



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO

**“CASO CLÍNICO PACIENTE GERONTO CON INSUFICIENCIA
RESPIRATORIA”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

**CUIDADO ENFERMERO EN SALUD DEL ADULTO MAYOR
CON MENCIÓN EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

PRESENTADO POR:

LIC. DINA GARCIA CARRASCO

ASESOR:

DRA. TALLA LINDERMAN MAGDALENA

CHINCHA - ICA - PERÚ

2018

DEDICATORIA

Dedico este caso clínico sobre todo a Dios y a mis hijos, que me apoyaron mucho en el período de realización de este trabajo.

También a mis padres por su apoyo incondicional.

A mis mentores que me orientaron para concluir este objetivo.

ÍNDICE

1. MARCO TEORICO.....	5
1.1 Objetivos	5
1.1.1. Objetivos Específicos:.....	5
2.1 Bases teóricas.....	5
2.1.1. Insuficiencia Respiratoria.	5
2.1.2. Neoplasia Maligna de Próstata	5
2.1.3. Artritis reumatoide.....	6
3.1 Teoría De Modelo De Enfermería De Virginia Henderson	7
3.1.1. Crítica Interna.....	10
3.1.2. Crítica externa.	11
2. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE LA ENFERMERA	12
2.1. Valoración	12
2.2. Valoración de la situación funcional (katz)	15
2.3. Valoración por dominios	16
3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CIENTÍFICA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	20
4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	24
5. PLANEAMIENTO	26
6. EJECUCION.....	33
7. EVALUACIÓN	33
8. BIBLIOGRAFIA.....	34

INTRODUCCIÓN

Los procedimientos de atención son el instrumento principal de la labor de enfermería, Consiste en asistir las atenciones hacia la persona de manera eficiente orientados hacia el logro de resultados esperados.

Esta investigación se sustenta en cada uno de los procedimientos brindados por el personal de enfermería a un paciente que ha ingresado a hospitalización del Hospital Militar Geriátrico con diagnóstico de Insuficiencia respiratoria, Neoplasia maligna de próstata y Artritis reumatoide. El paciente ventila con apoyo de oxígeno, cursa disminución de la fuerza muscular, con grado de dependencia III, y con incontinencia urinaria por lo cual necesita atención apoyo vigilancia afecto y cuidado integral humanizado.

1. MARCO TEORICO

1.1 Objetivos

Objetivo General:

Otorgar asistencia global a los pacientes implementando el procedimiento de asistencia de la enfermería.

1.1.1. Objetivos Específicos:

- Realizar evaluación global del paciente y su entorno.
- Identificar y priorizar las evaluaciones de enfermería de manera oportuna.
- Realizar la planificación del plan de atención de enfermería.
- Ejecutar las actividades planificadas.
- Evaluar

2.1 Bases teóricas

2.1.1. Insuficiencia Respiratoria.

Es la ausencia de capacidad del sistema respiratorio a fin de brindar continuidad a los normales niveles con O₂ y CO₂ en las arterias y se cumpla con las demandas del requerimiento del metabolismo de las células.

2.1.2. Neoplasia Maligna de Próstata

Esta neoplasia habita la próstata, uno de los órganos glandulares del aparato reproductor masculino. El proceso es la mutación de ciertas células de la próstata que mutan y crecen sin control. Existiendo la probabilidad de migrar hacia otras partes del cuerpo, como huesos y ganglios linfáticos pudiendo generar una metástasis.

2.1.3. Artritis reumatoide

Es un desarrollo estándar de artritis que causa inflamación en el revestimiento de las articulaciones, es muy doloroso, minimiza los movimientos, provoca hinchazón de la articulación. Esta artritis puede permanecer durante regular tiempo, afecta varias articulaciones pudiendo originar heridas en sistema óseo, sistema muscular, tendones, ligamientos. Articulaciones como hombros, mandíbula, codos, cuello, caderas, pies, tobillos, rodillas.

Causas:

Por deficiencias del sistema inmunológico.

Síntomas:

Son diversos y los grados de presentación de la enfermedad varían de paciente a paciente. Ya sea como estado de agudización o en otros casos, se torna progresiva su agresión y crecimiento.

Algunos síntomas más frecuentes:

- Los revestimientos que rodean al corazón (pericarditis) y a los pulmones.
- El tejido pulmonar.
- Las glándulas lacrimógenas y salivares (síndrome de sica / resequedad o síndrome de Sjogren).
- Los vasos sanguíneos (vasculitis).

