este momento como regular. Dice que fisicamente se encuentra horrible y que su cara esta hinchada por los corticoides que estuvo tomando, pero refiere que ahora mismo su mayor problema es que no camina.

Dice que es diabética desde que ingreso en el hospital y que los médicos le dicen que puede que sea por la medicación que esta tomando. Comenta que no sabe como va a seguir la pauta de la insulina cuando le den el alta; lo considera complicado para ella y su marido.

Cuando le preguntamos si fuma o bebe dice que no, aunque de vez en cuando se toma un vasito de vino cuando esta en alguna celebración o en las comidas.

Si bien sus hijos tienen distintos tipos de alergias ella no es alérgica a nada.

La paciente es consciente de su estado de salud, el cual acepta y esta dispuesta a colaborar en todo lo posible para mejorar. Percibe su imagen corporal como mala pero acepta los cambios como parte del proceso que esta pasando y que espera vayan mejorando.

Considera la religión como algo importante ya que es muy creyente porque le gusta y no porque se sienta obligada. Dice que todas las noches lee un pasaje del evangelio y le gusta ir a misa todos los domingos.

Es capaz de tomar decisiones por si misma aunque le gusta tener en cuenta las opiniones de los demás.

No se considera estresada y cuando se encuentra nerviosa toma alguna pastilla para relajarse.

# VALORACIÓN PARA EL ADULTO SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD (Adaptado)

## DATOS GENERALES / ADMINISTRATIVOS

Nombre y apellidos: MCPP
Domicilio:
Sexo: Mujer
Edad: 65
Fecha de ingreso: 08 / 01 / 07
Persona de contacto / parentesco / teléfono: .....
Procedencia: .....
Persona que le acompaña en el ingreso/ parentesco/ teléfono: .....

Modo de llegada al hospital: (andando/ silla de ruedas / camilla)
Motivo de ingreso: acude por dolor en miembro inferior derecho, con imposibilidad para la deambulación.

Diagnósticos médicos actuales: Fractura de fémur derecho y rotura de clavo endomedular previo.

Antecedentes personales de salud:

- Colón irritable, hernia de hiato y osteoporosis.
- Diagnosticada de cáncer de mama derecha en 1993, tratada con cirugía radical, radioterapia y tamoxifeno® hasta 1998.
- Progresión ósea, nódulos pulmonares infrapleurales y masa de tejido blando subpectoral derecha en marzo del 2005.
- Progresión ósea con fractura de fémur derecho en febrero del 2006, con colocación de un clavo endomedular y radioterapia.
- En diciembre del 2006 progresión ósea con metástasis múltiple en las vértebras D11, D9 y D12, sacro, iliacas, fémures y sexto arco costal derecho.

Alergias: Si ___ No _X__
Ingresos hospitalarios anteriores: si
Otros:

## PATRON 1. Percepción – Control de la Salud.

Describe estado de salud como: Regular
Describe estados de salud anteriores: Sí / No.
Da importancia a la salud: Sí / No.
Acepta estado de salud: Sí / No.
Describe / conoce alteraciones actuales: Sí / No.
¿Cómo percibe el sistema sanitario?
Hábitos de control de su salud (por ej.: revisiones ginecológicas): Sí / No
Describe medicación prescrita: Sí / No. (Automedicación)
Sigue tratamiento prescrito: Medicación Sí

Dieta Sí / No Describe dieta especial: Dieta blanda- diabética, no azúcar, no sal.
Ejercicio Sí / No.
Tabaco: Sí / No Frecuencia / cantidad.
Alcohol: No / Habitual / Ocasiona Cantidad / Tipo de bebida / Frecuencia
Otras sustancias tóxicas: No
Estado vacunal:
Observaciones:

**PATRON 2. Nutricional – Metabólico.**

Lugar donde realiza las comidas:
Nº de comidas / día: Pica entre horas: Sí / No.
Dieta __Normal / __ Especial ¿Desde cuando?
__ Tipo de Dieta
Vía de Administración: Oral / SNG / Gastrostomía / Yeyunostomía / Parenteral
Métodos de elaboración:
Describa lo que comió ayer: Desayuno / Almuerzo / Merienda / Cena / Entre horas:
Nutrientes: Leche (consumo / día)
Carne (veces /semana tipo)
Embutidos (veces /semana tipo)
Pescado (veces / semana tipo)
Huevos (veces / semana)
Verdura (veces /semana)
Legumbres (veces / semana)
Pan (consumo / día)
Pastas (consumo /día) Papas (consumo / semana)
Frutas (consumo /día) Forma: fresca__ almíbar __
Bollería, chocolate (consumo / día)
Otros (Consumo día / semana)

