



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ANÁLISIS DE CASO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TÍTULO: PROCESO ENFERMERO EN PACIENTE PORTADOR DE  
COLOSTOMÍA BASADO EN LA TEORÍA DE HENDERSON Y  
OREM.**

**AUTORA: ANA GABRIELA MOLINA LLIVICOTA**

**TUTORA: Mgs. LUZ LALÓN RAMOS**

**RIOBAMBA - ECUADOR**

**2016**

## CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente estudio de caso previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería con el tema: "PROCESO ENFERMERO EN PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA BASADO EN LA TEORÍA DE HENDERSON Y OREM" ha sido elaborado por ANA GABRIELA MOLINA LLIVICOTA, el mismo que ha sido asesorado permanente por la Msc. LUZ LALON en calidad de Tutor, por lo que certifico que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Riobamba, 08 de Agosto del 2016

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'Luz Lalón', is written over a horizontal dotted line. The signature is stylized and somewhat cursive.

Tutora

## AUTORÍA

Yo Ana Gabriela Molina LLivicota con cédula de identidad N° 060391924-2 soy responsable de las ideas, doctrinas, y resultados de la presente investigación y el patrimonio intelectual del trabajo investigativo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Ana Gabriela Molina LLivicota

# ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁGINA
-----------	--------

CONTENIDO	PÁGINA
-----------	--------

CERTIFICACIÓN.....	I
AUTORÍA.....	II
ÍNDICE GENERAL.....	III
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	6
• Objetivo General.....	6
• Objetivos Específicos.....	6
METODOLOGÍA.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
• Antecedentes.....	8
• Teoría o modelo de enfermería.....	9
• Proceso de Atención de Enfermería.....	12
• Descripción de la patología .....	14
RESULTADOS.....	21
Aplicación del Proceso Enfermero.....	23
• Valoración.....	23
• Diagnóstico.....	26

• Planificación.....	27
• Implementación.....	35
• Evaluación.....	35
• Planes de cuidados.....	41
Seguimiento Domiciliario.....	112
DISCUSIÓN.....	159
CONCLUSIONES.....	160
RECOMENDACIONES.....	161
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	162
BIBLIOGRAFÍA.....	164
ANEXOS.....	166

## **RESUMEN:**

El presente estudio de caso tuvo la finalidad de desarrollar prácticas de autocuidado en un paciente portador de colostomía mediante el Proceso de Atención de Enfermería, la valoración se realizó a través de las 14 necesidades de Virginia Henderson en el nivel hospitalario y la teoría de Dorothea Orem con el autocuidado en el nivel extra hospitalario.

La metodología empleada en este análisis de caso fue de tipo descriptivo, cualitativo prospectivo y transversal, la valoración se efectuó mediante la observación, entrevista, examen físico, historia salud enfermero e historia clínica.

Se realizó la priorización de diagnósticos en base a las necesidades del paciente y se ejecutaron actividades de Enfermería intra y extra hospitalarias usando las taxonomías NANDA-NOC-NIC, identificando los siguientes diagnósticos: **Intrahospitalarios:** dolor agudo, ansiedad, motilidad gastrointestinal disfuncional, trastorno de la imagen corporal en los cuales se trabajó con la teoría de Virginia Henderson para satisfacer las necesidades del paciente **Extra hospitalarios:** conocimientos deficientes, baja autoestima situacional, desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, déficit de autocuidado, deterioro de la interacción social, entre otros, se trabajó con la teoría de Dorothea Orem para generar el autocuidado y proporcionar independencia.

Los resultados obtenidos luego de las intervenciones fueron, la aceptación de la enfermedad por el paciente y familia, el cierre de la herida sin ninguna complicación, se generaron técnicas de autocuidado, se transmitieron conocimientos sobre la enfermedad y se fomentaron estilos de vida saludable, contribuyendo de esta manera en la salud del paciente, y cumpliendo con los objetivos propuestos.

**Palabras clave:** Autocuidado, colostomía, enfermería, necesidades, teoría, salud.

## ABSTRACT

The case study aimed to develop self-care practices in a colostomy patient by the Nursing Care Process, the assessment was carried out through 14 needs of Virginia Henderson in the hospitals and the theory of Dorothea Orem with self-care in the additional hospital level.

The methodology used in this case study was descriptive, prospective and qualitative transversal, assessment was carried out through observation, interview, physical examination, history nurse health and medical history.

Prioritizing diagnoses are made based on a patient's needs and nursing activities intra additional hospital and executed using the NANDA-NOC-NIC taxonomies by identifying the following diagnoses: Inpatient: acute pain, anxiety, gastrointestinal dysfunctional motility disorder body image which worked with the theory of Virginia Henderson in order to satisfy the needs of additional hospital patient: Deficient knowledge, low situational self-esteem, nutritional imbalance: the below requirements intake, self-care deficit, impaired social interaction and others. Dorothea Orem theory was used to generate self-care and provide independence.

Results obtained after interventions were acceptance of the disease by the patient and family, the closure of the wound without complications. Self-care techniques were generated, knowledge about the disease was transmitted and Healthy Lifestyles were fomented by contributing to the patient's health and reaching the proposed objectives.

**Keywords:** Self-care, colostomy, nursing needs, theory, health.

Reviewed by: Mgs. Dennys Tenelanda

**LANGUAGE CENTER TEACHER**



## **INTRODUCCIÓN**

El proceso de atención de enfermería es una herramienta básica indispensable en el desarrollo profesional, es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados de manera humanística considerando al ser humano como un todo, permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. (Lefevre, 2013)

Según estadísticas en Canadá un estudio transversal realizado por un grupo de investigación privado en el 2010-2011 reveló que durante ese período se realizaron aproximadamente 15.000 cirugías de ostomía, a causa de lesión de colon y recto. Actualmente la prevalencia de ostomías se estima en 2 a 4 por cada 1.500 habitantes en los países occidentales. En América Latina, Argentina reporta que 2 de cada 1.500 habitantes conviven con una ostomía, lo que supone un total de 35.000 personas. (Corella JM., 2011).

El Hospital Provincial General Docente de Riobamba presentó un promedio de 15 pacientes por año que terminaron en colostomía de los cuales los 5 casos son de colostomía permanente y los 10 casos de colostomía temporal a causa de lesión en el recto y abscesos. (HPGDR, 2015)

El presente estudio de caso se realizó en un paciente portador de colostomía, hospitalizado en el servicio de Cirugía del Hospital Provincial General Docente Riobamba. El objetivo fue aplicar el proceso enfermero en paciente portador de colostomía basado en las teorías de Virginia Henderson y Dorothea Orem, los objetivos específicos son: Valorar al paciente aplicando patrones funcionales de Marjory Gordon, la teoría de Virginia Henderson y Dorothea Orem para identificar los problemas de salud que dificultan la recuperación del paciente. Establecer diagnósticos de Enfermería reales y potenciales para brindar al paciente intervenciones individualizadas basándonos en la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Priorizar diagnósticos de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente basándonos en las taxonomías Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC). Ejecutar intervenciones de enfermería intra y extra hospitalarias enfocadas al paciente y familia mediante el cuidado directo, seguimiento domiciliario y con la aplicación de planes educativos para prevenir complicaciones y promover el autocuidado de la salud del individuo. Evaluar los resultados esperados mediante la utilización de indicadores y puntuaciones de la taxonomía Nursing Outcomes Classification (NOC).



Para la recopilación de datos se utilizaron: La entrevista, examen físico, historia salud enfermero por patrones funcionales de Marjory Gordon, formatos de valoración de Virginia Henderson y Dorothea Orem e historia clínica.

En este estudio de caso se aplicaron dos teorías: La teoría de Virginia Henderson que destaca en asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de actividades que contribuyan a su salud recuperando su independencia o logrando una muerte digna. Esto permite identificar las necesidades de los pacientes y formular estrategias efectivas, involucrando a la familia en el cuidado y entregando el sustento teórico de los cuidados de enfermería de una forma sistemática, y se aplicó la teoría de Dorothea Orem que se basa en ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias. Esta teoría es una herramienta fundamental en el ejercicio profesional, guía el trabajo práctico de forma sistematizada, centrándose en las necesidades de salud del usuario con un enfoque holístico, para proporcionar cuidados individualizados durante el seguimiento domiciliario.

Se identificaron los diagnósticos de enfermería siendo el más relevante el trastorno de la imagen corporal, realizando seguimiento de manera oportuna para lograr la comprensión y tranquilidad del paciente, quien sentía miedo, y rechazo de la sociedad; de la misma manera se identificaron otros diagnósticos como ansiedad lo cual no se modificó por completo, porque se encuentra presente en todas las personas con cualquier suceso inesperado en su estado de salud.

Se brindó apoyo emocional al paciente y familia durante la estancia hospitalaria porque la recuperación era complicada por estar expuesta a infectarse, razón por la cual se dio seguimiento domiciliario y se ejecutaron los planes de cuidado, permitiendo lograr los objetivos a través del cuidado directo y la educación tanto al paciente como a su familia.

## **JUSTIFICACIÓN:**

Actualmente existe un alto porcentaje de pacientes ostomizados en el Ecuador, la mayoría son adultos, se evidencia el reingreso de usuarios con infecciones impidiendo su recuperación, esto se da debido a que en la estancia hospitalaria se les proporciona información limitada acerca de los cuidados del estoma por tal motivo se da el desconocimiento y la desinformación sobre higiene, dieta y se ve afectada la percepción de la imagen lo que impide una pronta recuperación. (Cepeda & Joan, 2014)

Esta investigación tiene como propósito brindar al paciente cuidados y apoyo mediante la satisfacción de necesidades y fomento del autocuidado con la aplicación del Proceso de atención de enfermería y la elaboración de planes de cuidados individualizados, con intervenciones y objetivos esperados aplicados mediante seguimiento domiciliario, y evaluando constantemente con indicadores y puntuaciones de la taxonomía NOC, los resultados, generando habilidades y destrezas para mejorar el autocuidado del paciente y la satisfacción de las necesidades básicas.

Los beneficiarios de este estudio de caso son: el usuario y la familia por ser quienes participan en los cuidados y educación, adquiriendo conocimiento del manejo adecuado de la colostomía. La Universidad Nacional de Chimborazo especialmente la carrera de Enfermería, porque contara con este caso que servirá de guía sobre la atención de enfermería a pacientes ostomizados, permitiendo a los estudiantes fortalecer sus conocimientos y elaborar planes de cuidado apropiados que ayuden a prevenir complicaciones a corto y largo plazo.

Este análisis de caso es factible porque cuenta con el consentimiento informado del paciente, la colaboración y apoyo de la familia lo que permite proporcionar el bienestar integral del paciente, comprometiéndonos de esta manera a promocionar la salud y prevenir la enfermedad y mediante este trabajo tener una evidencia de ejecución.

## **OBJETIVOS**

- **Objetivo General**

Aplicar el proceso enfermero en paciente portador de colostomía basado en las teorías de Virginia Henderson y Dorothea Orem.

- **Objetivos Específicos**

- ✓ Valorar al paciente aplicando patrones funcionales de Marjory Gordon, la teoría de Virginia Henderson y Dorothea Orem para identificar los problemas de salud que dificultan la recuperación del paciente.
- ✓ Establecer diagnósticos de Enfermería reales y potenciales para brindar al paciente intervenciones individualizadas basándonos en la taxonomía NANDA.
- ✓ Priorizar diagnósticos de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente basándonos en las taxonomías NOC y NIC.
- ✓ Ejecutar intervenciones de Enfermería intra y extra hospitalarias enfocadas al paciente y familia mediante el cuidado directo, seguimiento domiciliario y con la aplicación de planes educativos para prevenir complicaciones y promover el autocuidado de la salud del individuo.
- ✓ Evaluar los resultados esperados mediante la utilización de indicadores y puntuaciones de la taxonomía NOC.

## **METODOLOGIA:**

El diseño metodológico que se utilizó en este estudio de caso fue:

**Según el tiempo:** Es prospectivo, debido a que se siguió el caso desde la captación hacia los efectos de la aplicación de las intervenciones de enfermería.

**Según el período:** Es transversal, porque el proceso investigativo se realizó en un tiempo corto y mientras se proporciona educación, y se evalúa el avance del nivel de salud del paciente y la familia en relación a los cuidados de enfermería.

**Según el análisis:** Es descriptivo porque nos da a conocer conocimientos y actitudes con el fin de dar una idea clara para una determinada situación. (Andrade, 2011)

**Diseño de investigación:** Es cualitativa porque investiga las características de salud del paciente, los cambios que presenta como físicos, psicológicos y sociales en su vida cotidiana, identifica los problemas de salud y desarrolla acciones para solucionarlos. (Alvarado, 2008)

**Técnicas de recolección de datos:** entrevista, examen físico, historia salud enfermero por patrones funcionales de Marjory Gordon, formatos de valoración de Virginia Henderson y Dorothea Orem e historia clínica.

Se ejecutaron 4 visitas hospitalarias y 12 visitas domiciliarias.

El consentimiento informado se obtuvo luego de la presentación de los objetivos del estudio de caso al paciente y familia, dándole a conocer la confidencialidad y sus derechos.

## MARCO TEORICO:

- **Antecedentes**

Existen investigaciones similares y publicadas acerca de pacientes colostomizados, pero no se relacionan en su totalidad con el tema de estudio de caso, se refieren a los conocimientos y prácticas sobre el autocuidado, rehabilitación social, autoaprendizaje y experiencias de pacientes ostomizados, mas no lo relacionan con las acciones de enfermería.

Bocardo García, L; Nogueira Aranda, S; Ribiero Alburque, E; Kazue Ferreira, A; Santos Braga, L; en el año 1997, en Brasil; realizaron un estudio sobre: “*LOS ASPECTOS DE LA REHABILITACION SOCIAL DEL OSTOMIZADO*”; cuyo objetivo fue verificar las dificultades presentadas por los ostomizados atendidos en dos servicios ambulatorios de la ciudad de Sao Paulo al retornar a sus actividades cotidianas (domésticas, trabajo y sexuales) utilizo un método descriptivo, la población estuvo conformada por 45 ostomizados, subdivididos en 3 grupos conforme el tiempo de post operados, El instrumento utilizado fue un formulario semiestructurado y la técnica fue la entrevista. Se puede verificar que la mayor parte de los ostomizados no retornan totalmente al trabajo, apenas parcialmente a las actividades de la vida diría, y las actividades sexuales es lo más difícil. Dentro las justificativas referidas por los 3 grupos destacan los problemas físicos, inseguridad e inadecuada utilización del dispositivo.

Conclusión: Que la reinserción social es un desafío para el ostomizado, y una preocupación para el equipo interdisciplinario. (Bocardo, 1997)

Rodríguez Fernández, M; en el año 1996, en Brasil; realizo un estudio titulado “*COLOSTOMIA RELATO DE EXPERIENCIA VIVENCIA POR CLIENTES COLOSTOMIZADOS DESPUES DE LA HOSPITALIZACION*” cuyo objetivo fue: Identificar las necesidades humanas básicas relatadas por los mismos pacientes colostomizados después de la hospitalización, utilizo el método descriptivo, la población estuvo conformada por un grupo de pacientes de la Asociación minera de los ostomizados, el instrumento fue un formulario tipo cuestionario.

Conclusiones: El equipo de enfermería fueron los únicos que le dieron asistencia a los pacientes, atendieron sus necesidades en el periodo de hospitalización, les brindaron información de su enfermedad durante la hospitalización y después del alta, pero que el tiempo es corto y no respondieron todas sus interrogantes sobre su nuevo estado de vida generando en ellos temor a su nueva experiencia de adaptación. Las necesidades básicas relacionadas fue la falta de información sobre el descanso, recreación, vida sexual y reinserción al trabajo. (Rodriguez, 1996)

Montovani Oliveira, M; en el año 1994, en Brasil; realizo un estudio titulado *EL PROCESO INTERACTIVO DE VIVIR CON EL ESTOMA PROPICIANDO LA ENSEÑANZA Y AUTOAPRENDIZAJE* su objetivo fue implementar la práctica asistencial orientado por los conceptos de teoría de percepción de interacción de Calixta Roy; utilizo el método descriptivo. La población estuvo conformada por pacientes ostomizados de la comunidad. El trabajo fue realizado en el periodo Agosto – Octubre 1995 El proceso que fue utilizado consto de 4 fases: encuentro inicial, visitas de acompañamiento, encuentros en grupo y evaluación.

Conclusiones: La necesidad de información, el miedo, la negación de la ostomía, la asistencia prestada, las creencias y los valores, en el proceso interactivo fue desencadenando y facilitando con la percepción y comunicación de dos actores envueltos. Se propuso una fórmula alternativa para el contexto hospitalario, utilizar como estrategia la participación de ostomizados de la comunidad para la formación de agentes múltiples en el proceso de enseñar y aprender a convivir con una ostomía. (Montovani, 1994)

- **Teoría o modelo de enfermería**

**Virginia Henderson:** Define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

**Las necesidades humanas básicas según Henderson son:**

- 1°.- Respirar con normalidad.
- 2°.- Comer y beber adecuadamente.

- 3°.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5°.- Descansar y dormir.
- 6°.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7°.- Mantener la temperatura corporal.
- 8°.- Mantener la higiene corporal.
- 9°.- Evitar los peligros del entorno.
- 10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

**Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:**

- **Persona:** Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.
- **Entorno:** Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidado.
- **Salud:** La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería

- Cuidado:** Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales. (Fernandez, 2013)

**Dorothea Orem:** Define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

**a) Teoría del Autocuidado:** Es una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio en su vida, salud o bienestar". (Eligan, 2013)

**Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:**

- **Requisitos de autocuidado universal:** Incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

**b) Teoría del déficit de autocuidado:** Explica las causas que pueden provocar déficit de autocuidado en individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud que no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

**c) Teoría de los sistemas de enfermería:** En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera suplente al individuo.

- **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de enfermería proporciona autocuidados. (Eligan, 2013)

- **Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado adquiriendo conocimientos.



- **Proceso de atención de enfermería**

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático, racional y lógico basado en el método científico, que permite proporcionar cuidados humanizados orientados al logro de resultados esperados que contribuye a la promoción, prevención, mantenimiento y restauración de la salud del individuo, familia y comunidad. (Contero, 2010)

**Fases del Proceso de Atención de Enfermería:**

- **Valoración:** Fase donde se realiza la recolección de datos de forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería.
- ❖ **Valoración céfalo-caudal:** Se valora iniciando desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- ❖ **Valoración por sistemas y aparatos:** se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, empezando por las zonas más afectadas.
- ❖ **Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon:** Describen 11 áreas referentes a la salud que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades y grupos de edad con un enfoque integral en situaciones de salud o enfermedad.
- ❖ **Valoración por Dominios:** Es una esfera de actividad, estudio o interés. (Taxonomía II de la NANDA con 13 dominios, 47 clases y 217 diagnósticos enfermeros). (Herdman, 2012).

Para realizar la valoración se requiere de:

- ❖ **Datos subjetivos:** Son datos que no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente.
- ❖ **Datos objetivos:** Son datos que se pueden medir por cualquier escala o instrumento.

- ❖ **Datos históricos:** Son aquellas situaciones que han ocurrido anteriormente y cuyos datos se encuentran registrados en fuentes secundarias, la principal fuente es la historia clínica.
- ❖ **Datos actuales:** Son sucesos que están aconteciendo en ese momento y son susceptibles de ser medidos y observados por otra persona.

### **Métodos y técnicas de recolección de datos**

Los métodos y técnicas más utilizados para la recolección de datos son:

- ❖ **Entrevista clínica:** Técnica verbal que permite obtener datos subjetivos sobre problemas de salud del paciente, familia y/o comunidad.
  - ❖ **Observación:** Permite describir hechos o acontecimientos de la realidad a través del uso de los sentidos, que se realiza al objeto o sujeto de estudio.
  - ❖ **Examen físico:** Técnica de observación directa, utilizada para obtener datos objetivos o signos relacionados con los síntomas que refiere el paciente y se realiza céfalo-caudal mediante las técnicas de exploración que son: inspección, palpación, percusión, auscultación.
- **Diagnóstico:** Segunda fase en la cual el personal de enfermería utiliza habilidades de pensamiento crítico para identificar problemas que se interpreta a través de los datos obtenidos y proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería Identificando que tipo de diagnóstico es: Dg. Real, Dg. Potencial o de Riesgo, Dg. de Síndrome, Dg. de Promoción de la Salud
  - **Planificación:** Tercera fase, permite desarrollar estrategias para prevenir, disminuir o corregir los problemas identificados en la valoración, algunos problemas no se corrigen, por tanto el personal de enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias
  - **Ejecución:** Cuarta fase, aquí se ejecutan las intervenciones del plan de cuidados, en donde el profesional de enfermería realiza una serie de cuidados que involucran actividades, conocimientos, procedimientos y actitudes hacia el paciente. (Cazorla, 2012)

- **Evaluación:** Fase final en la que se examinan los resultados de las acciones de enfermería, siendo una acción continua y formal presente a lo largo de todo el Proceso de Atención de Enfermería, las conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería. (Cazorla, 2012)

- **Descripción de la patología**

### **Ostomía**

**Definición:** Una ostomía es una intervención quirúrgica en la que se practica una apertura (estoma) en la pared abdominal para dar salida a una víscera al exterior, como el tracto intestinal o uno o ambos uréteres, con la finalidad de poder desechar la orina o heces que se recogen en un dispositivo.

### **Epidemiología**

La realización de la colostomía tras una intervención quirúrgica se realiza con fines curativos o paliativos, entre las indicaciones están: causas inflamatorias, traumatismos y cuadros obstructivos. La causa más frecuente en nuestro medio es el vólvulo de sigma siendo el responsable del 8% de todas las obstrucciones intestinales. Las ostomías más comunes son la colostomía e ileostomía para eliminar las heces, y la urostomía para eliminar la orina. Estos procedimientos se realizan en todos los grupos de edad, desde los neonatos hasta los ancianos.

No es fácil acceder a las estadísticas en relación a la frecuencia exacta de las ostomías; en Canadá un estudio transversal realizado por un grupo de investigación privado en 2010 - 2011 reveló que durante ese período se realizaron aproximadamente 15.000 cirugías de ostomía. Actualmente la prevalencia de ostomías se estima en 2 a 4 por cada 1.500 habitantes en los países occidentales. Según la Asociación Española de Cirujanos el 1.5 por mil de la población española es portadora de una ostomía, aproximadamente entre 70.000 – 80.000 pacientes ostomizados. De ellos 12% era urostomías, 75% colostomías y 10% ileostomías. (Corella JM., 2011). En América Latina, Argentina reporta que 2 de cada 1.500 habitantes conviven con una ostomía, lo que supone un total de 35.000 personas. En el Hospital General Docente De Riobamba presentó un promedio de 15 pacientes por año

que terminan en colostomía de los cuales los 5 casos han terminado en colostomía permanente y los 10 casos con colostomía temporal.

### **Valoración de un estoma**

- ❖ Se debe valorar:
- ❖ El Tipo de ostomía
- ❖ Vitalidad estoma
- ❖ Color: tonalidades rosáceas al rojo más intenso
- ❖ Humedad es normal
- ❖ Un ligero sangrado al lavarlo puede ser normal
- ❖ No tiene terminaciones nerviosas de dolor y por tanto al tocarlo o lavarlo no duele.
- ❖ No es una herida; es mucosa intestinal, su color rosáceo se debe a la gran cantidad de capilares sanguíneos y por ello sangra con mayor facilidad que la piel
- ❖ Presencia y características de los fluidos
- ❖ Piel periestomal.

### **Clasificación**

**Según su permanencia:** Temporales y definitivas

**Según la técnica:** Hartmann y en asa

**Según su función:**

**Estomas de nutrición:** Esofagostomía, faringostomía, gastrostomía, yeyunostomía

**Estomas de eliminación: Urinaria:** urostomía abertura creada quirúrgicamente en el abdomen que permite la salida de orina del cuerpo.

**Digestivas:** ileostomía abertura quirúrgica en la pared abdominal, el extremo del íleon es traído hacia la abertura para formar el estoma, usualmente en el lado inferior derecho del abdomen. (Corella, 2012)

### **Colostomía**

Exteriorización del colon a la pared abdominal, creando una salida artificial para el contenido fecal.

## **Tipos de colostomía**

**Colostomía ascendente:** Se localiza a nivel del colon ascendente, en el lado derecho del abdomen, debido a la zona del colon donde se encuentra el estoma, los desechos intestinales eliminados serán bastante líquidos, puesto que los alimentos no recorren la suficiente cantidad de colon como para que se produzca una correcta absorción de fluidos.

**Colostomía transversa:** Se realiza a nivel del colon transverso, en la parte superior del abdomen y hacia la parte media o derecha del cuerpo, permitiendo que las heces salgan del colon antes de llegar al colon descendente, recto y ano.

**Colostomía sigmoidea o descendente:** Se localiza al final del colon descendente en el lado inferior izquierdo del abdomen, debido a la localización de este estoma los alimentos recorren una cantidad suficiente de colon como para que tenga lugar la correcta absorción de líquidos, dando como resultado que los desechos sean sólidos y pueden ser regulares, las posibilidades de irritación de la piel alrededor del estoma son muy bajas, puesto que las heces ya no tienen contenido enzimático. (Dan, 2012)

## **Indicaciones de las colostomías**

- ❖ **Definitivas:** cuando la lesión distal a ella no puede ser extirpada o cuando siendo extirpada no hay posibilidades de restablecer el tránsito. Está indicada en:
  - ✓ Cáncer de colon
  - ✓ Cáncer anal
  - ✓ Neoplasias rectosigmoideas no resecables
  - ✓ Lesiones de la médula espinal
  - ✓ Lesiones traumáticas anales o rectales
  - ✓ Prolapso rectal intratable
- ❖ **Temporales:** tienen por objeto derivar el tránsito o mientras tratamos una afección distal a ella; una vez mejorada, esta pierde su objetivo y debe ser cerrada para reconstruir el tránsito. Se realiza para resolver la fase aguda de algunas de las enfermedades como:
  - ✓ Obstrucción intestinal aguda
  - ✓ Diverticulitis
  - ✓ Vólvulo de sigma

- ✓ Malformaciones congénitas
- ✓ Fístula rectovaginal o rectovesical
- ✓ Fístulas altas
- ✓ Traumatismo de colon y recto
- ✓ Cirugía de colon izquierdo y recto

### **Complicaciones precoces**

- ❖ Edema
- ❖ Hemorragia
- ❖ Necrosisal
- ❖ Deshincencia
- ❖ Infección periestomal
- ❖ Retracción
- ❖ Evisceración

### **Complicaciones tardías**

- ❖ Dermatitis
- ❖ Estenosis
- ❖ Hernia
- ❖ Prolapso
- ❖ Granuloma.

### **Bolsas recolectoras**

Las bolsas vienen en muchos estilos y tamaños, pero todas tienen la misma función de recolectar la materia fecal drenada que se expulsa a través del estoma. Algunas pueden ser de fondo abierto para su fácil vaciado, otras son cerradas y se quitan al llenarse y otras permiten que la barrera adhesiva para la piel conocida también como lámina frontal o reborde, permanezca sobre el cuerpo mientras la bolsa es desprendida y lavada, para usarse de nuevo.

Las bolsas son hechas de materiales resistentes a los olores y varían en costo, y pueden ser transparentes u opacas, así como de distintas longitudes.

Hay dos tipos principales de sistemas, ambos tipos incluyen una parte que se adhiere a su piel llamada cubierta frontal, reborde, barrera cutánea u oblea, y una bolsa para la recolección.

Los sistemas de una pieza se colocan en la barrera dérmica.

Los sistemas de dos piezas consisten en una barrera dérmica y una bolsa que se puede separar de la barrera.

La lámina frontal o reborde de la bolsa puede requerir que se haga un orificio para el estoma, o puede que ya venga hecho a la medida predeterminada, está diseñada para proteger la piel contra la materia fecal que sale del estoma y para ser tan suave en la piel como sea posible.

### **Cubiertas para el estoma**

Se puede doblar cuidadosamente una gasa o un pañuelo facial desechable y después remojarlo con un lubricante soluble en agua, para luego colocarlo sobre el estoma y después cubrirlo con un trozo de tela plástica, este tipo de vendaje se puede adherir con cinta adhesiva médica, con la ropa interior o una prenda elástica. También existen unas tapas para estoma hechas de plástico, las cubiertas para el estoma pueden usarse para colostomías que expulsan materia fecal en intervalos regulares y esperados.

### **Impacto psicológico y social en un paciente con ostomía**

El impacto psicológico en un paciente con ostomía puede ser devastador para la imagen corporal y aspecto sexual del paciente ya que la realización de una ostomía supone una agresión, y todos los pacientes ven este aspecto de su vida afectado y lo viven con mucha preocupación porque no saben cómo será su vida posterior, el paciente se debe adaptar al nuevo cambio en su imagen corporal, y vivirá esto como un periodo de duelo que pasará por diferentes fases, de igual forma le provocará ansiedad, depresión, que se traducirá en la no aceptación del estoma, en agresividad y en retraimiento de las relaciones personales. Por ello consideran que la aceptación de la nueva imagen corporal es fundamental para que el paciente acepte el estoma y se integre de nuevo en la sociedad. Además, el paciente ostomizado puede temer el rechazo de sus amigos y la familia, esto puede conducir al aislamiento social, por eso el apoyo de la familia, y de la enfermera es imprescindible y

fundamental para la adaptación psicológica, social, recuperación del paciente y lograr una rehabilitación exitosa.

La educación del paciente ostomizado es importante porque reduce las complicaciones postoperatorias, disminuye los estados depresivos y el estrés en el paciente y su familia, logra la reintegración laboral precoz, mejora la aceptación del problema, acelera la rehabilitación y reduce las ideas y conductas suicidas. (Hidalgo, 2012)

Cuando el paciente es capaz de hablar con los amigos y la familia sobre sus sentimientos, sin miedo, angustia, ni hostilidad, es cuando empieza a superar sus problemas y, sobre todo, los superará si cuenta con el apoyo de su familia, la enfermera es clave en este aspecto pues apoya a la familia y al paciente como un todo, favorece un diálogo abierto donde todos ellos pueden expresar sus preocupaciones y fomentan la cohesión familiar.

Es importante hacer hincapié en que las enfermeras son los profesionales que pasan el mayor tiempo con el paciente por lo que su intervención será muy influyente debiendo proporcionar una atención integral a las personas con estomas, asesorando sobre la recuperación postoperatoria, y deben conseguir reinsertar al paciente ostomizado en el mismo lugar de la sociedad que ocupaba antes de la intervención y rehabilitarlo satisfactoriamente hasta que se sienta capacitado y pueda reanudar su vida con éxito. (Gallo, 2012)

### **Apoyo del gobierno ecuatoriano a pacientes ostomizados**

El gobierno ecuatoriano apoya en un 30% a los pacientes ostomizados, esto se debe a factores económicos, falta de espacio físico, y adquisición de personal especializado, sin embargo en determinadas casas de salud como en el Hospital Oncológico SOLCA Quito se ha implementado la unidad de manejo de ostomías para brindar un adecuado manejo y cuidado de ostomías mediante la elaboración del protocolo de atención de enfermería y guía de autocuidado para el paciente ostomizado, así como la formación y capacitación del grupo de enfermeras en ostomías y el compromiso de las personas involucradas en el adecuado cuidado de estos pacientes lo que permitirá una atención adecuada, mejorando el estado de salud, brindando tratamiento, atención integral, involucrando al cuidador y grupo familiar, dando como resultado una mejor calidad de vida. (Campana, 2013)



En el Hospital Dr Verdi Cevallos Balda de Portoviejo se ejecutó un proyecto de acción cuyo objetivo fundamental fue mejorar la calidad de atención al paciente con colostomía mediante el diseño e implementación de un plan de atención integral, capacitación a médicos residentes sobre el manejo de estos pacientes y conformación de club de ostromizados para mejorar su calidad de vida, sin embargo existe un débil liderazgo en gestión, desinterés de autoridades hospitalarias, y déficit de recursos económicos y tecnológicos, motivos por los que se deteriora la salud del paciente y demora su recuperación aumentando el riesgo de morbilidad. (Fiallos, 2012).