Diagnóstico:

Para ello se debe realizar el Historial clínico y examen físico

3.1 Teoría De Modelo De Enfermería De Virginia Henderson

Virginia Henderson, 1897, autora e investigadora, tiene varias publicaciones. En 1959 definió la enfermería como: “La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que él realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.⁵

A la vez en su investigación abarca necesidades elementales del paciente e identifica 14 que son la base de los cuidados de enfermería, encontrándose:

- i. Respirar.
- ii. Comer y beber.
- iii. Eliminar residuos corporales.
- iv. Movimiento.
- v. Descanso y sueño.
- vi. Elegir las prendas de vestir y desvestirse.
- vii. Mantener la temperatura corporal mediante la selección de las ropas y la modificación del entorno.
- viii. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
- ix. Evitar riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
- x. Comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
- xi. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
- xii. Trabajar en tal forma que sintamos satisfacción por ello.
- xiii. Participar en las actividades recreativas.
- xiv. Aprender, descubrir o satisfacer la manera que conduzca a un desarrollo y una salud normal y utilizar los recursos sanitarios disponibles.⁵

Este paquete comprende requerimientos, biológicos, psicológicos, sociales de la persona, que una vez identificados el (la) profesional de enfermería establecerá las atenciones requeridas que serán otorgados a los pacientes.

Así se adoptaron los preceptos de V. Henderson:

- La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
Atenciones brindadas tanto a sujetos enfermos como sanos para prevenir enfermedades.
- La enfermera actúa como miembro de un equipo sanitario.
Enfermera es uno de los miembros fundamentales de la conformación del grupo de profesionales que asisten y curan a los pacientes de cualquier enfermedad, y a su entorno familiar, con atenciones no solo en temas biológicos sino abordando aspectos psicológicos sociales.
- La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan, la enfermera puede y debe diagnosticar si la situación lo requiere.
El éxito involucra trabajo en equipo y se completa con el apoyo tanto de los profesionales de enfermería como médico. Aunque esta situación es un tema por pocos considerado controversial sin embargo empieza desde el año 1950.
- La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.
El profesional de enfermería es capaz de formar parte y/o liderar un equipo de profesionales en salud. Esto se adquiere con su experiencia que la va mejorando con cada atención, permitiéndole investigar un amplio horizonte en la psicología como en el medio social aportando en la solución de problemas no solo del paciente sino también de su entorno.

- La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.
Los postulados descritos anteriormente representan un significativo avance en el campo profesional de la enfermería. Este gran legado de Virginia Henderson permitió desarrollar nuevas acciones para abarcar nuevas teorías. Ella puntualizó sobre la única labor principal de la enfermera; otorgándole identidad auténtica a la profesión.

Consideraciones finales:

- Florence Nightingale otorgó primer modelo en 1859, puntualizando en la meta y factores ambientales que deben rodear al paciente bajo su cuidado.
- Virginia Henderson define la enfermería y sus catorce necesidades básicas, ofreciendo la posibilidad de explicar toda la conducta de la enfermería presente y futura.
- La recuperación de la salud del paciente debe considerarse de manera integral y holística, abarcando los aspectos no solo biológicos sino con componentes sociales, emocionales de la salud.

Funciones de enfermería:

Bajo la teoría de Virginia Henderson las funciones son:

Atención de la persona sana o enferma realizando todas las acciones necesarias para su salud, atención a la recuperación, o minimizar sufrimientos en su agonía.

Objetivo:

Según V. Henderson el ser humano debe ser independiente.

Metodología de los cuidados:

Refiere a un plan de cuidados; proceso de resolución de problemas.

3.1.1. Crítica Interna.

Persona:

Individuo necesitado de apoyo ya sea para gozar de salud e independencia o durante su agonía. Incluyendo a la familia dentro de su círculo.

Entorno:

Relacionado a familia, comunidad y la obligación de cuidados realizados. Este entorno deposita confianza en la enfermera al esperar recuperación de los pacientes.

La salud puede deteriorarse debido a factores físicos: aire, temperatura, sol, etc. Así como también factores personales: edad, entorno cultural, capacidad física inteligencia.

Salud:

Es la capacidad del individuo para operar con independencia las catorce necesidades básicas, parecidas a las que indica Maslow de las cuales:

- respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura son referidas a la fisiología.
- higiene corporal y peligros ambientales a seguridad.
- comunicación y creencias, referidas a afecto y la pertenencia.
- trabajar, jugar y aprender, a la autorrealización.

Enfermería:

Se establece que es el apoyo indispensable al individuo enfermo o sano a fin de realizar acciones que conlleven a la salud o en todo caso a una muerte descansada. Este individuo carente de fuerza, voluntad o conocimiento no puede realizar estas acciones sin asistencia. Recobrar la independencia de este individuo es posible gracias al cumplimiento de la labor de enfermería.

Son requeridos conocimientos de ciencias sociales y humanidades, así como de cultura y religión. El profesional de enfermería aplica el empleo del “plan de cuidado enfermero” por escrito.

Por lo que decimos que esta teoría es congruente, integral y participativa a todos los individuos tanto sanos como enfermos.

3.1.2. Crítica externa.

Epistemología:

La experiencia diaria mediante la observación le permite armar su teoría, así la mayoría de la teoría indicada esté basada en la fisiología, medicina psicología.