Líquidos: < 1 litro / 1- 2 litros / > 2 litros. (Ingesta Oral / Vía EV / c/24 horas)
Suplementos: No / Sí (especificar)
Describe alimentos restringidos: __ Sí / __ No. Rechazo hacia alguno.
Peso 80 Kg. Métodos de control de pesos anteriores: ¿Cambios?
Apetito: Aumentado / Normal / Disminuido / Náuseas / Vómitos.
Si procede, a qué atribuye el cambio de apetito. Atribuye el cambio de apetito, a la comida, puesto que nos dice que a veces ésta sabe diferente, como si se equivocaran al llevarla.
Dificultad para tragar líquidos / sólidos / masticar / alimentarse solo No
Dentición: Buena / caries / prótesis (Fija / Móvil / Funcional). Le faltan piezas dentales en el lado izquierdo de la boca.
Problemas en la mucosa oral: __ Sí / __ No.
Piel: Hidratada / Seca / Cicatrices / Edemas / Ulceras (localización).
Pelo, uñas: Normal
Higiene: Buena / Mala.
Observaciones:

**PATRON 3. Eliminación.**

*Intestinal:*

Normal / Estreñimiento (Laxantes Sí / No) / Diarrea / Hemorroides / Incontinencia.

Aspecto. Frecuencia (Día / semana).

Color / consistencia.

Cambios en hábitos intestinales. Ruidos: Colostomía.

*Urinaria:*

Normal / Oliguria / Poliuria / Dolor / Retención / Goteo / Incontinencia.

Color / Cantidad:

Sondaje vesical: Sí / No

Sexualidad en el varón.

***Uso de pañales: Sí / No*** ***Ostomía:***

**Sudor excesivo**: ***Sí / No***

Localización Olor.

Observaciones:

**PATRON 4. Actividad – Ejercicio.**

Independencia para las actividades de la vida cotidiana: Sí / No.

Comparte las tareas domésticas: Sí / No.

Independencia para autocuidados: Sí / No.

Trabajo: Desempleado / Empleado / Incapacitado / Pensionista. Horario de trabajo.

Capacidad funcional: Mano dominante: D / I

***Rigideces: Sí / No***

Fuerza en las manos: Sí / No.

Fuerza en las piernas: Sí / No.

Estabilidad en la marcha: Sí / No. Alteraciones

Movilidad de las articulaciones (Normal / Alteraciones)

Deambulación: Sí / Elementos auxiliares / Encamado.

| | Independiente | Dispositivo de ayuda | Ayuda de personas | Ayuda personal y | Dependiente |
|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Comer / beber | X | | | | |
| Bañarse | | | | | X |
| Vestirse / acicalarse | | | X | | |
| Acceder al baño | | | | | X |
| Movilidad en la cama | | | X | | |
| Traslado | | | | | X |
| Deambulación | | | | | X |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Subir escaleras | | | | | X |
| Hacer la compra | | | | | X |
| Cocinar | | | | | X |
| Mantenimiento doméstico | | | | | X |

Actividades de ocio: Sí / No. Especificar tipo.
Ejercicio regular: Sí / No. Especificar tipo, frecuencia, medidas de seguridad:
Claudicación: Sí / No.
Ruidos Respiratorios: Sí / No. Tos: Sí / No.
Otras observaciones:

**PATRON 5. Sueño - Descanso.**

Nº horas de sueño: Siesta: Si / No. Horas matutinas _____
Insomnio: Sí / No. Conciliación / Continuación
Interrupciones del sueño: Sí / No.
Ayuda para dormir: No / Naturales / Medicamentos. Ronquidos: Sí / No.
Descansado al levantarse (sueño reparador): Sí / No
Somnolencia durante el día: Sí / No
Nivel de energía durante el día:
Observaciones:

