

MEDIDAS DE COMODIDAD QUE BRINDA LA ENFERMERA AL ADULTO CON DETERIORO DE LA AMBULACIÓN.

Gina Lisbeth Garcez Ramírez.*

Yeribeth Galvis**

RESUMEN:

Paciente de género femenino, de 68 años de edad, con antecedentes de hipotensión, hipotiroidismo, hiperlipidemia y osteoporosis. El 3 de Marzo de 2014 sufrió una caída desde su propia altura con fractura de cadera y cabeza de fémur derecho a lo cual se traslada la paciente al servicio de cirugía 3 piso de la IPS UNIPAMPLONA para manejo de reemplazo de cadera derecha, quien es manejada con movilidad prescrita con andador y terapia física para el 20 de Mayo de 2014. Este basado bajo el objetivo de estimar un número de actividades de enfermería dirigidas al sujeto de cuidado que vivencia un proceso de rehabilitación con reemplazo de cadera y manejo de múltiples patologías a través del proceso de atención de enfermería PAE durante las prácticas ambulatorias de cuidado de enfermería en el adulto en control en la IPS UNIPAMPLONA en el primer periodo del año 2014. Con un diseño metodológico de Investigación de tipo descriptivo, con abordaje cualitativo cuyo método es estudio de caso observacional, orientado en la teoría de mediano rango "Teoría del confort" de Katherine Kolcaba. Lo que permitió concluir Esta teoría es aplicable al presente estudio de caso ya que permitió diseñar las intervenciones óptimas en medidas de confort, que favorecieron la satisfacción de las necesidades de comodidad de la paciente sujeto de cuidado, en al menos tres contextos: físico, social y ambiental siendo uno de los resultados el identificar que se encuentra en otros estudios que con el uso de las variables de intervención de la teoría del confort, hace al sujeto de cuidado una persona inherente al uso de cada una de las acciones planeadas, quien mejora la comodidad con la respectiva aplicación y potencialización de las actividades enseñadas por la enfermera.

PALABRAS CLAVES: hipotensión, comodidad, enfermería, confort, PAE.

ABSTRACT:

Female patient, 68 years old, with a history of hypotension, hypothyroidism, hyperlipidemia and osteoporosis. On March 3, 2014, she suffered a fall from her own height with hip fracture and right femur head, to which the patient was transferred to the 3-floor surgery service of the IPS UNIPAMPLONA for right hip replacement management, which is managed with mobility prescribed with walker and physical therapy for May 20, 2014. It is based on the objective of estimating a number of nursing activities aimed at the subject of care experiencing a process of rehabilitation with hip replacement and management of multiple pathologies to Through the process of nursing care PAE during the ambulatory practices of nursing care in the adult in control in the IPS UNIPAMPLONA in the first period of the year 2014. With a methodological design of a descriptive type of research, with a qualitative approach whose method is study of an observational case, oriented in the medium-range theory "Theory of comfort" by Katharine Kolcaba. What allowed to conclude This theory is applicable to the present case study since it allowed to design the optimal interventions in comfort measures, which favored the satisfaction of the comfort needs of the patient subject of care, in at least three contexts: physical, social and environmentalizing one of the results to identify that is found in other studies that with the use of the variables of intervention of the theory of comfort, makes the subject of care a person inherent in the use of each of the planned actions, who improves the comfort with the respective application and potentialization of the activities taught by the nurse.

KEYWORDS: hypotension, comfort, nursing, comfort, PAE

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería con los años ha dado pasos agigantados que conmemoran el trabajo realizado por el talento humano en enfermería, el cual con su pertinencia y conocimiento científico de cada uno de los temas a tratar dan respuestas y colaboran en el establecimiento de diagnósticos y intervenciones eficaces para la adecuada y satisfactoria recuperación del estado de salud de cada uno de los pacientes.

El apoyo de las teorías de enfermería da asertividad al trabajo de enfermería a desarrollar con cada uno de los problemas colaborativos presentes en los pacientes. El cuidado de enfermería en esta clase de pacientes requiere de una visión de cuidado integral que representa la motivación del paciente y la implicación familiar en el proceso de la enfermedad; este estudio de caso representa el cuidado de enfermería que se brinda al paciente con una depresión e intento suicida relacionado con el afrontamiento ineficaz el cual presenta antecedentes clínicos como: revascularización miocárdica, hipertensión y coleditiasis, el cual requiere de la aplicación del proceso de atención de enfermería en la cual se identifiquen las necesidades presentes en el paciente teniendo como base los diagnósticos de enfermería NANDA, las intervenciones de enfermería NIC, los objetivos y resultados de enfermería NOC. Garcez, G. (2013)

Este artículo busca crear un modelo estandarizado del proceso de atención en enfermería en el paciente adulto con rehabilitación de reemplazo de cadera con múltiples patologías, el cual refleje el conocimiento, las destrezas, las habilidades, el conocimiento científico y la pertinencia adquirida por parte del estudiante de enfermería de la Universidad de Pamplona de la asignatura de cuidado de enfermería en el adulto logrando describir las pautas y los cuidados integrales para la paciente. Garcez, G. (2013).