Asunción del modelo:

El enfermero (a) profesional necesita trabajar independientemente y de manera integral dentro del equipo de profesionales de la salud. Si bien es cierto las funciones son totalmente independientes de los demás profesionales del equipo, sí utiliza un plan de cuidados de este para proporcionar el cuidado al paciente.

Los modelos de la función del profesional de enfermería son:

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

Es indispensable la elaboración del Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, sustentadas en el cumplimiento de 14 necesidades básicas y en su registro a fin de obtener un cuidado individual para cada paciente. (6)

2. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE LA ENFERMERA

2.1. Valoración

A. Historia de enfermería o anamnesis

Datos de Filiación:

- Nombre : Ubaldo Dávila Cataldo
- Edad : 92 años
- Peso : 58 kg
- Talla : 1.65m
- Sexo : masculino
- Fecha de nacimiento: 03/02/1924
- Lugar de nac. : iquitos
- Ocupación : jubilado
- Religion : católico
- Servicio : hospitalización.
- Modo de ingreso : emergencias
- F. De ingreso a : 04/10/16
- Diagnostico medico actual: insuficiencia respiratoria
- Antecedentes : artritis reumatoide hace cuatro años y neoplasia maligna de próstata hace seis meses.

Motivo de ingreso:

Paciente masculino de 89 años. Que hace un mes presenta tos exigente con secreción de color verde, que hace una semana se agregó dificultad respiratoria, apnea, disnea y taquipnea por lo cual es traído a emergencia de este Hospital.

Historia clínica pasada o antecedentes clínicos personales:

Paciente que tiene como antecedente de Artritis reumatoide de hace cuatro años, y neumonías a repetición seis episodios en 2 años.

Antecedentes familiares:

- Hijos: 4
- Hermano: 3 hermanos vivos.

Motivo de ingreso a emergencia:

- Impresión diagnóstica: Insuficiencia Respiratoria Aguda y Neumonía Adquirida en la Comunidad.
- Plan de trabajo: Oxígeno terapia
 - Dieta licuada Asistida
 - CINA 9 X 1000cc 20 gotas/minutos
 - Dexametasona 4 mg EV c/8h
 - Acetil cisteína 200mg V.O c/8h
 - Cefuroxima 750mg EV c/8h
 - Diclofenaco 75 mg IM condicional a dolor.

Situación actual:

Paciente se encuentra hospitalizado, por presentar un cuadro de Insuficiencia respiratoria, neumonía, ventila con oxígeno a alto flujo con máscara de Venturi FiO₂ 40%, grado de dependencia III y Glasgow 14, Presiones de 140 /90 mmHg.

B. Examen físico general:

- Piel: tibia, reseca con múltiples equimosis en antebrazo derecho e izquierdo.
- TCSC: no edemas.
- Ganglios: No adenopatías.

Examen Regional

- Cabeza: Normocéfalo.
- Ojos: Movimientos oculares conservados, paralelos.
- Nariz: fosas nasales permeables.
- Oído: Disminución de la agudeza auditiva.
- Boca:

- Encías: color rojo rosada, húmedos, sin lesiones.
- Lengua: color rojo rosado, húmeda, ligeramente saburral.
- Dientes: dentadura incompleta
- Cuello: corto, móvil, cilíndrico, ingurgitación yugular.
- Tórax y pulmón: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, con escasos roncós con hipo ventilación en ambas bases.
- Cardiovascular: rítmicos, regulares, no soplos.
- Abdomen: blando depresible, RHA(+).
- Genito urinario: PPL (-), PRU (-).
- Miembros superiores e inferiores: Disminución de movimientos en cuatro extremidades por antecedente de poliartrós.
- Neurológico: No signos meníngeos, ni de focalización, moviliza 4 extremidades.

Ayudas diagnósticas:

- Examen de orina: normal.
- Grupo sanguíneo RH (+)
- Hb. 13.4 grs % Hto. 41% de fecha (06/10/2013)
- Plaquetas: 164000
- Leucocitos: 6878
- Glicemia: 103 mg/dl (Valor Normal: 70-110 mg/dl)

Exámenes auxiliares:

Tomografía Axial Computarizada:

- Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa + Hernia diafragmática.

2.2. Valoración de la situación funcional (katz)

1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	1
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	1
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	1
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	
4. Movilidad	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	0
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	1
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	0
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	

Puntuación total: 4 Incapacidad severa

Cuestionario Abreviado Sobre El Estado Mental De Pfeiffer

1. ¿Cuál es la fecha de hoy (Día, mes y año)?	1
2. ¿En qué día de la semana estamos?	1
3. ¿En qué lugar estamos?	0
4. ¿Cuál es su dirección completa?	0
5. ¿Cuántos años tiene?	1
6. ¿Dónde nació?	0
7. ¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	0
8. ¿Cómo se llama el anterior presidente de gobierno?	1
9. Dígame el primer apellido de su madre	0
10. Reste de tres en tres desde treinta	1
Puntuación: 5 deterioro cognitivo moderado	

2.3. Valoración por dominios

Dominio 1: Promoción De La Salud

Paciente de 89 años en la etapa de adulto mayor, se encuentra en III grado de dependencia, desconoce el motivo de su hospitalización y no acepta caminar con ayuda, prefiere quedarse en cama la mayor parte del día, familiares refieren que tiene el mismo comportamiento en casa.