**PATRON 6. Cognitivo – Perceptivo.**

Estado mental (Alerta / Confuso / Coma)
Idioma hablado: _____ Lenguaje (Natural / Titubeo / Confuso / Afasia)
Lee: Sí / No. (Observar). ¿Analfabeto funcional?
Escribe: Sí / No. (Observar).
Nivel de instrucción: primarios / secundarios / universitarios.
Alteraciones sensoriales:
Ojos / vista: OD / OI. Sin problemas/ Déficit / Gafas / Ultima revisión
Oídos/ audición: OD / OI. Sin problemas / Déficit / Audífono / Cerumen
Nariz / Olfato: Sin problemas / Déficit
Piel / Tacto: Sensibilidad al frío y al calor: Sí / No.
Sabor / Gusto: Sin problemas / Déficit.
Vértigo: Sí / No.
Dolor: Sí / No Agudo / Crónico Localización:
Control del dolor:
Orientación Temporal: Sí / No.
Orientación Espacial: Sí / No Pérdidas de memoria: Sí / No.
Dificultad de comprensión: Sí / No. Dificultad de aprendizaje: Sí / No.
Observaciones:

**PATRON 7. Autopercepción – Autoconcepto.**

Ansiedad: Sí / No.
Temor o preocupación expreso: Sí / No
Relacionado con la enfermedad: Sí / No
Expectativas relacionadas con la enfermedad.
Atribuciones relacionadas con la enfermedad / hospitalización.
Imagen corporal: expresa desagrado: Sí / No.
Autoestima: expresa poca Sí / No.

Observaciones:

**PATRON 8. Rol – Relaciones.**

Con quién vive: Solo / pareja / familia con hijos / padres, hijos
Dependen de él: Sí / No.
Quejas familiares expresadas: Padres / Pareja / Hijos / otros
Relaciones con amigos: Sí / No.
Expresa insatisfacción puesto de trabajo: Sí / No.
Pertenece a algún grupo organizado: Sí (especificar) / No.
Se siente integrado en la comunidad: Sí / No.
Sistemas de Apoyo (Familia / amigos / especificar):
Duelo: Sí / No
Habla clara: Sí / No. Discurso coherente: Sí / No.
Comprensión de conceptos: Sí / No.
Observaciones:

**PATRON 9. Sexualidad – Reproducción.**

Disfunción sexual: Sí / No. ¿Satisfacción?
Disfunción reproductiva: Sí / No.
Anticoncepción: Sí / No. Tipo:
Embarazos / Abortos: 4 Embarazos
Ciclo menstrual: Menopausia: Sí / No.
Fecha de la ultima menstruación: 49 años Problemas menstruales: Sí / No.
Sangrado vaginal postmenopáusico: Sí / No.
Orientación sexual (satisfacción):
Mujeres: Numero de embarazos 4 Abortos _____ Hijos _____
Observaciones (Autoexploración mamaria):

**PATRON 10. Adaptación – Tolerancia al estrés.**

Cambios importantes en los dos últimos años: Sí / No.
Toma decisiones: Solo / con ayuda.
Con quién suele hablar: esposo e hijos ¿está disponible?
Manejo de situaciones difíciles:
Adaptado al estrés: Sí / No / Ayuda profesional.
¿Cómo se enfrenta al estrés?
Autolesiones: Sí / No Violencia: Sí (especificar _____) / No
Acoso:
Observaciones:

**PATRON 11. Valores – Creencias.**

Expresa cambio de valores: Sí / No (insatisfacción)
Importancia de la religión en su vida. Si.
Creyente: Sí / No. (Católico/ Protestante/ Testigo de Jehová/ Judío/ Otros _____)
Le ayudan sus creencias: Sí / No.
Desea asistencia religiosa: Sí / No.
Planes de futuro: Sí / No.
¿Tiene alguna pregunta / necesidad?
Observaciones:

## PLAN DE CUIDADOS

### Diagnóstico: (Código: 00004) Riesgo de infección relacionado con tratamiento invasivo.

**Resultados: (Código: 1102) Curación de la herida: por primera intención. Escala: Extenso a ninguno**

| | Extenso | Sustancial | Moderado | Escaso | Ninguno |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Supuración purulenta | | | | | o ● |
| Supuración sanguinolenta | | | | | o ● |
| Eritema cutáneo circundante | | | | o | ● |
| Olor de la herida | | | | | o ● |
| Aumento de la temperatura cutánea | | | | | o ● |

Resultado Inicial ●; Resultado deseado **o**

**Intervenciones y actividades:**

- Cuidados del sitio de incisión.
  - Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia.
  - Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada (suero fisiológico y clorhexidina).
  - Limpiar desde la zona mas limpia hacia la menos limpia.
  - Aplicar bandas o tiras de sujeción de la vía, así como un vendaje adecuado para proteger la incisión.
  - Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión.

