

**CAPÍTULO IV**  
**PLAN DE CUIDADOS**

**PLAN DE CUIDADOS**

**NOMBRE:** D.V.R. **SEXO:** F **EDAD:** 67 años  
**SERVICIO:** Medicina Interna **FECHA DE INICIO:** 13 de Marzo 1998  
**NO. DE CAMA:** 104 **DX MÉDICO:** Insuficiencia Cardíaca  
**TX MÉDICO:** Farmacológico

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION Y/O DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c secreciones bronquiales m/p estertores disnea de medianos esfuerzos y tos inefectiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>D.V.R. mantendrá las vías aéreas libres de secreciones y obstrucciones en el periodo de hospitalización.</li> <li>Demostrará la correcta realización e los ejercicios respiratorios después de 3 sesiones.</li> <li>Manifestará que respira con mayor facilidad después de cada sesión.</li> <li>A.G.E.(nuera) demostrará la correcta aplicación de fisioterapia en el usuario, después de acudir 3 sesiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sesiones de enseñanza de ejercicios de respiración profunda, respiración controlada, diafragmática abdominal 10-16-20 horas.</li> <li>Valorar el uso de O2 humidificado, con puntos nasales antes de realizar los ejercicios respiratorios 10 x' DE 10-16-20 horas.</li> <li>Planificar periodos de descanso antes y después de los ejercicios de la tos controlada y espectoración 9:30 12-17-19-20 horas.</li> <li>Mantener el entorno fresco, bien ventilado, libre de irritantes, contaminantes.</li> <li>Prestar especial atención al mantenimientos de nivel de humedad ambiental.</li> <li>Mantener una posición fowler el mayor tiempo posible.</li> <li>Realizar ejercicios con sifón cada 2 horas sin llegar a la fatiga 8-10-14-18 horas.</li> <li>Movilizar de posición semifowler a decúbito lateral por 10 minutos y lateral izquierdo por 5 minutos por 3 veces al día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usuaria D.V.R. familiares</li> <li>Enfermera a cargo.</li> <li>Psanitic de enfermería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disminución de estertotes con campos pulmonares.</li> <li>Respiración de 22 x' sin esfuerzos.</li> <li>Se observa facies de relajación.</li> <li>La coloración de lecho ungueales, se torno a un color rosa claro. (llenado capilar de 3 segundos)</li> </ul>	Objetivo logrado en el transcurso de su hospitalización

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION Y/O DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
Exceso de volumen de líquidos r/c un compromiso de los mecanismos reguladores m/p ortopnea, congestión pulmonar, edema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentará disminución del edema periférico en el transcurso de las siguientes 12 horas.</li> <li>• Identificar los signos y síntomas iniciales del aumento del volumen de líquidos al término de 2 sesiones.</li> <li>• Colaborar activamente en el plan terapéutico propuesto durante el tiempo que deje su hospitalización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confeccionar conjuntamente una dieta normaproteínica hiposódica de alimentos que agrada a la usuaria.</li> <li>• Medición de peso a las 08:00 hrs am. c/24 hrs para comprobar el estado de los líquidos.</li> <li>• Control ponderal a diario</li> <li>• Baño general diario con lubricación de piel, sin fricción.</li> <li>• Evitar la compresión de salientes aseos con colocación de almohadillas entre las rodillas, donas en los talones y codos.</li> <li>• Cambios de posición cada 2 hrs con duración menor en lateral izquierdo.</li> <li>• Elevar extremidades inferiores a 30°, si es necesario vendaje de los mismos.</li> <li>• Llevar exacto control de ingresos y egresos cada turno</li> <li>• Medición de pulsos popliteos y pedios</li> <li>• Dar charlas a D.V.R. y A.G.E. (nuera) sobre signos y síntomas de retención de líquidos, 2 sesiones de 15' los días 13 y 14 de mayo.</li> <li>• Administrar medicamento indicado de acción diurética, en horario establecido (</li> <li>• 10 mjl I.V. cada 8 horas 06-14-22 hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuaria D.V.R.</li> <li>• Enfermera responsable</li> <li>• Pasante de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de peso de 600 gr en 24 hrs.</li> <li>• Balance negativo (87 ml) en control de líquidos.</li> <li>• Signos de Godette disminuido (15 mayo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logrado en dos días</li> <li>• Logrado el 17 de mayo.</li> </ul>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION Y/O DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