Dominio 2: nutrición

Paciente con 56 Kg de peso y 1.68 cm de talla con índice de masa corporal 19.8, tiene dificultad para alimentarse por la disminución de fuerza muscular y dolor en miembros superiores por antecedente de poli artrosis, con dentadura incompleta por lo que utiliza dentadura postiza. Abdomen blando depresible y presencia de ruidos hidroaereos.

Dominio 3: Eliminación/ Intercambio

Se observa al paciente con ligera palidez, piel reseca, signo del pliegue negativo, con vía periférica EV en MS derecho, con múltiples equimosis por venopunción.

Mucosa oral hidratada, no se observan presencia de edemas.

. En el sistema urinario: paciente con incontinencia urinaria, utiliza pañal desde hace un año.

. En el sistema gastrointestinal: Paciente con evacuación intestinal a diario, una vez al día, pero familiar refiere que en ocasiones no evacúa de dos a tres días continuos por lo que el Dr. indicó: **lactulosa** 20 cm cada ocho horas hasta que se normalicen las deposiciones, durante la hospitalización no presenta estreñimiento.

Dominio 4: Actividad/ Reposo

Sueño: El paciente duerme durante el día a intervalos de dos a tres horas y por las noches tiene dificultad para conciliar el sueño, al menor ruido despierta y no logra dormir.

Movilidad: Grado de dependencia III, con dificultad para movilizar extremidades superiores e inferiores por disminución de fuerza muscular y presencia de dolor por antecedente de Artritis reumatoide.

Respuestas cardiovasculares/pulmonares: paciente ventila con apoyo de oxígeno con mascara de Venturi fio2 50%, frecuencia respiratoria: 28 X'

Autocuidado: Debido a reducción de resistencia muscular y presencia de dolor en extremidades superiores e inferiores el paciente no puede realizarse el autocuidado. Los familiares (hijas) se encargan de brindarle todos los cuidados que requiere el paciente.

Dominio 5: Percepción/ Cognición

Paciente desorientado en tiempo y espacio, con escala de Glasgow: 14 puntos; Apertura de los ojos (4), Respuesta motora (6) y Respuesta verbal (4).

Dominio 6: Autopercepción

Paciente refiere que tiene sesenta y dos años que sufre una enfermedad de los huesos que presenta dolor constante en brazos y piernas por eso ya no se anima a caminar, prefiere estar en su cama, pero sus hijas lo sacan a pasear en su silla de ruedas.

Dominio 7: Rol/ Relaciones

La responsable del paciente es su hija mayor quien se encarga de los útiles de aseo personal del paciente así mismo de sus pañales y la ropa de cama.

El paciente tiene un familiar cuidador perenne durante su permanencia en el servicio.

Dominio 8: Sexualidad

Paciente refiere que es de sexo masculino tiene cuatro hijos y que enviudo hace seis años.

Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés.

Paciente refiere que por su enfermedad ya no puede realizar sus quehaceres cotidianos como ir al baño, bañarse o alimentarse solo, refiere “siempre me tienen que ayudar para todo”, “desde que tengo esta enfermedad de los huesos mis hijas me llevan a todos sitios en silla de ruedas”, “no quiero caminar porque después me duele todo el cuerpo, es muy cansado”.

Dominio 10: Principios vitales.

Paciente refiere que es católico y que asiste de vez en cuando a la parroquia cercana a su casa.

Dominio 11: Seguridad/ Protección

Paciente con mucosas conservadas, piel integra reseca con múltiples equimosis en miembros superiores por venopunción, con vía EV periférica en MS izquierdo permeable no signos de flogosis, no presenta zonas de presión.

Dominio 12: Confort

Paciente refiere dolor en miembros superiores e inferiores al movimiento.

Dominio 13: Crecimiento y desarrollo

Paciente adulto mayor, se encuentra en la etapa de la ancianidad.

Diagnósticos reales:

- Dolor crónico r/c incapacidad física crónica.
- Mantenimiento ineficaz de la salud r/c a deterioro cognitivo.
- Deterioro del sistema óseo, incapacidad del movimiento.
- Deterioro del sistema respiratorio.
- Afrontamiento ineficaz r/c incapacidad para conservar las energías adaptativas.
- Nutrición no balanceada, deficiente ingesta de alimentos adecuados para la salud.
- Deficiente movimiento física
- Deterioro en la eliminación urinaria r/c obstrucción anatómica.
- Trastorno del patrón de sueño r/c entorno no familiar.