- Vigilancia de la piel.
  - Inspeccionar el estado del sitio de incisión.
  - Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
  - Observar si hay fuentes de presión y fricción.
  - Vigilar el color de la piel.

## Diagnóstico: (Código: 00011) Estreñimiento relacionado con inmovilización y actividad física insuficiente, manifestado por una disminución en la frecuencia de defecación y cambios en el patrón abdominal.

**Resultados: (Código: 1608) Control del síntoma.**
**Escala: Nunca demostrado a siempre demostrado**

| | Nunca demostrado | Raramente demostrado | A veces demostrado | Frecuentemente demostrado | Siempre demostrado |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Reconoce el comienzo del síntoma | | | | | **o** ● |
| Reconoce la frecuencia del síntoma | | | | | **o** ● |
| Reconoce la intensidad del síntoma | | | | | **o** ● |
| Utiliza medidas de alivio | | | | **o** | ● |

Resultado Inicial ●; Resultado deseado **o**

**Intervenciones y actividades:**

- Manejo intestinal.
  - Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal.
  - Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.
  - Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal.
  - Administrar estimulantes para las heces (duphalac®, enemas)
- Manejo del estreñimiento
  - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
  - Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama, dieta) que puedan ser la causa del estreñimiento.
  - Fomentar el aumento de ingesta de líquidos.
  - Administrar el enema si procede.

## Diagnóstico: (Código: 0004) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilización física y algunos factores mecánicos (presión....)

**Resultados: (Código: 1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.**
**Escala: Gravemente comprometido a no comprometido**

| | Gravemente comprometido | Sustancialmente comprometido | Moderadamente comprometido | Levemente comprometido | No comprometido |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Temperatura de la piel | | | | **o** | ● |
| Sensibilidad | | | | | **o** ● |
| Elasticidad | | | | | **o** ● |
| Textura | | | | **o** ● | |
| Hidratación | | | **o** | | ● |

Resultado Inicial ●; Resultado deseado **o**

**Intervenciones y actividades:**

- prevención de las úlceras pro presión.
  - Registrar el estado de la piel a diario.
  - Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración y la incontinencia fecal y urinaria.
  - Aplicar barrera de protección, (p.e.: mepentol®)
  - Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
  - Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
  - Hidratar la piel seca.

## Diagnóstico: (Código: 00085) Deterioro de la movilidad física relacionado con la pérdida de la integridad ósea y disminución de la fuerza, manifestado por la imposibilidad de realizar las AVD.

**Resultados: (Código: 0208) Nivel de movilidad.**
**Escala: Gravemente comprometido a no comprometido**

| | Gravemente comprometido | Sustancialmente comprometido | Moderadamente comprometido | Levemente comprometido | No comprometido |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mantenimiento del equilibrio | **o** | ● | | | |
| Coordinación | **o** | ● | | | |
| Movimiento muscular | | **o** | ● | | |
| Movimiento articular | | **o** | ● | | |
| Marcha | **o** | ● | | | |

Resultado Inicial ●; Resultado deseado **o**

**Intervenciones y actividades:**

- Terapia de ejercicios: control muscular
  - Colaborar con el fisioterapeuta para la recreación en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.
  - Consultar al fisioterapeuta para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que debe realizar cada movimiento.
  - Vestir al paciente con prendas cómodas.
  - Ayudar al paciente a colocarse en posición de sedestación para el ejercicio.
  - Reforzar las instrucciones dada al paciente respecto a la forma correcta de realizar los ejercicios para minimizar la aparición de lesiones y maximizar su eficacia.