Alteración del patrón del sueño r/c estrés psicológico, m/p comentarios verbales de dificultad para conciliar el sueño; sueño de 2-3 horas con insomnio, ojeras, bostezos frecuentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recuperará el patrón de sueño de 6-7 horas diarias dentro de una semana.</li> <li>Expresará satisfacción con el número de horas de sueño y el descanso obtenido durante ellas.</li> <li>Identificará los factores que alteren su patrón de sueño, y estrategias para modificar dichos factores causantes en una semana.</li> <li>La familia colaborará en el plan de cuidados establecidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En coordinación con el usuario establecer un horario para dormir y descansar 1 hora entre las 14-22 hrs</li> <li>Brindar ambiente tranquilo y cómodo.</li> <li>Promover uso de música estereofónica.</li> <li>Limpieza de la habitación</li> <li>Orientar medidas adecuadas para inducir el sueño</li> <li>Técnicas de relajación</li> <li>Masajes.</li> <li>Música suave.</li> <li>Infusión caliente de manzanilla, a las 20:80 hrs.</li> <li>Unos 5' de lectura (Biblia) por la noche (21 hr).</li> <li>Dejar una luz tenue durante la noche (lámpara c/foco 25 watts)</li> <li>Reducir la estimulación ambiental en los momentos mas adecuados para dormir (luces intensas, ruidos)</li> <li>Proporcionar medidas de bienestar antes de dormir como bata holgada, cama limpia y restirada, temperatura ambiente de 23°C</li> <li>Animar al usuario a expresar sus sentimientos y pensamientos ya que la ansiedad ó temor dificulta el sueño.</li> <li>Elaborar conjuntamente un listado de causas que interrumpen el sueño durante 7 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermera responsable D.V.R. Pasantes de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hace comentarios de dormir tres horas continuas durante la noche.</li> <li>Facies de relajación y tranquilidad.</li> <li>Desaparición de bostezos en el día.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Logrado al 50% porque logra dormir más al día de 14 de marzo aunque despierta por 15 min. y vuelve a dormir.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCIÓN Y/O DELEGACIÓN	INDICADORES DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
<p>Riesgo del deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad, edemas y edad extrema (67) años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantendrá la integridad cutánea durante su hospitalización.</li> <li>Mantendrá higiénica e hidratada la piel y prominencias óseas durante toda su recuperación.</li> <li>Logrará ingerir un aporte alimenticio equilibrado y adecuado (las 3 raciones al día).</li> <li>Demostrará técnicas de limpieza y lubricación de piel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener la piel limpia, seca y bien hidratada (baño esponja a diario con cambio de ropa, secado minucioso por contacto sin frotar, aplicar crema hidratante en zona de presión).</li> <li>Verificar piel en sitios de punción de catéter de venoclisis y sonda foley diariamente aplicando solución benjui y tela porosa.</li> <li>Evitar la exposición directa a agentes ambientales, polvo, contaminantes de aire, exposición al sol.</li> <li>Ayudar a proporcionar los alimentos.</li> <li>Mantener limpias y libres de secreciones el sitio de venopunción con baño diario, cambio de cintas adhesivas, aseó diario de región perineal y cambio de cintas de sujeción de sonda vesical, protección aséptica del conector a bolsa de drenaje urinario.</li> <li>Al presentar algún indicador de infección contactar con el médico para que instaure el tratamiento indicado.</li> <li>Dar a conocer la importancia de conservar una hidratación y nutrición adecuada.</li> <li>Aplicar masaje con crema hidratante en zonas de presión, si no presenta cambios de color, palidez, enrojecimiento.</li> <li>Favorecer la circulación sanguínea mediante el uso de ropa, no constrictiva, aplicar medidas posturales (cambios de posición)</li> <li>Reducción en la presión en los puntos de apoyo ó salientes óseas.</li> <li>Colocar apósitos, ó donas en zonas de presión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasantes de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La región se encuentra limpia, ausente de signos de infección, coloración y temperatura a la del resto del corporal.</li> <li>Su piel se observa intacta, húmeda e hidratada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Este objetivo fue logrado durante su hospitalización.