Diagnósticos de riesgo:

- Peligro de caída f/r > 65 años y habitación desconocida.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c cambios en la turgencia de la piel.

3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CIENTÍFICA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Problema	Confrontación con la Literatura	Análisis o juicio critico	Diagnóstico	Dominio Clase- Código
Paciente adulto mayor desorientado, se encuentra, en III grado de dependencia, desconoce el motivo de su hospitalización y no acepta caminar con ayuda, prefiere quedarse en cama la mayor parte del día, familiares refieren que tiene el mismo comportamiento en casa.	La etapa del adulto mayor suele cursar con un envejecimiento normal y la demencia en lo que respecta a trastornos mentales. El deterioro cognitivo leve explica la pérdida de memoria y alteración en las actividades habituales, esta sintomatología persiste en el tiempo y no se debe a la existencia de otras enfermedades.	Paciente desorientado en tiempo y espacio con alteración de las actividades diarias relacionado al deterioro cognitivo, presenta comportamiento inadecuado de mantenimiento del bienestar saludable.	Deficiente mantenimiento de la salud.	Dominio 1: Promover la salud Clase 2: Gestiones de salud. Código 00099

Grado	de	La AR es una clase	Paciente con disminución	Daño progresivo del	Dominio 4: Actividad /
-------	----	--------------------	--------------------------	---------------------	------------------------

dependencia III, con dificultad para movilizar extremidades superiores e inferiores por disminución de fuerza muscular y presencia de dolor por antecedente de Artritis reumatoide.	de artritis que deteriora el revestimiento de las articulaciones.	y deterioro progresivo de movimientos en miembros superiores e inferiores por antecedente de Artritis reumatoide, así mismo refiere dolor en articulaciones por la misma patología.	movimiento físico y del sistema óseo.	Reposo. Clase 2: Actividad/Ejercicio. Código:00085
Paciente con 56 Kg de peso y 1.68 cm de talla con índice de masa corporal 19.8, tiene dificultad para alimentarse por la disminución de fuerza muscular por antecedente de Artritis reumatoide con dentadura incompleta por lo que utiliza dentadura postiza.	El estado nutricional de la persona adulta mayor es el resultado de factores en el estilo de vida llevado aunado al estado de vejez. El IMC 23 en el AM se considera delgadez, desnutrición, entre otras.	Paciente con índice de masa corporal: 19.8, considerado malnutrición por déficit relacionado a deterioro del movimiento físico y piezas dentarias incompletas.	Desbalance en la nutrición.	Dominio 2: Nutrición. Clase 1: Ingestión. Código: 00002

Paciente con incontinencia urinaria, utiliza pañal desde hace un año por antecedente de hipertrofia prostática por neoplasia maligna de próstata.	Existencia de perdida de orina.	Paciente con sintomatología de incontinencia urinaria por antecedente de hipertrofia prostática debido a neoplasia maligna de próstata.	Daño progresivo de las vías urinarias.	Dominio 3: Eliminación e intercambio. Clase 1: Función Urinaria. Código:00016
El familiar refiere que el paciente duerme durante el día a intervalos de dos a tres horas y por las noches tiene dificultad para conciliar el sueño, al menor ruido	Efecto de falta de sueño ocasionado por malos hábitos o alguna enfermedad relacionada	Paciente con alteración del patrón de sueño debido a hospitalización prolongada.	Trastorno del patrón de sueño r/c entorno no familiar.	Dominio 4; Actividad/Reposo Clase Sueño / Reposo. Código: 00198
Despierta y no logra dormir y este patrón se agudiza durante la hospitalización.	Este estado origina cansancio afectando al paciente y a su entorno directo.		.	
Paciente ventila con apoyo de oxígeno con máscara de Venturi fio2 50%, frecuencia respiratoria;28 X', con diagnóstico médico de incapacidad al respirar.	Incapacidad para respirar, deterioro del sistema respiratorio.	Paciente con alteración del patrón respiratorio y con aporte suplementario de oxígeno debido a la incapacidad de mantener niveles arteriales adecuados de oxígeno.	Deterioro de la ventilación natural y del sistema respiratorio.	Dominio 4: Actividad / Reposo. Clase 4: Respuestas Cardiovasculares / pulmonares. Código: 00033
Paciente refiere que por su enfermedad ya no puede realizar sus quehaceres cotidianos como ir al	Deterioro de la conciencia física e intelectual pudiéndolo llevar a la depresión.	Paciente con dificultad para adaptarse y afrontar el proceso de enfermedad.	Incapacidad para afrontar adversidades y falta de positivismo.	Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de

<p>baño, bañarse o alimentarse solo, refiere “siempre me tienen que ayudar para todo”, desde que tengo esta enfermedad de los huesos mis hijas me llevan a todos sitios en silla de ruedas” “no quiero caminar porque después me duele todo el cuerpo, es muy cansado</p>				<p>afrontamiento.</p> <p>Código:00069</p>
---	--	--	--	---