## **RESULTADOS**

Paciente de iniciales L.A.O.P. de sexo masculino, de 49 años de edad, portador de colostomía 8 meses realizada en la ciudad de Quito por antecedentes de fisura rectal a causa de estreñimiento, acude el 7 de Agosto del 2015 al Hospital Provincial General Docente Riobamba para que se le practique la restitución de tránsito intestinal, al séptimo día el paciente presenta dolor y distensión abdominal y se identifica adherencias de epiplón a peritoneo parietal y se realiza nuevamente una colostomía, se valora el 15 de Agosto del 2015 y al examen físico se evidencio piel pálida, abdomen distendido, doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos disminuidos, presencia de colostomía a nivel de flanco izquierdo con funda con contenido de heces blandas, estoma con buen color e irrigación sanguínea, piel periestomal sin signos de infección se observa herida quirúrgica a nivel de mesogastrio de 10 cm, en el flanco derecho se observa herida por colostomía anterior.

El tratamiento que recibió fue: hidratación, suplementos vitamínicos intravenosos, antibioticoterapia, analgesia.

Se solicita la colaboración al paciente y familia que participe del estudio de caso, dándoles a conocer los objetivos, ventajas, y enseñanza para la realización del seguimiento hospitalario y domiciliario, el paciente acepta la propuesta y el proceso de atención de enfermería se desarrolla durante el periodo de Agosto - Octubre del 2015, identificando los siguientes patrones funcionales y diagnósticos alterados:

Patrón 2 nutricional metabólico, patrón 3 eliminación-intercambio, patrón 4 actividad-ejercicio, patrón 6 cognitivo-perceptual, patrón 7 autopercepción-auto concepto, patrón 8 rol-relaciones, patrón 9 sexualidad-reproducción

Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades se superó de 2 desviación sustancial del rango normal a 4 desviación del rango normal.

-Motilidad gastrointestinal disfuncional de 2 sustancialmente comprometido a 4 levemente comprometido.

-Déficit de autocuidado de 2 raramente demostrado a 4 frecuentemente demostrado.

-Dolor agudo de 2 raramente demostrado a 4 frecuentemente demostrado.

-Transtorno de la imagen corporal de 2 raramente positivo a 4 frecuentemente positivo.

-Interrupción de los procesos familiares de 2 raramente demostrado a 5 siempre demostrado.

-Patrón sexual ineficaz de 2 raramente positivo a 4 frecuentemente positivo.

De esta manera se brindó cuidados de enfermería, disminuyendo el riesgo de infección y el riesgo de deterioro de la integridad cutánea, generando habilidades de autocuidado esenciales para mantener la salud del paciente.

## APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

### Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y Virginia Henderson

PATRONES FUNCIONALES MARGORY GORDON	NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	DATOS SIGNIFICATIVOS	DIAGNÓSTICOS
Patrón 1.- <b>Percepción</b> <b>manejo de la salud.</b>	<b>NECESIDAD 9:</b> Evitar peligros.	-Dificultad en el régimen terapéutico -Se puede dar por cuidado inadecuado del estoma.	<b>(00078)</b> Gestión ineficaz de la propia salud. <b>(00004)</b> Riesgo de Infección.
Patrón 2.- <b>Nutrición</b> <b>-Metabólico.</b>	<b>NECESIDAD 2:</b> Comer y beber adecuadamente.  <b>NECESIDAD 8:</b> Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.	-Apetito disminuido ,el paciente come 2 veces al día en mínimas cantidades.  -Se puede dar cambios en la turgencia de la piel.	<b>(0002)</b> Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades. <b>(00047)</b> Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
Patrón 3.- <b>Eliminación-Intercambio.</b>	<b>NECESIDAD 3:</b> Eliminar los desechos corporales.	Ruidos intestinales disminuidos.	<b>(00196)</b> Motilidad gastrointestinal disfuncional.
Patrón 4.- <b>Actividad-Ejercicio.</b>	<b>NECESIDAD 8:</b> Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel  <b>NECESIDAD 4.-</b> Moverse y mantener posturas adecuadas.	-Higiene inadecuada.  -Limitación de la amplitud del movimiento.  -El paciente desea	<b>(00108)</b> Déficit de autocuidado <b>(00085)</b> Deterioro de la movilidad física.  <b>(00182)</b>

	<b>NECESIDAD 14:</b> Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.	aumentar el autocuidado.	Disposicion para mejorar el autocuidado.
Patrón 5.- <b>Sueño descanso</b>	<b>NECESIDAD 5:</b> Dormir y descansar.	No concilia el sueño le preocupa su estado de salud.	<b>(00095)</b> Insomnio.
Patrón 6.- <b>Cognitivo-Perceptivo.</b>	<b>NECESIDAD 14:</b> Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud. <b>NECESIDAD 9:</b> Evitar peligros.	-Por su nivel de instrucción primario se dificulta la comprensión de temas educativos. -Dolor abdominal.	<b>(00126)</b> Conocimientos deficientes. <b>(00132)</b> Dolor agudo.
Patrón 7.- <b>Autopercepción - Auto concepto.</b>	<b>NECESIDAD 12:</b> Autorrealización.	-El paciente esta triste por su imagen corporal -El paciente manifiesta que su problema de salud le impide desenvolverse.	<b>(00118)</b> Transtorno de la imagen corporal. <b>(00120)</b> Baja autoestima situacional.
Patrón 8.- <b>Rol-Relaciones.</b>	<b>NECESIDAD 10:</b> Comunicarse y relacionarse con los otros.	-Cambios en la relación familiar. -Al paciente le avergüenza su aspecto y no se relaciona con	<b>(00060)</b> Interrupción de los procesos familiares <b>(00052)</b> Deterioro de la interacción social.

		otras personas.	
Patrón 9.- <b>Sexualidad- Reproducción.</b>	<b>NECESIDAD 10:</b> Comunicarse y relacionarse con los otros.	-El paciente expresa limitación en la intimidad sexual.	<b>(00065)</b> Patrón sexual ineficaz.
Patrón 10.- <b>Adaptación Tolerancia al estrés.</b>	<b>NECESIDAD 9:</b> Evitar peligros.	El paciente está nervioso por su estado de salud.	<b>(00146)</b> Ansiedad.

## **Valoración domiciliaria mediante la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem**

### **Teoría de autocuidado**

**Requisitos de autocuidados universales:** El patrón de eliminación se ve alterado por la intervención quirúrgica en donde sus heces en lugar de salir por el tránsito normal salen por el abdomen; las actividades físicas están limitadas por la colostomía, las relaciones familiares y sociales son muy difíciles por los cambios de carácter del paciente, la baja autoestima genera momentos de ansiedad y tristeza y esto no permite un descanso adecuado.

**Requisitos de desviación de la salud:** Existe un desconocimiento sobre la enfermedad.

**Requisitos de autocuidados de desarrollo:** El paciente es consciente de que la colostomía es parte del tratamiento terapéutico, esta situación le genera preocupación por el cambio en el estado de salud, cambio en la imagen corporal y en la vida diaria, pero está dispuesto a colaborar y adquirir conocimientos y habilidades para generar su autocuidado.

## **Diagnóstico**

En esta etapa se priorizaron los diagnósticos de enfermería reales o potenciales de acuerdo a las necesidades del paciente.

### **Priorización de diagnósticos**

#### **Diagnósticos intra hospitalarios**

- ✓ 00132 Dolor agudo: **R/C** Agentes lesivos físicos **M/P** Conducta expresiva (inquietud, llanto, irritabilidad, gemidos, suspiros), postura para evitar el dolor, expresa dolor.
- ✓ 00146 Ansiedad: **R/C** Cambio en el estado de salud **M/P** Nerviosismo, temor, preocupación, voz temblorosa.
- ✓ 00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional: **R/C** Secundario a cirugía (colostomía) **M/P** Dolor abdominal, cambio en los ruidos intestinales hipoactivos.
- ✓ 00126 Conocimientos deficientes: **R/C** Falta de exposición **M/P** Informa del problema.
- ✓ 00118 Transtorno de la imagen corporal: **R/C** secundario a intervención quirúrgica (colostomía) **M/P** No toca una parte del cuerpo, preocupación por el cambio, expresa cambio en el estilo de vida
- ✓ 00120 Baja autoestima situacional: **R/C** Alteración de la imagen corporal **M/P** Expresa que la situación actual desafía su valía personal.

#### **Diagnósticos extra hospitalarios**

- ✓ 00126 Conocimientos deficientes: **R/C** Falta de exposición **M/P** Informa del problema.
- ✓ **00078** Gestión ineficaz de la propia salud: **R/C** Complejidad del régimen terapéutico **M/P** Expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos.
- ✓ 00146 Ansiedad: **R/C** Cambio en el estado de salud **M/P** Angustia, temor, preocupación.
- ✓ 00118 Transtorno de la imagen corporal: **R/C** secundario a intervención quirúrgica (colostomía) **M/P** No toca una parte del cuerpo, expresa cambio en el estilo de vida.

- ✓ 00120 Baja autoestima situacional: **R/C** Alteración de la imagen corporal **M/P**  
Expresa que la situación actual desafía su valía personal.
- ✓ 00002 Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades **R/C** Incapacidad para absorber los nutrientes **M/P** Cólico abdominal.
- ✓ 00108 Déficit de autocuidado: **R/C** Debilidad **M/P** Incapacidad para lavarse el cuerpo, incapacidad para secarse el cuerpo.
- ✓ 00085 Deterioro de la movilidad física: **R/C** Ansiedad, dolor **M/P** limitación de la amplitud de movimiento, enlentecimiento del movimiento.
- ✓ 00065 Patrón sexual ineficaz: **R/C** Falta de intimidad **M/P** Informe de limitaciones en las conductas sexuales
- ✓ 00095 Insomnio: **R/C** Ansiedad **M/P** Expresa dificultad para conciliar el sueño, expresa insatisfacción con el sueño.
- ✓ 00060 Interrupción de los procesos familiares: **R/C** cambios en el estado de salud de un miembro de la familia **M/P** cambios en la satisfacción de la familia.
- ✓ 00052 Deterioro de la interacción social: **R/C** Trastorno del autoconcepto **M/P** Interacción disfuncional con los demás.
- ✓ 00182 Disposición para mejorar el autocuidado: **R/C** Estado de salud **M/P** Expresa deseos de aumentar el autocuidado.
- ✓ 00004 Riesgo de infección: **R/C** defensas primarias inadecuadas (rotura de piel), aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos (presencia de estoma).
- ✓ 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: **R/C** cambios en la turgencia de la piel, deterioro de la sensibilidad

### **Planificación**

Objetivos esperados (NOC). La planificación consiste en elaborar estrategias para el cuidado de la salud del paciente

### **Diagnósticos intrahospitalarios**



## CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

DIAGNOSTICO	RESULTADO	INDICADOR	INTERVENCIONES
<p><b>00132 DOLOR AGUDO:</b> R/C Agentes lesivos físicos.</p> <p><b>M/P</b> Conducta expresiva (inquietud, llanto, irritabilidad, gemidos, suspiros), postura para evitar el dolor, expresa dolor.</p>	<p><b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p><b>Clase:</b> Conducta de salud (Q)</p> <p><b>Resultados:</b> Control del dolor</p> <p><b>1605</b></p>	<p><b>160501</b> Reconoce factores causales.</p> <p><b>160511</b> Refiere dolor controlado.</p>	<p><b>1400</b> Manejo del dolor.</p> <p><b>2210</b> Administración de analgésicos.</p>
<p><b>00146 ANSIEDAD:</b> R/C Cambio en el estado de salud.</p> <p><b>M/P</b> Nerviosismo, temor, preocupación, voz temblorosa.</p>	<p><b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III)</p> <p><b>Clase:</b> Adaptación psicosocial (N)</p> <p><b>Resultado:</b> Aceptación: estado de salud</p> <p><b>1300</b></p>	<p><b>130017</b> Se adapta al cambio en el estado de salud.</p> <p><b>130010</b> Superación de la situación de salud.</p>	<p><b>5230</b> Aumentar el afrontamiento.</p> <p><b>5240</b> Asesoramiento.</p>
<p><b>00196 MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL:</b> R/C Secundario a cirugía (colostomía).</p> <p><b>M/P</b> Dolor abdominal, distensión abdominal.</p>	<p><b>Dominio:</b> Salud fisiológica (II)</p> <p><b>Clase:</b> Nutrición (K)</p> <p><b>Resultado:</b> Función gastrointestinal</p> <p>1015</p>	<p><b>101508</b> Ruidos abdominales.</p> <p><b>101514</b> Distensión abdominal.</p>	<p><b>0430</b> Manejo intestinal.</p>
<p><b>00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES:</b> R/C Falta de exposición.</p> <p><b>M/P</b> Informa del problema.</p>	<p><b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p><b>Clase:</b></p>	<p><b>180302</b> Proceso de la enfermedad.</p>	<p><b>5602</b> Enseñanza: proceso de enfermedad.</p> <p><b>5522</b> Facilitar el aprendizaje.</p>

	<p>Conocimientos sobre salud (S)</p> <p><b>Resultado:</b></p> <p>Conocimiento: proceso de la enfermedad <b>1803</b></p>		
<p><b>00118</b></p> <p><b>TRANSTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL:</b> R/C secundario a intervención quirúrgica (colostomía)</p> <p><b>M/P</b> No toca una parte del cuerpo, preocupación por el cambio, expresa cambio en el estilo de vida</p>	<p><b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III)</p> <p><b>Clase:</b> Bienestar psicológico (M)</p> <p><b>Resultado:</b> Imagen corporal <b>1200</b></p>	<p><b>120016</b> Actitud hacia tocar la parte corporal afectada.</p> <p><b>120007</b> Adaptación a cambios en el aspecto físico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5220 Potenciación de la imagen corporal.</li> <li>• 5270 Apoyo emocional.</li> </ul>
<p><b>00120 BAJA</b></p> <p><b>AUTOESTIMA SITUACIONAL:</b></p> <p><b>R/C</b> Alteración de la imagen corporal</p> <p><b>M/P</b> Expresa que la situación actual desafía su valía personal.</p>	<p><b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III)</p> <p><b>Clase:</b> Bienestar psicológico (M)</p> <p><b>Resultado:</b> Autoestima <b>1205</b></p>	<p><b>120502</b> Aceptación de las propias limitaciones.</p> <p><b>120507</b> Comunicación abierta.</p>	<p><b>5400</b> Potenciación de la autoestima.</p> <p><b>5270</b> Apoyo emocional.</p>

## Diagnósticos Extra hospitalarios

DIAGNOSTICO	RESULTADO	INDICADOR	INTERVENCIONES
<p><b>00126</b></p> <p><b>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES:</b></p> <p><b>R/C</b> Falta de exposición</p> <p><b>M/P</b> Informa del problema.</p>	<p><b>Dominio:</b></p> <p>Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p><b>Clase:</b></p> <p>Conocimientos sobre salud (S)</p> <p><b>Resultado:</b></p> <p>Conocimiento: proceso de la enfermedad <b>1803</b></p> <p><b>Dominio:</b></p> <p>Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p><b>Clase:</b></p> <p>Conocimientos sobre salud (S)</p> <p><b>Resultados:</b></p> <p>Conocimiento: cuidados de la ostomia <b>1829</b></p>	<p><b>180302</b> Proceso de la enfermedad.</p> <p><b>182902</b> Propósito de la ostomía</p> <p><b>182903</b> Cuidados de la piel alrededor de la ostomía.</p>	<p><b>5602</b> Enseñanza: proceso de enfermedad.</p> <p><b>0480</b> Cuidados de la ostomía.</p>
<p><b>00078</b> <b>GESTION INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD:</b></p> <p><b>R/C</b> Complejidad del régimen terapéutico</p> <p><b>M/P</b> Expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos.</p>	<p><b>Dominio:</b></p> <p>Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p><b>Clase:</b></p> <p>Conocimiento sobre salud (S)</p> <p><b>Resultado:</b></p>	<p><b>181306</b> Medicación prescrita.</p>	<p><b>5240</b> Asesoramiento.</p> <p><b>5520</b> Facilitar el aprendizaje.</p>

	Conocimiento régimen terapéutico <b>1813</b>		
<b>00146 ANSIEDAD:</b> <b>R/C</b> Cambio en el estado de salud <b>M/P</b> Angustia, temor, preocupación.	<b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III) <b>Clase:</b> Adaptación psicosocial (N) <b>Resultado:</b> Aceptación: estado de salud <b>1300</b>	<b>130017</b> Se adapta al cambio en el estado de salud. <b>130010</b> Superación de la situación de salud.	<b>5230</b> Aumentar el afrontamiento. <b>5240</b> Asesoramiento.
<b>00118</b> <b>TRANSTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL:</b> R/C secundario a intervención quirúrgica (colostomía) <b>M/P</b> No toca una parte del cuerpo, expresa cambio en el estilo de vida.	<b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III) <b>Clase:</b> Bienestar psicológico (M) <b>Resultado:</b> Imagen corporal <b>1200</b>	<b>120007</b> Adaptación a cambios en el aspecto físico. <b>120008</b> Adaptación a cambios en la función corporal.	<b>5220</b> Potenciación de la imagen corporal. <b>5270</b> Apoyo emocional.
<b>00120 BAJA</b> <b>AUTOESTIMA SITUACIONAL:</b> <b>R/C</b> Alteración de la imagen corporal <b>M/P</b> Expresa que la situación actual desafía su valía	<b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III) <b>Clase:</b> Bienestar psicológico (M) <b>Resultado:</b> Autoestima <b>1205</b>	<b>120507</b> Comunicación Abierta. <b>12051</b> Aceptación de críticas constructivas.	<b>5400</b> Potenciación de la autoestima. <b>5270</b> Apoyo emocional.

personal.			
<b>00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES:</b> <b>R/C</b> Incapacidad para absorber los nutrientes <b>M/P</b> Cólico abdominal.	<b>Dominio:</b> Salud fisiológica (II) <b>Clase:</b> Nutrición (K) <b>Resultado:</b> Estado nutricional <b>1004</b>	<b>100401</b> Ingestión de nutrientes. <b>100408</b> Ingestión de líquidos.	<b>5246</b> Asesoramiento nutricional. <b>1100</b> Manejo de la nutrición.
<b>00108 DEFICIT DE AUTOCUIDADO:</b> <b>R/C</b> Debilidad <b>M/P</b> Incapacidad para lavarse el cuerpo, incapacidad para secarse el cuerpo.	<b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV) <b>Clase:</b> Conducta de salud (Q) <b>Resultado:</b> Autocuidados higiene <b>0305</b>	<b>030517</b> Mantiene la higiene corporal.	<b>1801</b> Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.
<b>00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA:</b> <b>R/C</b> Ansiedad, dolor <b>M/P</b> limitación de la amplitud de movimiento, enlentecimiento del movimiento.	<b>Dominio:</b> Salud funcional (I) <b>Clase:</b> Movilidad (C) <b>Resultado:</b> Movilidad <b>0208</b>	<b>020803</b> Movimiento muscular. <b>020806</b> Ambulación.	<b>5612</b> Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. <b>0200</b> Fomento del ejercicio.

<p><b>00065 PATRON SEXUAL INEFICAZ: R/C</b> Falta de intimidad <b>M/P</b> Informe de limitaciones en las conductas sexuales</p>	<p><b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III) <b>Clase:</b> Bienestar psicológico (M) <b>Resultado:</b> Ejecución del rol <b>1501</b></p>	<p><b>150107</b> Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o la incapacidad.</p>	<p><b>5390</b> Potenciación de la conciencia de sí mismo.</p>
<p><b>00095 INSOMNIO: R/C</b> Ansiedad <b>M/P</b> Expresa dificultad para conciliar el sueño, expresa insatisfacción con el sueño.</p>	<p><b>Dominio:</b> Salud funcional (I) <b>Clase:</b> Mantenimiento de la energía (A) <b>Resultado:</b> Sueño 0004</p>	<p><b>000401</b> Horas sueño normal. <b>000404</b> Calidad del sueño.</p>	<p><b>1850</b> Mejorar el sueño.</p>
<p><b>00060 INTERRUPCION DE LOS PROCESOS FAMILIARES: R/C</b> cambios en el estado de salud de un miembro de la familia <b>M/P</b> cambios en la satisfacción de la familia.</p>	<p><b>Dominio:</b> Salud familiar (IV) <b>Clase:</b> Bienestar familiar (X) <b>Resultado:</b> Funcionamiento de la familia <b>2602</b></p>	<p><b>260222</b> Los miembros se apoyan entre sí. <b>260217</b> Los miembros expresan su acuerdo con la familia.</p>	<p><b>5440</b> Aumentar los sistemas de apoyo. <b>7100</b> Estimulación de la integridad familiar.</p>

<p><b>00052 DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL:</b> R/C Trastorno del auto concepto</p> <p><b>M/P</b> Interacción disfuncional con los demás.</p>	<p><b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III)</p> <p><b>Clase:</b> Interacción social (P)</p> <p><b>Resultado:</b> Implicación social 1503</p>	<p><b>150301</b> Interacción con amigos Íntimos.</p> <p><b>150303</b> Interacción con miembros de la familia.</p>	<p><b>4362</b> Modificación de la conducta: habilidades sociales.</p> <p><b>5100</b> Potenciación de la socialización.</p>
<p><b>00182 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO:</b> R/C Estado de salud</p> <p><b>M/P</b> Expresa deseos de aumentar el autocuidado.</p>	<p><b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p><b>Clase:</b> Conducta de salud (Q)</p> <p><b>Resultado:</b> Autocuidado de la ostomía <b>1615</b></p>	<p><b>161512</b> Obtiene material para cuidar la ostomía.</p> <p><b>161513</b> Evita alimentos y bebidas flatulentos.</p>	<p><b>5520</b> Facilitar el aprendizaje.</p> <p><b>5606</b> Enseñanza: individual.</p>
<p><b>00004 RIESGO DE INFECCIÓN:</b> R/C defensas primarias inadecuadas (rotura de piel), aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos (presencia de estoma).</p>	<p><b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p><b>Clase:</b> Control del riesgo y seguridad (T)</p> <p><b>Resultado:</b> Detección del riesgo <b>1908</b></p>	<p><b>190801</b> Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos.</p> <p><b>190802</b> Identifica los posibles riesgos para la salud.</p>	<p><b>6550</b> Protección contra las infecciones</p> <p><b>3660</b> Cuidados de las heridas.</p>
<p><b>00047 RIESGO DE DETERIORO DE</b></p>	<p><b>Dominio:</b> Salud fisiológica (II)</p>	<p><b>110102</b> Sensibilidad.</p>	<p><b>3660</b> Cuidados del sitio de incisión.</p>

<b>LA INTEGRIDAD CUTÁNEA:</b> R/C cambios en la turgencia de la piel, deterioro de la sensibilidad.	<b>Clase:</b> Integridad tisular (L) <b>Resultados:</b> Integridad tisular: piel y membranas mucosas <b>1101</b>	<b>110113</b> Integridad de la piel.	<b>3590</b> Vigilancia de la piel.
---	---	--------------------------------------	------------------------------------

### Implementación y Evaluación

Los planes de cuidado se aplicaron de acuerdo a las necesidades que presento el paciente, evaluando los resultados mediante la puntuación diana, ayudando al paciente a mejorar su salud en el hospital y en el domicilio. El estudio de caso se realizó en 3 meses involucrando a la familia y de esta manera alcanzando los objetivos propuestos.

DIAGNOSTICO	NOC	INDICADORES	PUNTUACION DIANA	
<b>00132 DOLOR AGUDO</b>	<b>Resultado:</b> Control del dolor <b>1605</b>	<b>160501</b> Reconoce factores causales	<b>Inicia: 2</b> Raramente demostrado	<b>Finaliza: 4</b> Frecuentement e demostrado
		<b>160511</b> Refiere dolor controlado	<b>Inicia: 2</b> Raramente demostrado	<b>Finaliza: 4</b> Frecuentement e demostrado
<b>00146 ANSIEDAD</b>	<b>Resultado:</b> Aceptación: estado de salud <b>1300</b>	<b>130017</b> Se adapta al cambio en el estado de salud	<b>Inicia: 2</b> Raramente demostrado	<b>Finaliza: 3 A</b> veces demostrado
		<b>130010</b> Superación de la situación de salud	<b>Inicia: 2</b> Raramente demostrado	<b>Finaliza: 3 A</b> veces demostrado



<b>00196</b> <b>MOTILIDAD</b> <b>GASTROINTES</b> <b>TINAL</b> <b>DISFUNCIONAL</b>	<b>Resultado:</b> Función gastrointestinal <b>1015</b>	<b>101508</b> Ruidos abdominales  <b>101514</b> Distensión abdominal	<b>Inicia: 2</b> Raramente demostrado  <b>Inicia: 2</b> Raramente demostrado	<b>Finaliza: 4</b> Frecuement e demostrado  <b>Finaliza: 4</b> Frecuement e demostrado
<b>00126</b> <b>CONOCIMIEN</b> <b>TOS</b> <b>DEFICIENTES</b>	<b>Resultado:</b> Conocimiento: proceso de la enfermedad  <b>1803</b>	<b>180302</b> Proceso de la enfermedad	<b>Inicia: 2</b> Conocimient o escaso	<b>Finaliza: 3</b> Conocimiento moderado
<b>00118</b> <b>TRANSTORNO</b> <b>DE LA IMAGEN</b> <b>CORPORAL</b>	<b>Resultado:</b> Imagen corporal  <b>1200</b>	<b>120016</b> Actitud hacia tocar la parte corporal afectada.  <b>120007</b> Adaptación a cambios en el aspecto físico	<b>Inicia: 2</b> Raramente positivo  <b>Inicia: 2</b> Raramente positivo	<b>Finaliza: 3</b> A veces positivo  <b>Finaliza: 3</b> A veces positivo
<b>00120</b> <b>BAJA</b> <b>AUTOESTIMA</b> <b>SITUACIONAL</b>	<b>Resultado:</b> Autoestima  <b>1205</b>	<b>120502</b> Aceptación de las propias limitaciones  <b>120507</b> Comunica ción abierta	<b>Inicia: 2</b> Raramente positivo  <b>Inicia: 2</b> Raramente positivo	<b>Finaliza: 3</b> A veces positivo  <b>Finaliza: 3</b> A veces positivo

## Diagnósticos extra hospitalarios

DIAGNOSTICO	NOC	INDICADORES	PUNTUACION DIANA	
<b>00126</b> <b>CONOCIMIENTOS</b> <b>DEFICIENTES</b>	<b>Resultado:</b> Conocimiento: proceso de la enfermedad <b>1803</b>	<b>180302</b> Proceso de la enfermedad	<b>Inicia: 3</b> Conocimiento moderado	<b>Finaliza: 5</b> conocimiento extenso
		<b>182902</b> Propósito de la ostomía	<b>Inicia: 1</b> Ningún conocimiento	<b>Finaliza: 5</b> Conocimiento extenso
		<b>182903</b> Cuidados de la piel alrededor de la ostomía	<b>Inicia: 1</b> Ningún conocimiento	<b>Finaliza: 5</b> Conocimiento extenso
<b>00078</b> <b>GESTION</b> <b>INEFICAZ DE</b> <b>LA PROPIA</b> <b>SALUD</b>	<b>Resultado:</b> Conocimiento régimen terapéutico	<b>181306</b> Medicación prescrita	<b>Inicia: 2</b> Conocimiento o escaso	<b>Finaliza: 4</b> Conocimiento sustancial
<b>00146</b> <b>ANSIEDAD</b>	<b>Resultado:</b> Aceptación: estado de salud <b>1300</b>	<b>130017</b> Se adapta al cambio en el estado de salud	<b>Inicia: 3 A</b> veces demostrado	<b>Finaliza: 4</b> Frecuentemente demostrado
		<b>130010</b> Superación de la situación de salud	<b>Inicia: 3 A</b> veces demostrado	<b>Finaliza: 4</b> Frecuentemente demostrado
<b>00118</b> <b>TRANSTORNO</b> <b>DE LA IMAGEN</b> <b>CORPORAL</b>	<b>Resultado:</b> Imagen corporal <b>1200</b>	<b>120007</b> Adaptación a cambios en el aspecto físico	<b>Inicia: 3 A</b> veces positivo	<b>Finaliza: 4</b> Frecuentemente positivo
		<b>120008</b> Adaptación a cambios en la función corporal	<b>Inicia: 3 A</b> veces positivo	<b>Finaliza: 4</b> Frecuentemente positivo

<b>00120 BAJA</b> <b>AUTOESTIMA</b> <b>SITUACIONAL</b>	<b>Resultado:</b> Autoestima <b>1205</b>	<b>120507</b> Comunicación abierta  <b>12051</b> Aceptación de críticas constructivas	<b>Inicia: 3 A</b> veces positivo  <b>Inicia: 3 A</b> veces positivo	<b>Finaliza:4</b> Frecuentement e positivo <b>Finaliza:4</b> Frecuentement e positivo
<b>00002</b> <b>DESEQUILIBRI</b> <b>O</b> <b>NUTRICIONAL:</b> <b>INGESTA</b> <b>INFERIOR A</b> <b>LAS</b> <b>NECESIDADES</b>	<b>Resultado:</b> Estado nutricional <b>1004</b>	<b>100401</b> Ingestión de nutrientes  <b>100408</b> Ingestión de líquidos	<b>Inicia: 2</b> Desviación sustancial del rango normal <b>Inicia: 2</b> Desviación sustancial del rango normal	<b>Finaliza: 4</b> Desviación leve del rango normal <b>Finaliza: 4</b> Desviación leve del rango normal
<b>00108 DEFICIT</b> <b>DE</b> <b>AUTOCUIDADO</b>	<b>Resultado:</b> Autocuidados higiene <b>0305</b>	Mantiene la higiene corporal <b>030517</b>	<b>Inicia: 2</b> Sustancialme nte comprometid o	<b>Finaliza: 4</b> Levemente comprometido
<b>00085</b> <b>DETERIORO DE</b> <b>LA MOVILIDAD</b> <b>FÍSICA</b>	<b>Resultado:</b> Movilidad <b>0208</b>	<b>020803</b> Movimiento muscular  <b>020806</b> Ambulación	<b>Inicia: 2</b> Sustancialme nte comprometid o <b>Inicia: 2</b> Sustancialme nte comprometid	<b>Finaliza: 4</b> Levemente comprometido  <b>Finaliza: 4</b> Levemente comprometido

<b>00065 PATRON SEXUAL INEFICAZ</b>	<b>Resultado:</b> Ejecución del rol <b>1501</b>	<b>150107</b> Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o la incapacidad.	<b>Inicia: 2</b> Raramente positivo  <b>Inicia: 2</b> Raramente positivo	<b>Finaliza:4</b> Frecuentement e positivo  <b>Finaliza:4</b> Frecuentement e positivo
<b>00095 INSOMNIO</b>	<b>Resultado:</b> Sueño <b>0004</b>	<b>000401</b> Horas sueño  <b>000404</b> Calidad del sueño	<b>Inicia: 2</b> Sustancialmente comprometido  <b>Inicia: 2</b> Sustancialmente comprometido	<b>Finaliza: 4</b> Levemente comprometido  <b>Finaliza: 4</b> Levemente comprometido
<b>00060 INTERRUPCION DE LOS PROCESOS FAMILIARES</b>	<b>Resultado:</b> Funcionamiento de la familia <b>2602</b>	<b>260222</b> Los miembros se apoyan entre sí  <b>260217</b> Los miembros expresan su acuerdo con la familia	<b>Inicia: 3</b> Raramente demostrado  <b>Inicia: 3</b> Raramente demostrado	<b>Finaliza: 5</b> Siempre demostrado  <b>Finaliza: 5</b> Siempre demostrado
<b>00052 DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL</b>	<b>Resultado:</b> Implicación social <b>1503</b>	<b>150301</b> Interacción con amigos Íntimos  <b>150303</b> Interacción con miembros de la familia	<b>Inicia: 2</b> Raramente demostrado  <b>Inicia: 2</b> Raramente demostrado	<b>Finaliza: 4</b> Frecuentement e demostrado  <b>Finaliza: 4</b> Frecuentement e demostrado