</li> </ul>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION Y/O DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada m/p informes verbales de fatiga y debilidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El usuario identificará los factores o causas que originen la intolerancia a la actividad.</li> <li>Podrá realizar actividades de la vida diaria sin esfuerzo excesivo.</li> <li>Expresará su deseo de desarrollar y mantener la máxima independencia de las actividades de la vida diaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar con el usuario y familia las causas de repercusión en su vida diaria de la intolerancia a la actividad.</li> <li>Ayudar a identificar y utilizar recursos personales y materiales que le permitan ahorrar energías y mantener el nivel de actividad tolerado, aparatos ó sistemas de ayuda (andadera, bastón).</li> <li>Elaborar conjuntamente un programa para el aumento gradual de la actividad física hasta recuperar el nivel tolerado.</li> <li>Animar a realizar independientemente todas las actividades que tolere, dar el tiempo que necesite proporcionar la ayuda necesaria, evaluar periódicamente los logros obtenidos y ajustar el programa de ello.</li> <li>Reforzar la importancia del reposo/sueño; programar periodos de descanso durante la realización de las actividades cotidianas.</li> <li>Establecer conjuntamente un horario para realizar ejercicios de fortalecimientos muscular y de movilización de las extremidades (realizar ejercicios pasivos y activos, flexión, extensión, abducción, aducción) cada 2 horas a tolerancia del usuario sin llegar a la fatiga 11-13-15-17-19-21 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usuaria, familiares</li> <li>Pasantes de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Sra. D.V.R. participa activamente en las acciones establecidas en el plan terapéutico.</li> <li>Expresa su deseo de lograr la máxima independencia para realizar las actividades de su vida cotidiana.</li> <li>Comenta que se siente mas descansada y con mayor fuerza muslo-esquelética.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Logrado en un 80% el día 16 de marzo de 1998.</li> </ul>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION Y/O DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<p>Riesgo de alteración de la nutrición por defecto r/c factores psicológicos, disnea y fatiga.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D.V.R. Conservará el peso ideal para su edad, talla y constitución corporal durante toda su recuperación.</li> <li>• Mantendrá un estado nutricional óptimo para las funciones vitales.</li> <li>• Identificará los factores que puedan ocasionar un déficit nutricional en 1 semana.</li> <li>• La familia colaborará en el diseño y seguimiento del plan terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseña conjuntamente los factores que impiden el aporte de nutrientes requeridos para satisfacer sus necesidades metabólicas en dos sesiones.</li> <li>• Llevar un registro diario de alimentos integrales en listados por D.V.R.</li> <li>• Brindar ingestas ligeras de poca cantidad, dividida en sextos con variación de alimentos.</li> <li>• Brindar una dieta equilibrada que aparte los diferentes nutrientes, si es necesario incluir suplementos ricos en proteínas, cereales que contengan fibra leguminosas, de preferencia.</li> <li>• Elaborar los alimentos en casa. Respetar a lo máximo las preferencias alimenticias de la usuaria.</li> <li>• Orientar el uso de especias del agrado del usuario, (limón, jugo de naranja, cilantro). Aflojar ropas y descansar antes de ingerir los alimentos.</li> <li>• Dar a conocer la importancia de consumir los distintos grupos de alimentos en 1 sesión de 20 minutos.</li> <li>• Las raciones necesarias para conservar un estudio nutricional.</li> <li>• Establecer una atmósfera agradable y relajante en la medida de lo posible.</li> <li>• Promover el aseo bucal, de manos, antes y después de ingerir alimentos.</li> <li>• Suprimir en la medida de los posible los estímulos nocivos como cansancio, olores y visión desagradables.</li> <li>• Dar información escrita de los distintos alimentos y la forma de combinarlos, sustituirlos, para que pueda consultar en su domicilio.</li> <li>• Para aumentar la ingesta, animar al usuario a comer en la compañía de otras personas su lo desea, siempre que sea posible, usar platos grandes para que las porciones parezcan más pequeñas, presentar alimentos de forma atractiva. (Combinar colores, colocar una flor, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera responsable del usuario</li> <li>• Sra. D.V.R. usuario</li> <li>• Pasantes de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta la ingesta de alimentos, acepta distintos grupos de alimentos.