- Terapia de ejercicios: equilibrio
  - Proporcionar dispositivos de ayuda, como apoyo del paciente al realizar los ejercicios.
  - Ayuda al paciente a moverse hasta la posición de sentado, estabilizar el tronco, con los brazos colocados en la cama y balancear el tronco apoyándose en los brazos.
  - Ayudar al paciente a balancear el tronco mientras se encuentra en la posición de sentado, sin utilizar las extremidades.

- Ayudar a ponerse de pie y balancear el cuerpo de lado a lado para estimular mecanismos de equilibrio.

• Terapia de ejercicios: movilidad articular
- Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.
-
- Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante la actividad.
- Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio.
- Fomentar el sentarse en la cama o silla.
- Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones.

## Diagnóstico: (Código: 00091) Deterioro de la movilidad en la cama relacionado con la pérdida de la integridad de las estructuras óseas y disminución de la fuerza manifestado por la imposibilidad de cambiar de posición en la cama de forma independiente secundario a una refractura de fémur.

**Resultado: (Código: 0208) Nivel de movilidad.**
**Escala: Gravemente comprometido a no comprometido.**

| | Gravemente comprometido | Sustancialmente | Moderadamente | Levemente comprometido | No comprometido |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Movimiento articular | | **o** | ● | | |
| Movimiento muscular | **o** | | ● | | |
| Mantenimiento de la posición corporal | | | | **o** | ● |
| Se mueve con facilidad | | **o** | ● | | |

Resultado Inicial ●; Resultado deseado **o**

**Intervenciones y actividades:**

• Cuidados del paciente encamado.
- Colocar al paciente en una alineación corporal adecuada.
- Subir las barandillas.
- Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama alcance de la mano.
- Colocar el timbre de llamada al alcance de la mano, así como la mesa de noche.
- Cambios de posición, según lo indique el estado de la piel.
- Vigilar el estado de la piel.
- Enseñar ejercicios de cama.
- Ayudar en las medidas de la higiene.

- Ayuda en el autocuidado.
  *Ayuda en el autocuidado: aseo.*
  - Disponer de intimidad durante la eliminación.
  - Cambiar el pañal al paciente después de la eliminación.
  - Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación.
  *Ayuda con los autocuidados: baño/higiene*
  - Colocar las toallas, jabón, desodorante, pañal y ropa a pie de cama.
  - Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, colonia, cepillo…).
  - Facilitar que el paciente se seque el mismo.
  - Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
  *Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.*
  - Disponer las prendas del paciente en una zona accesible.
  - Facilitar el peinado del cabello del paciente.
  - Mantener la intimidad.
  - Ayudar con los cordones de la ropa.
  - Colocar la ropa quitada en la colada.

## Diagnóstico: (Código: 00108) Déficit de autocuidado en el baño/higiene relacionado con la pérdida de la integridad de las estructuras óseas y disminución de la fuerza, manifestado por la imposibilidad de moverse.

**Resultado 1: (Código: 0300) Cuidados personales: AVD.**
**Escala: Gravemente comprometido a no comprometido.**

| | Gravemente comprometido | Sustancialmente | Moderadamente | Levemente comprometido | No comprometido |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Higiene | | **o** | ● | | |
| Se viste | | | **o** | ● | |
| Higiene bucal | | | | | **o●** |
| Se baña | **o** | | ● | | |
| Se peina | | | | | **o ●** |

Resultado Inicial ●; Resultado deseado **o**

**Resultado 2: (Código: 0301) Cuidados personales: baño.**
**Escala: Gravemente comprometido a no comprometido.**

| | Gravemente comprometido | Sustancialmente | Moderadamente | Levemente comprometido | No comprometido |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Se lava la cara | | | | | **o** ● |
| Se lava la parte superior del cuerpo | | | **o** | ● | |
| Se lava la parte inferior del cuerpo | **o** | | ● | | |
| Se lava la zona perianal | **o** | | ● | | |
| Se seca el cuerpo | | **o** | ● | | |

Resultado Inicial ●; Resultado deseado **o**

**Intervenciones y actividades para Cuidados personales: AVD**

- Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
  - Colocar las toallas, jabón, desodorante, pañal y ropa a pie de cama.
  - Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, colonia, cepillo…).
  - Facilitar que el paciente se seque el mismo.
  - Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

**Intervenciones y actividades para Cuidados personales: baño.**

- Baño

*Cuidados de las uñas:*

- Controlas o ayudar en la limpieza de las uñas.
- Controlar o ayudar a cortar las uñas.
- Humedecer la zona alrededor de las uñas para evitar sequedad.