<p><b>00182</b> <b>DISPOSICIÓN</b> <b>PARA</b> <b>MEJORAR EL</b> <b>AUTOCUIDADO</b></p>	<p><b>Resultado:</b> Autocuidado de la ostomía <b>1615</b></p>	<p><b>161512</b> Obtiene material para cuidar la ostomía <b>161513</b> Evita alimentos y bebidas flatulentos</p>	<p><b>Inicia: 2</b> Raramente demostrado <b>Inicia: 2</b> Raramente demostrado</p>	<p><b>Finaliza: 4</b> Frecuentement e demostrado <b>Finaliza: 4</b> Frecuentement e demostrado</p>
<p><b>00004 RIESGO</b> <b>DE INFECCIÓN</b></p>	<p><b>Resultado:</b> Detección del riesgo <b>1908</b></p>	<p><b>190801</b> Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos <b>190802</b> Identifica los posibles riesgos para la salud</p>	<p><b>Inicia: 2</b> Raramente demostrado <b>Inicia: 2</b> Raramente demostrado</p>	<p><b>Finaliza: 4</b> Frecuentement e demostrado <b>Finaliza: 4</b> Frecuentement e demostrado</p>
<p><b>00047 RIESGO</b> <b>DE DETERIORO</b> <b>DE LA</b> <b>INTEGRIDAD</b> <b>CUTÁNEA</b></p>	<p><b>Resultado:</b> Integridad tisular: piel y membranas mucosas <b>1101</b></p>	<p><b>110102</b> Sensibilidad <b>110113</b> Integridad de la piel</p>	<p><b>Inicia: 2</b> Sustancialme nte comprometid o <b>Inicia: 2</b> Sustancialme nte comprometid o</p>	<p><b>Finaliza: 4</b> Levemente comprometido <b>Finaliza: 4</b> Levemente comprometido</p>

**PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA  
INTRAHOSPITALARIOS**

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMIA CON DIAGNOSTICO DE DOLOR AGUDO 00132					
Segundo	Enfermería quirúrgica	cirugía	<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>					
<b>DOMINIO:</b> 12. Confort <b>CLASE:</b> 1. Confort físico			<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA (S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>		
<b>CÓDIGO DEL DX:</b> 00132  <b>DOLOR AGUDO:</b> Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses. <b>R/C</b> Agentes lesivos físicos. <b>M/P</b> Conducta expresiva (inquietud, llanto, irritabilidad, gemidos, suspiros), postura para evitar el dolor, expresa dolor.			<b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV)  <b>Clase:</b> Conducta de salud (Q)  <b>RESULTADOS:</b> Control del dolor <b>1605</b>	Reconoce factores causales <b>160501</b>  Refiere dolor controlado <b>160511</b>	<b>1</b> Nunca demostrado  <b>2</b> Raramente demostrado  <b>3</b> A veces demostrado  <b>4</b> Frecuentemente demostrado  <b>5</b> Siempre demostrado	<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
						1	2	3
						2	3	4
						<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
						1	2	3
2	3	4						

### CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

<b>Clase:</b>	<b>E. Fomento de la comodidad física</b>	<b>Campo:</b>	<b>1. Fisiológico básico</b>	<b>Clase:</b>	<b>H. Control de fármacos</b>	<b>Campo:</b>	<b>2.Fisiologico complejo</b>
<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE MANEJO DEL DOLOR 1400</b>				<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE ADMINISTRACION DE ANALGESICOS 2210</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Burker, 2011)</b>	
<p>-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>-Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.</p>		<p>-La evaluación correcta del dolor permite identificar el causa y se asocia con un buen o mal tratamiento.</p> <p>-Permite evidenciar factores causantes del dolor como luz, humedad, ruido, ansiedad y ya identificados facilita el</p>		<p>-Comprobar la prescripción médica en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</p> <p>-Comprobar el historial de alergias a medicamentos.</p> <p>-Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.</p>		<p>-El empleo indebido de los medicamentos tiene repercusiones en la persona y en la sociedad.</p> <p>-Se intenta maximizar la efectividad y minimizar los riesgos,</p> <p>-El cuerpo no responde a los medicamentos de la misma forma a diferentes horas del día</p>	



<p>-Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durara, y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.</p> <p>-Evaluar la eficiencia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.</p>	<p>tratamiento adecuado.</p> <p>-Estimula a una identificación temprana de los factores que están generando e dolor y permite saber el tiempo estimado del dolor.</p> <p>-Permite disminuir el dolor a través de técnicas de relajación.</p>	<p>-Instruir para que solicite la medicación según necesidades para el dolor antes de que el dolor sea severo.</p> <p>-Evaluar la eficiencia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento.)</p>	<p>-La capacitación adecuada y continua facilita el acceso a información objetiva respecto a los medicamentos.</p> <p>-La eficacia de un tratamiento se define como su capacidad para modificar favorablemente un síntoma, y es un indicador usado para demostrar la efectividad de un fármaco o de una técnica analgésica frente a un grupo control</p>		
<p><b>Elaboró:</b></p>	<p>Gabriela Molina</p>	<p><b>Docente:</b></p>	<p>Lic. Luz Lalón</p>	<p><b>Fecha de Elaboración:</b></p>	<p>Agosto 2015-October 2015</p>

**REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)**

	<b>DÍA 1</b>	<b>DÍA 2</b>
S	Paciente refiere tener dolor valorado en escala 8.	Paciente refiere tener dolor leve valorado en escala 2.
O	Paciente con facies pálidas, inquieto, con llanto, gemidos.	Paciente con tranquilo, activo.
A	<b>DOLOR AGUDO: R/C</b> Agentes lesivos físicos <b>M/P</b> Conducta expresiva (inquietud, llanto, irritabilidad, gemidos, suspiros), postura para evitar el dolor, expresa dolor.	<b>DOLOR AGUDO: R/C</b> Agentes lesivos físicos <b>M/P</b> Conducta expresiva (inquietud, llanto, irritabilidad, gemidos, suspiros), postura para evitar el dolor, expresa dolor.
P	Control del dolor 1605.	Control del dolor 1605.
I	Manejo del dolor - Administración de analgésicos.	Manejo del dolor - Administración de analgésicos.
E	<b>160501</b> Reconoce factores causales 2: raramente demostrado 3: a veces demostrado. <b>160511</b> Refiere dolor controlado 2: raramente demostrado 3: a veces demostrado.	<b>160501</b> Reconoce factores causales 3: a veces demostrado 4: frecuentemente demostrado. <b>160511</b> Refiere dolor controlado 3: a veces demostrado 4: frecuentemente demostrado.

<b>NIVEL DE ATENCIÓN</b>	<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMIA CON DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD 00146</b>					
Segundo	Enfermería quirúrgica	cirugía	<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>					
<b>DOMINIO:</b> 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés <b>CLASE:</b> 2 Respuestas de Afrontamiento			<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA (S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>		
<b>CÓDIGO DEL DX:</b> 00146  <b>ANSIEDAD:</b> Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. <b>R/C</b> Cambio en el estado de salud  <b>M/P</b> Nerviosismo, temor, preocupación, voz temblorosa.			<b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III)  <b>Clase:</b> Adaptación psicosocial (N)  <b>RESULTADOS:</b> Aceptación: estado de salud <b>1300</b>	Se adapta al cambio en el estado de salud <b>130017</b>  Superación de la situación de salud <b>130010</b>	<b>1</b> Nunca demostrado <b>2</b> Raramente demostrado <b>3</b> A veces demostrado <b>4</b> Frecuentemente demostrado <b>5</b> Siempre demostrado	<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
						1	2	3
						2	2	3
						<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
1	2	3						
2	2	3						
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>								
<b>Clase:</b>	<b>R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</b>	<b>Campo:</b>	<b>3.Conductual</b>	<b>Clase:</b>	<b>R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</b>	<b>Campo:</b>	<b>3.Conductual</b>	
<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO 5230</b>				<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE ASESORAMIENTO 5240</b>				

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO (Kozier, 2012)	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO (Potter, 2014)
<p>-Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.</p> <p>-Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</p> <p>-Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.</p> <p>-Animar al paciente a desarrollar relaciones.</p> <p>-Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).</p>	<p>Indica el punto de partida, debido a que según su perspectiva puede provocar estrés, lo cual le puede llevar a depresión.</p> <p>-Indica el grado de entendimiento que tiene el paciente sobre su salud.</p> <p>-Estimula la confianza y ayuda a sobrellevar los cambios en su estilo de vida.</p> <p>-Ayuda a relacionarse con el medio social.</p> <p>-La expresión de sentimientos positivos y negativos lo libera, le da seguridad y confianza a través del afecto y del control emocional.</p>	<p>-Proporcionar información objetiva según sea necesario.</p> <p>-Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del equipo de cuidadores acerca de la situación.</p> <p>-Pedir al paciente/ser querido que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede.</p> <p>-Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.</p> <p>-Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.</p> <p>-Favorecer el desarrollo de nuevas</p>	<p>-Aumenta la comprensión, y se adquiere conocimientos de acciones que se van suscitando en su vivir.</p> <p>-Ayuda a fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.</p> <p>-Asesora para saber cuáles son las falencias que tiene el paciente y trabajar en ellas.</p> <p>-Ayuda a centrarnos en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos, para fomentar y apoyar la capacidad de resolver problemas.</p> <p>-Estimula el aspecto emocional del paciente y proporciona seguridad.</p> <p>-Incentiva el aprendizaje del</p>

				habilidades.	paciente
Elaboró:	Gabriela Molina	Docente:	Lic. Luz Lalón	Fecha de Elaboración:	Agosto 2015-October 2015

**REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)**

	<b>DÍA 1</b>	<b>DÍA 2</b>
S	Paciente refiere tener preocupación, nerviosismo.	Paciente refiere estar adaptándose a su nueva vida.
O	Paciente con voz temblorosa, facies tristes.	Paciente con tristes, tranquilo.
A	<b>ANSIEDAD: R/C</b> Cambio en el estado de salud <b>M/P</b> Nerviosismo, temor, preocupación, voz temblorosa.	<b>ANSIEDAD: R/C</b> Cambio en el estado de salud <b>M/P</b> Nerviosismo, temor, preocupación, voz temblorosa.
P	Aceptación: estado de salud	Aceptación: estado de salud
I	Se adapta al cambio en el estado de salud - Superación de la situación de salud	Se adapta al cambio en el estado de salud - Superación de la situación de salud
E	<b>130017</b> Se adapta al cambio en el estado de salud 2: raramente demostrado 3: a veces demostrado <b>130010</b> Superación de la situación de salud 2: raramente demostrado 3: a veces demostrado	<b>130017</b> Se adapta al cambio en el estado de salud 2: raramente demostrado 3: a veces demostrado <b>130010</b> Superación de la situación de salud 2: raramente demostrado 3: a veces demostrado

<b>NIVEL DE ATENCIÓN</b>	<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMIA CON DIAGNOSTICO DE MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL 00196</b>					
Segundo	Enfermería quirúrgica	cirugía	<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>					
<b>DOMINIO:</b> 3. Eliminación e intercambio <b>CLASE:</b> 2. Función gastrointestinal			<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA (S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>		
<b>CÓDIGO DEL DX:</b> 00196  <b>MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL:</b> Aumento, disminución, ineficacia, o falta de actividad peristáltica, en el sistema gastrointestinal. <b>R/C</b> Secundario a cirugía (colostomía). <b>M/P</b> Dolor abdominal, distensión abdominal.			<b>Dominio:</b> Salud fisiológica (II)  <b>Clase:</b> Nutrición (K)  <b>RESULTADOS:</b> Función gastrointestinal 1015	Ruidos abdominales <b>101508</b>  Distensión abdominal <b>101514</b>	<b>1</b> Gravemente comprometido <b>2</b> Sustancialmente comprometido <b>3</b> Moderadamente comprometido <b>4</b> Levemente comprometido <b>5</b> No comprometido	<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
						1	2	3
						<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
						1	2	3
						2	3	4
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>								
<b>Clase:</b>	<b>B. Control de la eliminación</b>	<b>Campo:</b>	<b>2. Fisiológico básico</b>	<b>Clase:</b>	<b>H. Control de fármaco</b>	<b>Campo:</b>	<b>2.Fisiologico complejo</b>	
<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE</b>								
<b>MANEJO INTESTINAL 0430</b>								
<b>ACTIVIDADES</b>				<b>FUNDAMENTO (Burker, 2011)</b>				
-Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia,				- Permite saber si se está efectuando la movilización de los alimentos en				

consistencia, forma, volumen.

-Ausculte los cuatro cuadrantes del abdomen con el diafragma del estetoscopio, comience en el cuadrante inferior derecho, donde los ruidos intestinales están casi siempre presentes.

- Monitorizar la defecación incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen, color y los ruidos intestinales.

-Instruir al paciente y familia a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.

-Disminuir la ingesta de alimentos que formen gases.

-Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras.

el aparato digestivo

-La mayoría de los ruidos intestinales son normales, en algunos casos hay ruidos anormales que proveen información valiosa acerca de la salud corporal.

-Permite identificar la actividad intestinal si ha disminuido hipoactividad, indica estreñimiento y si aumenta se llama hiperactividad indica diarrea.

-Permite identificar las características de las heces e indica si hay afectación en las mismas logrando determinar una enfermedad.

-Ayuda a evitar la formación de gases y que el abdomen se distienda.

-Existen vegetales (brócoli, coliflor) que tienen azufre y un hidrato de carbono denominado rafinosa, que no se descompone con facilidad en el cuerpo y genera mayor inflamación y gases.

**Elaboró:** Gabriela Molina

**Docente:** Lic. Luz Lalón

**Fecha de Elaboración:** Agosto 2015-Octubre 2015



**REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)**

	<b>DÍA 1</b>	<b>DÍA 2</b>
S	Paciente refiere dolor abdominal.	Paciente refiere no tener mucho dolor.
O	Paciente con dolor abdominal y ruidos hidroaéreos disminuidos.	Paciente con ruidos hidroaéreos disminuidos.
A	<b>MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL</b> <b>R/C</b> Cirugía (colostomía) <b>M/P</b> Dolor abdominal, distensión abdominal.	<b>MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL</b> <b>R/C</b> Cirugía (colostomía) <b>M/P</b> Dolor abdominal, distensión abdominal.
P	Función gastrointestinal.	Función gastrointestinal.
I	Manejo intestinal.	Manejo intestinal.
E	<b>101508</b> Ruidos abdominales 2: sustancialmente comprometido 3: moderadamente comprometido. <b>101514</b> Distensión abdominal 2: sustancialmente comprometido 3: moderadamente comprometido.	<b>101508</b> Ruidos abdominales comprometido 3: moderadamente comprometido 4: levemente comprometido. <b>101514</b> Distensión abdominal comprometido 3: moderadamente comprometido 4: levemente comprometido.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMIA CON DIAGNOSTICO DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES 00126								
Segundo	Enfermería quirúrgica	cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)								
DOMINIO: 5 Percepción/Cognición CLASE: 4 Cognición			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA					
<b>CÓDIGO DEL DX: 00126</b>  <b>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES:</b> Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.  <b>R/C</b> Falta de exposición.  <b>M/P</b> Informa del problema.			<b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV)  <b>Clase:</b> Conocimientos sobre salud (S).  <b>RESULTADOS:</b> Conocimiento: proceso de la enfermedad <b>1803</b> .	Proceso de la enfermedad <b>180302</b>	<b>1</b> Ningún conocimiento <b>2</b> Conocimiento escaso <b>3</b> Conocimiento moderado <b>4</b> Conocimiento sustancial <b>5</b> Conocimiento extenso	Días	Mantener	Aumentar			
						1	2	3			
						2	2	3			
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)											
<b>Clase:</b>	<b>S. educación de los pacientes</b>	<b>Campo:</b>	<b>3 Conductual</b>	<b>Clase:</b>	<b>S. educación de los pacientes</b>	<b>Campo:</b>	<b>3 Conductual</b>				
<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE:</b> <b>ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD 5602</b>				<b>INTERVENCION DEPENDIENTE:</b> <b>FACILITAR EL APRENDIZAJE 5522</b>							
<b>ACTIVIDADES</b>			<b>FUNDAMENTO (Kozier, 2012)</b>			<b>ACTIVIDADES</b>			<b>FUNDAMENTO (Kozier, 2012)</b>		
- Evaluar el nivel actual de			- Señala el punto de partida			-Proporcionar información adecuada			-Facilita la comprensión mediante		

<p>conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.</p> <p>-Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado.</p> <p>- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.</p> <p>- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.</p> <p>- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.</p>	<p>para brindar la información relacionada con la enfermedad.</p> <p>- Mejora la cantidad y calidad de la información que se le va a proporcionar sobre la enfermedad del paciente.</p> <p>- Facilita la comprensión de los procesos fisiopatológicos de la enfermedad identificando cambios.</p> <p>- Ayuda a comprender la información relacionada con el proceso de enfermedad.</p> <p>- Con la orientación adecuada seguirá las recomendaciones indicadas para mejorar su estado de salud. ayudando a prevenir complicaciones.</p>	<p>al nivel de desarrollo.</p> <p>-Utilizar un lenguaje familiar.</p> <p>-Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante y/o compleja.</p>	<p>material fácil de aprendizaje que contenga pictogramas.</p> <p>-Brinda seguridad al paciente, y ayuda a comprender el tema fácilmente.</p> <p>-Ayuda a un mayor entendimiento y capta la atención del paciente usando gráficos, trípticos, videos, etc.</p>		
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón	<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto 2015-October 2015

**REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)**

	<b>DÍA 1</b>	<b>DÍA 2</b>
<b>S</b>	Paciente refiere no saber nada de su enfermedad.	Paciente refiere preocupación por tener conocimientos deficientes en el manejo de la ostomía.
<b>O</b>	Desconocimiento del proceso de la enfermedad	Inadecuado cuidado en el manejo de la colostomía.
<b>A</b>	<b>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: R/C</b> Falta de exposición. <b>M/P</b> Informa del problema.	<b>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: R/C</b> Falta de exposición. <b>M/P</b> Informa del problema.
<b>P</b>	Conocimiento: proceso de la enfermedad.	Conocimiento: proceso de la enfermedad.
<b>I</b>	Enseñanza: proceso de la enfermedad - Facilitar el aprendizaje.	Enseñanza: proceso de la enfermedad - Facilitar el aprendizaje.
<b>E</b>	<b>180302</b> Proceso de la enfermedad 2: Conocimiento escaso 3 conocimiento moderado.	<b>180302</b> Proceso de la enfermedad 2: Conocimiento escaso 3 conocimiento moderado.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMIA CON DIAGNOSTICO DE TRANSTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL 00118					
Segundo	Enfermería quirúrgica	cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
DOMINIO: 6 Autopercepción CLASE: 3 Imagen corporal			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
						Días	Mantener	Aumentar
<b>CÓDIGO DEL DX: 00118</b>			<b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III) <b>Clase:</b> Bienestar psicológico (M) <b>RESULTADOS:</b> Imagen corporal <b>1200</b>	Actitud hacia tocar la parte corporal afectada. <b>120016</b>  Adaptación a cambios en el aspecto físico <b>120007</b>	<b>1</b> Nunca positivo  <b>2</b> Raramente positivo  <b>3</b> A veces positivo  <b>4</b> Frecuentemente positivo  <b>5</b> Siempre positivo	1	2	3
<b>TRANSTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL:</b> Confusión en la imagen mental del yo físico.  <b>R/C</b> secundario a intervención quirúrgica (colostomía)  <b>M/P</b> No toca una parte del cuerpo, preocupación por el cambio, expresa cambio en el estilo de vida								
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)								
<b>Clase:</b>	<b>R. Ayudar para hacer frente a situaciones difíciles</b>	<b>Campo:</b>	<b>3. Conductual</b>	<b>Clase:</b>	<b>R. Ayudar para hacer frente a situaciones difíciles</b>	<b>Campo:</b>	<b>3. Conductual</b>	

<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE: POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL 5220</b>		<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE: APOYO EMOCIONAL 5270</b>	
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO (Burker, 2011)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>
<p>-Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad/cirugía.</p> <p>- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.</p> <p>- Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido cambio.</p> <p>- Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.</p>	<p>-Indica como su estado de salud está afectando el estilo de vida del paciente.</p> <p>-Estimula el aspecto emocional brinda autonomía</p> <p>- Ayuda a percibir el grado de aceptación que tiene el paciente sobre su cuerpo.</p> <p>- Permite conocer la importancia de lo que piensa el medio social sobre alguna alteración corporal</p>	<p>-Comentar la experiencia emocional con el paciente.</p> <p>-Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.</p> <p>-Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</p> <p>-Favorecer la conversación o el</p>	<p>-Ayuda a que el paciente exprese como se siente con su nueva condición de vida.</p> <p>-Incentiva a que el paciente analice que la ira y la tristeza le van a perjudicar emocionalmente y afecta en las relaciones con los demás individuos.</p> <p>-El personal de salud debe dar respuestas y satisfacción a las necesidades humanas con un enfoque integral, especialmente en las necesidades emocionales y espirituales con el fin de darle sentido y significado a los sentimientos, emociones, fe, esperanza.</p> <p>-Estimula los sentimientos y ayuda</p>

			llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.	a disminuir factores emocionales.	
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón	<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto 2015-October 2015

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1	DÍA 2
<b>S</b>	Paciente refiere preocupación por el cambio corporal.	Refiere estar adaptándose al cambio corporal.
<b>O</b>	Paciente tiene un cambio evidente en la estructura fisiológica y corporal.	Paciente tiene un cambio evidente en la estructura fisiológica y corporal.
<b>A</b>	<b>TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL: R/C</b> Cirugía (colostomía) <b>M/P</b> No toca una parte del cuerpo, preocupación por el cambio, expresa cambio en el estilo de vida.	<b>TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL: R/C</b> Cirugía (colostomía) <b>M/P</b> No toca una parte del cuerpo, preocupación por el cambio, expresa cambio en el estilo de vida.
<b>P</b>	Imagen corporal.	Imagen corporal.
<b>I</b>	Potenciación de la imagen corporal, Apoyo emocional.	Potenciación de la imagen corporal, Apoyo emocional.
<b>E</b>	<b>120016</b> Actitud hacia tocar la parte corporal afectada <b>2:</b> raramente positivo <b>3:</b> a veces positivo.  <b>120007</b> Adaptación a cambios en el aspecto físico <b>2:</b> raramente positivo <b>3:</b> a veces positivo.	<b>120016</b> Actitud hacia tocar la parte corporal afectada <b>2:</b> raramente positivo <b>3:</b> a veces positivo.  <b>120007</b> Adaptación a cambios en el aspecto físico <b>2:</b> raramente positivo <b>3:</b> a veces positivo.



<b>NIVEL DE ATENCIÓN</b>	<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA CON DIAGNOSTICO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL 00120</b>					
Segundo	Enfermería quirúrgica	cirugía						
<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>								
<b>DOMINIO:</b> 6 Autopercepción <b>CLASE:</b> 2 Autoestima			<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA (S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>		
						<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
<b>CÓDIGO DEL DX: 00120</b>  <b>BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL:</b> Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual. <b>R/C</b> Alteración de la imagen corporal. <b>M/P</b> Expresa que la situación actual desafía su valía personal.			<b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III) <b>Clase:</b> Bienestar psicológico (M)  <b>RESULTADOS:</b> Autoestima <b>1205</b>	-Aceptación de las propias limitaciones <b>120502</b>  -Comunicación abierta <b>120507</b>	1 Nunca positivo 2 Raramente positivo 3 A veces positivo 4 Frecuentemente positivo 5 Siempre positivo	1	2	3
						2	2	3
						<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
						1	2	3
						1	2	3
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>								
<b>Clase:</b>	<b>R. ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</b>	<b>Campo:</b>	<b>3. Conductual</b>	<b>Clase:</b>	<b>R. ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</b>	<b>Campo:</b>	<b>3. Conductual</b>	
<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE: POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA 5400</b>				<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE APOYO EMOCIONAL 5270</b>				
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Kozier, 2012)</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Burker, 2011)</b>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Animar al paciente a identificar sus virtudes.</li> <li>- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.</li> <li>- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.</li> <li>- Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potencia la autoestima del paciente y evidencia virtudes que antes no tomaba en cuenta.</li> <li>-Aumenta el autoestima y la seguridad de su yo propio.</li> <li>-Permite identificar las actitudes equivocadas y acertadas del paciente para los demás.</li> <li>- Estimula el autoestima y amor por si mismo para aceptar el cambio físico de su cuerpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comentar la experiencia emocional con el paciente.</li> <li>-Realizar afirmaciones de apoyo</li> <li>-Abrazar al paciente para proporcionar apoyo.</li> <li>-Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</li> <li>-Proporcionar apoyo durante la negación, ira y aceptación de las fases del sentimiento de pena.</li> <li>-Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayuda a que el paciente exprese como se siente con su nueva condición de vida.</li> <li>- Fomenta confianza entre el paciente y equipo de salud.</li> <li>- Incentiva a que el paciente analice que la ira y la tristeza le van a perjudicar emocionalmente.</li> <li>- Estimula para que el paciente exprese lo que siente y logre tranquilidad.</li> <li>- Estimula la seguridad y confianza del paciente y se logra que manifieste su sentir acerca de su enfermedad.</li> <li>- Estimula a la expresión de sentimientos disminuyendo factores emocionales</li> </ul>		
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón	<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto 2015-October 2015

<b>REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)</b>		
	<b>DÍA 1</b>	<b>DÍA 2</b>
<b>S</b>	Paciente refiere que no sirve para nada.	Paciente refiere sentirse inútil.
<b>O</b>	El paciente se encuentra triste, con ira.	Muestra tristeza.
<b>A</b>	<b>BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL: R/C</b> Alteración de la imagen corporal <b>M/P</b> Expresa que la situación actual desafía su valía personal.	<b>BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL: R/C</b> Alteración de la imagen corporal <b>M/P</b> Expresa que la situación actual desafía su valía personal.
<b>P</b>	Autoestima.	Autoestima.
<b>I</b>	Potenciación de la autoestima - Apoyo emocional.	Potenciación de la autoestima - Apoyo emocional.
<b>E</b>	<b>120502</b> Aceptación de las propias limitaciones 2: raramente positivo 3: a veces positivo. <b>120507</b> Comunicación abierta 2: raramente positivo 3: a veces positivo.	<b>120502</b> Aceptación de las propias limitaciones 2: raramente positivo 3: a veces positivo. <b>120507</b> Comunicación abierta 2: raramente positivo 3: a veces positivo.

## **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EXTRAHOSPITALARIO**

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA CON DIAGNOSTICO DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES 00126					
Segundo	Enfermería quirúrgica	cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
DOMINIO: 5 Percepción/Cognición CLASE: 4 Cognición			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
						Días	Mantener	Aumentar
<b>CÓDIGO DEL DX: 00126</b>			<b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV)	Proceso de la enfermedad <b>180302</b>	1 Ningún conocimiento	1	3	4
<b>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES:</b> Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.						2	3	4
<b>R/C</b> Falta de exposición. <b>M/P</b> Informa del problema						3	4	5
			<b>Clase:</b> Conocimientos sobre salud (S)		2 Conocimiento escaso			
			<b>RESULTADOS:</b> Conocimiento: proceso de la enfermedad <b>1803</b>		3 Conocimiento moderado			
					4 Conocimiento sustancial			
					5 Conocimiento extenso			

	<b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV) <b>Clase:</b> Conocimientos sobre salud (S)  <b>RESULTADOS:</b> Conocimiento: cuidados de la ostomía <b>1829</b>	Propósito de la ostomía <b>182902</b>  Cuidados de la piel alrededor de la ostomía <b>182903</b>	1 Ningún conocimiento	Días	Mantener	Aumentar
			2 Conocimiento escaso	1	1	2
			3 conocimiento moderado	2	2	3
			4 conocimiento sustancial	3	3	4
			5 conocimiento extenso	4	4	5
				Días	Mantener	Aumentar
				1	1	2
				2	2	3
				3	3	4
				4	4	5

**CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)**

<b>Clase:</b>	<b>S. EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES</b>	<b>Campo:</b>	<b>3 Conductual</b>	<b>Clase:</b>	<b>S. EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES</b>	<b>Campo:</b>	<b>3 Conductual</b>
<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE: ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD 5602</b>				<b>INTERVENCION DEPENDIENTE: CUIDADOS DE LA OSTOMÍA 0480</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>	
- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de		-Señala el punto de partida para brindar la información relacionada con la enfermedad.		-Instruir al paciente/cuidador en la utilización del equipo de la ostomía/cuidados.		- Ayuda a fomentar el autocuidado en el manejo de la colostomía	

<p>enfermedad específico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.</li> <li>- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.</li> <li>- Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.</li> <li>- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Facilita la comprensión de los procesos fisiopatológicos de la enfermedad identificando cambios.</li> <li>-Ayuda a comprender la información relacionada con el proceso de enfermedad.</li> <li>--Con la orientación adecuada seguirá las recomendaciones indicadas para mejorar su estado de salud.</li> <li>-Ayuda a prevenir complicaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disponer la demostración de uso del equipo al paciente/cuidador</li> <li>-Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía.</li> <li>-Cambiar/vaciar la bolsa de ostomía.</li> <li>-Ayudar al paciente a practicar los autocuidados</li> <li>-Instruir al paciente para vigilar la presencia de posibles complicaciones</li> <li>-Proporcionar el apoyo y asistencia mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma/tejido circundante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Las demostraciones prácticas facilitan el aprendizaje.</li> <li>-Ayuda a detectar complicaciones y facilita el manejo de la ostomía.</li> <li>-Una vez que la bolsa este por la mitad, se debe vaciar/cambiar para evitar el desprendimiento y por ende el derrame de los desechos.</li> <li>-Ayuda a que el paciente se sienta independiente.</li> <li>-Ayuda a identificar cambios en la piel periestomal para prevenir complicaciones</li> <li>-De esta manera se guía y fortalece en los puntos deficientes.</li> </ul>		
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón	<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto 2015-Octubre 2015

<b>REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)</b>		
	<b>DÍA 1</b>	<b>DÍA 2</b>
<b>S</b>	Paciente refiere no saber nada de su enfermedad.	Paciente refiere preocupación por tener conocimientos deficientes en el manejo de la ostomía.
<b>O</b>	Desconocimiento del proceso de la enfermedad.	Inadecuado cuidado en el manejo de la colostomía.
<b>A</b>	<b>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: R/C</b> Falta de exposición. <b>M/P</b> Informa del problema.	<b>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: R/C</b> Falta de exposición. <b>M/P</b> Informa del problema.
<b>P</b>	Conocimiento: proceso de la enfermedad.	Conocimiento: cuidados de la ostomía.
<b>I</b>	Enseñanza: proceso de la enfermedad - Cuidados de la ostomía.	Enseñanza: proceso de la enfermedad - Cuidados de la ostomía.
<b>E</b>	<b>180302</b> Proceso de la enfermedad 3: conocimiento moderado 4: conocimiento sustancial. <b>182902</b> Propósito de la ostomía 1: ningún conocimiento 2: conocimiento escaso. <b>182903</b> Cuidados de la piel alrededor de la ostomía 1: ningún conocimiento 2: conocimiento escaso.	<b>180302</b> Proceso de la enfermedad 3: conocimiento moderado 4: conocimiento sustancial. <b>182902</b> Propósito de la ostomía 2: Conocimiento escaso 3: conocimiento moderado. <b>182903</b> Cuidados de la piel alrededor de la ostomía 2: Conocimiento escaso 3: conocimiento moderado.