</li> <li>• Conserva el peso en 66 kg.</li> <li>• Enlista 3 factores que influyen en la nutrición tisular (movilización, alimentos variados e higiene)</li> <li>• Presenta listado de dieta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El objetivo se logró durante el día.</li> </ul>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION Y/O DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<p>Temor r/c enfermedad de pronóstico desconocido, múltiples hospitalizaciones m/p comentarios verbales de miedo a morir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificará los elementos controlables y los que no son así, como las esperanzas realistas de su situación.</li> <li>• Manifestará seguridad y confianza durante su estancia hospitalaria.</li> <li>• Verbalizará el temor que siente y que lo origina.</li> <li>• Expresará una reducción del temor en un tiempo no mayor a 4 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar confianza y seguridad.</li> <li>• Orientar de todo procedimiento que se le realice y/o a solicitud del usuario.</li> <li>• Averiguar si desea ayuda espiritual y facilitarle su obtención: por visitas, asistencia del sacerdote, intimidar para meditar (horario).</li> <li>• En situaciones de temor agudo permanecer con el usuario, en la medida de lo posible mantener un contacto visual, auditivo y/o físico.</li> <li>• Solicitar a la familia que alguien permanezca con ella durante su estancia en el hospital.</li> <li>• Estimular a su A.G.E. (nuera) a que le lea libros de su agrado (Biblia)</li> <li>• Identificar claramente signos, síntomas de ansiedad (voz temblorosa, silencios prolongados, inquietudes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasantes de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participa activamente en el plan de cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logrado durante su hospitalización.</li> </ul>



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION Y/O DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensación de ansiedad r/c amenaza de muerte m/p preocupación por cambios inesperados en su enfermedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Sra. D.V.R. mejorará su ansiedad durante su estancia hospitalaria después de 3 días.</li> <li>Reconocerá cuales son las posibles causas que le generaron ansiedad después de 3 sesiones.</li> <li>La familia de la usuaria D.V.R. participará en técnicas para manejo de ansiedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Animar a la señora D. V.R. a que exprese las posibles causas que le generan ansiedad, brindarle confianza y seguridad, omitir juicios.</li> <li>Orientar por medio de charlas de cómo canalizar las preocupaciones que podrían dar origen a la ansiedad.</li> <li>Establecer calendarios de terapia recreativa, elaboración de crucigramas, lectura del agrado de la Sra. D. V.R., escuchar música, ver la televisión de 2 a 3 veces al día.</li> <li>Ofrecer un té de azahar como medio relajante que acostumbra consumir en su hogar.</li> <li>Enseñar prácticas de relajación 2 veces al día como posición cómoda, respiración lenta y profunda, cerrar los ojos y pensar en algo que le agrade ejemplo: (encontrarse en un lugar tranquilo, en la playa, escuchando lluvia suave, ó música de piano)</li> <li>Tranquilizarla y explicarle todo el procedimiento que se le realice.</li> <li>Mantener un actitud imparcial sobre lo apropiado ó no de la conducta de la usuaria.</li> <li>Realizar ejercicios de relajación a las 10:00 AM y 21:30 PM antes de acostarse.</li> <li>Instruir para que se ponga tensa, comenzando con los dedos de los pies, avanzar progresivamente hasta la cara y posteriormente relajar cada grupo muscular durante 15 segundos, permanecer quieto, concentrado, efectuar respiraciones tranquilas y suaves, repetir el procedimientos para ayudar a relajarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermera responsable de la usuaria</li> <li>Pasantes de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se mira segura de si misma.</li> <li>Participa activamente en los procedimientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El objetivo fue logrado durante su hospitalización al 100%</li> <li>Se confirma los movimientos de los pies y manos así como el sonido faríngeo es un tic nervioso de larga evolución.</li> <li>Se logró al 100%.