Los diagnósticos de enfermería representan un ámbito de eficacia que se relaciona con las

intervenciones para el afrontamiento del proceso de la enfermedad y así mismo la capacidad de adoptar medidas que proporcionen la recuperación y el mantenimiento del estado de salud adecuado.

El estudio de caso hace parte de una forma de investigar que realiza la recopilación de datos objetivos y subjetivos para lograr describir y generar conocimiento con base en los datos analizados; La presentación de un estudio de caso en enfermería tiene varios fenómenos de conocimiento como lo son la interpretación de los datos adquiridos, la interrelación del caso con una teoría de enfermería, la descripción de los resultados encontrados con referencia al caso estudiado y analizado desde perspectivas teóricas y científicas. Garcez, G. (2013)

La osteoporosis requiere de un trabajo arduo en el cual se establezcan actividades específicas que den un avance importante en la evolución del proceso de restauración física de la paciente para así contribuir a nivel fisiológico a disminuir los signos y síntomas de las patologías de base que presenta la paciente. Garcez, G. (2013).

OBJETIVO GENERAL

Estimar un número de actividades de ejecución en un plan de cuidados para el sujeto de cuidado que vivencia un proceso de rehabilitación con reemplazo de cadera y manejo de múltiples patologías a través del proceso de atención de enfermería PAE durante las prácticas ambulatorias de cuidado de enfermería en el adulto en control en la IPS UNIPAMPLONA en el primer periodo del año 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aplicar el proceso de valoración de enfermería por taxonomía NANDA en el paciente adulto con múltiples patologías.

Definir los diagnósticos de enfermería encontrados en el adulto sujeto de cuidado.

Describir los resultados de enfermería en el paciente adulto sujeto de cuidado

Citar las intervenciones de enfermería desarrolladas en el paciente adulto sujeto de cuidado.

Llevar a cabo las actividades de enfermería planteadas en el sujeto adulto de cuidado.
Evaluar los resultados obtenidos al finalizar las intervenciones de enfermería en el adulto valorado.

Correlacionar los hallazgos encontrados en la valoración del sujeto de cuidado con la teoría de mediano rango de Katharina Kolcaba.

MARCO TEORICO

Teoría del confort: Katharine Kolcaba

CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES:

En la teoría del confort de Kolcaba, los receptores de las medidas de confort tienen diferentes orígenes tales como: pacientes, estudiantes, prisioneros, trabajadores, ancianos, comunidades e instituciones.

Necesidad de cuidados en la salud

Kolcaba define las necesidades de cuidados a la salud como necesidades para conseguir la comodidad, a partir de situaciones estresantes de cuidado para la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Incluyen necesidades físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales, que se observan a través del seguimiento y de los informes verbales y no verbales, así como necesidades relacionadas con los parámetros fisiopatológicos, educación, apoyo, asesoramiento e intervención financiera.

Medidas de confort

Pueden definirse como intervenciones enfermeras las diseñadas para satisfacer necesidades específicas de comodidad de las personas receptoras de cuidados por ejemplo, necesidades fisiológicas, sociales, económicas, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas.

Variables de intervención

Las variables de intervención pueden definirse como fuerzas de interacción que influyen en la

percepción por parte de los receptores de la comodidad total. Estas variables pueden ser las experiencias pasadas, edad, actitud, estado emocional, sistema de apoyo, el pronóstico, economía y la totalidad de elementos de la experiencia de los receptores.

Confort

El confort o comodidad se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consistente en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de comodidad son: alivio, tranquilidad y trascendencia que se definen cómo:

- **Alivio:** el estado de un receptor que ha visto cumplida una necesidad específica, se refiere a la satisfacción de necesidades; es decir, se deben aliviar malestares en los pacientes.
- **Tranquilidad:** el estado de calma o satisfacción, hace referencia a la persona entera, a la comodidad en la mente y cuerpo, estado de satisfacción y positivo.
- **Trascendencia:** estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o dolor. (Kolcaba 2003), es independiente y se refiere a las medidas de comodidad que fortalecen y engrandecen a una persona. La persona surge por encima del dolor o problemas se describió con los contextos sobre holismo, como: Los cuatro contextos de la experiencia (físico, psicoespiritual, social y ambiental) (Kolcaba, 1994; Kolcaba & Fox, 1999). Los tipos de comodidad pueden definirse como (Kolcaba, 2001):
 - **Físico:** perteneciente a las sensaciones corporales.
 - **Psicoespiritual:** perteneciente a la consciencia interna del yo, como: autoestima, autoconcepto, sexualidad, y el significado de la vida, en relación con un orden o estado superior.
 - **Social:** se refiere a las relaciones interpersonales, familiares y sociales.