<b>REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)</b>		
	<b>DÍA 3</b>	<b>DÍA 4</b>
<b>S</b>	Paciente refiere que le falta desarrollar técnica para el manejo de la colostomía.	Paciente refiere tener conocimiento acerca de su problema y demuestra habilidad en el manejo de la colostomía.
<b>O</b>	Inadecuado cuidado en el manejo de la colostomía.	Adecuado cuidado en el manejo de la colostomía.
<b>A</b>	<b>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: R/C</b> Falta de exposición. <b>M/P</b> Informa del problema.	<b>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: R/C</b> Falta de exposición. <b>M/P</b> Informa del problema.
<b>P</b>	Conocimiento: cuidados de la ostomía.	Conocimiento: cuidados de la ostomía.
<b>I</b>	Enseñanza: proceso de la enfermedad - Cuidados de la ostomía.	Cuidados de la ostomía.
<b>E</b>	<b>180302</b> Proceso de la enfermedad 4: conocimiento sustancial 5: conocimiento extenso. <b>182902</b> Propósito de la ostomía enfermedad 3: conocimiento moderado 4: conocimiento sustancial. <b>182903</b> Cuidados de la piel alrededor de la ostomía enfermedad 3: conocimiento moderado 4: conocimiento sustancial.	<b>182902</b> Propósito de la ostomía enfermedad 4: conocimiento sustancial 5: conocimiento extenso. <b>182903</b> Cuidados de la piel alrededor de la ostomía enfermedad 4: conocimiento sustancial 5: conocimiento extenso.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA CON DIAGNOSTICO DE GESTION INEFICAZ DE LA SALUD 00078					
Segundo	Enfermería quirúrgica	cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
<b>DOMINIO:</b> 1. Promoción de la salud <b>CLASE:</b> 2. Gestión de la salud			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
<b>CÓDIGO DEL DX: 00078</b>  <b>GESTION INEFICAZ DE LA SALUD:</b> Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar objetivos de salud específicos.  <b>R/C</b> Complejidad del régimen terapéutico <b>M/P</b> Expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos			<b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV)  <b>Clase:</b> Conocimiento sobre salud (S)  <b>RESULTADOS:</b> Conocimiento régimen terapéutico 1813	Medicación prescrita <b>181306</b>	<b>1</b> Ningún conocimiento  <b>2</b> Conocimiento escaso  <b>3</b> Conocimiento moderado  <b>4</b> Conocimiento sustancial  <b>5</b> Conocimiento extenso	Días	Mantener	Aumentar
						1	2	3
						2	3	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)								
<b>Clase:</b>	<b>R</b> ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	<b>Campo:</b>	<b>3</b> Conductual	<b>Clase:</b>	<b>S</b> educación de los pacientes	<b>Campo:</b>	<b>3</b> Conductual	
<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE:</b> ASESORAMIENTO 5240				<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE:</b> FACILITAR EL APRENDIZAJE 5520				

<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>	
<p>-Proporcionar información objetiva</p> <p>-Pedir al paciente que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede.</p> <p>-Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades.</p>		<p>- Estimula el conocimiento sobre los cuidados y correcto régimen terapéutico.</p> <p>-Sirve para identificar que falencias tiene el paciente y guiar en las mismas.</p> <p>- Estimula al paciente a sentirse útil e importante adquiriendo nuevos conocimientos sobre los cuidados de su enfermedad.</p>		<p>-Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.</p> <p>-Establecer metas realistas objetivas con el paciente.</p> <p>-Proporcionar retroalimentación frecuente acerca del progreso del aprendizaje.</p> <p>-Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso.</p>		<p>-Ayuda a identificar el grado de interés y predisposición que tiene el paciente para mejorar su calidad de vida.</p> <p>-Define a lo que el paciente quiere llegar a conseguir y la disponibilidad que tiene para lograr sus metas.</p> <p>-Facilita el aprendizaje y estimula al paciente a integrar acciones que favorezcan su estilo de vida y así eliminar ansiedad generada por el desconocimiento.</p> <p>-Evita que el paciente tenga una información distorsionada.</p>	
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón	<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto 2015-Octubre 2015		

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1	DÍA 2
<b>S</b>	Paciente refiere que no entiende el tratamiento médico.	Paciente refiere ha mejorado su aprendizaje sobre el tratamiento.
<b>O</b>	Paciente intranquilo.	Paciente motivado.
<b>A</b>	<b>GESTION INEFICAZ DE LA SALUD:</b> <b>R/C</b> Complejidad del régimen terapéutico. <b>M/P</b> Expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos.	<b>GESTION INEFICAZ DE LA SALUD:</b> <b>R/C</b> Complejidad del régimen terapéutico. <b>M/P</b> Expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos.
<b>P</b>	Conocimiento régimen terapéutico 1813.	Conocimiento régimen terapéutico 1813.
<b>I</b>	Asesoramiento - Facilitar el aprendizaje.	Asesoramiento - Facilitar el aprendizaje.
<b>E</b>	<b>181306</b> Medicación prescrita 2: conocimiento escaso 3: conocimiento moderado.	<b>181306</b> Medicación prescrita 3: conocimiento moderado 4: conocimiento sustancial.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMIA CON DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD 00146					
Segundo	Enfermería quirúrgica	cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
<b>DOMINIO:</b> 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés <b>CLASE:</b> 2 Respuestas de Afrontamiento			<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA (S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>		
<b>CÓDIGO DEL DX:</b> 00146  <b>ANSIEDAD:</b> Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma ( el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. <b>R/C</b> Cambio en el estado de salud. <b>M/P</b> Angustia, temor, preocupación.			<b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III)  <b>Clase:</b> Adaptación psicosocial (N)  <b>RESULTADOS:</b> Aceptación: estado de salud <b>1300</b>	Se adapta al cambio en el estado de salud <b>130017</b>  Superación de la situación de salud <b>130010</b>	<b>1</b> Nunca demostrado <b>2</b> Raramente demostrado <b>3</b> A veces demostrado <b>4</b> Frecuentement e demostrado <b>5</b> Siempre demostrado	<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
						1	3	4
						2	3	4
						<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
						1	3	4
2	3	4						
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>								
<b>Clase:</b>	<b>R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</b>	<b>Campo:</b>	<b>3.Conductual</b>	<b>Clase:</b>	<b>R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</b>	<b>Campo:</b>	<b>3.Conductual</b>	
<b>INTERVENCIONE INDEPENDIENTE</b>				<b>INTERVENCIONE INDEPENDIENTE ASESORAMIENTO 5240</b>				

<b>AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO 5230</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO (Burker, 2011)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO (Burker, 2011)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.</li> <li>-Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</li> <li>-Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.</li> <li>-Animar al paciente a desarrollar relaciones.</li> <li>-Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indica el punto de partida, debido a que según su perspectiva puede provocar estrés, lo cual le puede llevar a depresión.</li> <li>- Indica el grado de entendimiento que tiene el paciente sobre su salud</li> <li>- Estimula la confianza y ayuda a sobrellevar los cambios en su estilo de vida.</li> <li>- Ayuda a relacionarse con el medio social.</li> <li>- La expresión de sentimientos positivos y negativos lo libera, le da seguridad y confianza a través del afecto y del control emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Proporcionar información objetiva según sea necesario.</li> <li>-Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del equipo de cuidadores acerca de la situación.</li> <li>-Pedir al paciente/ser querido que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede.</li> <li>-Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia</li> <li>-Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.</li> <li>-Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumenta la comprensión, y se adquiere conocimientos de acciones que se van suscitando en su vivir.</li> <li>- Ayuda a fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.</li> <li>- Asesora para saber cuáles son las falencias que tiene el paciente y trabajar en ellas.</li> <li>- Ayuda a centrarnos en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos, para fomentar y apoyar la capacidad de resolver problemas.</li> <li>- Estimula el aspecto emocional del paciente y proporciona seguridad.</li> <li>- Incentiva el aprendizaje del paciente</li> </ul>
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón
		<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto 2015-Octubre 2015

**REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)**

	<b>DÍA 1</b>	<b>DÍA 2</b>
<b>S</b>	Paciente refiere tener preocupación, nerviosismo.	Paciente refiere estar adaptándose a su nuevo estilo de vida.
<b>O</b>	Paciente con voz temblorosa, facies tristes.	Paciente con tristes, tranquilo.
<b>A</b>	<b>ANSIEDAD: R/C</b> Cambio en el estado de salud <b>M/P</b> Angustia, temor, preocupación.	<b>ANSIEDAD: R/C</b> Cambio en el estado de salud <b>M/P</b> Angustia, temor, preocupación.
<b>P</b>	Aceptación: estado de salud.	Aceptación: estado de salud.
<b>I</b>	Aumentar el afrontamiento- asesoramiento.	Aumentar el afrontamiento- asesoramiento.
<b>E</b>	<b>130017</b> Se adapta al cambio en el estado de salud 3: a veces demostrado 4: frecuentemente demostrado. <b>130010</b> Superación de la situación de salud 3: a veces demostrado 4: frecuentemente demostrado.	<b>130010</b> Superación de la situación de salud 3: a veces demostrado 4: frecuentemente demostrado. <b>130017</b> Se adapta al cambio en el estado de salud 3: a veces demostrado 4: frecuentemente demostrado.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMIA CON DIAGNOSTICO DE TRANSTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL 00118					
Segundo	Enfermería quirúrgica	cirugía	<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>					
<b>DOMINIO:</b> 6 Autopercepción <b>CLASE:</b> 3 Imagen corporal			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
<b>CÓDIGO DEL DX: 00118</b>  <b>TRANSTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL:</b> Confusión en la imagen mental del yo físico.  <b>R/C</b> secundario a intervención quirúrgica (colostomía).  <b>M/P</b> No toca una parte del cuerpo, expresa cambio en el estilo de vida.			<b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III)  <b>Clase:</b> Bienestar psicológico (M)  <b>RESULTADOS:</b> Imagen corporal <b>1200</b>	Adaptación a cambios en el aspecto físico <b>120007</b>  Adaptación a cambios en la función corporal <b>120008</b>	<b>1</b> Nunca positivo  <b>2</b> Raramente positivo  <b>3</b> A veces positivo  <b>4</b> Frecuentemente positivo  <b>5</b> Siempre positivo	1	3	4
						2	3	4
						Días	Mantener	Aumentar
						1	3	4
						2	3	4
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>								
<b>Clase:</b>	<b>R. Ayudar para hacer frente a situaciones difíciles</b>	<b>Campo:</b>	<b>3.Conductual</b>	<b>Clase:</b>	<b>R. Ayudar para hacer frente a situaciones difíciles</b>	<b>Campo:</b>	<b>3. Conductual</b>	



<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE: POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL 5220</b>		<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE: APOYO EMOCIONAL 5270</b>	
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO (Kozier, 2012)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO (Kozier, 2012)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad/cirugía.</li> <li>- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.</li> <li>- Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debido a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía.</li> <li>- Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido cambio.</li> <li>- Ayudar a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.</li> <li>.- Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.</li> <li>- Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indica como su estado de salud está afectando el estilo de vida del paciente.</li> <li>-Estimula el aspecto emocional brinda autonomía</li> <li>-Permite identificar las causas que están afectando la imagen corporal y pueden ser modificables y no modificables</li> <li>-Ayuda a percibir el grado de aceptación que tiene el paciente sobre su cuerpo.</li> <li>-Permite conocer la importancia de lo que piensa el medio social sobre alguna alteración corporal</li> <li>-Permite incentivar el aspecto de aceptación del paciente.</li> <li>-Estimula la seguridad y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comentar la experiencia emocional con el paciente.</li> <li>- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.</li> <li>- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.</li> <li>- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</li> <li>- Comentar las consecuencias de profundizar el sentimiento de culpa o vergüenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayuda a que el paciente exprese como se siente con su nueva condición de vida.</li> <li>- Fomenta confianza entre el paciente y equipo de salud.</li> <li>- Incentiva a que el paciente analice que la ira y la tristeza le van a perjudicar emocionalmente y afecta en las relaciones con los demás individuos.</li> <li>- Estimula para que el paciente exprese lo que siente y logre tranquilidad.</li> <li>- El personal de salud debe dar respuestas y satisfacción a las necesidades humanas con un enfoque integral, especialmente en las necesidades emocionales y espirituales con la finalidad de darle sentido y significado a los sentimientos, emociones, fé, esperanza, creencias e</li> </ul>

cambios de imagen corporal similares.	confianza para la aceptación de su enfermedad.		inquietudes.
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón
		<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto 2015-October 2015

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1	DÍA 2
<b>S</b>	Paciente refiere preocupación por el cambio corporal.	Refiere estar adaptándose al cambio corporal.
<b>O</b>	Paciente tiene un cambio evidente en la estructura fisiológica y corporal.	Paciente tiene un cambio evidente en la estructura fisiológica y corporal.
<b>A</b>	<b>TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL: R/C</b> Cirugía (colostomía) <b>M/P</b> No toca una parte del cuerpo, expresa cambio en el estilo de vida.	<b>TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL: R/C</b> Cirugía (colostomía) <b>M/P</b> No toca una parte del cuerpo, expresa cambio en el estilo de vida.
<b>P</b>	Imagen corporal.	Imagen corporal.
<b>I</b>	Potenciación de la imagen corporal, Apoyo emocional.	Potenciación de la imagen corporal, Apoyo emocional.
<b>E</b>	<b>120007</b> Adaptación a cambios en el aspecto físico 3: a veces positivo 4: frecuentemente positivo. <b>120008</b> Adaptación a cambios en la función corporal 3: a veces positivo 4: frecuentemente positivo.	<b>120007</b> Adaptación a cambios en el aspecto físico 3: a veces positivo 4: frecuentemente positivo. <b>120008</b> Adaptación a cambios en la función corporal 3: a veces positivo 4: frecuentemente positivo.

<b>NIVEL DE ATENCIÓN</b>	<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA CON DIAGNOSTICO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL 00120</b>					
Segundo	Enfermería quirúrgica	cirugía						
<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>								
<b>DOMINIO:</b> 6 Autopercepción <b>CLASE:</b> 2 Autoestima			<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA (S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>		
						<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
<b>CÓDIGO DEL DX: 00120</b>  <b>BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL:</b> Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual. <b>R/C</b> Alteración de la imagen corporal <b>M/P</b> Expresa que la situación actual desafía su valía personal.			<b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III) <b>Clase:</b> Bienestar psicológico (M)  <b>RESULTADOS:</b> Autoestima <b>1205</b>	Comunicación abierta <b>120507</b>     Aceptación de críticas constructivas <b>12051</b>	<b>1</b> Nunca positivo  <b>2</b> Raramente positivo  <b>3</b> A veces positivo  <b>4</b> Frecuentement e positivo  <b>5</b> Siempre positivo	1	2	3
						2	2	3
						3	3	4
						<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
						1	2	3
						2	2	3
						3	3	4
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>								
<b>Clase:</b>	<b>R ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</b>	<b>Campo:</b>	<b>3.Conductual</b>	<b>Clase:</b>	<b>R ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</b>	<b>Campo:</b>	<b>3.Conductual</b>	

<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE: POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA 5400</b>		<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE APOYO EMOCIONAL 5270</b>	
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO (Burker, 2011)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Animar al paciente a identificar sus virtudes.</li> <li>- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente.</li> <li>- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.</li> <li>- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.</li> <li>- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.</li> <li>- Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potencia la autoestima del paciente y evidencia virtudes que antes no tomaba en cuenta.</li> <li>- Ayuda a que el paciente se sienta independiente y útil para la sociedad.</li> <li>-Aumenta el autoestima y la seguridad de su yo propio.</li> <li>-Permite identificar las actitudes equivocadas y acertadas del paciente para los demás.</li> <li>- Fortalece la confianza en sí mismo para realizar actividades cotidianas.</li> <li>- Estimula el autoestima y amor por sí mismo para aceptar el cambio físico de su cuerpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comentar la experiencia emocional con el paciente.</li> <li>-Realizar afirmaciones de apoyo.</li> <li>-Abrazar al paciente para proporcionar apoyo.</li> <li>-Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</li> <li>-Proporcionar apoyo durante la negación, ira y aceptación de las fases del sentimiento de pena.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayuda a que el paciente exprese como se siente con su nueva condición de vida.</li> <li>- Fomenta confianza entre el paciente y equipo de salud.</li> <li>- Incentiva a que el paciente analice que la ira y la tristeza le van a perjudicar emocionalmente.</li> <li>- Estimula para que el paciente exprese lo que siente y logre tranquilidad.</li> <li>- Estimula la seguridad y confianza del paciente y se logra que manifieste su sentir acerca de su enfermedad.</li> </ul>
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón
		<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto 2015-Octubre 2015

<b>REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)</b>		
	<b>DÍA 1</b>	<b>DÍA 2</b>
<b>S</b>	Paciente refiere que no sirve para nada.	Paciente refiere sentirse inútil.
<b>O</b>	El paciente se encuentra triste, con ira.	Muestra tristeza.
<b>A</b>	<b>BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL: R/C</b> Alteración de la imagen corporal <b>M/P</b> Expresa que la situación actual desafía su valía personal.	<b>BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL: R/C</b> Alteración de la imagen corporal <b>M/P</b> Expresa que la situación actual desafía su valía personal.
<b>P</b>	Autoestima.	Autoestima.
<b>I</b>	Potenciación de la autoestima - Apoyo emocional.	Potenciación de la autoestima - Apoyo emocional.
<b>E</b>	<b>120507</b> Comunicación abierta 2: raramente positivo 3: a veces positivo. <b>12051</b> Aceptación de críticas constructivas 2: raramente positivo 3: a veces positivo.	<b>120507</b> Comunicación abierta 2: raramente positivo 3: a veces positivo. <b>12051</b> Aceptación de críticas constructivas 2: raramente positivo 3: a veces positivo.
	<b>DÍA 3</b>	
<b>S</b>	Paciente refiere estar tranquilo, con ganas de vivir.	
<b>O</b>	Paciente alegre confiado y seguro de sí mismo.	
<b>A</b>	<b>BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL: R/C</b> Alteración de la imagen corporal <b>M/P</b> Expresa que la situación actual desafía su valía personal.	
<b>P</b>	Autoestima.	
<b>I</b>	Potenciación de la autoestima - Apoyo emocional.	
<b>E</b>	<b>120507</b> Comunicación abierta 3: a veces positivo 4: frecuentemente positivo. <b>12051</b> Aceptación de críticas constructivas 3: a veces positivo 4: frecuentemente positivo.	

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMIA CON DIAGNOSTICO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS 00002					
Segundo	Enfermería quirúrgica	cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
						Días	Mantener	Aumentar
<b>CÓDIGO DEL DX:00002</b>  <b>DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES:</b> Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.  <b>R/C</b> Incapacidad para absorber los nutrientes  <b>M/P</b> Cólico abdominal			<b>Dominio:</b> Salud fisiológica (II)  <b>Clase:</b> Nutrición (K)  <b>Resultado:</b> Estado nutricional 1004	Ingestión de nutrientes <b>100401</b>	<b>1</b> Desviación grave del rango normal  <b>2</b> Desviación sustancial del rango normal  <b>3</b> Desviación moderada del rango normal  <b>4</b> Desviación leve del rango normal  <b>5</b> Sin desviación del rango normal	1	2	3
						2	2	3
						3	2	3
						4	3	4
						Días	Mantener	Aumentar
						1	2	3
						2	2	3
						3	2	3
						4	3	4

**CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)**

<b>Clase:</b>	<b>D Apoyo nutricional</b>	<b>Campo:</b>	<b>1.Fisiologico básico</b>	<b>Clase:</b>	<b>D Apoyo nutricional</b>	<b>Campo:</b>	<b>1.Fisiologico básico</b>
<b>INTERVENCIONE INDEPENDIENTE</b>				<b>INTERVENCIONE INDEPENDIENTE</b>			
<b>ASESORAMIENTO NUTRICIONAL 5246</b>				<b>MANEJO DE LA NUTRICIÓN 1100</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>	
<p>-Colocar material informativo atractivo de guía de comidas (pirámide de alimentos).</p> <p>-Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.</p> <p>-Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita.</p>		<p>-La pirámide alimenticia se usa con el fin de indicar en forma simple cuáles son los alimentos que son necesarios en la dieta, y en qué cantidad consumirlos, para lograr una dieta sana y balanceada.</p> <p>-Permite instruir al paciente acerca del conocimiento básico de los alimentos mediante la pirámide alimenticia.</p> <p>- Sirve para identificar como afecta la dieta en la vida del paciente y si este la cumple correctamente.</p>		<p>-Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.</p> <p>-Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.</p> <p>-Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.</p> <p>-Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.</p>		<p>-Estimula la asimilación de los alimentos y una recuperación más avanzada.</p> <p>-Mejora la digestión y acelera el tránsito intestinal proporcionando una evacuación sin dificultad.</p> <p>-Estimula que el paciente tenga una alimentación saludable.</p> <p>-Proporciona conocimiento sobre la dieta saludable.</p>	
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón	<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto 2015-Octubre 2015		



**REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)**

	<b>DÍA 1</b>	<b>DÍA 2</b>
S	Paciente refiere tener cólico abdominal, no come para evitar acumulación de gases, se siente incómodo.	Paciente refiere tener molestias abdominales, tiene preocupación, no come.
O	Paciente con distensión abdominal, facies pálidas, preocupado.	Paciente con ligera distensión abdominal, dolor a la palpación, impaciente.
A	<b>DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES: R/C</b> Incapacidad para absorber los nutrientes <b>M/P</b> Cólico abdominal.	<b>DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES: R/C</b> Incapacidad para absorber los nutrientes <b>M/P</b> Cólico abdominal.
P	Estado nutricional (1004).	Estado nutricional (1004).
I	Asesoramiento nutricional 5246 - Manejo de la nutrición 1100.	Asesoramiento nutricional 5246 - Manejo de la nutrición 1100.
E	<b>100401</b> Ingestión de nutrientes 2: desviación sustancial del rango normal 3: desviación moderada del rango normal.  <b>100408</b> Ingestión de líquidos 2: desviación sustancial del rango normal 3: desviación moderada del rango normal.	<b>100401</b> Ingestión de nutrientes 2: desviación sustancial del rango normal 3: desviación moderada del rango normal.  <b>100408</b> Ingestión de líquidos 2: desviación sustancial del rango normal 3: desviación moderada del rango normal.

**REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)**

	<b>DÍA 3</b>	<b>DÍA 4</b>
<b>S</b>	Paciente refiere tener leve molestia abdominal, ansioso.	Paciente refiere estar más tranquilo, acostumbrándose a comer saludable.
<b>O</b>	Paciente intranquilo, molesto, triste.	Paciente tranquilo, comprensivo, accesible.
<b>A</b>	<b>DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES: R/C</b> Incapacidad para absorber los nutrientes <b>M/P</b> Cólico abdominal.	<b>DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES: R/C</b> Incapacidad para absorber los nutrientes <b>M/P</b> Cólico abdominal.
<b>P</b>	Estado nutricional.	Estado nutricional.
<b>I</b>	Asesoramiento nutricional - Manejo de la nutrición.	Asesoramiento nutricional - Manejo de la nutrición.
<b>E</b>	<b>100401</b> Ingestión de nutrientes 2: desviación sustancial del rango normal 3: desviación moderada del rango normal.  <b>100408</b> Ingestión de líquidos 2: desviación sustancial del rango normal 3: desviación moderada del rango normal.	<b>100401</b> Ingestión de nutrientes 3: desviación moderada del rango normal 4: desviación leve del rango normal.  <b>100408</b> Ingestión de líquidos 3: desviación moderada del rango normal 4: desviación leve del rango normal.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA CON DIAGNOSTICO DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO 00108					
Segundo	Enfermería quirúrgica	cirugía	<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>					
<b>DOMINIO:</b> 4 Actividad/Reposo <b>CLASE:</b> 5 Autocuidado			<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA (S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>		
						<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
<b>CÓDIGO DEL DX: 00108</b>  <b>DEFICIT DE AUTOCUIDADO:</b> Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene. <b>R/C</b> Debilidad. <b>M/P</b> Incapacidad para lavarse el cuerpo, incapacidad para secarse el cuerpo.			<b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV) <b>Clase:</b> Conducta de salud (Q)  <b>RESULTADOS:</b> Autocuidados higiene <b>0305</b>	Mantiene la higiene corporal <b>030517</b>	<b>1</b> Gravemente comprometido  <b>2</b> Sustancialmente comprometido  <b>3</b> Moderadamente comprometido  <b>4</b> Levemente comprometido  <b>5</b> No comprometido	1  2  <b>Días</b>  1	2  3  <b>Mantener</b>  2	3  4  <b>Aumentar</b>  3
<b>Clase:</b>	<b>F. facilitación de los autocuidados</b>	<b>Campo:</b>	<b>1. Fisiológico básico</b>					
<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE:</b>								
<b>AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE 1801</b>								
<b>ACTIVIDADES</b>			<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>					
-Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades			-Sirve para educar al paciente utilizando un lenguaje correcto para que el paciente					

<p>de autocuidado.</p> <p>-Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.</p> <p>- Enseñar a la familia rutina de higiene personal. (Lavado de manos, cepillado de dientes, baño.)</p> <p>-Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.</p>	<p>sea capaz de lograr el entendimiento acerca de la importancia de la higiene.</p> <p>Permite conocer si el paciente necesita ayuda para realizar su higiene corporal y se identifica el apoyo familiar en esta circunstancia.</p> <p>-Proporcionará confort y relajación al paciente y hábitos saludables en el paciente.</p> <p>-Da a conocer al paciente la cantidad de apoyo que tiene a su alrededor y transmite seguridad en el proceso de recuperación.</p>
--	---

<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón	<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto-Octubre 2015
-----------------	-----------------	-----------------	----------------	------------------------------	---------------------

**REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)**

	<b>DÍA 1</b>	<b>DÍA 2</b>
<b>S</b>	Paciente refiere no poder bañarse por si solo.	Paciente refiere que puede realizar sus actividades de aseo por si solo
<b>O</b>	Paciente desaseado.	Paciente aseado, satisfecho por su autonomía.
<b>A</b>	<p><b>DEFICIT DE AUTOCUIDADO:</b></p> <p><b>R/C</b> Debilidad.</p> <p><b>M/P</b> Incapacidad para lavarse el cuerpo, incapacidad para secarse el cuerpo.</p>	<p><b>DEFICIT DE AUTOCUIDADO:</b></p> <p><b>R/C</b> Debilidad.</p> <p><b>M/P</b> Incapacidad para lavarse el cuerpo, incapacidad para secarse el cuerpo.</p>
<b>P</b>	Autocuidados higiene.	Autocuidados higiene.
<b>I</b>	Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.	Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.
<b>E</b>	<b>030517</b> Mantiene la higiene corporal 2 sustancialmente comprometido 3 moderadamente comprometido.	<b>030517</b> Mantiene la higiene corporal 3 moderadamente comprometido 4 levemente comprometido.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA CON DIAGNOSTICO DE DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA 00085							
Segundo	Enfermería quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)							
<b>DOMINIO:</b> 4 Actividad/Reposo <b>CLASE:</b> 2 Actividad/ejercicio			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA				
<b>CÓDIGO DEL DX:</b> 00085  <b>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA:</b> Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.  <b>R/C</b> Ansiedad, dolor.  <b>M/P</b> limitación de la amplitud de movimiento, enlentecimiento del movimiento.			<b>Dominio:</b> Salud funcional (I)  <b>Clase:</b> Movilidad (C)  <b>RESULTADOS:</b> Movilidad 0208	Movimiento muscular <b>020803</b>  Ambulación <b>020806</b>	1Gravemente comprometido  2Sustancialmente comprometido  3Moderadamente comprometido  4Levemente comprometido  5No comprometido	Días	Mantener	Aumentar		
						1	2	3		
					2	3	4	Días	Mantener	Aumentar
								1	2	3
					2	3	4			
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)										
<b>Clase:</b>	<b>S. Educación de los pacientes</b>	<b>Campo:</b>	<b>3 Conductual</b>	<b>Clase:</b>	<b>A Control de actividad y ejercicio</b>	<b>Campo:</b>	<b>1</b>	<b>Fisiológico: básico</b>		

<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE: ENSEÑANZA: ACTIVIDAD/EJERCICIO PRESCRITO 5612</b>		<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE: FOMENTO DEL EJERCICIO 0200</b>	
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO (Kozier, 2012)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO (Cazorla, 2012)</b>
<p>-Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio.</p> <p>-Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.</p> <p>-Enseñar al paciente una buena postura y la mecánica corporal.</p> <p>-Ayudar al paciente a incorporar la actividad/ejercicio en la rutina diaria/estilo de vida.</p>	<p>- Preparan psicológicamente para la incorporación de la actividad física en la rutina diaria.</p> <p>- La deambulación es un factor significativo en la aceleración de la recuperación post operatoria y en la prevención de complicaciones durante la misma</p> <p>-Estimula una posición correcta ayudando a disminuir daños</p> <p>- La incorporación regular de ejercicios físicos ayuda a mantener o mejorar el estado físico y nivel de salud</p>	<p>-Valora las ideas del paciente sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.</p> <p>-Animar al paciente a empezar ejercicios adecuado a sus necesidades.</p> <p>-Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.</p> <p>-Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.</p>	<p>- Permite conocer el pensamiento del paciente sobre la importancia del ejercicio.</p> <p>- Los ejercicios activos o pasivos, aumentan el flujo sanguíneo muscular y óseo proporcionando una oportunidad para liberar energía</p> <p>- Permite instruir acerca de lo indispensable que es el ejercicio para mejorar la salud.</p> <p>- Aumenta la sensación de valía personal y facilita la disminución del aislamiento social.</p>
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón
		<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto-October 2015

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1	DÍA 2
<b>S</b>	Paciente refiere malestar, temor por su condición física.	Paciente refiere caminar diariamente.
<b>O</b>	Limitación y enlentecimiento del movimiento.	Paciente activo, camina 15 minutos.
<b>A</b>	<b>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA:</b> R/C Ansiedad, dolor M/P limitación de la amplitud de movimiento, enlentecimiento del movimiento.	<b>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA:</b> R/C Ansiedad, dolor M/P limitación de la amplitud de movimiento, enlentecimiento del movimiento.
<b>P</b>	Movilidad.	Movilidad.
<b>I</b>	Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito - Fomento del ejercicio.	Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito - Fomento del ejercicio.
<b>E</b>	<b>020803</b> Movimiento muscular 2: sustancialmente comprometido 3: moderadamente comprometido. <b>020806</b> Ambulación 2: sustancialmente comprometido 3: moderadamente comprometido.	<b>020803</b> Movimiento muscular 3: moderadamente comprometido 4 levemente comprometido. <b>020806</b> Ambulación 3: moderadamente comprometido 4 levemente comprometido.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSOTOMIA CON DIAGNOSTICO DE PATRON SEXUAL INEFICAZ 00065					
Segundo	Enfermería quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
<b>DOMINIO:</b> 8 Sexualidad <b>CLASE:</b> 2 Función sexual			<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA (S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>		
<b>CÓDIGO DEL DX: 00065</b> <b>PATRON SEXUAL INEFICAZ:</b> Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad. <b>R/C</b> Falta de intimidad. <b>M/P</b> Informe de limitaciones en las conductas sexuales.			<b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III) <b>Clase:</b> Bienestar psicológico (M) <b>RESULTADOS:</b> ejecución del rol 1501	Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o la incapacidad. <b>150107</b>	<b>1</b> Nunca positivo  <b>2</b> Raramente positivo  <b>3</b> A veces positivo  <b>4</b> Frecuentemente positivo  <b>5</b> Siempre positivo	<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
						1	2	3
						2	3	4
						<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
						1	2	3
						2	3	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)								
<b>Clase:</b>	<b>R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</b>	<b>Campo:</b>	<b>3. Conductual</b>					



**INTERVENCIONE INDEPENDIENTE****POTENCIACIÓN DE LA CONCIENCIA DE SI MISMO 5390**

<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>			
<p>-Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de si mismo.</p> <p>-Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene la enfermedad sobre el concepto de si mismo.</p> <p>-Confrontar los sentimientos ambivalentes (enojado o deprimido) del paciente.</p>		<p>-Sirve para identificar la percepción de la persona sobre si misma.</p> <p>-Es importante para conocer si la enfermedad influye de manera leve, moderada o grave y según eso buscar ayuda profesional.</p> <p>-Ayuda a reconocer los sentimientos erróneos de incapacidad, y estimula la aceptación.</p>			
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón	<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto-October 2015

**REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)**

	<b>DÍA 1</b>	<b>DÍA 2</b>
<b>S</b>	Paciente refiere no tener actividad sexual con su pareja porque siente lastima de sí mismo	Paciente refiere tener más seguridad en el momento de la intimidad con su pareja
<b>O</b>	Paciente triste, baja autoestima.	Paciente tranquilo, seguro de sí mismo.
<b>A</b>	<b>PATRON SEXUAL INEFICAS: R/C</b> Falta de intimidad <b>M/P</b> In forme de limitaciones en las conductas sexuales	<b>PATRON SEXUAL INEFICAS: R/C</b> Falta de intimidad <b>M/P</b> In forme de limitaciones en las conductas sexuales
<b>P</b>	Ejecución del rol	Ejecución del rol
<b>I</b>	Potenciación de la conciencia de sí mismo	Potenciación de la conciencia de sí mismo
<b>E</b>	<b>150107</b> Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o la incapacidad. 2: raramente positivo 3: a veces positivo	<b>150107</b> Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o la incapacidad 3: a veces positivo 4: frecuentemente positivo

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTESPORTADOR DE COLOSTOMÍA CON DIAGNOSTICO DE INSOMNIO 00095					
Segundo	Enfermería quirúrgica	Cirugía	<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>					
<b>DOMINIO:</b> 4 Actividad/ Reposo <b>CLASE:</b> 1 Sueño/Reposo			<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA (S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>		
						<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
<b>CÓDIGO DEL DX: 00095</b>  <b>INSOMNIO:</b> Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento. <b>R/C</b> Ansiedad <b>M/P</b> Expresa dificultad para conciliar el sueño, expresa insatisfacción con el sueño.			<b>Dominio:</b> Salud funcional (I) <b>Clase:</b> Mantenimiento de la energía (A)  <b>RESULTADOS:</b> Sueño 0004	Horas sueño normal <b>000401</b>  Calidad del sueño <b>000404</b>	<b>1</b> Gravemente comprometido  <b>2</b> Sustancialment e comprometido  <b>3</b> Moderadament e comprometido  <b>4</b> Levemente comprometido  <b>5</b> No comprometido	1	2	3
						<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
						1	2	3
						2	3	4
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>								
<b>Clase:</b>		<b>F Facilitación de los autocuidados</b>		<b>Campo:</b>		<b>Fisiológico básico</b>		
<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE:</b>								
<b>MEJORAR EL SUEÑO 1850</b>								
<b>ACTIVIDADES</b>					<b>FUNDAMENTO (Kozier, 2012)</b>			
-Explicar la importancia de un sueño adecuado.					- Ayuda a mejorar las horas de descanso y aumenta la pronta recuperación del paciente.			

-Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón ,cama) para favorecer el sueño.  
-Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.  
-Comentar con el paciente y familia técnicas para favorecer el sueño.

-Proporciona un ambiente agradable y mejora las horas de descanso.  
-Favorece a lograr la conciliación del sueño y ayuda a una rápida recuperación.  
-Son importantes la técnicas para favorecer el sueño ya que ayuda a una pronta recuperación aumentando el sistema inmunológico.

**Elaboró:** Gabriela Molina

**Docente:** Lic. Luz Lalón

**Fecha de Elaboración:** Agosto-Octubre 2015

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1	DÍA 2
<b>S</b>	Paciente refiere no poder conciliar el sueño.	Paciente refiere que puede dormir mejor.
<b>O</b>	Paciente se muestra cansado.	El paciente se muestra activo, vigoroso.
<b>A</b>	<b>INSOMNIO: R/C</b> Ansiedad <b>M/P</b> Expresa dificultad para conciliar el sueño, expresa insatisfacción con el sueño.	<b>INSOMNIO: R/C</b> Ansiedad <b>M/P</b> Expresa dificultad para conciliar el sueño, expresa insatisfacción con el sueño.
<b>P</b>	Sueño.	Sueño.
<b>I</b>	Mejorar el sueño.	Mejorar el sueño.
<b>E</b>	<b>000401</b> Horas sueño 2: sustancialmente comprometido 3: moderadamente comprometido. <b>000404</b> Calidad del sueño 2: sustancialmente comprometido 3: moderadamente comprometido.	<b>000401</b> Horas sueño 3: moderadamente comprometido 4: levemente comprometido. <b>000404</b> Calidad del sueño 3: moderadamente comprometido 4: levemente comprometido.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA CON DIAGNOSTICO DE INTERRUPCION DE LOS PROCESOS FAMILIARES 00060																		
Segundo	Enfermería quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)																		
<b>DOMINIO:</b> 7 Rol/Relaciones <b>CLASE:</b> 2 Relaciones familiares			<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA (S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b> Días    Mantener    Aumentar															
<b>CÓDIGO DEL DX: 00060</b>  <b>INTERRUPCION DE LOS PROCESOS FAMILIARES:</b> Cambio en las relaciones y/o en el funcionamiento familiar.  <b>R/C</b> cambios en el estado de salud de un miembro de la familia. <b>M/P</b> cambios en la satisfacción de la familia.			<b>Dominio:</b> Salud familiar (IV) <b>Clase:</b> Bienestar familiar (X)  <b>RESULTADOS:</b> Funcionamiento de la familia <b>2602</b>	Los miembros se apoyan entre sí <b>260222</b>  Los miembros expresan su acuerdo con la familia <b>260217</b>	<b>1</b> Nunca demostrado <b>2</b> Raramente demostrado <b>3</b> A veces demostrado <b>4</b> Frecuentement e demostrado <b>5</b> Siempre demostrado	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td><b>Días</b></td> <td><b>Mantener</b></td> <td><b>Aumentar</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	3	4	2	4	5	<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>	1	3	4	2	4	5
1	3	4																			
2	4	5																			
<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>																			
1	3	4																			
2	4	5																			
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)																					
<b>Clase:</b>	<b>B. Control de la eliminación</b>	<b>Campo:</b>	<b>1.Fisiológico: Básico</b>	<b>Clase:</b>	<b>X. Cuidados de la vida</b>	<b>Campo:</b> <b>5. Familia</b>															
<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE:</b> <b>AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO 5440</b>				<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE:</b> <b>ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR 7100</b>																	
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>															
- Determinar el grado de apoyo familiar.		- Los sistemas de apoyo son lazos establecidos entre individuos y		-Escuchar a los miembros de la familia.		- Proporciona cambios de conducta.															

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.</li> <li>- Implicar a la familia en los cuidados y planificación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- grupos.</li> <li>- sirve para mejorar la competencia adaptativa a la hora de tratar crisis y transiciones vitales en los seres humanos.</li> <li>- Estimula el grado de apoyo emocional del paciente generando confianza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.</li> <li>- Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación.</li> <li>-Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eleva los lazos filiales y ayuda a considerar a la familia como un apoyo.</li> <li>- Ayuda a expresar pensamientos hacia su ser querido.</li> <li>- Estimula a la unión familiar mediante la educación y la importancia de la integración</li> </ul>		
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón	<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto-Octubre2015

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1	DÍA 2
<b>S</b>	Paciente refiere sentir impotencia porque por su estado de salud no puede cumplir con las responsabilidades de su hogar.	Paciente refiere sentir bien porque tiene el apoyo familiar.
<b>O</b>	La familia del paciente se compromete a brindar todo el apoyo necesario.	La familia del paciente se compromete a brindar todo el apoyo necesario.
<b>A</b>	<b>INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES R/C</b> cambios en el estado de salud de un miembro de la familia. <b>M/P</b> cambios en la satisfacción de la familia.	<b>INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES R/C</b> cambios en el estado de salud de un miembro de la familia <b>M/P</b> cambios en la satisfacción de la familia.
<b>P</b>	Funcionamiento de la familia.	Funcionamiento de la familia.
<b>I</b>	Aumentar los sistemas de apoyo - estimulación de la integridad familiar.	Aumentar los sistemas de apoyo - estimulación de la integridad familiar.
<b>E</b>	<b>260222</b> Los miembros se apoyan entre sí 3: a veces demostrado 4: frecuentemente demostrado. <b>260217</b> Los miembros expresan su acuerdo con la familia 3 a veces demostrado 4 frecuentemente demostrado.	<b>260222</b> Los miembros se apoyan entre sí 4: frecuentemente demostrado 5: siempre demostrado. <b>260217</b> Los miembros expresan su acuerdo con la familia 4: frecuentemente demostrado 5: siempre demostrado.



NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA CON DIAGNOSTICO DE DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL 00052					
Segundo	Enfermería quirúrgica	Cirugía	<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>					
<b>DOMINIO:</b> 7 Rol /Relaciones <b>CLASE:</b> 3 Desempeño del rol			<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA (S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>		
						Días	Mantener	Aumentar
<b>CÓDIGO DEL DX: 00052</b>  <b>DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL:</b> Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social. <b>R/C</b> Trastorno del auto concepto. <b>M/P</b> Interacción disfuncional con los demás.			<b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III)  <b>Clase:</b> Interacción social (P)  <b>RESULTADOS:</b> Implicación social 1503	Inter acción con amigos Íntimos <b>150301</b>   Interacción con miembros de la familia <b>150303</b>	<b>1</b> Nunca demostrado  <b>2</b> Raramente demostrado  <b>3</b> Aveces demostrado  <b>4</b> Frecuentemente demostrado  <b>5</b> Siempre demostrado	1 2  1  2	2 3  2  3	3 4  3  4
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>								
<b>Clase:</b>	<b>O. Terapia conductual</b>	<b>Campo:</b>	<b>3 Conductual</b>	<b>Clase:</b>	<b>Q. Potenciación de la comunicación</b>	<b>Campo:</b>	<b>3 Conductual</b>	
<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE:</b> <b>MODIFICACION DE LA CONDUCTA: HABILIDADES SOCIALES 4362</b>				<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE:</b> <b>POTENCIACION DE LA SOCIALIZACION 5100</b>				

<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Burker, 2011)</b>	
<p>-Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales.</p> <p>-Ayudar al paciente a identificar los resultados deseados de las relaciones o situaciones interpersonales problemáticas.</p> <p>-Proporcionar seguridad (elogios o recompensas) al paciente sobre la realización de la habilidad social.</p> <p>-Implicar a los seres queridos en las sesiones de ejercicio de habilidades sociales (juego de roles) con el paciente, si resulta oportuno.</p>		<p>- Ayuda a que el paciente manifieste lo que siente y tranquilice pensamientos de rechazo social.</p> <p>- Indica lo que el paciente espera de otras personas frente a su estado de salud.</p> <p>-Estimula la sobrevaloración e importancia del papel del paciente en la sociedad.</p> <p>-Determina el apoyo de la familia en momentos de distracción para el paciente.</p>		<p>- Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas.</p> <p>-Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.</p> <p>-Fomentar las actividades sociales y comunitarias.</p> <p>-Ayudar al paciente a que aumente la conciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.</p> <p>-Animar al paciente a cambiar de ambiente como salir a caminar.</p>		<p>- Ayuda a que el paciente se vea involucrado en el ambiente social.</p> <p>- Potencia la independencia y la toma de decisiones con respecto a su vida diaria.</p> <p>- Ayuda a que el paciente se sienta útil y aceptado.</p> <p>- Estimula que el paciente tenga más comunicación con las demás personas sin que se sienta rechazado.</p> <p>- Propicia la relación con el entorno y ayuda al fomento del ejercicio y recreación.</p>	
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón	<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto-October 2015		

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1	DÍA 2
<b>S</b>	Paciente refiere no querer tratar con ninguna persona.	Paciente refiere que su relación social ha mejorado.
<b>O</b>	El paciente prefiere aislarse de las personas, triste.	Se muestra motivado, alegre, con ganas de vivir.
<b>A</b>	<b>DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL:</b> <b>R/C</b> Trastorno del auto concepto. <b>M/P</b> Interacción disfuncional con los demás.	<b>DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL:</b> <b>R/C</b> Trastorno del auto concepto. <b>M/P</b> Interacción disfuncional con los demás.
<b>P</b>	Implicación social 1503.	Implicación social 1503.
<b>I</b>	Modificación de la conducta: habilidades sociales – Potencializarían de la socialización.	Modificación de la conducta: habilidades sociales – Potencializarían de la socialización.
<b>E</b>	<b>150301</b> Inter acción con amigos Íntimos 2: raramente demostrado 3: a veces demostrado. <b>150303</b> Interacción con miembros de la familia 2: raramente demostrado 3: a veces demostrado.	<b>150301</b> Inter acción con amigos Íntimos 3: a veces demostrado 4: frecuentemente demostrado. <b>150303</b> Interacción con miembros de la familia 3: a veces demostrado 4: frecuentemente demostrado.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA CON DIAGNOSTICO DE DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO 00182					
Segundo	Enfermería quirúrgica	Cirugía	<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>					
<b>DOMINIO:</b> 4 Actividad / Reposo <b>CLASE:</b> 5 Autocuidado			<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA (S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>		
<b>CÓDIGO DEL DX: 00182</b>  <b>DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO:</b> Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado. <b>R/C</b> Estado de salud. <b>M/P</b> expresa deseos de aumentar el autocuidado.			<b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV) <b>Clase:</b> Conducta de salud (Q)  <b>RESULTADOS:</b> Autocuidado de la ostomía <b>1615</b>	Obtiene material para cuidar la ostomía <b>1615 12</b>  Evita alimentos y bebidas flatulentos <b>161513</b>	<b>1</b> Nunca demostrado <b>2</b> Raramente demostrado <b>3</b> A veces demostrado <b>4</b> Frecuentemente demostrado <b>5</b> Siempre demostrado	<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
						1	2	3
					<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>	
					1	2	3	
						2	3	4
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>								
<b>Clase:</b>	<b>S. Educación de los pacientes</b>	<b>Campo:</b>	<b>3 Conductual</b>	<b>Clase:</b>	<b>S. Educación de los pacientes</b>	<b>Campo:</b>	<b>3 Conductual</b>	
<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE: FACILITAR EL APRENDIZAJE 5520</b>				<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE ENSEÑANZA: INDIVIDUAL 5606</b>				

<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Burker, 2011)</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Kozier, 2012)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos mensurables/observables.</li> <li>- Utilizar un lenguaje familiar.</li> <li>- Fomentar la participación activa del paciente.</li> <li>- Utilizar demostraciones y pedir al paciente que las realice él.</li> <li>- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.</li> <li>- Responder a las preguntas de forma clara y concisa.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-El proceso de enseñanza aprendizaje facilita la adquisición de conocimientos, con un lenguaje acorde a la instrucción y capacidad del usuario, para el desarrollo de habilidades y destrezas en el manejo de la colostomía</li> <li>-Facilita la comprensión del paciente</li> <li>- Ayuda al paciente a sentirse independiente.</li> <li>-Facilita el aprendizaje.</li> <li>-Mejora la comprensión del paciente y disminuye sus inquietudes.</li> <li>-Satisface las inquietudes del paciente.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).</li> <li>-Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.</li> <li>-Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede.</li> <li>- Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente</li> <li>- Incluir a la familia/ser querido.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La enseñanza individualizada dirigida permite que el usuario trabaje en consecución de los objetivos propuestos según su propio ritmo y posibilidad, cuya información debe ser clara y precisa para evitar las malas interpretaciones.</li> <li>-Define a lo que el paciente quiere llegar a conseguir y la disponibilidad que tiene para lograr sus metas.</li> <li>-Evita que el paciente tenga una información distorsionada.</li> <li>-Indica si el paciente está logrando lo que se ha propuesto.</li> <li>-Estimula la unión y apoyo familiar.</li> </ul>	
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón	<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto-Octubre 2015		

REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)		
	DÍA 1	DÍA 2
<b>S</b>	Paciente quiere aprender sobre el autocuidado.	Paciente refiere sentirse más independiente.
<b>O</b>	El paciente está dispuesto a aprender.	Se muestra motivado.
<b>A</b>	<b>DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO</b> M/P expresa deseos de aumentar el autocuidado.	<b>DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO M/P</b> expresa deseos de aumentar el autocuidado.
<b>P</b>	Autocuidado de la ostomía.	Autocuidado de la ostomía.
<b>I</b>	Facilitar el Aprendizaje - Enseñanza: Individual.	Facilitar el Aprendizaje - Enseñanza: Individual.
<b>E</b>	<b>1615 12</b> Obtiene material para cuidar la ostomía 2: raramente demostrado 3: a veces demostrado. <b>161513</b> Evita alimentos y bebidas flatulentos 2: raramente demostrado 3: a veces demostrado.	<b>1615 12</b> Obtiene material para cuidar la ostomía 3: a veces demostrado 4: frecuentemente demostrado. <b>161513</b> Evita alimentos y bebidas flatulentos 3: a veces demostrado 4: frecuentemente demostrado.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA CON DIAGNOSTICO DE RIESGO DE INFECCION 00004					
Segundo	Enfermería quirúrgica	Cirugía	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
<b>DOMINIO:</b> 11 Seguridad/Protección <b>CLASE:</b> 1 Infección			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
						Días	Mantener	Aumentar
<b>CÓDIGO DEL DX: 00004</b>  <b>RIESGO DE INFECCIÓN:</b> Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos. <b>R/C</b> defensas primarias inadecuadas (rotura de piel), aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos (presencia de estoma).			<b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV)  <b>Clase:</b> Control del riesgo y seguridad (T)  <b>RESULTADOS:</b> Detección del riesgo <b>1908</b>	Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos <b>190801</b>  Identifica los posibles riesgos para la salud <b>190802</b>	<b>1</b> Nunca demostrado  <b>2</b> Raramente demostrado  <b>3</b> A veces demostrado  <b>4</b> Frecuentemente demostrado  <b>5</b> Siempre demostrado	1	2	3
						Días	Mantener	Aumentar
						2	3	4
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>								
<b>Clase:</b>	<b>V. Control de riesgos</b>	<b>Campo:</b>	<b>4. Seguridad</b>	<b>Clase:</b>	<b>I. Control de la piel/heridas</b>	<b>Campo:</b>	<b>2. Fisiológico</b>	
<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE: PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES 6550</b>				<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE: CUIDADOS DE LAS HERIDAS 3660</b>				
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>		
-Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.		- Previene posibles complicaciones, ya que el		- Despegar los apósitos y la cinta adhesiva.		- Mantiene la piel sana, con la finalidad que ésta actúe como		

<p>-</p> <p>-Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.</p> <p>-Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje de la piel y las membranas mucosas.</p>	<p>proceso inflamatorio ocurre solo en tejidos conectivos vascularizados y surge con el fin defensivo de aislar y destruir al agente dañino</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evita la propagación y diseminación de microorganismos.</li> <li>- Evita complicaciones como la infección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cortar el vello que rodea la zona afectada.</li> <li>- Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</li> <li>- Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico</li> <li>- Inspeccionar el estoma cada vez que se realiza el cambio de funda de colostomía</li> <li>- Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura.</li> <li>- Enseñar al paciente o a miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.</li> </ul>	<p>protección contra cualquier microorganismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayuda a verificar la condición de la herida y si existen signos o síntomas de infección.</li> <li>- Mantiene la higiene de la piel en buenas condiciones.</li> <li>- Para ver si existe deterioro de la integridad o presencia de complicaciones a corto o largo plazo.</li> <li>- Proporciona conocimiento acerca de la clasificación de desechos disminuyendo la acumulación de organismos patógenos.</li> <li>- Ayuda a fomentar la técnica de autocuidado.</li> </ul>		
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón	<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto-October 2015



**REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)**

	<b>DÍA 1</b>	<b>DÍA 2</b>
<b>S</b>	El paciente refiere no conocer los signos y síntomas de infección.	Paciente refiere saber lo que es una infección.
<b>O</b>	El paciente no identifica signos de infección.	Paciente tiene conocimiento sobre los signos de infección.
<b>A</b>	<b>RIESGO DE INFECCION: R/C</b> defensas primarias inadecuadas (rotura de piel), aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos (presencia de estoma).	Riesgo de infección <b>R/C</b> defensas primarias inadecuadas (rotura de piel), aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos (presencia de estoma).
<b>P</b>	Detección del riesgo.	Detección del riesgo.
<b>I</b>	Protección contra las infecciones, Cuidados de las heridas.	Protección contra las infecciones, Cuidados de las heridas.
<b>E</b>	<b>190801</b> Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos 2: raramente demostrado 3: a veces demostrado.  <b>190802</b> Identifica los posibles riesgos para la salud 2: raramente demostrado 3: a veces demostrado.	<b>190801</b> Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos 3: a veces demostrado 4: frecuentemente demostrado.  <b>190802</b> Identifica los posibles riesgos para la salud 3: a veces demostrado 4: frecuentemente demostrado.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍ CON DIAGNOSTICO DE RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA 00047					
Segundo	Enfermería quirúrgica	Cirugía	<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>					
<b>DOMINIO:</b> 11 Seguridad/Protección <b>CLASE:</b> 2 Lesión física			<b>RESULTADOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA (S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>		
						<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
<b>CÓDIGO DEL DX: 00047</b>  <b>RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA</b>  <b>R/C</b> cambios en la turgencia de la piel, deterioro de la sensibilidad.			<b>Dominio:</b> Salud fisiológica (II)  <b>Clase:</b> Integridad tisular (L)  <b>RESULTADOS:</b> Integridad tisular: piel y membranas mucosas <b>1101</b>	Sensibilidad <b>110102</b>  Integridad de la piel <b>110113</b>	<b>1</b> Gravemente comprometido <b>2</b> Sustancialment e comprometido <b>3</b> Moderadament e comprometido <b>4</b> Levemente comprometido <b>5</b> No comprometido	1	2	3
						2	3	4
						<b>Días</b>	<b>Mantener</b>	<b>Aumentar</b>
						1	2	3
						2	3	4
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>								
<b>Clase:</b>	<b>I: Control de la piel/heridas</b>	<b>Campo:</b>	<b>2. Fisiológico: Complejo</b>	<b>Clase:</b>	<b>V. Control de riesgos</b>	<b>Campo:</b>	<b>4. Seguridad</b>	
<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE: CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN 3440</b>				<b>INTERVENCION INDEPENDIENTE: VIGILANCIA DE LA PIEL 3590</b>				
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Kozier, 2012)</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO (Potter, 2014)</b>		
- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento,		- Valorar por completo el estado de incisión permite observar		- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en		- Permite determinar la afección de la piel por un factor externo		

<p>inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpiar la zona de incisión con una solución antiséptica apropiada</li> <li>- Limpiar desde la zona más limpia a la zona menos limpia.</li> <li>- Limpiar la zona que rodea cualquier sitio de drenaje.</li> </ul>	<p>signos o síntomas de infección precozmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impide la proliferación de microorganismos.</li> <li>- Evita mayor contaminación y por ende destrucción tisular.</li> <li>-Evita la acumulación de microorganismos.</li> </ul>	<p>la piel y las membranas mucosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar el color y temperatura de la piel.</li> <li>- Observar si hay excesiva sequedad de la piel.</li> </ul>	<p>o interno.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Permite estimar si hay inicio de un proceso inflamatorio.</li> <li>-Ayuda a verificar el grado de hidratación de la piel.</li> </ul>		
<b>Elaboró:</b>	Gabriela Molina	<b>Docente:</b>	Lic. Luz Lalón	<b>Fecha de Elaboración:</b>	Agosto-Octubre 2015

<b>REGISTROS DE ENFERMERÍA (INFORMES DE ENFERMERÍA)</b>		
	<b>DÍA 1</b>	<b>DÍA 2</b>
<b>S</b>	Refiere desconocer sobre las causas que deterioren la piel.	Refiere conocer sobre las causas que deterioren la piel.
<b>O</b>	No fundamenta la higiene de la piel periestomal.	Paciente proporciona una adecuada higiene de la piel periestomal.
<b>A</b>	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea <b>R/C</b> secreciones.	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea <b>R/C</b> secreciones.
<b>P</b>	Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
<b>I</b>	Cuidados del sitio de incisión, Vigilancia de la piel.	Cuidados del sitio de incisión, Vigilancia de la piel.
<b>E</b>	<p><b>110102</b> Sensibilidad 2: sustancialmente comprometido 3: moderadamente comprometido.</p> <p><b>110113</b> Integridad de la piel 2: sustancialmente comprometido 3: moderadamente comprometido.</p>	<p><b>110102</b> Sensibilidad 3: moderadamente comprometido 4: levemente comprometido.</p> <p><b>110113</b> Integridad de la piel 3: moderadamente comprometido 4: levemente comprometido.</p>



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**PLAN DE VISITA DOMICILIARIA**

**Fecha:** 24 de Agosto del 2015

**Responsable:** Ana Gabriela Molina LLivicota

**DATOS INFORMATIVOS:**

<b>Nombre del Usuario:</b> L.A.O.P	<b>Número de miembros de la Familia:</b> 7
<b>Edad:</b> 49 años	<b>Instrucción:</b> Primaria
<b>Ocupación:</b> Carpintero	<b>Dirección:</b> Av. Honduras vía a Chambo
<b>Motivo de la visita:</b> Obtener el consentimiento informado, entrevista, realizar la valoración inicial.	<b>Diagnóstico Médico:</b> Portador de colostomía

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIADNOSTICOS NANDA**

<b>1</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00126 Conocimientos deficientes
	<b>Factor Relacionado:</b> Falta de exposición.
	<b>Manifestado por:</b> Informa del problema
<b>2</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00078 Gestión ineficaz de la propia salud
	<b>Factor Relacionado:</b> Complejidad del régimen terapéutico
	<b>Manifestado por:</b> Expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos
<b>3</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00146 Ansiedad
	<b>Factor Relacionado:</b> Cambio en el estado de salud
	<b>Manifestado por:</b> Angustia, temor, preocupación.

## OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad - 1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía
2. 1813 Conocimiento régimen terapéutico
3. 1300 Aceptación: estado de salud

## PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACIÓN
1. 00126 Conocimientos deficientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad</li> <li>✓ 0480 Cuidados de la ostomía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Equipo para Valoración (Fonendoscopio, tensiómetro, termómetro, reloj, guantes, gel antibacteriano, linterna)</li> </ul>	<p>Paciente manifiesta sus inquietudes acerca de su enfermedad</p> <p><b>Puntuación Diana: 1-2</b></p>
2. 00078 Gestión ineficaz de la propia salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5240 Asesoramiento</li> <li>✓ 5520 Facilitar el aprendizaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Historia de salud enfermera</li> <li>-Hoja de necesidades Virginia Henderson</li> <li>-Computadora</li> <li>-Video de colostomías</li> </ul>	<p>El paciente refiere que comprende la importancia de seguir las indicaciones de los medicamentos prescritos</p> <p><b>Puntuación Diana: 2-3</b></p>
3. 00146 Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5230 Aumentar el afrontamiento</li> <li>✓ 5240 Asesoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Que son las ostomías</li> <li>- Charla sobre la importancia de un correcto régimen terapéutico y sobre el afrontamiento</li> <li>-Esferos</li> <li>-Cámara fotográfica</li> </ul>	<p>Se conversa sobre la actitud del paciente con respecto a su enfermedad, síntomas de ansiedad, por lo que el paciente responde favorablemente</p> <p><b>Puntuación Diana: 2-3</b></p>

## **INFORME**

Esta visita domiciliaria fue efectiva, se obtuvo el consentimiento informado previa explicación de los derechos del paciente, y se realizó la valoración inicial, además se obtiene la información adecuada sobre los hábitos, actitudes estilos de vida del usuario y familia, se proporciona trípticos acerca de la colostomía con la finalidad de que el paciente vaya familiarizándose con el proceso de recuperación de su enfermedad, el paciente refiere tener preocupación porque ignora el correcto manejo de la colostomía, el paciente supo manifestar que no entendía el horario de los medicamentos ni sus usos, entonces se procedió explicar lo que son los antibióticos y la importancia de tomar a una hora estricta, se establece nexos de confianza para conversar acerca de factores que aumenta la ansiedad, se acuerda que la próxima visita será el 27 de Agosto del 2015



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**PLAN DE VISITA DOMICILIARIA**

**Fecha:** 27 de Agosto del 2015

**Responsable:** Ana Gabriela Molina LLivicota

**DATOS INFORMATIVOS:**

<b>Nombre del Usuario:</b> L.A.O.P	<b>Número de miembros de la Familia:</b> 7
<b>Edad:</b> 49 años	<b>Instrucción:</b> Primaria
<b>Ocupación:</b> Carpintero	<b>Dirección:</b> Av. Honduras vía a Chambo
<b>Motivo de la visita:</b> Aplicación del plan de cuidados	<b>Diagnóstico Médico:</b> Portador de colostomía

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIADNOSTICOS NANDA**

<b>1</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00126 Conocimientos deficientes
	<b>Factor Relacionado:</b> Falta de exposición.
	<b>Manifestado por:</b> Informa del problema
<b>2</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00078 Gestión ineficaz de la propia salud
	<b>Factor Relacionado:</b> Complejidad del régimen terapéutico
	<b>Manifestado por:</b> Expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos
<b>3</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00146 Ansiedad
	<b>Factor Relacionado:</b> Cambio en el estado de salud
	<b>Manifestado por:</b> Angustia, temor, preocupación.



## OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad - 1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía
2. 1813 Conocimiento régimen terapéutico
3. 1300 Aceptación: estado de salud

## PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACIÓN
1. 00126 Conocimientos deficientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad</li> <li>✓ 0480 Cuidados de la ostomía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Computadora</li> <li>-Video de manejo de colostomía</li> <li>-Materiales para el manejo de la colostomía:</li> <li>-Suero fisiológico</li> <li>-Guantes de manejo</li> <li>-Gasas</li> <li>-Funda de colostomía</li> </ul>	<p>El paciente refiere tener complicaciones en el manejo de la colostomía, pero esta informado teóricamente sobre el tema.</p> <p><b>Puntuación Diana: 2-3</b></p>
2. 00078 Gestión ineficaz de la propia salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5240 Asesoramiento</li> <li>✓ 5520 Facilitar el aprendizaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Crema protectora para la piel periestomal</li> <li>-Baja lenguas</li> <li>-Gel antibacteriano</li> <li>-Funda de desechos</li> </ul>	<p>El paciente ha mejorado su aprendizaje sobre el tratamiento de régimen terapéutico</p> <p><b>Puntuación Diana: 3-4</b></p>
3. 00146 Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5230 Aumentar el afrontamiento</li> <li>✓ 5240 Asesoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Charla sobre la importancia de un correcto régimen terapéutico y sobre afrontamiento</li> </ul>	<p>El paciente manifiesta estar adaptándose a su nuevo estilo de vida</p> <p><b>Puntuación Diana: 3-4</b></p>

## **INFORME**

Esta visita domiciliaria fue efectiva, se visualizó un video sobre el manejo de la colostomía, se indica que materiales son necesarios para el cuidado, el paciente y familia indican que han aprendido la importancia de tomar los medicamentos en un horario estricto ya que esto ayudara al alivio y pronta recuperación, se conversa sobre la importancia del apoyo familiar para aumentar el afrontamiento ante el problema de salud, se observa que el paciente en ocasiones rechaza su imagen y tiene baja autoestima, se acuerda tratar estos temas y practicar la técnica del manejo colostomía la próxima visita domiciliaria que será el 01 de Septiembre del 2015



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**PLAN EDUCATIVO**

**1. DATOS INFORMATIVOS**

**TEMA:** Ostomía

**LUGAR:** Av., Honduras – vía a Chambo

**POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA:** Paciente y familia

**FECHA:** 27 de Agosto del 2015

**HORA:** 16:00

**FACILITADOR:** Gabriela Molina

**TIEMPO ASIGNADO:** 20 minutos

**2. OBJETIVOS:**

- Dar a conocer al usuario y/o familia sobre la colostomía, tipos y complicaciones
- Brindar apoyo emocional al usuario y familia mediante la técnica de escucha activa

**3. PLAN**

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
<p><b>Ostomías</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clasificación de estomas</li> <li>✓ Definición de colostomía</li> <li>✓ Tipos de colostomía</li> <li>✓ Indicaciones de colostomía</li> <li>✓ Complicaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Exposición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Computadora</li> <li>✓ Video de colostomía</li> <li>✓ Díptico de la colostomía, tipos, complicaciones</li> <li>✓ Tríptico de dispositivos de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Qué entiende por estoma?</li> <li>➤ ¿Qué entiende por colostomía?</li> <li>➤ ¿Por qué se realiza la colostomía?</li> <li>➤ ¿Recuerda los tipos de colostomía?</li> <li>➤ ¿Sabe cuáles son las complicaciones</li> </ul>

		colostomía	de la colostomía
--	--	------------	------------------

#### 4. SUSTENTACIÓN BIBLIOGRÁFICA

##### OSTOMÍAS

**ESTOMA:** mediante cirugía se aboca al exterior una porción del intestino para expulsar los residuos orgánicos, que por diferentes alteraciones, no pueden ser eliminados por los orificios naturales.

##### **Clasificación de estomas:**

Según su función:

- ❖ **Estomas de ventilación:** en general se realiza a nivel de la tráquea para mantener la permeabilidad de la vía respiratoria.
- ❖ **Estomas de nutrición:** sonda en el aparato digestivo para mantener una vía abierta para la alimentación.
- ❖ **Estoma de drenaje:** vía abierta mediante una sonda manteniendo una acción de drenaje
- ❖ **Estoma de eliminación:** se crea una salida para el contenido fecal o urinario.

Según su permanencia:

- ❖ **Temporales:** una vez solucionada la causa que las originó se podrá restablecer el tránsito intestinal o urinario
- ❖ **Definitivos:** cuando no existe la posibilidad de reconstrucción del tránsito intestinal en el futuro.

Según el órgano implicado:

- ❖ Traqueotomía
- ❖ Esofagostomía
- ❖ Gastrotomía
- ❖ Yeyunostomía

Ostomías de eliminación:

- ❖ **Digestivas:** colostomía e ileostomía.
- ❖ **Urinaria:** urostomía

**ILEOSTOMÍA:** abertura quirúrgica en la pared abdominal, el extremo del íleon es traído hacia la abertura para formar el estoma, usualmente en el lado inferior derecho del abdomen.