</li> </ul>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>Facies y músculos relajados</li> </ul>	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION Y/O DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<p>Déficit de autocuidado (baño e higiene) r/c intolerancia a la actividad m/p incapacidad para lavar todas las partes de su cuerpo, extremidades inferiores y disnea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantendrá buena higiene durante su estancia hospitalaria.</li> <li>Participará en la medida de sus posibilidades en su autocuidado e higiene personal (lavado bucal, de manos, peinarse, arreglarse)</li> <li>La familia participará durante el tiempo que dure hospitalizada en las actividades de autocuidado.</li> <li>No presentará cambios significativos en los signos vitales, (menos de 25 respiraciones por minuto y menos de 85 pulsaciones)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar conjuntamente las actividades que el usuario es capaz de realizar.</li> <li>Programar el baño a la hora habitual de la usuaria de 10:00 AM a 12:00 PM hora.</li> <li>Cerrar puertas y cortinas, organizar el baño colocando lo necesario al alcance para efectuar el mismo, al terminar secar cuidadosamente sin frotar.</li> <li>Aplicar crema lubricante</li> <li>Animar a que realice aquellas acciones que pueda hacer como lavado bucal diario a las 8:00 AM 13-21 PM horas después de ingerir los alimentos.</li> <li>Estimular a que practique el lavado de manos frecuente.</li> <li>Adoptar al máximo el medio ambiente respetando la intimidad del usuario.</li> <li>Motivar a la usuaria D.V.R. por los logros obtenidos (tarjetas, felicitaciones, llevarle un flor)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasantes de enfermería</li> <li>Usuaría y familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Luce limpia y aliñada</li> <li>Sus signos vitales se mantienen dentro de las siguientes cifras: pulso braquial máximo de 82 X'</li> <li>Respiración máxima 23 X'</li> <li>Se observa el lavado de manos y el cepillado de diente frecuente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se logra a un 100% durante su hospitalización.</li> </ul>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION Y/O DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
Riesgo de deterioro de la movilidad física r/c disminución de la fuerza muscular y restricción de movimientos (reposo necesario)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantendrá el arco de movimiento en articulaciones de tórax y miembros pélvicos todo el tiempo de su convalecencia.</li> <li>• Conservará al máximo la capacidad de movilización en cama durante el tiempo de reposo 2 días.</li> <li>• La familia colaborará activamente en el plan terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar y llevar a cabo conjuntamente un programa de ejercicios físicos, activos-pasivos según la posibilidad de la usuaria con el fin de mantener el tono, la fuerza muscular y la movilidad articular realizando ejercicios de flexión, extensión, aducción, abducción de extremidades cada 2 horas 11-13-15-17-19-21 horas a tolerancia del usuario sin llegar a la fatiga</li> <li>• Identificar las actividades que pueda realizar de forma independiente y en la que requiera asistencia brindar ayuda.</li> <li>• Ayudar a que realice cambios posturales frecuentes ó estimular su realización cada 2 hrs en los tres turnos: decúbito lateral derecho, izquierdo (por 5 seg) y supino.</li> <li>• Establecer un plan de ejercicios histómicos e hisométricos: en cuádriceps, femoral, tríceps, braquial; cada 2 hrs. 10-12-14-16-18-20 horas.</li> <li>• Ejercicios de prensión, flexión, aducción, abducción en dedos de manos, movimientos de dorsiflexión y extensión.</li> <li>• Manejo suave alrededor de prominencias óseas ó colocar domas en talones, codos y occipucio para protección y evitar la presión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera responsable de la usuaria.</li> <li>• Pasantes de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participa activamente en la realización de las actividades descritas en el plan.</li> <li>• Articulación de miembros torácicos y pélvicos en 90° ambos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logrado al 100% durante su hospitalización.</li> </ul>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio de posiciones con ayuda.</li> <li>• Zonas de prominencias óseas íngreas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logrado al 60%</li> </ul>