<p>Existencia del dolor en miembros superiores e inferiores al movimiento, se ha diagnosticado AR 6 años antes</p>		<p>Paciente manifiesta dolor en miembros superiores e inferiores debido al deterioro de las articulaciones por antecedente de artritis reumatoide.</p>	<p>Extremo dolor que provoca incapacidad de movimiento.</p>	<p>Dominio 12: Confort</p> <p>Clase 1: Confort físico.</p> <p>Código: 00133</p>
--	--	--	---	---

4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR DETERMINANTE	FACTOR CONDICIONANTE	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<p>-Mantenimiento ineficaz en salud</p> <p>-Dolor crónico</p> <p>Daño progresivo a la capacidad de movimiento.</p>	<p>Deterioro cognitivo Deterioro sensorio perceptivo.</p> <p>incapacidad física crónica</p> <p>Daño integral del sistema óseo.</p>	<p>AR ocasiona en el revestimiento de las articulaciones</p> <p>Reducción en la capacidad de movilidad, extremo de movimiento, hinchazón y dolor en la articulación.</p>	<p>Deterioro capacidad cognitiva</p> <p>Dolor crónico r/c incapacidad física crónica.</p> <p>Daño en el movimiento físico.</p>
<p>Deterioro ventilación espontánea</p> <p>Afrontamiento ineficaz</p> <p>Desbalance nutricional no acorde a lo que requiere el organismo.</p>	<p>Fatiga por los músculos respiratorios.</p> <p>Inseguridad</p> <p>Factores biológicos.</p>	<p>Hipoventilación alveolar</p> <p>Falta de piezas dentarias Disminución de la movilidad física.</p>	<p>Daño sistema respiratorio progresivo.</p> <p>Afrontamiento ineficaz e impedimento para mantener positivismo.</p> <p>Nutrición desbalanceada.</p>

Deterioro de la eliminación urinaria r/c obstrucción anatómica.	Obstrucción anatómica.	Neoplasia maligna de próstata.	Deterioro de la eliminación urinaria r/c obstrucción anatómica.
Trastorno del patrón de sueño r/c entorno no familiar.	Iluminación Ruidos Interrupciones Mobiliario desconocido		Trastorno del patrón de sueño r/c entorno no familiar

5. PLANEAMIENTO

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACIÓN
Dolor crónico r/c a incapacidad física crónica	<p>-Control del dolor</p> <p>-Bienestar personal</p> <p>-Calidad de vida</p> <p>Control de síntomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ejecutar estimación intensiva del dolor; ubicación, grado, índice de severidad. Aseguramiento de la recepción del tratamiento médico. Emplear directivas de comunicación terapéuticas a fin de tener conocimiento del dolor. Conocer a través del paciente los mecanismos que reducen el dolor. Evaluación con el paciente por parte del equipo profesional a cargo acerca de los mecanismos empleados. Manejar mecanismos 	<p>-La percepción del dolor es subjetiva, es una experiencia sensitiva y emocional ante una lesión actual o potencial.</p> <p>-La medicación elimina y trata el dolor.</p> <p>-Estas medidas tienden a disminuir la tensión psicológica y reducen el consumo y uso de analgésicos.</p> <p>-Son medidas correctoras para el manejo racional de la efectividad de la analgesia.</p> <p>-Estas medidas tienden a disminuir la tensión psicológica y reducen el consumo y uso de analgésicos.</p>	<p>-Paciente manifiesta dolor tolerable al movimiento y dolor intenso a la ambulación.</p> <p>-Se administra Diclofenaco 75 mg IM condicional al dolor intenso.</p> <p>-Paciente manifiesta dolor tolerable durante su hospitalización</p> <p>-Paciente refiere disminución del dolor en posición semi Fowler e incremento del dolor cuando camina.</p> <p>-Familiares reportan que en casa el paciente tiene analgésicos prescritos por vía oral.</p>

	Descanso	<p>ambientales que reaccionen a la respuesta del paciente a diversos estímulos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar los principios del control del dolor. • Unir a la familia que acompañe en la curación. 	<p>-Actualmente la evidencia científica da prioridad al manejo del dolor a la asociación de analgésicos junto a las técnicas antialgias neuromoduladoras, así como el automanejo y autocontrol del paciente.</p> <p>-La OMS incluye la asistencia de parte y para la familia en las decisiones terapéuticas.</p>	<p>-Paciente manifiesta sensación de bienestar en compañía de su familia, en posición semi Fowler.</p> <p>El familiar cuidador participa en el alivio del dolor.</p>
DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
Daño sistema respiratorio.	<p>Estado respiratorio: Ventilación.</p> <p>Perfusión tisular: celular.</p> <p>Ventilación</p>	<p>Colocar al paciente en forma que alivie la disnea. Ayudar en los frecuentes cambios de posición.</p> <p>Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: niveles de gases de la sangre arterial.</p> <p>Fomentar la respiración lenta y profunda. Observar si hay fatiga muscular respiratoria.</p>	<p>Es más fácil respirar con los músculos relajados, sostener el cuerpo de cierta forma ayuda a respirar cuando falta el aliento.</p> <p>Se utiliza para evaluar enfermedades respiratorias, para determinar la efectividad del oxígeno terapia.</p> <p>La respiración pausada disminuye las dificultades respiratorias. En la actualidad, no existe cura para el</p>	<p>Paciente en posición Semi Fowler</p> <p>Se monitoriza la saturación de oxígeno y controles diarios de AGA.</p> <p>Paciente con frecuencia respiratoria de 24 a 26 respiraciones por minuto.</p> <p>Se observa fatiga muscular.</p>