*Cuidados de los pies:*

- Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones o edemas en los pies.
- Secar cuidadosamente los espacios interdigitales.
- Comprobar nivel de hidratación.

*Cuidados del cabello:*

- Lavar el cabello.
- Utilizar productos para el cuidado del cabello de preferencia del paciente.

## Diagnóstico: (Código: 00109) Déficit de autocuidado en el vestido/acicalamiento relacionado con la pérdida de la integridad de las estructuras óseas y disminución de la fuerza, manifestado por la imposibilidad de moverse.

**Resultado: (Código: 0300) Cuidados personales en las AVD.**
**Escala: Gravemente comprometido a no comprometido**

| | Gravemente comprometido | Sustancialmente | Moderadamente | Levemente comprometido | No comprometido |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo | | | | **o** | ● |
| Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo | | **o** | ● | | |
| Se abrocha la ropa | | | | **o** ● | |
| Se pone los zapatos | **o** | ● | | | |
| Se quita la ropa | | **o** | ● | | |

Resultado Inicial ●; Resultado deseado **o**

**Intervenciones y actividades:**

- Ayuda con los autocuidados: vestir/acicalamiento
  - Disponer las prendas del paciente en una zona accesible.
  - Facilitar el peinado del cabello del paciente.
  - Mantener la intimidad.
  - Ayudar con los cordones de la ropa.
  - Colocar la ropa quitada en la colada.

**Diagnóstico: (Código: 00110) Déficit de autocuidado en el uso del WC relacionado con la pérdida de la integridad de las estructuras óseas y disminución de la fuerza, manifestado por la imposibilidad de moverse.**

**Resultado: (Código: 0300) Cuidados personales en las AVD.**
**Escala: Gravemente comprometido a no comprometido**

| | Gravemente comprometido | Sustancialmente comprometido | Moderadamente comprometido | Levemente comprometido | No comprometido |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Uso del inodoro | **o** ● | | | | |
| Deambulación: camina | **o** | ● | | | |
| Deambulación: en silla de ruedas | | | | **o** | ● |

Resultado Inicial ●; Resultado deseado **o**

**Intervenciones y actividades:**

- Ayuda con los autocuidados: aseo
  - Disponer de intimidad durante la eliminación.
  - Cambiar el pañal al paciente después de la eliminación.
  - Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación

## Diagnóstico: (Código: 00155) Riesgo de caídas relacionado con la disminución de la fuerza, manifestado por dificultad en la marcha secundario a refractura de fémur.

**Resultado: (Código: 1909) Conducta de seguridad: prevención de caídas.**
**Escala: Nunca demostrado a siempre demostrado.**

| | Nunca demostrado | Raramente demostrado | A veces demostrado | Frecuentemente demostrado | Siempre demostrado |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Reconoce factores de riesgo | | | | **o** | ● |
| Evita exponerse a las amenazas para la salud | | | | **o** | ● |
| Uso correcto de dispositivos de ayuda | | | | **o** ● | |
| Adaptación de la altura adecuada de la cama | | | | | **o** ● |
| Uso de medios de traslado seguros | | | | **o** ● | |

Resultado Inicial ●; Resultado deseado **o**

**Intervenciones y actividades:**

- Prevención de caídas:
  - Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
  - Identificar déficits físicos del paciente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
  - Proporcionar dispositivos de ayuda para conseguir una deambulación estable (andadora).
  - Bloquear las ruedas de la cama, sillas y otros dispositivos en la transferencia del paciente.
  - Colocar los objetos del paciente al alcance sin que tenga que hacer esfuerzos.
  - Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.
  - Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.

## Diagnóstico: (Código: 00126) Conocimientos deficientes relacionado con sentimiento expreso de no ser capaz de llevar a cabo parte del tratamiento prescrito (pauta de insulina).