					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logrado al 100% durante su hospitalización.</li> </ul>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION Y/O DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<p>Riesgo de aislamientos social r/c con cambios en la agudeza auditiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podrá conocer los factores que puedan desencadenar dicho problema en el transcurso de dos días siguientes.</li> <li>Participará activamente en el plan descrito.</li> <li>Mantendrá comunicación con su familia y vecinos el tiempo que dure su convalecencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el transcurso de 2 semanas dedicarle 20 minutos cada día para que exprese sus sentimientos que le agobian y de alguna manera puedan contribuir el aislamiento social.</li> <li>Identificar y practicar conjuntamente con la usuaria D. V.R. alternativas que le permitan una mayor comunicación (por escritura, signos, dibujos)</li> <li>Motivar a la familia para que favorezcan las relaciones interpersonales, invitar amigos, vecinos a que tomen un café, leer libros religiosos.</li> <li>En su casa permitir que participe en las actividades del arreglo, aseo del hogar siempre que no requiera de gran esfuerzo ó le afecte su salud.</li> <li>En coordinación con los familiares favorecer la participación y el contacto con grupos de apoyos a personas mayores para fomentar las relaciones interpersonales como son ("INSEN", Grupos de su iglesia, etc.)</li> <li>Informar a médicos la necesidad de interconsulta con otorrinolaringólogo para valorar la eficacia del dispositivo coclear.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasante de enfermería</li> <li>Familiares de D. V.R. y equipo asistencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enlistar los factores de riesgos de aislamiento.</li> <li>Expresa verbalmente el deseo de convivir con más gente.</li> <li>Muestra interés y participa en las acciones establecidas.</li> <li>La familia participa activamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Objetivo logrado en un 80% ya que otras acciones se trazaron a largo plazo</li> </ul>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION Y/O DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<p>Estreñimiento r/c ingesta de alimentos de poco residuos (vegetal y frutas) y actividad física disminuida m/p distensión abdominal evacuación c/3 días de consistencia dura, y esfuerzo excesivo al defecar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recuperará su hábito de evacuación intestinal normal en una semana.</li> <li>Identificará la relación entre sus hábitos dietéticos y su patrón intestinal actual después de 2 sesiones.</li> <li>Expresará una reducción de esfuerzo al defecar para el día 15 de marzo de 1998.</li> <li>Integrará en su vida cotidiana los cambios propuestos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar conjuntamente la dieta diaria y fomentar el consumo de fibra (frutas, verduras y hortalizas, cereales) una ración por comida.</li> <li>Incluir en los alimentos aquellos de preferencia de la usuaria.</li> <li>Recordar la importancia de consumir como mínimo 1000 a 1500 ml de agua durante el día transcurrido.</li> <li>Ejercer un plan de ejercicios diarios y moderados para ayudar al tono muscular abdominal por medio de ejercicios pasivos, activos, masaje abdominal, cambios de posición a las 8-12-16-20 hrs y relajación. Ejercicios isotónicos de 3"/2 veces X turno</li> <li>Ofrecer salvado con moderación alimenticio gradualmente hasta corregir el estreñimiento.</li> <li>1 cuchara por día (comentar con el médico) horario de evacuación diaria 7 a 8 AM ofreciéndole el cómodo.</li> <li>Sesión de 2 días a las 10:00 Am en lista de alimentos que consume y el efecto en el patrón que consume.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasantes de Enfermería Sra. D. V.R. Enfermera responsable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El día 15 de marzo una evacuación semipastosa.</li> <li>Expresión verbal del esfuerzo al defecar, ingiere 3 raciones de fruta y vegetales durante el día ingiere 4 a 6 vaso con agua durante el día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Objetivo logrado en el transcurso de media semana</li> </ul>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION Y/O DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<p>Alteración de la perfusión cardiopulmonal r/c intercambio, hipervolemia m/p piel de extremidades frías, piel brillante en pies y pálida a la elevación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantendrá adecuada irrigación en zonas distales el tiempo que dura su recuperación.