		<p>Mantener suplemento de oxígeno según prescripción.</p> <p>Administrar medicamentos que sean favorables a la permeabilidad de las vías respiratorias.</p> <p>Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.</p>	<p>síndrome de fatiga crónica y el objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas.</p> <p>Administración de oxígeno para prevenir los síntomas y manifestaciones de la hipoxia</p> <p>Permite que el murmullo vesicular ingrese por la tráquea y los bronquios disminuyendo la resistencia aérea.</p> <p>Permite controlar la frecuencia respiratoria para saber si esta normal, aumenta o disminuye.</p>	<p>Paciente ventila con máscara de Venturi a 9 litros por minuto.</p> <p>Se le nebuliza con 4 gotas de fenoterol más 4 cc de cl de Na al 9 por mil cada seis horas.</p> <p>Paciente mejora patrón respiratorio.</p>
--	--	--	---	---

Desbalance nutricional	<p>Manejo de la nutrición</p> <p>Manejo de líquidos y electrolitos.</p>	<p>Valorar el estado nutricional: peso corporal, talla, IMC, proteínas séricas.</p> <p>Monitorizar peso corporal</p>	<p>La valoración inicial permite establecer las intervenciones multidisciplinarias.</p> <p>El peso es un indicador</p>	<p>Paciente con malnutrición por déficit.</p> <p>Peso: 56 Kg.</p> <p>Paciente con adecuado</p>
------------------------	---	--	--	--

	Monitorización nutricional	Vigilar la ingesta diaria de alimentos. Valorar integridad y funcionamiento gastrointestinal.	del estado nutricional. El funcionamiento gastrointestinal permite conocer la pertinencia de continuar o modificar la dieta indicada. Una alimentación equilibrada es cuando todos los grupos de alimentos están incluidos en la dieta y cubren las necesidades diarias individuales.	funcionamiento gastrointestinal.
--	----------------------------	--	---	----------------------------------

Deterioro de la movilidad física r/c a disminución de la fuerza motora.	Actividad/ ejercicio permitido: Movilización en cama. Movilidad articular	Valorar y determinar el nivel de capacidad de la movilidad. Utilizar la mecánica corporal para la movilización del paciente. Movilidad de las articulaciones. Terapia física, uso de almohadas entre las zonas de presión. Mantener el alineamiento anatómico. Mantener barandas arriba	El determinar la capacidad de movimiento del paciente evita que sobre exija a las articulaciones. La mecánica corporal evita lesiones musculares en el personal de enfermería y potencia los movimientos a realizar en el paciente. El movilizar las articulaciones evita las contracturas musculares y mejora la circulación. La terapia física mejora el tono muscular y el uso de almohadas evita las zonas de presión.	Paciente realiza ejercicios pasivos en cama.
---	---	--	---	--

			La conservación del alineamiento anatómico evita lesiones y contracturas musculares. Evita caídas del paciente.	
--	--	--	---	--

Deterioro de la eliminación urinaria r/c deterioro sensitivo motor.	Eliminación urinaria	Controlar periódicamente la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. Usar adecuados trajes y cuidar el ambiente Proporcionar prendas protectoras. Aseo periódico intensivo de las zonas genitales.	La orina elimina sustancias tóxicas producidas por el metabolismo celular. Proporciona higiene bienestar al paciente. Las prendas protectoras evitan la humedad y la irritación de la piel en la zona perineal. La higiene perineal diaria previene infecciones del tracto urinario y proporciona bienestar al paciente.	Paciente micciona en pañal. Utiliza vestimenta cómoda y adecuada. Se le realiza higiene perineal con cada cambio de pañal.
---	----------------------	--	---	--

Trastorno del patrón de sueño r/c entorno no familiar.	Horas de sueño cumplidas. Hábito de sueño.	Determinar el esquema de sueño/ vigilia del paciente. Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación cuidados. Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño.	Dormir bien es fundamental para la buena salud y el óptimo funcionamiento del cuerpo humano. Mantener el ciclo regular de sueño y vigilia para el	Paciente duerme a intervalos cortos durante el día y no conciliar el sueño durante la noche. Paciente realiza actividades en cama durante el día.
--	---	---	--	--