**Resultado: (Código: 1820) Conocimiento: control de diabetes.**
**Escala: Ninguno a extenso.**

| | Ninguno | Escaso | Moderado | Sustancial | Extenso |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Descripción de la fusión de la insulina | **o** | | ● | | |
| Descripción del papel de la nutrición en el control de la glucemia. | | **o** | | | ● |
| Descripción del plan de comida prescrito. | | **o** | | | ● |
| Descripción de los valores limites de la glucemia. | | **o** | | | |
| Descripción de la técnica adecuada para preparar y administrar la insulina. | **o** | | | | ● |

Resultado Inicial ●; Resultado deseado **o**

**Intervenciones y actividades:**

- Enseñanza: medicación prescrita
  - Informar al paciente tanto del nombre genérico y comercial de cada medicamento.
  - Informar al paciente el propósito y acción de cada medicamento.
  - Instruir al paciente acaezca de la dosis, vías y duración de los efectos de cada medicamento.
  - Informar al paciente lo que debe hacer se pasa por alto una dosis.
  - Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (controlar pulso y nivel de glucosa)
  - Informar la paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Enseñanza: dieta prescrita
  - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.
  - Explicar el propósito del la dieta.
  - Enseñar ala paciente a llevar un diario de comida.
  - Instruir la paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.
  - Ayudar la paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita.
  - Administrar la medicación subcutánea.
- Administración de medicación
  - Determinar el conocimiento de la medicación y la compresión del paciente del método de administración.

- Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial.
- Elegir el lugar de inyección adecuado.
- Alterar sistemáticamente los lugares de inyección dentro de una zona de anatomía.
- Introducir la aguja rápidamente en un ángulo de 90º

# ALTA DE ENFERMERÍA. INFORME PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

Doña MCPP de 65 años de edad, ingresa en la unidad, 6º par (medicina interna) procedente del servicio de urgencias el día 8 de enero del 2007, por fractura de fémur derecho y rotura del clavo endomedular previo. Es intervenida quirúrgicamente el día 11 de enero del 2007.

Antecedentes de salud:

- Colon irritable, hernia de hiato y osteoporosis.
- Diagnosticada de cáncer de mama derecha en 1993, tratado con cirugía radical, radioterapia y tamoxifeno hasta 1998.
- Progresión ósea nódulos pulmonares infrapleurales y masa de tejido blando subpectoral derecha en marzo del 2005.
- Progresión ósea con fractura de fémur derecho en febrero del 2006, con colocación de un calvo endomedular y radioterapia.
- En diciembre del 2006 progresión ósea con metástasis múltiple en las vértebras D11, D9 y D12, sacro, iliacas, fémures y sexto arco costal derecho.
- Diabetes.

Hábitos tóxicos: no refiere. Alergias: no
A su llegada a la planta la paciente viene conciente y orientada en tiempo, espacio y persona. Es portadora de un abocath®.
Tras la ubicación de la paciente en su habitación se le practican las siguientes actividades iniciales de enfermería: Valoración inicial de enfermería, exploración física y toma de signos vitales: T.A.: 120/60 mm Hg.; FC.: 80 latidos por minuto; Temperatura: 36,3 ºC.

- Información a su familia sobre la normativa propia de la unidad: horario de visitas, llamadas telefónicas, etc.
- Administración del tratamiento médico prescrito.
- Solicitud de dieta diabética, sin sal y sin azúcar.

Los diagnósticos de enfermería identificados fueron:

- Riesgo de infección relacionado con tratamiento invasivo.
- Estreñimiento relacionado con inmovilización y actividad física insuficiente.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilización física.
- Deterioro de la movilidad física relacionado con la perdida de la integridad ósea y disminución de la fuerza.
- Deterioro de la movilidad en la cama relacionado con la perdida de la integridad de las estructuras óseas y disminución de la fuerza.
- Déficit de autocuidado en el baño/higiene.
- Déficit de autocuidado en el vestido/acicalamiento.
- Déficit de autocuidado en el uso del WC.
- Conocimientos deficientes.
- Riesgo de caídas relacionado con la disminución de la fuerza.

Tras ser intervenida quirúrgicamente, la paciente presenta una crisis bacteriemica, íleo paralítico y hematoma en territorio quirúrgico, con anemia e Insuficiencia cardiaca (11/01/01). Pasada una semana su estado mejora, pero con respecto a su miembro inferior derecho, no hay mejoría alguna, puesto que la paciente no es capaz de mover por si sola su pierna. Durante su hospitalización es tratada por un fisioterapeuta, con el fin de que pueda caminar, aunque sea con dispositivos de ayuda.