</li> <li>Disminuirá el edema en miembros inferiores</li> <li>Mantendrá la integridad tisular</li> <li>Explicará los cuidados que ha de seguir para mejorar la perfusión y prevenir complicaciones</li> <li>Identificará los factores de riesgo que causan o aseguran el problema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer un plan para realizar ejercicios pasivos y activos que favorezcan la circulación.</li> <li>Combatir la frialdad mediante el uso de medias o calcetas holgadas.</li> <li>Orientar a que use zapatos anchos y cómodos, de piel con suela de cuero con tacon de 3 a 4 cm. de altura.</li> <li>Evitar el uso de prendas compresivas (sugerir la compra de ropa de preferencia de algodón que no quede ajustada)</li> <li>Orientar acerca de la técnica del corte de uñas, (realizar demostración en 2 sesiones 16 y 17 de marzo).</li> <li>Evitar andar descalza</li> <li>Realizar baño diario con agua tibia, jabón sin irritantes (neutro), realizar secado cuidados por contacto.</li> <li>Aplicar crema hidratante no perfumada a base de lanolina</li> <li>Aplicar O2 suplementario indicado (2 a 6 l/min).</li> <li>Administrar diurético indicados, furosemida 20 mh. C/8 horas, 2-14-22 horas. Digitalico digoxina 10 mg. c/8 horas.</li> <li>Vigilancia constantemente de signos o síntomas de toxicidad por digitalicos (bradicardia, diferencias en pulso apical y radial, cefalea, confusión, diarrea)</li> <li>Vigilancia y registro de signos vitales cada dos horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usuaria D.V.R. familiares</li> <li>Enfermera a Cargo</li> <li>Pasantes de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pulsos femoral, popliteos y radial presentes.</li> <li>Color de zonas distales igual al resto de su piel.</li> <li>Disminución de edema (foven leve)</li> <li>Muestra una actitud positiva y participa con ejercicios</li> <li>Se observa piel integra, lubricada</li> <li>El registro de signos vitales se observan estables</li> <li>Conserva un peso en 66 kgs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Este objetivo se logró en un 90%.</li> </ul>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION Y/O DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<p>Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (sonda vesical, catéter de venoclisis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No presentará signos ni síntomas de infección todo el tiempo que dure su recuperación.</li> <li>Llevará a cabo las medidas de prevención e infección.</li> <li>En todo el tiempo de recuperación la familia colaborará en aplicar medidas que disminuyan el riesgo de infección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar a conocer los riegos específicos y las medias que se deben adoptar para prevenir la infección; 2 sesiones a las 10:00 AM del días 15 y 16 de marzo.</li> <li>Brindar una dieta con alimentos ricos en proteínas, vitaminas, (cereales, frutas, verduras)</li> <li>Mantener una hidratación adecuada, verificar que el aporte de líquidos por vía oral sea mayor de 1 litro durante el día</li> <li>Los líquidos por vía intravenosa, que estén pasando correctamente conforme estén indicados.</li> <li>Mantener una higiene corporal y ambiental estricta (baño diario cambio de ropa, aseo de su unidad).</li> <li>Prevenir la irritación cutánea, evitar el contacto con determinados líquidos corporales (orina, esputo, heces).</li> <li>Evitar el contacto de cinta adhesiva, ciertas sustancias irritantes en la piel, jabones agresivos.</li> <li>Realizar aso perineal dos veces al día, de 10:00 AM y 21:00 PM con secado minucioso y vigilar signos de infección.</li> <li>Cambiar cinta micropore de la fijación desnuda a diferente área cada 2 días</li> <li>Ante la aparición de cualquier signo de infección comunicárselo al médico responsable y al comité de higiene y central de infecciones.</li> <li>Atender el lavado de manos, evitar contacto con personas portadoras de infección, favorecer la expresión de sentimientos con respeto al riesgo de infección y las medidas preventivas estrictas necesarias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usuaria D.V.R. familiares.</li> <li>Personal asistencial y epasantes de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Sra. D.V.R. presenta un aspecto limpio y aliñado.</li> <li>Temperatura entre 36,8° a 37,4° C durante su hospitalización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Logrado en un 100% durante de hospitalización.</li> </ul>