		<p>Ajustar el ambiente: Luz, ruido temperatura, colchón y cama para favorecer el sueño.</p> <p>Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.</p>	<p>bienestar del paciente. Promover periodos más prolongados de sueños. La luz adecuada y la temperatura agradable permiten una sensación confortable y favorecen periodos prolongados de sueño.</p> <p>La buena higiene del sueño incluye actividades que se realizan a la misma hora: ir a la cama a la misma hora, apagar los equipos de tecnología y mantener la habitación oscura.</p>	<p>Se mantiene la luz apagada durante la noche.</p> <p>Paciente logra dormir a intervalos durante la noche.</p>
<p>Riesgo de caídas f/r edad superior a 65 años y habitación desconocida.</p>	<p>Prevención de caídas</p> <p>Vigilancia: seguridad</p> <p>Manejo ambiental: seguridad</p>	<p>Identificar el déficit físico del paciente.</p> <p>Determinar el estado neurológico del paciente.</p> <p>Vigilar al paciente de manera continua.</p> <p>Mantener un ambiente libre de riesgos.</p>	<p>Determine el nivel de conciencia y nivel neurológico del paciente. La valoración neurológica permite analizar e interpretar las respuestas efectivas e inefectivas del individuo para identificar los problemas de adaptación y finalmente brindar un cuidado</p>	<p>Paciente con Glasgow 14</p> <p>Paciente despierto desorientado con familiar acompañante, en observación constante.</p>

			oportuno y eficaz. Permite dirigir las actividades según las necesidades del paciente. Evita lesiones por un ambiente peligroso.	
--	--	--	--	--

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c factores inmunológicos.	Cuidados de la piel. Vigilancia de la piel. Prevención de úlceras por presión. Cambio de posición.	Realizar baño diario. Valorar el estado de la piel. Realizar masajes. Alisar las sábanas, no dejar dobleces. Mantener la cama limpia y seca, cambiar de pañal inmediatamente después de la micción o deposición.	El baño arrastra las células muertas de la epidermis a la vez proporciona comodidad y confort. Valorar la piel permite conocer el estado en que se encuentra, si esta seca hay mayor riesgo de presentar escaras. Generan comodidad y confort a la vez que mejoran la micro circulación de la piel.	Paciente mantiene la integridad cutánea, no presenta zonas de presión.
--	---	--	---	--

6. EJECUCIÓN

Para las intervenciones de enfermería se logró la empatía con el paciente y familia, se realizó las mecánicas corporales y escucha activa, se informó al familiar responsable sobre los cuidados a realizarse, las intervenciones de enfermería contemplaban lo siguiente informar al familiar y al paciente sobre los procedimientos a realizarse control de signos vitales, evaluación del sistema neurológico mediante la escala de Glasgow, se coordinó con el personal técnico para la higiene bucal y el baño diario, se realizó movimientos articulares, se administró tratamiento farmacológico a horario y condicional al dolor, se educó a la familia sobre la importancia y necesidad del uso de barandas, y finalmente se brindó educación sanitaria al familiar cuidador sobre los cuidados diarios a realizarse en el domicilio posterior al alta del paciente.

7. EVALUACIÓN

El paciente recibió los cuidados programados, se realizaron las intervenciones de enfermería sin complicaciones, así mismo se coordinó las actividades con el equipo multidisciplinario.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1: Robbins Cotran. Patología estructural y funcional. Editorial ELSEVIER SAUNDERS. España 2010.
 - 2: Harrison. Principios de Medicina Interna. Editorial McGraw-Hill Medical, China 2012.
 - 3: Harrison. Principios de Medicina Interna. Editorial McGraw-Hill Medical, China 2012
 - 4: Robbins Cotran. Patología estructural y funcional. Editorial ELSEVIER SAUNDERS. España 2010.
 5. Harsh Mohan Patología. Editorial Media Panamericana. Argentina 2012.
 - 6: Virginia Henderson The Principles of Nursing. EEUU 1995.
- Nanda international. Diagnóstico enfermeros. Editorial el sevier. España 2012.
 - Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L.Maas, Elizabeth Swanson, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), Quinta edición El Servier Mosby 2012.
 - Gloria M. Bulechek Howard K. Butcher, Joanne McCloskeydochterman, Clasificación de intervenciones (NIC), Quinta edición. El Servier Mosby 2012.
 - Potter y Perry. Fundamentos de enfermería. 6ta Edición Editorial el Servier Mosby Madrid 2007.
 - Ehren Myers. Notas de enfermería. Tercera edición Editorial MC Graw Hill. 2008.
 - Carpenito, linda Juall. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madris 2001.
 - Kozier Barbara – Erb Glenora – Blais Kathleen fundamentos de enfermería Conceptos; Procesos y Práctica México D. F1999.-