Al momento del Alta hospitalaria (17/05/07), continúa con los siguientes diagnósticos:

- Deterioro de la movilidad física relacionado con la perdida de la integridad ósea y disminución de la fuerza.
- Deterioro de la movilidad en la cama relacionado con la perdida de la integridad de las estructuras óseas y disminución de la fuerza.
- Déficit de autocuidado en el baño/higiene.
- Déficit de autocuidado en el vestido/acicalamiento.
- Déficit de autocuidado en el uso del WC.

Se le hacen las siguientes recomendaciones: Cumplimiento del tratamiento médico prescrito, Acudir al servicio de rehabilitación o si es posible la rehabilitación en casa, Dieta sin sal y sin azúcar.

**Resumen de los Diagnósticos, Resultados e Intervenciones (NNN.: NANDA-NIC-NOC)**

| Código Diagnósticos (NANDA) | | Código Resultados (NOC) | | Intervenciones (NIC) |
|---|---|---|---|---|
| 00004 | Riesgo de infección relacionado con tratamiento invasivo | 1102 | Curación de la herida: por primera intención | Cuidados del sitio de incisión.<br>Vigilancia de la piel |
| 00011 | Estreñimiento relacionado con inmovilización y actividad física insuficiente, manifestado por una disminución en la frecuencia de defecación y cambios en el patrón abdominal. | 1608 | Control del síntoma | Manejo intestinal.<br>Manejo del estreñimiento |
| 00004 | Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilización física y algunos factores | 1101 | Integridad tisular: piel y membranas mucosas. | Prevención de las úlceras por presión |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | mecánicos (presión) | | | |
| 00085 | Deterioro de la movilidad física relacionado con la pérdida de la integridad ósea y disminución de la fuerza, manifestado por la imposibilidad de realizar las AVD. | 0208 | Nivel de movilidad | Terapia de ejercicios: control muscular<br>Terapia de ejercicios: equilibrio<br>Terapia de ejercicios: movilidad articular |
| 00091 | Deterioro de la movilidad en la cama relacionado con la pérdida de la integridad de las estructuras óseas y disminución de la fuerza manifestado por la imposibilidad de cambiar de posición en la cama de forma independiente secundario a una refractura de fémur. | 0208 | Nivel de movilidad | Cuidados del paciente encamado.<br>Ayuda en el autocuidado.<br>*Ayuda en el autocuidado: aseo.*<br>*Ayuda con los autocuidados: baño/higiene*<br>*Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.* |
| 00108 | Déficit de autocuidado en el baño/higiene relacionado con la pérdida de la integridad de las estructuras óseas y disminución de la fuerza, manifestado por la imposibilidad de moverse. | 0300 | Cuidados personales: AVD | Ayuda con los autocuidados: baño/higiene |
| | | 0301 | Cuidados personales: baño. | Baño<br>*Cuidados de las uñas:*<br>*Cuidados de los pies:*<br>*Cuidados del cabello:* |
| 00109 | Déficit de autocuidado en el vestido/acicalamiento relacionado con la pérdida de la integridad de las estructuras óseas y disminución de la fuerza, manifestado por la imposibilidad de moverse. | 0300 | Cuidados personales: AVD | Ayuda con los autocuidados: vestir/acicalamiento |
| 00110 | Déficit de autocuidado | 0300 | Cuidados | Ayuda con los |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | en el uso del WC relacionado con la pérdida de la integridad de las estructuras óseas y disminución de la fuerza, manifestado por la imposibilidad de moverse. | | personales: AVD | autocuidados: aseo |
| 00155 | Riesgo de caídas relacionado con la disminución de la fuerza, manifestado por dificultad en la marcha secundario a refractura de fémur. | 1909 | Conducta de seguridad: prevención de caídas | Prevención de caídas. |
| 00126 | Conocimientos deficientes relacionado con sentimiento expreso de no ser capaz de llevar a cabo parte del tratamiento prescrito (pauta de insulina). | 1820 | Conocimiento: control de diabetes. | Enseñanza: medicación prescrita<br>Enseñanza: dieta prescrita<br>Administración de medicación |