**UROSTOMÍA:** abertura creada quirúrgicamente en el abdomen que permite la salida de orina del cuerpo.

**COLOSTOMÍA:** Exteriorización del colon a la pared abdominal, creando una salida artificial para el contenido fecal; según el colon eliminado, la cirugía recibe diferentes nombres:

- ❖ **Colectomía:** extirpación total del colon
- ❖ **Hemicolectomía derecha:** “hemi” del latín medio, “colectomía” del latín extirpación del colon; por lo cual se extirpa el colon derecho o ascendente.
- ❖ **Hemicolectomía izquierda:** extirpación del colon izquierdo o descendente.
- ❖ **Colectomía transversa:** se extirpa el colon transversal.
- ❖ **Sigmoidectomía:** se extirpa el colon sigmoide o sigma.

### **Indicaciones de las colostomías**

La colostomía está indicada en general en caso de oclusión colónica, si el paso de las heces por un sector del colon tiene altas posibilidades de producir complicaciones o cuando no se puede realizar una anastomosis debido a condiciones locales y/o generales del enfermo. Las colostomías se efectúan con fines terapéuticos y pueden ser:

- ❖ **Definitivas:** cuando la lesión distal a ella no puede ser extirpada o cuando siendo extirpada no hay posibilidades de restablecer el tránsito. Está indicada en:
  - ❖ Cáncer de colon
  - ❖ Cáncer anal
  - ❖ Neoplasias rectosigmoideas no resecables
  - ❖ Lesiones de la médula espinal
  - ❖ Lesiones traumáticas anales o rectales

- ❖ Prolapso rectal intratable
- ❖ **Temporales:** tienen por objeto derivar el tránsito o mientras tratamos una afección distal a ella; una vez mejorada esta, pierde su objetivo y debe ser cerrada para reconstruir el tránsito. Se realiza para resolver la fase aguda de algunas de las enfermedades como:
  - ❖ Obstrucción intestinal aguda
  - ❖ Diverticulitis
  - ❖ Vólvulo de sigma
  - ❖ Malformaciones congénitas
  - ❖ Fístula rectovaginal o rectovesical
  - ❖ Fístulas altas
  - ❖ Traumatismo de colon y recto
  - ❖ Cirugía exéretica de colon izquierdo y recto

#### **Tipos de colostomía**

- ❖ **Colostomía transversa:** realizada en el abdomen superior, puede ser en el medio o hacia el lado derecho del cuerpo; se crea para prevenir que pasen las heces a través de la sección del colon que está inflamada, infectada o enferma; para permitir la curación; puede ser transversa en asa o en barril.
- ❖ **Colostomía ascendente:** se localiza en el lado derecho del abdomen; debido a que el desecho es muy líquido por lo que raramente se utiliza para lo cual es mejor una ileostomía.
- ❖ **Colostomía sigmoidea o descendente:** localizada al final del colon descendente en el lado inferior izquierdo del abdomen, los desechos son sólidos y pueden ser regulares.

#### **COMPLICACIONES:**

- ❖ **Edema:** en todas las colostomías se producen un cierto grado de edema que regresa espontáneamente pasadas las 72 horas, siendo fisiológico y por causa del trauma quirúrgico. Cuando es más intenso y prolongado, puede obstruir la luz intestinal por lo tanto la evacuación.
- ❖ **Hemorragia:** es poco frecuente, aparece en las primeras horas del postoperatorio, la

causa principal es la lesión de un vaso subcutáneo y/o submucoso en la sutura del intestino a la pared abdominal. La hemorragia tardía puede ser debido a la producción de alguna pequeña herida al limpiar el estoma o alguna alteración de los factores de coagulación del paciente.

- ❖ **Necrosis:** son producidos por trastornos en la irrigación del asa colostomizada. La causa puede ser una sección arterial durante la disección del intestino o una sutura inadvertida de algún vaso al fijar el colon. Su tratamiento es quirúrgico; siedo de urgencia si la necrosis llega al peritoneo.
- ❖ **Dehiscencia:** es la separación mucocutánea a nivel de las suturas entre el estoma y la piel periestomal que puede afectar a una pequeña parte o a toda la circunferencia del estoma, con el consiguiente riesgo de peritonitis por filtración de materia fecal.
- ❖ **Infección periestomal:** complicación poco habitual ocasionada por la contaminación precoz de la herida quirúrgica que puede ocasionar celulitis o absceso, provocando otras complicaciones.
- ❖ **Retracción:** hundimiento del colon puede ser secundario a la necrosis o infección de la colostomía. Puede ser producida por la tracción del colon desde el interior de la cavidad abdominal, lo que causa tensión excesiva del intestino.
- ❖ **Evisceración:** exteriorización brusca de un tramo intestinal a través del orificio abdominal alrededor del estoma; esta complicación es urgente y requiere tratamiento quirúrgico inmediato.
- ❖ **Dermatitis:** irritación en la piel circundante a la colostomía por contacto con las heces.
- ❖ **Estenosis:** es la reducción del diámetro del orificio por lo tanto de la luz del estoma. Puede ser secundario del postoperatorio inmediato como necrosis, infección o retracción en las que se ha producido cicatrización por segunda intervención. Otras causas pueden ser: elección incorrecta de la ubicación del estoma como en zonas con pliegues, obesidad e deficiencia en la irrigación del intestino.
- ❖ **Hernia:** protrusión intermitente o permanente, debido a un defecto de la pared abdominal o de tensión y de resistencia en las fibras musculares.
- ❖ **Prolapso:** exteriorización del asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen a través del estoma.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**PLAN DE VISITA DOMICILIARIA**

**Fecha: 01 de Septiembre del 2015**

**Responsable: Ana Gabriela Molina LLivicota**

**DATOS INFORMATIVOS:**

<b>Nombre del Usuario:</b> L.A.O.P	<b>Número de miembros de la Familia:</b> 7
<b>Edad:</b> 49 años	<b>Instrucción:</b> Primaria
<b>Ocupación:</b> Carpintero	<b>Dirección:</b> Av. Honduras vía a Chambo
<b>Motivo de la visita:</b> Aplicación del plan de cuidados	<b>Diagnóstico Médico:</b> Portador de colostomía

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIADNOSTICOS NANDA**

<b>1</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00126 Conocimientos deficientes
	<b>Factor Relacionado:</b> Falta de exposición.
	<b>Manifestado por:</b> Informa del problema
<b>2</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00118 Transtorno de la imagen corporal
	<b>Factor Relacionado:</b> Secundario a intervención quirúrgica (colostomía)
	<b>Manifestado por:</b> No toca una parte del cuerpo, preocupación por el cambio, expresa cambio en el estilo de vida
<b>3</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00120 Baja autoestima situacional
	<b>Factor Relacionado:</b> Alteración de la imagen corporal
	<b>Manifestado por:</b> Expresa que la situación actual desafía su valía personal.



## OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad - 1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía
2. 1200 Imagen corporal
3. 1205 Autoestima

## PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACIÓN
1. 00126 Conocimientos deficientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad</li> <li>✓ 0480 Cuidados de la ostomía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computadora</li> <li>- Video de manejo de colostomía</li> <li>- Materiales para el manejo de la colostomía:</li> <li>- Suero fisiológico</li> </ul>	<p><b>Visita efectiva</b></p> <p>Al paciente le falta desarrollar técnica para el manejo de la colostomía</p> <p><b>Puntuación Diana: 3-4</b></p>
2. 00118 Trastorno de la imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5220 Potenciación de la imagen corporal</li> <li>5270 Apoyo emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guantes de manejo</li> <li>- Gasas</li> <li>- Funda de colostomía</li> <li>- Crema protectora para la piel periestomal</li> </ul>	<p>El paciente manifiesta preocupación por el cambio corporal</p> <p><b>Puntuación Diana: 2-3</b></p>
3. 00120 Baja autoestima situacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5400 Potenciación de la autoestima</li> <li>✓ 5270 Apoyo emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja lenguas</li> <li>- Gel antibacteriano</li> <li>- Funda de desechos</li> <li>- Reflexión para potenciar el autoestima.</li> </ul>	<p>Paciente se siente inútil, expresa que no sirve para nada.</p> <p><b>Puntuación Diana: 2-3</b></p>

## **INFORME**

La visita domiciliaria fue efectiva en esta visita se evaluó el conocimiento del paciente acerca de su enfermedad, lo que son las colostomías, la higiene del estoma, preparación de los materiales necesarios para la realización de la técnica, cambio de bolsa de colostomía; guiándole mientras realizaba el procedimiento, se conversa acerca de la imagen del paciente, lo que siente y lo importante que es el apoyo emocional, se presentó una reflexión para potenciar el autoestima del paciente de esta manera transmitirle seguridad y hacerle sentir que es útil tanto para su familia como para la sociedad, la próxima visita domiciliaria será el 04 de Septiembre del 2015.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERIA**

**PLAN EDUCATIVO**

**1. DATOS INFORMATIVOS**

**TEMA:** Manejo de la colostomía

**LUGAR:** Av., Honduras – vía a Chambo

**POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA:** Familia O.

**FECHA:** 01 de Septiembre del 2015

**HORA:** 16:30

**FACILITADOR:** Gabriela Molina.

**TIEMPO ASIGNADO:** 30 minutos

**2. OBJETIVOS:**

- Educar el manejo de la colostomía
- Enseñar el procedimiento del cambio de funda de colostomía

**3. PLAN**

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
<p><b>Manejo de la colostomía</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Higiene del estoma</li> <li>✓ Materiales necesarios para el cambio de funda de colostomía</li> <li>✓ Procedimiento para el cambio de colostomía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Exposición</li> <li>∞ Demostración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tríptico de dispositivos de colostomía</li> <li>✓ Díptico del cambio de colostomía</li> <li>∞ Materiales para el manejo de la colostomía:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✧ Suero fisiológico</li> <li>✧ Guantes de manejo</li> <li>✧ Gasas</li> <li>✧ Funda de</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Qué necesita para la higiene del estoma?</li> <li>➤ ¿Qué materiales necesita para el cambio de funda de colostomía?</li> <li>➤ ¿Recuerda el procedimiento para cambiar la funda de colostomía?</li> </ul>

		colostomía ✧ Crema protectora para la piel	
--	--	---	--

#### 4. SUSTENTACIÓN BIBLIOGRÁFICA

##### MANEJO DE LA COLOSTOMÍA

###### Higiene:

La higiene y cuidados del estoma debe formar parte del aseo personal diario del usuario. No se debe tratar al estoma como si fuera una herida.

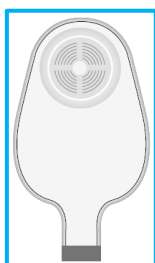
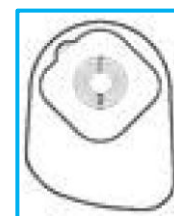
- ❖ Lavar el estoma con agua tibia y jabón neutro de igual manera que si lavara cualquier parte del cuerpo.
- ❖ Aclarar bien el jabón y secar con golpecitos suaves.

###### Recomendaciones:

- ❖ No utilizar secador de aire caliente por riesgo de quemaduras
- ❖ No es necesario utilizar suero fisiológico, gasas, yodo, etc., porque el estoma no es una herida que hay que curar.
- ❖ No utilizar lesiones, colonias o cremas que no hayan sido prescritos por el médico, debido a que puede provocar irritaciones y dificultar la adhesión del dispositivo.
- ❖ En el caso de ducharse sin funda de colostomía debe evitar que el agua esté demasiado caliente y que la presión del agua no sea muy fuerte cuando entre en contacto con el estoma

###### Tipos de dispositivos de colostomía

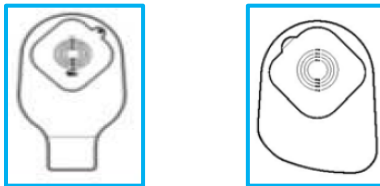
∞ **Cerradas:** se utilizan para recoger heces sólidas que permite el paso de los gases. Están indicadas en colostomías transversas, descendentes y sigmoideas.



∞ **Abiertos con pinza o cierre de velcro integrado:** permite el vaciado de desechos por una abertura en la parte inferior de la funda. Se

utilizan para recoger heces semisólidas- líquidas. Indicadas para ileostomías y colostomías ascendentes.

- ∞ **Abiertos con válvula de vaciado:** permite el vaciado de la funda mediante una válvula que se cierra con un tapón.
- ∞ **Sistema de pieza o único:** tiene la base adhesiva-protectora y una funda colectora en una pieza.



- ∞ **Sistema doble o triple:** constan de una funda adhesiva-protectora y una funda colectora por separado que se acoplan por medio de un disco. El sistema cuando se presenta junto a un aro con clip de seguridad es de tres piezas. Permite cambiar la funda tantas veces como se requiera, protegiendo así la piel periestomal del riesgo que conlleva la manipulación frecuente.

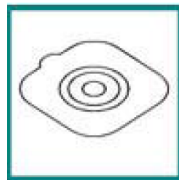


Fig. 7 Lámina o disco

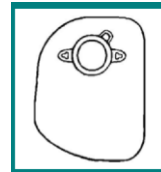


Fig. 8 Bolsa

- ∞ **Con base adhesiva convexa:** indicados en estomas hundidos o retraídos.
- ∞ **Con base adhesiva recortable:** útiles en estomas irregulares.
- ∞ **Transparentes u opacas:** se aconseja utilizar fundas transparentes tras la cirugía mientras sea conveniente vigilar el aspecto, características de las heces y ritmo intestinal. Cuando todo se normalice se puede utilizar las fundas opacas por su discreción.



**Diferentes tamaños:** tras la cirugía se recomienda utilizar fundas tamaño maxi hasta que se normalice el ritmo intestinal; tras el periodo de adaptación se puede elegir otros tamaños discretos dependiendo de la cantidad de deposición.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**PLAN DE VISITA DOMICILIARIA**

**Fecha:** 04 de Septiembre del 2015

**Responsable:** Ana Gabriela Molina LLivicota

**DATOS INFORMATIVOS:**

<b>Nombre del Usuario:</b> L.A.O.P	<b>Número de miembros de la Familia:</b> 7
<b>Edad:</b> 49 años	<b>Instrucción:</b> Primaria
<b>Ocupación:</b> Carpintero	<b>Dirección:</b> Av. Honduras vía a Chambo
<b>Motivo de la visita:</b> Aplicación del plan de cuidados	<b>Diagnóstico Médico:</b> Portador de colostomía

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIADNOSTICOS NANDA**

<b>1</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00126 Conocimientos deficientes
	<b>Factor Relacionado:</b> Falta de exposición.
	<b>Manifestado por:</b> Informa del problema
<b>2</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00118 Transtorno de la imagen corporal
	<b>Factor Relacionado:</b> Secundario a intervención quirúrgica (colostomía)
	<b>Manifestado por:</b> No toca una parte del cuerpo, preocupación por el cambio, expresa cambio en el estilo de vida
<b>3</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00120 Baja autoestima situacional
	<b>Factor Relacionado:</b> Alteración de la imagen corporal
	<b>Manifestado por:</b> Expresa que la situación actual desafía su valía personal.

## OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad - 1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía
2. 1200 Imagen corporal
3. 1205 Autoestima

## PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACIÓN
1. 00126 Conocimientos deficientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad</li> <li>0480 Cuidados de la ostomía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>--Computadora</li> <li>-Video de manejo de colostomía</li> <li>-Materiales para el manejo de la colostomía:</li> <li>-Suero fisiológico</li> <li>-Guantes de manejo</li> <li>-Gasas</li> </ul>	<p><b>Visita efectiva</b></p> <p>El paciente tiene conocimiento sobre su enfermedad y sabe la técnica del manejo de la colostomía.</p> <p><b>Puntuación Diana:4-5</b></p>
2. 00118 Trastorno de la imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5220 Potenciación de la imagen corporal</li> <li>✓ 5270 Apoyo emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Funda de colostomía</li> <li>-Crema protectora para la piel periestomal</li> <li>-Baja lenguas</li> <li>-Gel antibacteriano</li> <li>-Funda de desechos</li> <li>-Láminas de pirámide alimenticia</li> <li>-Útiles de aseo personal</li> <li>-Exposición para potenciar el autoestima</li> </ul>	<p>Se identifica que el paciente acepta su condición física y tiene más seguridad al momento de expresar sus sentimientos</p> <p><b>Puntuación Diana: 3-4</b></p>
3. 00120 Baja autoestima situacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5400 Potenciación de la autoestima</li> <li>✓ 5270 Apoyo emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Láminas de pirámide alimenticia</li> <li>-Útiles de aseo personal</li> <li>-Exposición para potenciar el autoestima</li> </ul>	<p>Paciente refiere que en algunos momentos se siente inútil e incapaz de realizar algunas actividades</p> <p><b>Puntuación Diana: 2-3</b></p>

## **INFORME**

La visita domiciliaria fue efectiva en esta visita el paciente y familia demuestran tener conocimiento de la patología, tipos de colostomías, causas, complicaciones, materiales y técnicas asépticas para el manejo de una colostomía, saben clasificar desechos, se dialoga con el paciente y su familia sobre la importancia del apoyo emocional, el paciente manifiesta que su familia le brinda seguridad y confianza, se presenta una exposición para potenciar el autoestima ya que el paciente en ocasiones se pone triste, y siente impotencia porque su familia depende económicamente de el, se acuerda que se evaluara si este problema ha aumentado o ha disminuido, se observa que existe ingesta inferior a la necesidades y déficit de autocuidado, se concreta que la próxima visita domiciliaria será el 09 de Septiembre del 2015.





**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**PLAN EDUCATIVO**

**1. DATOS INFORMATIVOS**

**TEMA:** Práctica del Manejo de la colostomía

**LUGAR:** Av., Honduras – vía a Chambo

**POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA:** Familia O

**FECHA:** 04 de Septiembre del 2015

**HORA:** 16:00

**FACILITADOR:** Gabriela Molina

**TIEMPO ASIGNADO:** 30 minutos

**2. OBJETIVOS:**

- Educar el manejo de la colostomía
- Enseñar el procedimiento del cambio de funda de colostomía

**3. PLAN**

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
<b>Manejo de la colostomía</b> ✓ Higiene del estoma ✓ Materiales necesarios para el cambio de funda de colostomía ✓ Procedimiento para el cambio de colostomía	∞ Exposición ∞ Demostración	✓ Tríptico de dispositivos de colostomía ✓ Díptico del cambio de colostomía ∞ Materiales para el manejo de la colostomía: ✧ Suero fisiológico ✧ Guantes de manejo ✧ Gasas	➤ ¿Qué necesita para la higiene del estoma? ➤ ¿Qué materiales necesita para el cambio de funda de colostomía? ➤ ¿Recuerda el procedimiento para cambiar la funda de colostomía?

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✧ Funda de colostomía</li> <li>✧ Crema protectora para la piel periestomal</li> <li>✧ Baja lenguas</li> <li>✧ Gel antibacteriano</li> </ul>	
--	--	--	--

#### 4. SUSTENTACIÓN BIBLIOGRÁFICA

##### CAMBIO DE DISPOSITIVO

##### Materiales para el cambio de dispositivo

- Apósitos estériles
- Baja lenguas
- Guantes de manejo
- Funda de colostomía
- Tijera
- Suero fisiológico o en su lugar agua hervida tibia
- Esparadrapo
- Jabón
- Toalla
- Funda de plástico

##### Procedimiento:

- ✓ Lavarse las manos antes y después del procedimiento
- ✓ Preparación del material
- ✓ Informar al paciente del procedimiento e intentar hacer que el usuario participe en todo el proceso
- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino con el abdomen al descubierto con desechable para prevenir posibles pérdidas.
- ✓ Colocarse los guantes

- ✓ Se despega suavemente el adhesivo de la funda de arriba hacia abajo, sujetando siempre la piel circundante al estoma, protegiéndola.
- ✓ Desechar la funda de colostomía e introducirla en una funda de plástico cerrada.
- ✓ Retirar los restos de heces con gasas humedecidas con suero fisiológico
- ✓ Limpiar el estoma y piel circundante con movimientos circulares, con suero fisiológico
- ✓ Observar el estoma y piel circundante por si hay complicaciones y secar adecuadamente la piel periestomal.
- ✓ Recortar el dispositivo según el diámetro del estoma, teniendo en cuenta que, entre la funda y el estoma debe existir 3 – 5 mm de piel.
- ✓ Cubrir el estoma con gasa por si hubiera expulsión de heces.
- ✓ Cuando el estoma es de forma irregular se hace una plantilla a su tamaño, aplicarla al dispositivo y recortarla, para evitar que quede más superficie de piel entre estoma y dispositivo, previniendo irritaciones.
- ✓ Se retira el papel adhesivo de la funda o placa, comenzando a colocarla de abajo hacia arriba, centrándola en el estoma, por si sale heces que caiga al interior del dispositivo, cerrando la parte inferior en fundas abiertas, haciendo presión suave con los dedos para que se adhiera a la piel y cerrando el clip de seguridad en el sistema triple.
- ✓ Una vez pegado es conveniente mantener la mano sobre la zona del adhesivo para proporcionar calor y favorecer la adhesión.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**PLAN DE VISITA DOMICILIARIA**

**Fecha:** 9 de Septiembre del 2015

**Responsable:** Ana Gabriela Molina LLivicota

**DATOS INFORMATIVOS:**

<b>Nombre del Usuario:</b> L.A.O.P	<b>Número de miembros de la Familia:</b> 7
<b>Edad:</b> 49 años	<b>Instrucción:</b> Primaria
<b>Ocupación:</b> Carpintero	<b>Dirección:</b> Av. Honduras vía a Chambo
<b>Motivo de la visita:</b> Aplicación del plan de cuidados	<b>Diagnóstico Médico:</b> Portador de colostomía

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIADNOSTICOS NANDA**

<b>1</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00120 Baja autoestima situacional
	<b>Factor Relacionado:</b> Alteración de la imagen corporal
	<b>Manifestado por:</b> Expresa que la situación actual desafía su valía personal.
<b>2</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
	<b>Factor Relacionado:</b> Incapacidad para absorber los nutrientes
	<b>Manifestado por:</b> Cólico abdominal
<b>3</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00108 Déficit de autocuidado
	<b>Factor Relacionado:</b> Debilidad
	<b>Manifestado por:</b> Incapacidad para lavarse el cuerpo, incapacidad para secarse el cuerpo.

## OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. 1205 Autoestima
2. 1004 Estado nutricional
3. 0305 Autocuidados higiene

## PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACIÓN
1. 00120 Baja autoestima situacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5400 Potenciación de la autoestima</li> <li>✓ 5270 Apoyo emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Computadora</li> <li>-Exposición para potenciar el autoestima</li> </ul>	<p><b>Visita efectiva</b> El paciente se encuentra tranquilo y se siente útil para la sociedad <b>Puntuación Diana: 3-4</b></p>
2. 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5246 Asesoramiento nutricional</li> <li>✓ 1100 Manejo de la nutrición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Láminas de nutrición saludable</li> </ul>	<p>El paciente y familia manifiestan sus inquietudes acerca de no seguir una dieta adecuada, como esto afectara en la salud del paciente <b>Puntuación Diana: 2-3</b></p>
3. 00108 Déficit de autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Útiles de aseo personal</li> </ul>	<p>Se identifica que el paciente no puede bañarse por si solo y requiere de ayuda. <b>Puntuación Diana: 2-3</b></p>

## INFORME

La visita domiciliaria fue efectiva, se expuso laminas para potenciar el autoestima, para mejorar el yo personal, el paciente manifiesta que se siente útil para la sociedad, se asesorar sobre la alimentación mediante la pirámide alimenticia, se pidió al paciente que realice una demostración de cómo realiza su higiene y se identificó que el paciente necesita apoyo para bañarse, se observa que existe deterioro de la movilidad física, se acuerda con la familia brindar el apoyo necesaria al momento de que el paciente realice su higiene personal, la próxima visita domiciliaria será el 12 de Septiembre del 2015.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**PLAN DE VISITA DOMICILIARIA**

**Fecha:** 12 de Septiembre del 2015

**Responsable:** Ana Gabriela Molina LLivicota

**DATOS INFORMATIVOS:**

<b>Nombre del Usuario:</b> L.A.O.P	<b>Número de miembros de la Familia:</b> 7
<b>Edad:</b> 49 años	<b>Instrucción:</b> Primaria
<b>Ocupación:</b> Carpintero	<b>Dirección:</b> Av. Honduras vía a Chambo
<b>Motivo de la visita:</b> Aplicación del plan de cuidados	<b>Diagnóstico Médico:</b> Portador de colostomía

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIADNOSTICOS NANDA**

<b>1</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
	<b>Factor Relacionado:</b> Incapacidad para absorber los nutrientes
	<b>Manifestado por:</b> Cólico abdominal
<b>2</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00108 Déficit de autocuidado
	<b>Factor Relacionado:</b> Debilidad
	<b>Manifestado por:</b> Incapacidad para lavarse el cuerpo, incapacidad para secarse el cuerpo.
<b>3</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00085 Deterioro de la movilidad física
	<b>Factor Relacionado:</b> Ansiedad, dolor
	<b>Manifestado por:</b> limitación de la amplitud de movimiento, enlentecimiento del movimiento.

## OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. 1004 Estado nutricional
2. 0305 Autocuidados higiene
3. 0208 Movilidad

## PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACIÓN
1. 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5246 Asesoramiento nutricional</li> <li>✓ 1100 Manejo de la nutrición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computadora</li> <li>- Láminas de nutrición saludable</li> </ul>	<p><b>Visita efectiva</b></p> <p>El paciente por sus molestias abdominales ha dejado de comer, pero se encuentra accesible y comprensivo.</p> <p><b>Puntuación Diana: 2-3</b></p>
2. 00108 Déficit de autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Útiles de aseo personal</li> </ul>	<p>El paciente es independiente y puede realizar sus actividades por si solo</p> <p><b>Puntuación Diana: 3-4</b></p>
3. 00085 Deterioro de la movilidad física	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito</li> <li>✓ 0200 Fomento del ejercicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-video de la importancia del ejercicio sobre la salud.</li> </ul>	<p>Se identifica que el paciente no realiza ninguna actividad física</p> <p><b>Puntuación Diana: 2-3</b></p>

## INFORME

importancia de alimentarse sanamente, se observa que el paciente es capaz de realizar su higiene y autocuidados, la esposa siempre lo está apoyando en todo lo que requiera pero el trata de ser independiente en sus actividades diarias, se educa sobre la importancia de realizar actividad física y se enseña a adoptar una postura correcta para evitar cansancio e incomodidad, se identifica que el paciente tiene problemas con su vida íntima por el autoestima baja, se acuerda tratar estos temas en la próxima visita domiciliaria que será el 16 de Septiembre del 2015.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**PLAN DE VISITA DOMICILIARIA**

**Fecha:** 16 de Septiembre del 2015

**Responsable:** Ana Gabriela Molina LLivicota

**DATOS INFORMATIVOS:**

<b>Nombre del Usuario:</b> L.A.O.P	<b>Número de miembros de la Familia:</b> 7
<b>Edad:</b> 49 años	<b>Instrucción:</b> Primaria
<b>Ocupación:</b> Carpintero	<b>Dirección:</b> Av. Honduras vía a Chambo
<b>Motivo de la visita:</b> Aplicación del plan de cuidados	<b>Diagnóstico Médico:</b> Portador de colostomía

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIADNOSTICOS NANDA**

<b>1</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
	<b>Factor Relacionado:</b> Incapacidad para absorber los nutrientes
	<b>Manifestado por:</b> Cólico abdominal
<b>2</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00085 Deterioro de la movilidad física
	<b>Factor Relacionado:</b> Ansiedad, dolor
	<b>Manifestado por:</b> limitación de la amplitud de movimiento, enlentecimiento del movimiento.
<b>3</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00065 Patrón sexual ineficaz
	<b>Factor Relacionado:</b> Falta de intimidad
	<b>Manifestado por:</b> Informe de limitaciones en las conductas sexuales



## OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. 1004 Estado nutricional
2. 0208 Movilidad
3. 1501 Ejecución del rol

## PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACIÓN
1. 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5246 Asesoramiento nutricional</li> <li>✓ 1100 Manejo de la nutrición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Computadora</li> <li>- Láminas de pirámide alimenticia</li> </ul>	<p><b>Visita efectiva</b></p> <p>El paciente manifiesta que ya no existe mucha molestia intestinal, refiere que se debe una alimentación adecuada</p> <p><b>Puntuación Diana: 2-3</b></p>
2. 00085 Deterioro de la movilidad física	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito</li> <li>✓ 0200 Fomento del ejercicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-video de la importancia del ejercicio sobre la salud.</li> </ul>	<p>El paciente ha hecho hábito de caminar diariamente y manifiesta sentirse bien.</p> <p><b>Puntuación Diana: 3-4</b></p>
3. 00065 Patrón sexual ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5390 Potenciación de la conciencia de si mismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Charla acerca de la importancia de la sexualidad</li> </ul>	<p>Paciente indica no mantener intimidad porque siente lastima de su aspecto</p> <p><b>Puntuación Diana: 2-3</b></p>

## **INFORME**

La visita domiciliaria fue efectiva, se trató sobre los alimentos que han ayudado al paciente a sobrellevar su problema, la importancia de comer sano y con horario estricto, el paciente se siente más animado, útil, y sabe que la actividad física le ayuda a sentirse independiente tiene confianza y expresa que tiene problemas en el momento de la intimidad con su esposa ya que siente incomodidad, inseguridad, y se siente incompleto, por lo que la esposa manifiesta que ella no tiene problema en cumplir con su esposo, que lo ama y ella entiende su estado de salud, se educa acerca de la importancia de desarrollar su vida con normalidad implicando su intimidad, el paciente manifiesta tener insomnio y se acuerda tratar este tema en la próxima visita domiciliaria que será el 19 de Septiembre del 2015.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**PLAN EDUCATIVO**

**1. DATOS INFORMATIVOS**

**TEMA:** Manejo de la nutrición

**LUGAR:** Av., Honduras – vía a Chambo

**POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA:** Familia O

**FECHA:** 16 de Septiembre del 2015

**HORA:** 16:30

**FACILITADOR:** Gabriela Molina

**TIEMPO ASIGNADO:** 30 minutos

**2. OBJETIVOS:**

- Educar sobre los alimentos permitido y prohibidos
- Recomendar acciones en caso de estreñimiento
- Informar de acciones en caso de diarrea

**3. PLAN**

CONTENIDOS	TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
<p><b>Manejo de la nutrición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recomendaciones generales</li> <li>✓ Recomendaciones nutricionales en caso de diarrea</li> <li>✓ Recomendaciones en caso de estreñimiento</li> <li>✓ Recomendaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Exposición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Laminas con las recomendaciones nutricionales diarias</li> <li>Recomendaciones en caso de diarrea</li> <li>Recomendaciones en caso de estreñimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Recuerda que alimentos puede consumir?</li> <li>➤ ¿Qué debe hacer para evitar el estreñimiento?</li> <li>➤ ¿Sabe qué acciones debe hacer en caso de estreñimiento?</li> <li>➤ ¿Sabe que debe</li> </ul>

s para evitar las flatulencias			hacer en caso de diarrea? ➤ ¿Qué alimentos debe evitar para prevenir las flatulencias?
--------------------------------	--	--	---

#### 4. SUSTENTACIÓN BIBLIOGRÁFICA:

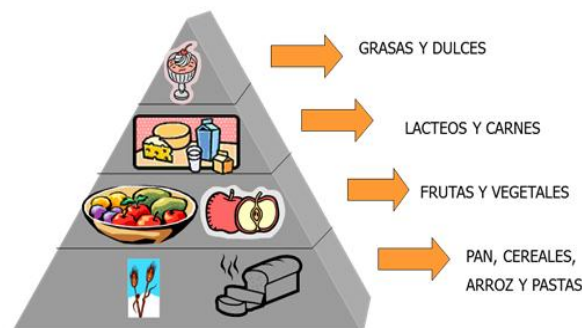
##### NUTRICIÓN EN PACIENTE CON COLOSTOMÍA

**DIETA:** la dieta expresa todos los alimentos que se consumen durante el día.

Debe ser balanceada, es decir, tiene que presentar ciertas características.