- **Ambiental:** perteneciente al entorno y condiciones e influencias externas como: luz, ruido, temperatura, entre otros, y como se interrelacionan los sentidos con los contextos surgiendo una estructura taxonómica, en la cual la comodidad de los pacientes es experimentada contexto y sentido específico. Dicha estructura taxonómica permitió a Kolcaba el desarrollo del Cuestionario General de Comodidad (GCQ).

MARCO METODOLOGICO

Paciente de género femenino, de 68 años de edad, con antecedentes de hipotensión, Hipotiroidismo, hiperlipidemia y osteoporosis. Se manejo con tratamiento antiagregante plaquetario junto con analgésicos. Fue estudiada mediante una serie de exámenes de laboratorio : Leucocitos de 4000 mm³, linfocitos de 31,6%, Eosinofilos de 0,5%, hemoglobina de 11,4 gr/dl, hematocrito 32,2%, plaquetas de 268000 mm³, exámenes de química sanguínea del 14 de abril de 2014, glicemia de 72mg/dl, creatinina de 1,8mg/dl, transaminasas ALT 20 u/l , amilasa 83 U/L, bilirrubina total 1,9 mg/dl, Bun 43 mg/dl, colesterol total de 222 mg/dl, colesterol HDL 50,1 mg/dl y colesterol LDL 128,6 mg/dl, triglicéridos 330 mg/dl, acido urico de 7,82 mg/dl y ecografías que evidencio ambos riñones de forma, tamaño y ecoestructura conservada, con buena relación corticosinusal y sin dilatación de los sistemas pielocaliciales, ecografía dentro de los valores normales.

El 3 de Marzo de 2014 ingresó al servicio de urgencias de la IPS UNIPAMPLONA por cuadro clínico de 1 hora de evolución por caída desde su propia altura con fractura de cadera y cabeza de femur derecho a lo cual se traslada la paciente al servicio de cirugía 3 piso de la IPS UNIPAMPLONA para manejo de reemplazo de cadera derecha, se tomó rayos X en cadera pos control. Fue internada en el 4 piso en donde se manejo con ranitidina 50mg iv c/8 horas, metoclopramida 10 mg iv c/8 horas, oxacilina 2 gramos cada 6 horas iv, Dipirona 2,5 gr cada 6 horas durante 7 días en donde fue dada de alta a casa con cita control y recomendaciones de

curaciones diarias y administración de medicamentos de control para su patologías de hipotiroidismo, hipotensión, hiperlipidemia y osteoporosis. Quien se maneja por control con ortopedista y terapia física para el 20 de Mayo de 2014.

Presentación del caso:

NOMBRE: A.C.S.V.

IDENTIFICACIÓN:

EDAD: 68 años

SEXO: Femenino

GRADO DE ESCOLARIDAD: Primaria

ESTADO CIVIL: Casado.

RESIDENTE: Cúcuta - Norte de Santander.

RELIGIÓN: Católico.

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente quien fue intervenida quirúrgicamente de reemplazo de cadera derecha, presenta tensiones bajas, mareos en manejo con cafespirina, glucosamida, tiroxina y eritropoyetina. “Estoy en control con el ortopedista en la IPS UNIPAMPLONA, quien me está revisando la recuperación de la cirugía de la cadera”.

AMPLIACION DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino, de 68 años de edad, con cuadro clínico de reemplazo de cadera derecha el 6 de Marzo de 2014 en la IPS UNIPAMPLONA quien a su evolución se recupera en casa con cita control el 23 de abril quien ordena terapia física para rehabilitación, quien asiste a control de hipertensión, de hipotiroides y de hiperlipidemia a la medico preventiva desde hace dos años.

ANTECEDENTES

FARMACOLÓGICOS: Tiroxina 100 mg cada día antes del desayuno, cafespirina 500 mg cada noche, glucosamida 1 tableta en la noche, Calcio osteomin D,

QUIRÚRGICOS: Osteosíntesis de cabeza de femur derecho y reemplazo de cadera derecha.

PERSONALES: Hipotensión arterial, osteoporosis, hiperlipidemia, tiroides, colitis.

FAMILIARES: Ninguno.

ALÉRGICOS: Ninguno.

DIAGNOSTICOS: Hipotensión arterial, osteoporosis, hiperlipidemia, tiroides, colitis.