- ✓ **Completa:** deben estar presentes todos los nutrientes.
- ✓ **Armónica:** las cantidades de cada nutriente deben mantener una relación proporcionada entre ellos; 55 – 60% de H.C, 12 – 15% de proteínas y 20 – 25% de grasas.
- ✓ **Adecuada:** debe respetar algunas características de la persona como: edad, sexo, estructura física, actividad cultural, enfermedad, actividad física, etc.
- ✓ **Suficiente:** la cantidad de alimentos debe satisfacer lo necesario; no debe ser ni mucho, ni poco.
- ✓ **Variada:** diferentes grupos de alimentos
- ✓ **Higiénica:** que no ponga en riesgo la salud.

**Pirámide nutricional:** es un método utilizado para sugerir a la población que consuma diariamente una variedad de alimentos en forma equilibrada para mantener un peso adecuado y disminuir el riesgo de enfermedades.



## **RECOMENDACIONES GENERALES:**

- Es normal que inmediatamente después de la cirugía, esté alterado el ritmo intestinal y la digestión de los alimentos, pero poco a poco se irá recuperando la normalidad.
- En los dos primeros meses posteriores a la cirugía, se debe disminuir el consumo de fibra; los alimentos que más fibra contienen son: frutas y vegetales especialmente si se consumen con piel, naranjas, toronjas, mandarinas, etc.
- Pasados estos dos primeros meses, se puede reanudar la alimentación lentamente, introduciendo estos alimentos de forma progresiva y según tolerancia.
- La dieta variada y saludable que incluyan todos los alimentos para tener un soporte energético adecuado y así ayudar en la recuperación física
- Beber una importante cantidad de agua o líquidos aproximadamente 1,5 y 2 litros.
- Evitar el aumento de peso debido a que modificaría la forma de la pared del abdomen, dificultando la adaptación y adherencia de la funda de colostomía.
- Consumir alimentos de acción laxante natural como verduras y ensaladas, zumo de frutas sin cernir, carnes, pescado, pimiento rojo y verde, cereales integrales o frutas enteras.
- Evitar alimentos que producen en exceso gases como: col, coliflor, brócoli, cebolla, alcachofa, ajo, frutos secos, quesos fermentados, bebidas gaseosas, cerveza, especias o chicle.

## **ALIMENTOS RECOMENDADOS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA**

Una vez en la casa seguirá añadiendo alimentos de forma progresiva y observar como son las características y frecuencia de las deposiciones con cada nueva incorporación.

En la primera fase iniciará con los siguientes alimentos:

- ✓ Leche desnatada: si no tolera bien, probar leche sin lactosa
- ✓ Carnes con poca grasa, pollo, aves; cocinadas, asadas o a la plancha.

- ✓ Pescados blancos poco grasos.
- ✓ Huevos cocinados o en tortilla.
- ✓ Pan blanco.
- ✓ Aceite de oliva y mantequilla.
- ✓ Arroz, tallarín.
- ✓ Papas cocinadas o asadas.
- ✓ Agua sin gas.

En una segunda fase debe ir incluir:

- ✓ Carnes rojas con poca grasa, asadas, cocinadas o a la plancha.
- ✓ Frutas en jugo o en puré como: durazno, manzana, plátano
- ✓ Verduras de bajo contenido en fibra: pepino, pimiento, perejil, tomate, zapallo, salvado de trigo, lechuga, rábanos
- ✓ Quesos suaves y poco grasos
- ✓ Mariscos

En la tercera fase, puede probar en incorporar:

- ✓ Carnes y embutidos
- ✓ Legumbres
- ✓ Verduras enteras como lechuga, zanahoria
- ✓ Pescado como sardina, atún
- ✓ Finalmente se puede comprobar la tolerancia a la leche entera.

## **RECOMENDACIONES EN CASO DE DIARREA**

### **Dieta astringente:**

- ✧ Las comidas deben ser de poca cantidad y frecuentes; puede ser de 5 a 6 comidas (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y merienda)
- ✧ Beber líquidos para evitar la deshidratación como: caldo con sal, agua de arroz, agua de zanahoria con sal.
- ✧ Excluir los alimentos flatulentos y ricos en fibra: legumbres, frutas, verduras

- ❖ No consumir alimentos ni muy fríos ni muy calientes
- ❖ Poco a poco introducir nuevos alimentos de los recomendados de uno a uno para valorar la tolerancia

#### **RECOMENDACIONES EN CASO DE ESTREÑIMIENTO:**

- ✓ Aumentar el consumo de fibra de tipo fermentables como: avena, cebolla, almendras, cítricos, tomate; estos alimentos aceleran el vaciamiento gástrico y tránsito intestinal.
- ✓ Tomar abundantes líquidos y jugos
- ✓ Consumir verduras, ensaladas de fruta (naranja, kiwi)
- ✓ Realizar ejercicio de forma moderada para favorecer el movimiento del intestino
- ✓ No tomar laxantes sin prescripción médica.

#### **RECOMENDACIONES PARA PREVENIR GASES (FLATULENCIAS):**

- ❖ Masticar bien los alimentos
- ❖ No masticar chicle
- ❖ Bebidas carbonatadas: colas, agua mineral, refrescos, jugos concentrados de frutas con colorantes y conservantes; aumentan la cantidad de gases.
- ❖ Fumar aumenta las flatulencias.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**PLAN DE VISITA DOMICILIARIA**

**Fecha:** 19 de Septiembre del 2015

**Responsable:** Ana Gabriela Molina LLivicota

**DATOS INFORMATIVOS:**

<b>Nombre del Usuario:</b> L.A.O.P	<b>Número de miembros de la Familia:</b> 7
<b>Edad:</b> 49 años	<b>Instrucción:</b> Primaria
<b>Ocupación:</b> Carpintero	<b>Dirección:</b> Av. Honduras vía a Chambo
<b>Motivo de la visita:</b> Aplicación del plan de cuidados	<b>Diagnóstico Médico:</b> Portador de colostomía

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIADNOSTICOS NANDA**

<b>1</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
	<b>Factor Relacionado:</b> Incapacidad para absorber los nutrientes
	<b>Manifestado por:</b> Cólico abdominal
<b>2</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00065 Patrón sexual ineficaz
	<b>Factor Relacionado:</b> Falta de intimidad
	<b>Manifestado por:</b> Informe de limitaciones en las conductas sexuales
<b>3</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00095 Insomnio
	<b>Factor Relacionado:</b> Ansiedad
	<b>Manifestado por:</b> Expresa dificultad para conciliar el sueño, expresa insatisfacción con el sueño.



## OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. 1004 Estado nutricional
2. 1501 Ejecución del rol
3. 0004 Sueño

## PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACIÓN
1. 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5246 Asesoramiento nutricional</li> <li>✓ 1100 Manejo de la nutrición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computadora</li> <li>- Láminas de pirámide alimenticia</li> </ul>	<p><b>Visita efectiva</b></p> <p>El paciente refiere que han disminuido sus molestias intestinales gracias a la alimentación saludable.</p> <p><b>Puntuación Diana: 3-4</b></p>
2. 100065 Patrón sexual ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5390 Potenciación de la conciencia de si mismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Charla acerca de la importancia de la sexualidad</li> <li>- Láminas de técnicas de relajación, importancia de mantener un sueño adecuado.</li> </ul>	<p>Paciente refiere tener seguridad en el momento de la intimidad con su pareja</p> <p><b>Puntuación Diana: 3-4</b></p>
3. 00095 Insomnio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1850 Mejorar el sueño</li> </ul>		<p>El paciente no puede conciliar el sueño</p> <p><b>Puntuación Diana: 2-3</b></p>

## INFORME

La visita domiciliaria fue efectiva, se trató las inquietudes de la esposa acerca de la alimentación, manifiesta que ha incluido en la dieta diaria los alimentos recomendados durante las visitas anteriores y que la alimentación saludable a mejorado el estado de bienestar del paciente, el paciente y su esposa manifiestan que su intimidad ha mejorado, que no existe limitación por parte del paciente y hacen una vida de hogar normal, manifiesta que no logra conciliar el sueño adecuadamente, siente preocupación por el futuro de su familia, se conversa sobre el miedo del paciente de relacionarse con personas ajenas a su familia y se concreta que la próxima visita se tratara sobre la interacción social, esto se realizara el 23 de Septiembre del 2015.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**PLAN DE VISITA DOMICILIARIA**

**Fecha:** 23 de Septiembre del 2015

**Responsable:** Ana Gabriela Molina LLivicota

**DATOS INFORMATIVOS:**

<b>Nombre del Usuario:</b> L.A.O.P	<b>Número de miembros de la Familia:</b> 7
<b>Edad:</b> 49 años	<b>Instrucción:</b> Primaria
<b>Ocupación:</b> Carpintero	<b>Dirección:</b> Av. Honduras vía a Chambo
<b>Motivo de la visita:</b> Aplicación del plan de cuidados	<b>Diagnóstico Médico:</b> Portador de colostomía

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIADNOSTICOS NANDA**

<b>1</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00095 Insomnio
	<b>Factor Relacionado:</b> Ansiedad
	<b>Manifestado por:</b> Expresa dificultad para conciliar el sueño, expresa insatisfacción con el sueño.
<b>2</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00060 Interrupción de los procesos familiares
	<b>Factor Relacionado:</b> Cambios en el estado de salud de un miembro de la familia.
	<b>Manifestado por:</b> Cambios en la satisfacción de la familia.
<b>3</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00052 Deterioro de la interacción social
	<b>Factor Relacionado:</b> Trastorno del autoconcepto
	<b>Manifestado por:</b> Interacción disfuncional con los demás.

## OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. 0004 Sueño
2. 2602 Funcionamiento de la familia
3. 1503 Implicación social

## PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACIÓN
1. 00095 Insomnio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1850 Mejorar el sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Computadora</li> <li>-Láminas de técnicas de relajación, importancia de mantener un sueño adecuado.</li> </ul>	<p>El paciente se ve vigoroso, manifiesta que puede conciliar el sueño con normalidad</p> <p><b>Puntuación Diana: 3-4</b></p>
2. 00060 Interrupción de los procesos familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5440 Aumentar los sistemas de apoyo</li> <li>✓ 7100 Estimulación de la integridad familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Video sobre apoyo familiar</li> <li>-Exposición acerca de la importancia de relacionarse con otras personas.</li> </ul>	<p>Paciente refiere sentir impotencia porque por su estado de salud no puede cumplir con las responsabilidades de su hogar</p> <p><b>Puntuación Diana: 3-4</b></p>
3. 00052 Deterioro de la interacción social	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales</li> <li>✓ 5100 Potenciación de la socialización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Video de vivencias de personas con colostomía</li> </ul>	<p>El paciente prefiere no tratar con ninguna persona ajena a su familia</p> <p><b>Puntuación Diana: 2-3</b></p>

## **INFORME**

La visita domiciliaria fue efectiva, el paciente manifiesta que duerme mejor, en las noches se siente más tranquilo, se visualiza la importancia del apoyo familiar, en ocasiones el paciente tiene cambios de actitud por lo se ve afectada la relación familiar por momentos, ya que su familia le apoya incondicionalmente, la esposa manifiesta que el paciente no quiere salir fuera del hogar porque tiene temor a que la gente lo rechace, se educa al paciente acerca de la importancia de sentirse parte de la sociedad y que relacionarse con otras personas va a estimular su aspecto emocional y ayudara a potencializar su autoestima, se indica un video de las vivencias de otras personas con colostomía y el como ellos han sabido sobrellevar su problema impidiendo que esto les afecte en el desarrollo de su calidad de vida, la próxima visita domiciliaria será el día 30 de Septiembre del 2015.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**  
**PLAN DE VISITA DOMICILIARIA**

**Fecha:** 30 de Septiembre del 2015

**Responsable:** Ana Gabriela Molina LLivicota

**DATOS INFORMATIVOS:**

<b>Nombre del Usuario:</b> L.A.O.P	<b>Número de miembros de la Familia:</b> 7
<b>Edad:</b> 49 años	<b>Instrucción:</b> Primaria
<b>Ocupación:</b> Carpintero	<b>Dirección:</b> Av. Honduras vía a Chambo
<b>Motivo de la visita:</b> Aplicación del plan de cuidados	<b>Diagnóstico Médico:</b> Portador de colostomía

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIADNOSTICOS NANDA**

<b>1</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00060 Interrupción de los procesos familiares
	<b>Factor Relacionado:</b> Cambios en el estado de salud de un miembro de la familia.
	<b>Manifestado por:</b> Cambios en la satisfacción de la familia.
<b>2</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00052 Deterioro de la interacción social
	<b>Factor Relacionado:</b> Trastorno del auto concepto
	<b>Manifestado por:</b> Interacción disfuncional con los demás.
<b>3</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00182 Disposición para mejorar el autocuidado
	<b>Factor Relacionado:</b> Estado de salud
	<b>Manifestado por:</b> Expresa deseos de aumentar el autocuidado

## OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. 2602 Funcionamiento de la familia
2. 1503 Implicación social
3. 1615 Autocuidado de la ostomía

## PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACIÓN
1. 00060 Interrupción de los procesos familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5440 Aumentar los sistemas de apoyo</li> <li>✓ 7100 Estimulación de la integridad familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Computadora</li> <li>-Video sobre apoyo familiar</li> </ul>	<p>El paciente tiene el apoyo de toda su familia y esto le brinda seguridad e independencia.</p> <p><b>Puntuación Diana: 4-5</b></p>
2. 00052 Deterioro de la interacción social	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales</li> <li>✓ 5100 Potenciación de la socialización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Charla acerca de la importancia de relacionarse con otras personas. Y sobre el autocuidado.</li> </ul>	<p>La relación social del paciente ha mejorado, y desempeña sus actividades con otras personas con normalidad.</p> <p><b>Puntuación Diana: 3-4</b></p>
3. 00182 Disposición para mejorar el autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5520 Facilitar el aprendizaje</li> <li>✓ 5606 Enseñanza: individual</li> </ul>		<p>El paciente colabora y se siente capacitado sobre el autocuidado</p> <p><b>Puntuación Diana: 2-3</b></p>

## **INFORME**

La visita domiciliaria fue efectiva, el paciente y familia manifiestan que su relación filial a mejorado que existe más seguridad e independencia, el paciente manifiesta que sale de su casa y se relaciona con otras personas con normalidad eso le ha creado seguridad y no se siente rechazado, se siente útil y sabe que su problema de salud no es un impedimento para seguir con su vida, el paciente refiere sentirse capacitado sobre el autocuidado, por tal razón se acuerda que la próxima visita domiciliaria se evaluara los conocimientos que ha adquirido durante seguimiento extra hospitalario, será el 6 de Octubre del 2015.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**PLAN DE VISITA DOMICILIARIA**

**Fecha:** 6 de Octubre del 2015

**Responsable:** Ana Gabriela Molina LLivicota

**DATOS INFORMATIVOS:**

<b>Nombre del Usuario:</b> L.A.O.P	<b>Número de miembros de la Familia:</b> 7
<b>Edad:</b> 49 años	<b>Instrucción:</b> Primaria
<b>Ocupación:</b> Carpintero	<b>Dirección:</b> Av. Honduras vía a Chambo
<b>Motivo de la visita:</b> Identificación de riesgos	<b>Diagnóstico Médico:</b> Portador de colostomía

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIADNOSTICOS NANDA**

<b>1</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00182 Disposición para mejorar el autocuidado
	<b>Factor Relacionado:</b> Estado de salud
	<b>Manifestado por:</b> Expresa deseos de aumentar el autocuidado
<b>2</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00004 Riesgo de infección
	<b>Factor Relacionado:</b> Defensas primarias inadecuadas (rotura de piel), aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos (presencia de estoma).
<b>3</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
	<b>Factor Relacionado:</b> cambios en la turgencia de la piel, deterioro de la sensibilidad.



## OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. 1615 Autocuidado de la ostomía
2. 1908 Detección del riesgo
3. 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

### PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACIÓN
1. 00182 Disposición para mejorar el autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5520 Facilitar el aprendizaje</li> <li>✓ 5606 Enseñanza: individual</li> </ul>	Charla sobre el autocuidado -Charla acerca de medidas asépticas y curación de heridas..	El paciente se muestra independiente y capaz de llevar una vida normal. <b>Puntuación Diana: 3-4</b>
2. 00004 Riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 6550 Protección contra las infecciones</li> <li>✓ 3660 Cuidados de las heridas</li> </ul>	-Técnica de lavado de manos -	El paciente por la educación antes proporcionada sabe lo que es una infección y las complicaciones que puede ocasionar. <b>Puntuación Diana: 2-3</b>
3. 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3440 Cuidados del sitio de incisión</li> <li>✓ 3590 Vigilancia de la piel</li> </ul>		El paciente refiere vigilar todos los días el estado de su herida y estoma. <b>Puntuación Diana: 2-3</b>

### INFORME

La visita fue efectiva el paciente refiere que desconoce algunos riesgos a los que puede estar expuesto sino tiene un adecuado cuidado de su enfermedad, su familia colabora en la enseñanza, el paciente sabe que con una higiene adecuada tendrá una pronta recuperación, también tienen en cuenta que la piel puede sensibilizarse debido a muchos factores externos, los cuales con medicamentos van a desaparecer, se acuerda que la próxima visita será el 8 de Octubre del 2015.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**PLAN DE VISITA DOMICILIARIA**

**Fecha:** 8 de Octubre del 2015

**Responsable:** Ana Gabriela Molina LLivicota

**DATOS INFORMATIVOS:**

<b>Nombre del Usuario:</b> L.A.O.P	<b>Número de miembros de la Familia:</b> 7
<b>Edad:</b> 49 años	<b>Instrucción:</b> Primaria
<b>Ocupación:</b> Carpintero	<b>Dirección:</b> Av. Honduras vía a Chambo
<b>Motivo de la visita:</b> Identificación de riesgos y evaluación	<b>Diagnóstico Médico:</b> Portador de colostomía

**PROBLEMAS IDENTIFICADOS O DIADNOSTICOS NANDA**

<b>1</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00004 Riesgo de infección
	<b>Factor Relacionado:</b> Defensas primarias inadecuadas (rotura de piel), aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos (presencia de estoma).
<b>2</b>	<b>Etiqueta Diagnóstica:</b> 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
	<b>Factor Relacionado:</b> cambios en la turgencia de la piel, deterioro de la sensibilidad.

## OBJETIVOS (RESULTADOS ESPERADOS NOC)

1. 1908 Detección del riesgo
2. 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

## PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	RECURSOS/ MATERIALES	EVALUACIÓN
1. 00004 Riesgo de infección	✓ 6550 Protección contra las infecciones ✓ 3660 Cuidados de las heridas	Conversación acerca de los riesgos que el paciente puede presentar durante su enfermedad.	El paciente sabe los cuidados para evitar una infección. <b>Puntuación Diana: 3-4</b>
1. 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	✓ 3440 Cuidados del sitio de incisión ✓ 3590 Vigilancia de la piel		El paciente sabe los cuidados que debe brindar a su piel para evitar complicaciones <b>Puntuación Diana: 3-4</b>

## INFORME

La visita fue efectiva se evaluó los conocimientos del paciente, el cual demuestra estar preparado para dar cuidado a su enfermedad, refiere seguir todas las recomendaciones proporcionadas acerca de alimentación saludable, higiene, manejo de la colostomía, manifiesta que se siente capacitado para sobrellevar su enfermedad evitando complicaciones derivada de un cuidado inadecuado, al ser la última visita la familia se muestra agradecida por el apoyo, cuidados y educación, durante el seguimiento de caso el paciente empieza a relacionarse con las personas en su trabajo, y realiza actividades cotidianas lo que le llena de mucha satisfacción porque ha sido un logro en conjunto permitiendo su independencia y disminuyendo complicaciones.

## **DISCUSIÓN:**

Luego de analizar estudios similares al presente estudio de caso se evidencio que existe una relación con una investigación titulada *COLOSTOMIA RELATO DE EXPERIENCIA VIVENCIA POR CLIENTES COLOSTOMIZADOS DESPUES DE LA HOSPITALIZACION* realizado por Rodríguez, María; en el año 1996, en Brasil; realizo un estudio titulado cuyo objetivo fue: Identificar las necesidades humanas básicas relatadas por los mismos pacientes colostomizados después de la hospitalización llegando a la conclusión de que el equipo de enfermería fueron los únicos que le dieron asistencia a los pacientes, atendieron sus necesidades en el periodo de hospitalización, les brindaron información de su enfermedad durante la hospitalización y después del alta, pero que el tiempo es corto y no respondieron todas sus interrogantes sobre su nuevo estado de vida generando en ellos temor a su nueva experiencia de adaptación. Las necesidades básicas relatadas fue la falta de información sobre el descanso, recreación, vida sexual y reinserción al trabajo, estableciéndose una similitud con el presente estudio de caso en donde se identificaron necesidades semejantes: como el déficit de conocimientos, ansiedad, patrón sexual ineficaz, deterioro de la interacción social, la primera dificultad fue que el paciente desconocía el proceso y cuidados de su enfermedad para lo cual se realizó seguimiento oportuno proporcionando información, se identificó ansiedad lo cual no se superó completamente, se debe entender que está presente en todas las personas al vivir una alteración inesperada en su salud, lo que se evito fue que el paciente llegue a la depresión, se vio afectado el aspecto sexual y la interacción social pues el paciente tenia vergüenza de su apariencia y temor al rechazo de la sociedad, se logró superar parcialmente estos aspectos proporcionando conocimiento e incentivando a realizar actividades de recreación que le permitan relacionarse con los demás y realizar sus actividades con independencia.

## CONCLUSIONES

- La valoración mediante la utilización de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, la Teoría de Virginia Henderson con las 14 necesidades y la Teoría de Dorothea Orem del autocuidado, permitieron identificar los problemas de salud siendo la base para la formulación de diagnósticos en busca de solución y el bienestar del paciente.
- Se estableció diagnósticos de enfermería reales y potenciales mediante la utilización de la taxonomía NANDA, permitiendo brindar intervenciones individualizadas para generar el autocuidado y proporcionar independencia.
- La priorización de los diagnósticos de enfermería con la utilización de las taxonomías NOC y NIC ayudaron a satisfacer las necesidades del paciente, mejorando la condición de salud con actividades adecuadas.
- Al ejecutar las intervenciones de enfermería intra y extra hospitalarias se consiguió, la aceptación por parte del paciente y la familia permitiendo darle cuidado directo, motivándolo al fomento del autocuidado, apoyo familiar, brindando información para mantener el estilo de vida saludable y prevenir complicaciones que pueden llegar a ser mortales.
- Al evaluar los resultados esperados y el estado de salud del paciente se evidenció que existió cambios favorables en su recuperación, según la puntuación Diana se logró aumentar de 1 a 2 puntos de la escala de cada indicador.

## **RECOMENDACIONES:**

- La valoración es una etapa muy importante del proceso enfermero, para la identificación de problemas es por ello que se recomienda a los profesionales de enfermería realizarla exhaustivamente para determinar las necesidades del paciente utilizando una herramienta practica como los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon
- Es importante considerar todos los aspectos afectados de los pacientes para identificar diagnósticos reales y potenciales y poder brindar intervenciones individualizadas, ayudando a la solución de problemas de salud generando conocimiento, afrontamiento e independencia.
- Se recomienda priorizar los diagnósticos de Enfermería ya que ayudan a mejorar la condición de salud del paciente.
- Es de gran importancia la implicación familiar, influye en el cambio de actitud del paciente y en la mejoría de su estado de salud.
- La ejecución de actividades debe ser continua tanto en el hospital como en el domicilio para lograr confianza y aceptación por parte del paciente y familia ayudando a minimizar los riesgos
- Se sugiere al personal de Enfermería evaluar los resultados obtenidos luego de las actividades proporcionadas, para verificar el cumplimiento de objetivos esperados.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

- ❖ **Autocuidado:** Las necesidades humanas se manifiestan a través de conductas, las cuales son la expresión de dichas necesidades. Estas necesidades se encuentran presente a lo largo de nuestra vida y van desde las necesidades fisiológicas básicas hasta la autorrealización.
- ❖ **Deshicencia:** Es la separación mucocutánea a nivel de las suturas entre el estoma y la piel periestomal que puede afectar a una pequeña parte o a toda la circunferencia del estoma, con el consiguiente riesgo de peritonitis por filtración de materia fecal.
- ❖ **Dermatitis:** Se produce en la piel circundante a la colostomía por contacto con las heces.
- ❖ **Edema:** Presencia de un exceso de líquido en algún órgano o tejido del cuerpo.
- ❖ **Estenosis:** Se produce por estrechamiento en el orificio del estoma debido a necrosis, infección, retracción, técnica quirúrgica defectuosa o recidivas de la enfermedad.
- ❖ **Estoma:** Es una apertura natural o quirúrgicamente creada, que une una parte de una cavidad corporal con el exterior.
- ❖ **Evisceración:** Exteriorización brusca de un tramo intestinal a través del orificio abdominal alrededor del estoma; esta complicación es emergente y requiere tratamiento quirúrgico inmediato.
- ❖ **Fistula:** Conducto anormal que se abre en una cavidad orgánica y que comunica con el exterior o con otra cavidad
- ❖ **Granuloma:** es la aparición o crecimiento de pequeñas masas carnosas en la mucosa del estoma
- ❖ **Hernia:** Protrusión intermitente o permanente, debido a un defecto de la pared abdominal o de tensión y de resistencia en las fibras musculares.
- ❖ **Infección periestomal:** Complicación poco habitual ocasionada por la contaminación precoz de la herida quirúrgica que puede ocasionar celulitis o absceso, provocando otras complicaciones.
- ❖ **Necrosis:** Muerte de las células y los tejidos de una zona determinada de un organismo vivo

- ❖ **Neoplasia:** Formación anormal en alguna parte del cuerpo de un tejido nuevo de carácter tumoral, benigno o maligno
- ❖ **Ostomizado:** persona que tiene una colostomía, ileostomía o urostomía
- ❖ **Peristaltismo:** movimiento ondulatorio progresivo involuntario de los órganos tubulares del cuerpo, especialmente del canal alimentario que impulsa su contenido hacia delante
- ❖ **Periestomal:** Pertenece a la zona de piel que rodea un estoma u orificio creado quirúrgicamente en la pared abdominal
- ❖ **Prolapso rectal:** es la protrusión del recto a través del ano, hace que el recto se invierta, de tal forma que desde el ano se ve el revestimiento mucoso como una prolongación de tejido de color rojo oscuro, húmedo y con forma de dedo
- ❖ **Protrusión:** Desplazamiento de un órgano o estructura hacia adelante.
- ❖ **Retracción:** Hundimiento del colon puede ser secundario a la necrosis o infección de la colostomía, puede ser producida por la tracción del colon desde el interior de la cavidad abdominal, lo que causa tensión excesiva del intestino.



## BIBLIOGRAFÍA

- Andrade, R. A.-E. (2011). *Metodología de la Investigación*. Washintong, DC: PALTEX.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona, España: ELSEVIER.
- Contero, F. (16 de Julio de 2010). *PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PAE)*.  
Obtenido de PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PAE):  
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
- Cazorla, M. X. (2012). Viviendo con una colostomía esencial: diagnósticos y prescripciones en la consulta de enfermería . *Scielo*, 132.
- Dan L. Longo, M. A. (2012). *Harrison Principios de la Medicina Interna*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Eligan, E. G. (15 de Marzo de 2013). *TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA*.  
Obtenido de TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA:  
<http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
- Gallo, I, L. A., Pimentelli, L. S., BonetII, M. A., & AdánI, L. M. (2012 ). Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 9.
- Herdman, T. H. (2012). *NANDA Internacional DIAGNOSTICOS ENFERMEROS*.  
Barcelona - España: Elsevier.
- Hidalgo, M,T(Dirección). (2011). Guía para pacientes con estomas. [Video]
- Moorhead, S., Johnson, M., L., M., & Swanson, E. (2012). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona, España: ELSEVIER.
- Moran,A, V. M. (2010). *PROCESO DE ENFERMERIA*. España: Trillas.
- Ortero, E. (2013). *Revista Médica. Revista científica arbitrada de la Academia Nacional de Medicina de Colombia*, 18.
- Potter, P. (1993). *Fundamentos de Enfermería*. BARCELONA -ESPAÑA: HARCOURT-OCEANO.
- Potter, P. (2004). *Fundamentos de Enfermería 5º Edicion*. España: Mosby-Elsevier.

Society, A. C. (27 de Julio de 2012). Colostomía: una guía. Obtenido de <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosfisicos/fragmentado/colostomia-una-guia-what-is-colostomy>

T. Heather Herman, P. (2012-2014). *Nanda Internacional- DIAGNOSTICOS ENFERMEROS*. MADRID: ELSEVIER.

**ANEXOS**



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



**ANEXO 1**

**1. DATOS GENERALES:**

<b>1.1.NOMBRE DEL O LOS INVESTIGADORES PRINCIPALES</b>	MOLINA LLIVICOTA ANA GABRIELA
<b>1.2.NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN</b>	UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
<b>1.3.NOMBRE DEL PATROCINADOR</b>	HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA
<b>1.4. NOMBRE DE LA PROPUESTA O VERSIÓN:</b>	ESTUDIO DE CASO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIAD@ EN ENFERMERIA

**2.- INFORMACIÓN DEL ESTUDIO:**

PROCESO ENFERMERO EN PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMÍA BASADO EN LA TEORIA DE HENDERSON Y OREM.

**Para ser leído por el proponente.**

**3.- INTRODUCCIÓN**

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

**Propósito:**

la práctica asistencial y permite profundizar los conocimientos pre-profesionales relacionados con los campos investigativos, metodológicos, epistemológicos y terapéuticos de la patología descrita. El presente estudio contribuirá al avance académico y científico de la formación como profesionales de la salud competentes.

Tipo de estudio.- Se utilizará la metodología de análisis y discusión de casos clínicos, mediante la metodología ABP (Aprendizaje basado en problemas), pues cada uno de los parámetros clínicos será analizado a profundidad, para identificar patrones funcionales o necesidades alteradas a fin de emitir diagnósticos enfermeros que servirán para planificar



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



intervenciones eficaces que permitirán obtener los resultados esperados en la recuperación del estado de salud del individuo.

**Confidencialidad.**

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

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

**Derecho a retirarse del estudio:**

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

**CONSENTIMIENTO:**

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

Nombre del Participante OJEDA PADILLA LUIS ARTOLFO

Firma del Participante [Firma]

Fecha 24 de Agosto 2015 Día/mes/año

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

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

Nombre del testigo Julieta Maria silva jaguixcha (Y Huella dactilar del participante)

Firma del testigo [Firma]

Fecha 24 de Agosto 2015 Día/mes/año



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA DE ENFERMERIA

Anexo 2

**FORMULARIO DE HISTORIA DE SALUD ENFERMERA**

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR Ana Gabriela Molina LLivicota

FECHA 24 de Agosto del 2015

**1. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:**

**1.1. DATOS GENERALES BÁSICOS:**

<b>Nombre del Usuario:</b> Luis Ojeda	<b>Edad:</b> 49 años	<b>Sexo:</b> F <u>M</u>
<b>Estado civil:</b> <b>Soltero:</b> <b>Casado:</b> X <b>Viudo:</b> <b>Divorciado:</b> <b>Otro:</b>	<b>Lugar de Residencia:</b> Riobamba	<b>Lugar de procedencia:</b> Alausi
<b>Instrucción:</b> Primaria	<b>Religión:</b> Católica	<b>Ocupación:</b> Carpintero
<b>Dirección domiciliaria:</b> Av. Honduras vía a Chambo	<b>Teléfono Domicilio:</b>	<b>Móvil:</b> 0993672550

<b>Información Brindada por:</b>	<b>Diagnóstico médico:</b>
<b>Paciente:</b> X	Portador de colostomía
<b>Familia:</b>	
<b>Amigos:</b>	
<b>Otros:</b>	

## 1.2. CAUSAS DE LA CONSULTA:

Acude para que realicen la restitución de tránsito intestinal por poseer una colostomía.

## 1.3. PROBLEMA ACTUAL:

Dolor distensión abdominal por lo que el personal médico realiza una segunda colostomía.

## 1.4. ANTECEDENTES PERSONALES:

- 1.4.1. Enfermedades de la infancia: No refiere
- 1.4.2. Enfermedades infecciosas: No refiere
- 1.4.3. Traumatismos: No refiere
- 1.4.4. Antecedentes Gineco-Obstétricos: No refiere
- 1.4.5. Otras enfermedades: estreñimiento

## 1.5. ANTECEDENTES FAMILIARES: (Diabetes, cáncer, alergias, enfermedades cardíacas, renales, trastornos mentales, epilepsia, artritis u otras enfermedades importantes).

Patología	Parentesco del Paciente	Condición Actual (curado, no curado, complicación).
Hipertensión	Madre	Fallecida

## 2. VALORACIÓN:

### 2.1. VALORACIÓN POR DOMINIOS Y CLASES:

#### 2.1.1. Dominio 1 Promoción de la Salud

### CLASE 2: GESTION DE LA SALUD

---

Aspecto general (vestido/arreglo personal)



Adecuado	<b>X</b>	Descuidado	Extravagante
Exagerado		Meticuloso	Otros

Conoce actividades para mantener salud y bienestar	SI	<b>X</b>	NO
--	----	----------	----

Cuales: Hacer ejercicio

Realiza actividades para mantener salud y bienestar	SI		NO	<b>X</b>
---	----	--	----	----------

Cuales

### **Conocimientos sobre su enfermedad**

Si	<b>X</b>	No
----	----------	----

Qué conoce: Tuvieron que hacerle una operación para poder realizar las deposiciones sacando el intestino por el abdomen

### **Actitud y comportamientos frente a su enfermedad**

Aceptación	<b>X</b>	Rechazo	Indiferencia
Sobrevaloración		Reivindicativa	Otros

Comportamientos realizados al respecto: Refiere aceptación porque ya tuvo ese problema anteriormente, pero en ocasiones se siente desesperado.

### **Pautas /recomendaciones terapéuticas**

Ninguna	Seguimiento Correcto	Seguimiento Incorrecto	<b>X</b>
---------	----------------------	------------------------	----------

Manejo de la enfermedad: Manifiesta no tener los medicamentos necesarios para su enfermedad

### **Hábitos tóxicos/frecuencia de consumo**

Tabaco	<b>No</b>	Alcohol	<b>No</b>	Drogas	<b>No</b>
--------	-----------	---------	-----------	--------	-----------

Riesgo de consumir alguno: **No**

### Gestión Terapéutica Familiar

Actividades familiares que afecten el Tratamiento	Si Cuáles:	No <b>X</b>
---	---------------	----------------

### Hogar/ Mantenimiento

Número de miembros que habitan el hogar: <b>7</b>	Parentesco: <b>Padre - esposo-abuelo</b>
Animales de granja(gallinas, cuyes, conejos, y más), Especifique: <b>No</b>	Número:
Mascotas (perros gatos, etc.), Especifique: <b>perros</b>	Número: <b>2</b>
Vectores (moscas, pulgas, piojos, etc.) Especifique: <b>No</b>	Cantidad:

### Inmunizaciones

Infancia <b>X</b>	Adolescencia	Adultez
Esquema MSP: <b>X</b>	Especifique:	Especifique:
Otros Especifique:		

#### 2.1.2. Dominio 2 Nutrición

Peso <b>55Kg</b>	Talla <b>1.59cm</b>	Constitución <b>Normal</b>
IMC <b>22</b>	P. Arterial	120/70mmHg

### Características

Piel <b>pálida, hidratada</b>	Mucosas <b>semihumedas</b>
-------------------------------	----------------------------

### Apetito

Normal	Aumentado	Disminuido <b>X</b>
--------	-----------	---------------------

Consumo diario habitual	Ingesta de líquidos	Suplementos
Nausea	Vómitos	Prótesis dentales
<b>Problemas</b>		
Masticación	Deglución	Digestión de Alimentos <b>X</b>
Preferencias alimentarias <b>verduras</b>		
Restricciones /evitaciones <b>grasas y ácidos</b>		
<b>Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada</b>		
Suficiente	Insuficiente	<b>X</b>
Que conoce: <b>No debe comer fritos</b>		
Hábitos, opiniones e historia familiar respecto a la comida : <b>Consume exceso de carbohidratos todos los días</b>		
Problemas de cicatrización: <b>No</b>		
<b>Hidratación</b>		
Normal	<b>X</b>	Aumentada
		Disminuida
Signos de deshidratación		

### 2.1.3. Dominio 3 Eliminación e intercambio

#### Eliminación intestinal

Frecuencia	Características <b>Heces semilíquidas</b>	Malestar
Control	Motivos	Laxantes
<b>Uso de dispositivos y materiales para su control</b>		
Ostomías	<b>X</b>	Otros
Estreñimiento	SI	NO

Diarrea	SI	NO
---------	----	----

**Eliminación vesical**

Frecuencia	3 veces al día	Características	amarilla	Malestar
Control		Motivos		Diuréticos
Uso de dispositivos (sonda)			Otros (por incontinencia)	

**Eliminación cutánea**

Normal	<b>X</b>	Profusa	Escasa
Problemas con el olor			Secreciones

**Intercambio gaseoso**

Normal	<b>X</b>	Aumentado	Disminuido
--------	----------	-----------	------------

**2.1.4. Dominio 4 Actividad/Reposo**

**Sueño**

Horas de sueño nocturno	<b>6 horas</b>	Otros descansos de la Tarde
Historia anterior de insomnio	Medicación para dormir (nombre)	

**Percepción personal del dominio**

Adecuada	Excesiva	Disminuida <b>X</b>
----------	----------	---------------------

**Estadios de relajación**

SI	NO <b>X</b>
----	-------------

Frecuencia de estadios de relajación:

Actividades para la relajación:

**Tranquilidad**

SI	NO <b>X</b>
Se encuentra preocupado por su	

	enfermedad.
--	-------------

**Inactividad y sedentarismo**

SI <b>X</b>	NO
Sedentarismo	

**Fatiga**

SI <b>X</b>	NO
-------------	----

Causas de la fatiga: Portador de colostomía

**Comportamiento motor**

Adecuado al contexto <b>X</b>	Inhibición	Agitación/ inquietud
Temblores	Rigidez	Estereotipas/ manerismos
Tics	Otros	

**Reacciones extrapiramidales**

Cuales:

**Regularidad del comportamiento motor**

Frecuencia	Intensidad	Duración
------------	------------	----------

**Características del comportamiento motor**

Controlable <b>X</b>	limitante	Incapacitante
----------------------	-----------	---------------

**Opinión / sentimientos con respecto al comportamiento motor**

Indiferente	Alegre/ Aceptado	Preocupado
-------------	------------------	------------

**Deseos o participación en actividades de consumo de energía**

SI <b>X</b>	NO
-------------	----

Cuál/es:    **Desea jugar vóley**

**Cambio notable de habilidades o funciones**

<b>Gasto cardíaco</b>	Frecuencia Cardíaca por minuto <b>82</b>	
Normal <b>X</b>	Aumentado	Disminuido
<b>Respiración espontánea</b>	Frecuencia Respiratoria por minuto <b>20</b>	
Normal <b>X</b>	Aumentada	Disminuida
<b>Actividades de autocuidado</b>		
Baño corporal	Alimentación CESA	Vestimenta:
Uso del WC <b>X</b>	Actividad	Ejercicio
Control médico:	Frecuencia del mismo	

### 2.1.5. Dominio 5 Percepción/ Cognición

#### Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno

Normal <b>X</b>	Hipervigilante	Confusión
Desrealización	Somnoliento	Vagabundeo
Sigue solo instrucciones	No responde a estímulos externos.	
Otros		

Tiempo del inicio del trastorno:

#### Atención /orientación

Atención fluctuante <b>X</b>	Distractibilidad
------------------------------	------------------

#### Orientación / reconoce

Lugar donde se encuentra <b>X</b>	Domicilio <b>X</b>	Ciudad / país <b>X</b>
Día / mes <b>X</b>	Año <b>X</b>	Estación <b>X</b>
Nombre completo <b>X</b>	Edad, fecha nacimiento <b>X</b>	Profesión <b>X</b>

Personas significativas

Grado de relación

**Julieta**

**Esposa**

**Alteraciones perceptivas/ especifique:**

Auditivas **No**

Visuales **No**

Táctiles **No**

Olfativas **No**

Ilusiones **No**

Otras **No**

**Localización de la percepción**

Interna

Externa

**Memoria e inteligencia**

Memoria inmediata/reciente **X**

Memoria remota

Retrasos intelectuales

Capacidad de solucionar problemas

Capacidad de abstracción

Capacidad de juicio

Capacidad de introspección

**Organización pensamiento lenguaje**

Contenido

Coherente y organizado

Si **X**

No

Delirante

Si

No

Otras ideas o pensamientos recurrentes molestos

**Expresión de lenguaje**

Velocidad **Normal**

Cantidad **Normal**

Volumen **Normal**

Tono y modulación **Normal**

Otras alteraciones

Características del habla **Normales**

---

**Comunicación**

Envía información	Verbal <b>X</b>	No verbal
Recibe información	Verbal <b>X</b>	No verbal

**2.1.6. Dominio 6 Auto percepción****Reactividad emocional**

Adecuada al contexto <b>X</b>	Pobreza sentimientos	Expansión afectiva
Tonalidad Afectiva	Agradable	Desagradable

**Percepción de imagen corporal**

Ajustada a la realidad	Confusa	Equivocada <b>X</b> Expresa sentirse inútil con su cambio físico.
------------------------	---------	---

**Actitud frente a su cuerpo**

Aceptación	Rechazo <b>X</b>	Otros
------------	------------------	-------

**Autodescripción de si mismo**

Ajustada a la realidad	Sobrevaloración capacidades y logros personales
Exageración errores y desgracias / infravaloración éxitos <b>X</b>	Otros

**Autoevaluación general y competencia personal:** Piensa que es una carga para su familia

**Sentimientos respecto a autoevaluación personal**

Tristeza <b>X</b>	Inferioridad	Culpabilidad
Inutilidad <b>X</b>	Impotencia	Euforia
Ansiedad <b>X</b>	Rabia	Superioridad

Otros



Ideas de suicidio	SI	NO	<b>X</b>
-------------------	----	----	----------

Causas de dichas ideas

**Comportamientos adaptados para afrontar/ compensar los sentimientos** En ocasiones acepta su imagen pero se siente triste por no contribuir con su familia, refiere que va a seguir todas las indicaciones que le indique el personal de salud para recuperarse.

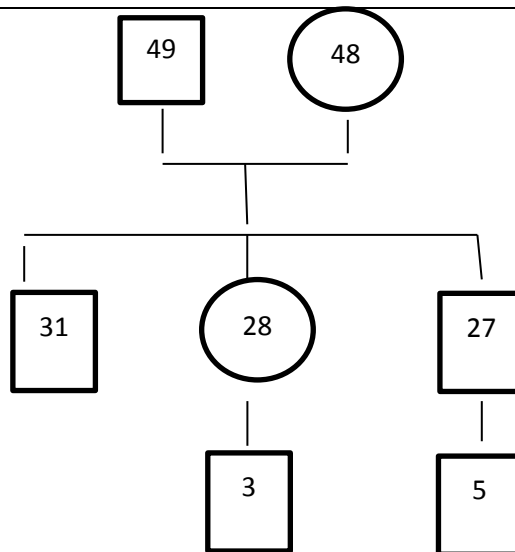
**2.1.7. Dominio 7 Rol /Relaciones**

**Nivel de independencia de la persona**

Física	Total	Parcial	<b>X</b>
Económica	Total	Parcial	<b>X</b>
Psicosocial	Total	Parcial	<b>X</b>

**Estructura y roles familiares:**

**Árbol genealógico**



**Personas con las que convive**

Esposa <b>X</b>	Hija/o <b>X</b>	Padres	Otros
-----------------	-----------------	--------	-------

**Rol/ responsabilidad dentro del núcleo familiar**

Proveedor	Receptor	No se identifica
Cónyuge/ padre <b>X</b>	Hijo	Otros

**PERCEPCIÓN SOBRE EL ROL**

Satisfactoria	Insatisfactoria <b>X</b>
---------------	--------------------------

**Relaciones familiares**

Sin problemas de interés	Problemas por la enfermedad <b>X</b>	Otros
--------------------------	--------------------------------------	-------

**Percepción de la relación**

Satisfactoria	Insatisfactoria <b>X</b>
---------------	--------------------------

**Sentimientos con respecto a las relaciones familiares**

Ansiedad	Miedo	Culpabilidad
Tristeza <b>X</b>	Inutilidad	Inferioridad
Impotencia	Rabia	Superioridad
Seguridad/ Tranquilidad		Otros

**Reacción de la familia a la enfermedad / hospitalización / institución / equipo.**

Preocupación	Apoyo <b>X</b>	Tranquilidad
Culpa	Desinterés	Ansiedad
Otros		

**Personas del ambiente más significativas y principal confidente****Julieta**

**Relaciones sociales**

Participación en actividades sociales o culturales	Si	No <b>X</b>
Participación en actividades ocio y tiempo libre	Si	No <b>X</b>

Averigüe que hace **No quiere que la gente sepa de su enfermedad**

**Percepción de las relaciones extra familiares**

Satisfactoria	Insatisfactoria <b>X</b>
---------------	--------------------------

**Condición escolar: Incompleta**

**Condición laboral: Pasiva**

*2.1.8. Dominio 8 Sexualidad***Valoración de su identidad sexual**

Satisfactoria <b>X</b>	Indiferente	Insatisfactoria
------------------------	-------------	-----------------

Problemas de diferenciación y/o identidad sexual **No**

*2.1.9. Dominio 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés***Estado de tensión / ansiedad**

Controlado	Temporal <b>X</b>	Generalizado
------------	-------------------	--------------

**Percepción de control de la situación**

Controlado <b>X</b>	Descontrolado
---------------------	---------------

**Sentimientos asociados.**

Alegría	Rabia	Tristeza <b>X</b>
Frustración	Impotencia	Desesperanza
Depresión	Otros	

**Grado de incapacidad personal, laboral, social: Parcial**

**Sistema de soporte o apoyo: Hijos**

**Tipo de traumas del cual ha sido objeto**

Ninguno	Psicológico <input checked="" type="checkbox"/> Se siente totalmente imposibilitado por su enfermedad.	Sexual
Laboral	Social	Físico <input checked="" type="checkbox"/> Intervención quirúrgica
Otro		

**Respuesta/ estrategias habituales de adaptación/ control**

Somatizaciones	Inhibición <input checked="" type="checkbox"/>	Agitación
Agresión	Aceptación	otras

**2.1.10. Dominio 10 Principios vitales**

**Valores y creencias importantes en su historia personal:**

Cree en Dios y en la Virgen

**Valores y creencias importantes en su historia familiar:**

Creen en el hermano Gregorio

**Normas de su cultura o aspectos personales que desea sean tomados en cuenta:**

Que su familia vaya a misa una vez por semana

**Deseos de realizar prácticas religiosas:** Ir a misa

**Congruencia de las acciones con los valores y creencias:** Si

**2.1.11. Dominio 11 Seguridad /Protección**

**Susceptibilidad a infecciones**

Inmunidad disminuida <input checked="" type="checkbox"/> Tiene riesgo de infección y riesgo de deterioro de la integridad de la piel.	Infecciones adquiridas
Hacinamiento	Promiscuidad
Deficiencia de higiene	Otras

**Susceptibilidad a sufrir lesiones físicas o daño corporal**

Depresión	Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/>	Soledad
Desconsuelo	Abandono	Baja Autoestima <input checked="" type="checkbox"/>
Higiene corporal deficiente <input checked="" type="checkbox"/>	Higiene dental deficiente	Depresión Post Parto
Inaccesibilidad a lugares habituales	Instalaciones básicas inseguras	

Otras Causas

**Utilización de la violencia**

Automutilación	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>
----------------	----	--

Causas

Violencia a Otros	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>
-------------------	----	--

Causas

Violencia Autodirigida	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>
------------------------	----	--

Causas

Riesgos de Suicidio	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>
---------------------	----	--

Causas

**Existencia de fuentes de peligro en el entorno No**

Bares y discotecas	Prostíbulos
Lugares de expendio de Comida rápida	Restaurantes Inseguros

Ríos contaminados	Canales de riego
Fabricas Contaminantes	Otros sitios

**Acciones de autoprotección**

Utilización de medidas protectoras frente a desastres	SI	NO <b>X</b>
---	----	-------------

Cuales

Utilización de medidas protectoras frente a factores ambientales nocivos	SI	NO <b>X</b>
--	----	-------------

Cuales

Utilización de medidas protectoras frente a procesos alérgicos	SI	NO <b>X</b>
--	----	-------------

Cuales

Utilización de medidas protectoras frente a otros trastornos	SI	NO <b>X</b>
--	----	-------------

Cuales

**Procesos termorreguladores**

Normotermia	SI <b>X</b>	NO
Hipotermia	SI	NO
Riesgo de hipotermia	SI	NO
Hipertermia	SI	NO
Riesgo de hipertermia	SI	NO

Causas

**2.1.12. Dominio 12 Confort**

**Comodidad física, mental y social**

**CONFORT FISICO**

Presencia de dolor	SI	NO <b>X</b>
Localización Abdomen		
Tipo de dolor	AGUDO <b>X</b>	CRONICO
Sensación de náuseas	SI	NO <b>X</b>
Origen de las náuseas		
<b>Confort mental o emocional</b>		
Sensación de Abandono	SI	NO <b>X</b>
Causas		
Sensación de Aislamiento	SI	NO <b>X</b>
Causas		
Sensación de Sufrimiento	SI	NO <b>X</b>
Causas		
<b>Confort social</b>		
Sensación de Aislamiento social	SI <b>X</b>	NO
Causas su enfermedad		
<b>Confort espiritual</b>		
Sensación de Insatisfacción espiritual	SI	NO <b>X</b>
Causas		

## **2.2. EXÁMEN FÍSICO:**

### **2.2.1. Apariencia General**

- 2.2.1.1. Problemas Reales Dolor, Ansiedad, motilidad gastrointestinal disminuida, transtorno de la imagen corporal, gestión ineficaz de la propia salud, patrón sexual ineficaz, conocimientos deficientes, deterioro de la interacción social, insomnio

2.2.1.2. Problemas potenciales Riesgo de infección, riesgo de estreñimiento, riesgo de deterioro de la integridad tisular

**2.2.2. Signos Vitales**

2.2.2.1. Pulso 82x´

2.2.2.2. Temperatura 37.2°

2.2.2.3. Presión Arterial 120/70 mmHg

2.2.2.4. Frecuencia Respiratoria 20´

**2.2.3. Medidas Antropométricas**

2.2.3.1. Talla 1.50 cm

2.2.3.2. Peso 55 Kg

**2.2.4. Sistema Gastrointestinal**

Abdomen doloroso con ruidos hidroaéreos disminuidos con presencia de herida quirúrgica y estoma

**2.3. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO:**

Fecha del examen	Nombre del examen	Propósito del examen	Valores normales	Hallazgos e interpretación
12.08-2015	BH	expresa el número, proporción y variaciones de los elementos sanguíneos	<b>GLÓBULOS</b> <b>BLANCOS</b> 5 – 10 <b>NEUTROFILOS%</b> 40 -70 <b>LINFOCITOS%</b> 25 – 40 <b>MONOCITOS%</b> 2 – 10	Sin alteración



			EOSINÓFILOS % 1 – 4,5  BASÓFILOS % 0 – 1  NEUTRÓFILOS 1.8 – 6.5  LINFOCITOS 0.8 – 4.5  MONOCITOS 0 – 1.8  EOSINÓFILOS 0 – 0.6  BASÓFILOS 0 – 0.2  RECUENTO DE G. ROJOS 4 – 5  HEMOGLOBINA 12 – 15  HEMATOCRITO 39 – 46  Glucosa 100 ml/dl	
	QS			

## 2.4. MEDICACIÓN

Nombre del Fármaco	Acción principal	Efectos adversos	Vías y Dosis (paciente)	Cuidados específicos de enfermería
Tramal	Analgésico	Nauseas Estreñimiento Mareos Somnolencia	I.V	Control de signos vitales Verificar estado de conciencia Verificar si el paciente presenta algún efecto adverso
Ampicilina	Antibiótico	Dermatitis Diarrea Vomito Malestar estomacal	I.V	Administrar diluido Administrar lentamente Realizar prueba de sensibilidad Administra con dilución Control de signos vitales Verificar reacciones adversas



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

**VALORACIÓN DEL PACIENTE BASADA EN LA TEORÍA DE VIRGINIA  
HERDERSON**

**NOMBRE:** Luis Ojeda **EDAD:** 49 años

**GÉNERO:** masculino **DOMICILIO ACTUAL:** Av. Honduras vía a Chambo

**DIAGNÓSTICO:** Portador de colostomía

**1. RESPIRAR NORMALMENTE**

**Habitualmente respira por:** la nariz: X la boca

**¿Tiene dificultad para respirar?** No: X Si: Especificar:

**Fumador:** No X Si Ex fumador No: X Si:

**Posición, medicamentos o hábitos que mejoran / dificultan su respiración:** Sentado

**Calidad del aire en el entorno doméstico:** Bueno **En el laboral:** Bueno

**2. ALIMENTARSE E HIDRATARSE ADECUADAMENTE**

**¿Dificultad para masticar?** No: X Si: **¿Para tragar?** No: X Si: **¿Para beber?** No: X Si: Especificar:

**¿Requiere ayuda para comer /beber?** No: X Si: Especificar:

**Habitualmente come:** en casa X en el trabajo: otros: **Come:** solo: acompañado: X

**¿Tiene apetito?** No: X Si: **Número de ingestas?** 2 en mínimas cantidades **Horario:**

**Desayuno:** X **Almuerzo:** X **Merienda:** **Cena:** **Otros:**

**Líquidos diarios:** **Cantidad:** medio litro **Tipo:** Agua potable

**Alimentos que le Gustan:** pollo, arroz, fideo, etc.

**Alimentos que le desagradan / le sientan mal:** frutas acidas, algunos vegetales.

**Importancia de la alimentación sana:** Conserva su salud

### **3. ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES**

**Frecuencia de la eliminación fecal:** 1 **Esfuerzo:** No: Si: X

**Características de las heces:** Blandas **Incontinencia:** No: X **Si:** **Diarrea:** No X **Si**

**Estreñimiento:** No Si X

**¿Toma laxantes?** No: X **Si:** **Tipo / frecuencia:**

**Hábitos que ayudan / dificultan la defecación:** Comer papaya le ayuda.

**Frecuencia de la eliminación urinaria:** 3 veces **Alteraciones:**

**Sudoración:** Escasa: Normal: X

### **4. MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS**

**¿Cree que ha disminuido su movilidad?** No: Si: X **Especificar:** Enfermedad

**¿Precisa inmovilización?** No: X **Si:** **Especificar:**

**¿Habitualmente hace alguna actividad física / deporte?** No: X **Si:**

**Grado de actividad diaria:** nulo bajo: X moderado: alto: muy alto:

### **5. Dormir y descansar**

**Horas de sueño/día:** 0 **Nocturno:** 6 **Siesta:** No **Otros:**

**¿Dificultad para conciliar el sueño?** No: Si: X

**¿Al levantarse se siente cansado?** No: Si: X **¿Somnoliento?** No: Si:

**Recursos para inducir / facilitar el sueño:** Técnicas de relajación (masajes, paseos)

### **6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse**

**¿Su vestuario y calzado habitual resultan cómodos?** No: Si: X

**¿Está condicionado por algo?** No: X **Si:** **Especificar:**

**¿Requiere ayuda para ponerse / quitarse la ropa / calzado?** No: Si: X

**Qué importancia le da a la ropa:** Ninguna

**7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente**

**¿Es sensible al frío? No: Si: X ¿Al calor? No: X Si:**

**¿A los cambios de temperatura? No: Si: X**

**¿Su casa está acondicionada para el frío? No: X Si: ¿Para el calor? No: X Si:**

**Recursos que usa para combatir el frío / calor:** Usa suéter

**¿Sabe tomar la temperatura? No: X Si: ¿Qué hace cuando tiene fiebre? Aplica paños de agua tibia en la frente**

**8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel**

**Baño: No X Si Ducha: No: X Si: Frecuencia: 3 días Hora preferida: noche**

**Frecuencia del: Lavado de pelo: 3 días Rasurado: 3 días**

**Higiene dental: Cepillado de dientes: No: Si: X**

**Dentadura postiza: No: X Si:**

**¿Qué importancia da a la higiene corporal? Regular**

**9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas**

**Vacunación: No: Si: X**

**Revisiones periódicas No: X Si: Autoexploración: No: Si: X Especificar: Abdomen**

**Protección de las ETS: No: X Si:**

**Nivel de seguridad en el trabajo: nulo bajo: X adecuado:**

**Nivel de seguridad en su barrio: nulo bajo X adecuado:**

**Nivel de seguridad en su casa: nulo bajo: X adecuado:**

**¿En los dos últimos años ha sufrido pérdidas? No: X Si: ¿Cambios corporales/funcionales? No: X Si:**

**¿Cómo se ve y se siente físicamente? Decepcionado, impotente**

**Ante esta situación (motivo de la consulta) ¿cómo se siente? Con temor**

**¿Cree que puede ayudarle ahora?** Si brindando información, y cuidados.

**¿Cómo suele afrontar los cambios/problemas?** Trabajando

**¿Toma medicación, alcohol u otras drogas para sentirse mejor, relajarse, rendir más, etc?** No: X Si:

**¿Sigue el tratamiento prescrito?** No: Si: A veces: X **¿Por qué?** Se olvida de tomar los medicamentos en un mismo horario.

**10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones o temores**

**¿Se comunica satisfactoriamente con las personas de su entorno?** No: Si: A veces: X

**¿Cuáles son las personas más importantes en su vida?** Su esposa, hijos, nietos

**¿Suele relacionarse con ellas?** No: Si: A veces: X **¿Por qué?** Se sientes impotente por no poder colaborar con su familia en las actividades de casa.

**¿Su situación actual ha alterado sus relaciones familiares/sociales?** No Si X

**¿Se considera extrovertido introvertido** X?

**¿Con quién suele compartir sus problemas?** Esposa

**¿Se siente integrado en su casa?** No: Si: X **¿Y en el trabajo?** No: Si: X

**¿Le cuesta pedir/aceptar ayuda?** No: Si: X **¿Por qué?** Se siente débil

**¿Sus relaciones sexuales son satisfactorias?** No: X Si: **¿Por qué?** Le molesta su aspecto

**¿Han sufrido cambios/problemas?** No: Si: X

**¿Usa algún método anticonceptivo?** No: X Si:

**¿Está satisfecho/a con él?** No

**11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias**

**¿Sus ideas/creencias influyen en su alimentación?** No: Si: X **¿En el vestir?** No: X Si:

**¿En los cuidados de salud?** No: Si: X

**¿Su situación actual interfiere con el seguimiento de sus ideas/creencias?** No: Si: X

**Especificar:** Cree más en Dios

**En su situación actual sus ideas/creencias le ayudan, no le ayudan, X no interfieren**

**¿Le cuesta tomar decisiones? No: Si: X**

**Trabajo remunerado fuera de casa, en casa X trabajo doméstico, estudios, otros**

**¿Su situación actual ha comportado cambios en sus ocupaciones? No: Si: X**

**Especificar: Impide trabajar**

**¿Qué cree que puede ayudarle a afrontarlos? Si**

**13. Participar en actividades recreativas**

**¿Se aburre cuando no trabaja en su ocupación habitual? No: Si: X**

**Pasatiempos / distracciones habituales: Rara vez**

**Horas a la semana que les dedica: 4 horas**

**El tiempo de ocio lo pasa: sólo con la familia X con amigos**

**¿Su situación de salud ha cambiado sus pasatiempos / distracciones? No: Si: X**

**14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.**

**Nivel de escolarización: Sabe leer y escribir X, EGB, FP. Estudios secundarios   
Estudios universitarios**

**¿Presenta dificultad para el aprendizaje? No: X Si:**

**Cuando desea saber algo sobre su salud recurre a: la familia X , los amigos, el médico**

**La enfermera, libros, otros**

**¿Qué información sobre su salud necesita / desearía? Cuidados de la piel**

**¿Conoce algún recurso comunitario que pueda serle útil? No: Si: X**



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

**VALORACIÓN DEL PACIENTE BASADA EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM**

**DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA**

**NOMBRE:** Luis Ojeda **EDAD:** 49 años

**GÉNERO:** masculino **DOMICILIO ACTUAL:** Av. Honduras vía a Chambo

**DIAGNÓSTICO:** Portador de colostomía

**1. AUTOCUIDADO**

**MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.**

Frecuencia Respiración: (**20x**) Frecuencia cardiaca: (**82 x**) Llenado Capilar: (**en 2 segundos**) Presión arterial: (**120/70mmhg**) Presencia de heridas: SI (**x**) NO ( ) Alergias: SI ( ) NO (**x**)

**OTRAS ALTERACIONES**

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

**MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA**

**Valore datos de deshidratación:**

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

**En caso de no estar ingiriendo**

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



## **MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.**

Peso: (55 kg) Talla: (150cm) IMC: (22)

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

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

### **Interferencia en la alimentación**

Presenta algún problema en la alimentación SI (x) No ( )

## **PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS.**

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

### **EVACUACIÓN INTESTINAL**

#### **Presencia de: Estoma intestinal:**

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

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

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

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

### **ELIMINACIÓN VESICAL**

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

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

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

## **MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.**

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

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

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

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

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

## **2. DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO**

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

SI ( ) NO (x)

**Régimen terapéutico:** conocimiento

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

**Cuidados de la enfermedad:** conocimiento

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

**Cambios en la imagen corporal**

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

**Afrontamiento de su condición actual**

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

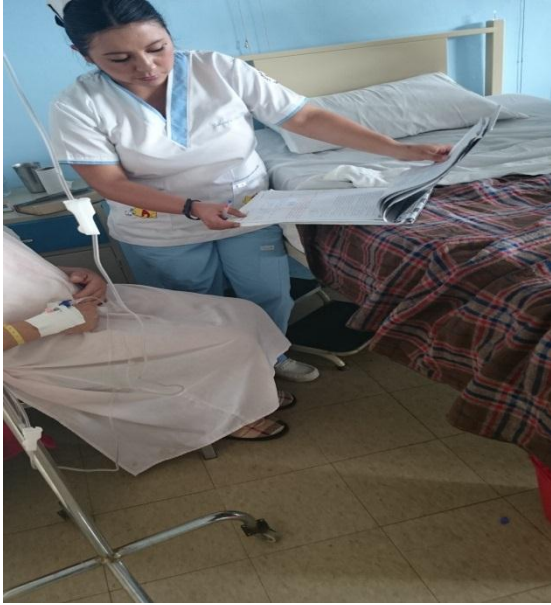
ANEXO 3

CAPTACIÓN DEL PACIENTE  
15/08/2015



Presentación ante el paciente.  
15/08/2015

Entrevista.  
15/08/2015



Acuerdos.  
15/08/2015



Valoración por patrones funcionales  
de Marjory Gordon y necesidades de  
Virginia Henderson. 15/08/2015



Toma de signos vitales .15/08/2015



Información sobre la  
enfermedad.  
15/08/2015

SEGUIMIENTO DOMICILIARIO  
24/08/2015



Lectura del consentimiento informado. 24/08/2015



Obtención del consentimiento informado. 24/08/2015



Entrevista. 24/08/2015



Valoración - Teoría de Dorothea Orem. 24/08/2015



Examen físico. 27/08/2015



Materiales a utilizar.  
01/09/2015



Curación herida quirúrgica.  
04/09/2015



Valoración del estoma. 09/09/2015



Higiene del estoma. 09/09/2015



Curación de herida quirúrgica. 09/09/2015



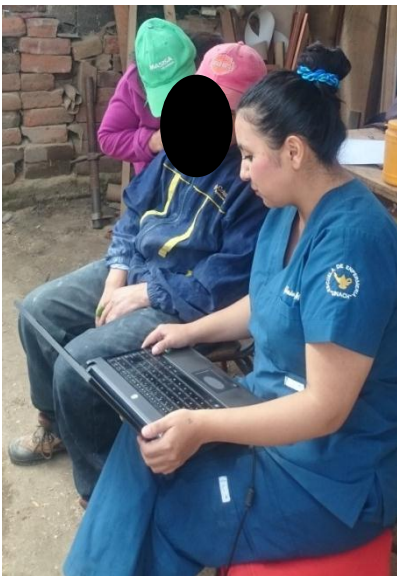
Colocación de apósito en herida. 09/09/2015



Vaciamiento de la funda de colostomía. 12/09/2015



Cambio de la funda de colostomía. 12/09/2015



Charla sobre alimentación saludable y régimen terapéutico. 16/09/2015



Charla sobre la importancia de la sexualidad y apoyo familiar. 19/09/2015





Importancia y enseñanza lavado de manos.  
6/10/2015



Importancia del autocuidado.  
6/10/2015



Importancia de medidas  
asépticas. y riesgos.  
8/10/2015