SIGNOS VITALES

T/A: 92/61 mmhg

F/C: 66 por minuto

F/R: 18 por minuto

T°: 36.6

GLASGOW: 15/15

RESULTADOS DE LABORATORIO

Tabla 1. Resultados de laboratorio Hemograma 14 /04/2014

Nombre	Resultado	Valores normales
Glóbulos blancos	4000 por mm ³	4.000-10.000 por mm ³ .
- Linfocitos	31.6 %	25% - 50%
- Monocitos	9,9 %	2% - 10%
- Eosinófilos	0,5%	0- 3%
- Basófilos	0,1	0-150 por mm ³
- Neutrófilos	58.5%	50 - 87%
Glóbulos rojos	3,82 millones c/mL	4.50 - 6,50 millones de células /mL
- Hemoglobina	11,4 gr/dl.	13-17 g/dl.
- Hematocrito	32,2 %	40-54%
- VCM	84 por mm ³	80 - 100 por mm ³
- MCH	29,9 picogramos/célula.	27-32 picogramos/célula.
- MCHC	35,4 G/dl	32-36 G/dl
Plaquetas	268.000 por mL	150.000-500.000 por mL.

Análisis

Paciente con cuadro hemático que informa de una eosinofilia que orienta de una respuesta inmunitaria debido a alergias o parásitos en la paciente, con hematocrito disminuido por la pérdida de sangre por la fractura reciente de cadera y cabeza de femur derecho en la cual debió ser intervenida quirúrgicamente de osteosíntesis de cabeza de femur y reemplazo de cadera.

Tabla 2. Resultados de laboratorio Química Sanguínea 14/04/2014

Nombre	Resultado	Valores normales
Glicemia	72 mg/dl	70 - 115 mg/dl
Creatinina	1,8 mg/dl	0.7 - 1,4 mg/dl
Transaminasas ALT	20 U/L	Hasta 32 U/L
Amilasa	83 U/L	0 - 90 U/L
Transaminasas Glutámico	32 U/L	Hasta U/L
Bilirubina total	1,09 mg/dl	Hasta 1,1 mg/dl
Bilirubina directa	0,46 mg/dl	Hasta 1,1 mg/dl
Bilirubina indirecta	0,63 mg/dl	Hasta 1,1 mg/dl
Bun	43 mg/dl	8 - 25 mg/dl
Depuración de creatinina	51 ml/min	88 - 128 ml/min
Volumen orina 24 horas	1250 ml	7 - 56 U/L
Ferritina	2,56,1 ng/ml	13 - 150 ng/ml
Colesterol total	222 mg	Menor a 200 mg/dl
Colesterol HDL	50,1	Arriba de 500 mg/dl
Colesterol LDL	128,6	Menor de 100 mg/dl
Triglicéidos	330	Menor de 150 mg/dl
Acido urico	7,82	3,5 A 7,2 mg/dl

Análisis

Paciente con creatinina y Bun aumentados debido a la concordancia con la enfermedad de base de hipotensión, y en los niveles de colesterol total y colesterol LDL encontramos alteraciones debidas a la hiperlipidemia que padece la paciente, a si mismo el incremento del acido urico nos muestra que se evidencia alguna afección renal teniendo en cuenta los demás exámenes de laboratorio de función renal que ya revisados nos indican alteraciones en sus resultados.

Evolución:

Fecha: 19 de Marzo de 2014. Paciente con control de POP de reemplazo de cadera derecha hace 13 días, buena movilidad de miembro inferior derecho, cicatriz en buen estado sin signos de infección, realizando movimientos con caminador, con apoyo moderado, cita control en 6 semanas, con reporte de rx de control. Paciente de sexo femenino de 68 años de edad, de nombre A.C.S.V biotipo brevilineo, constitución endomorfo, con facies de tranquilidad, posición sentada, postura pobre,

movimientos voluntarios lentos, coordinados y con apoyo de caminador para el movimiento, lenguaje fluido y coherente de tono de voz moderado, presentación personal adecuada para la ocasión, coopera con el examen y la información aparentemente es confiable. Paciente con antecedentes de Hipotensión arterial, osteoporosis, hiperlipidemia, hipotiroides y colitis.

Fecha: 24 de Abril de 2013

Paciente con signos vitales de tensión arterial: 92/64 mmhg, frecuencia cardiaca: 69 por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, temperatura corporal de 36,9 °C. Paciente con movilidad limitada, a quien se administra tratamiento farmacológico para manejo de osteoporosis, hipotiroidismo, hiperlipidemia y colitis, a quien se ordena terapia física a partir del 20 de mayo de 2014.

RESULTADOS

Diagnostico de enfermería 1: Gestión ineficaz de la propia salud **R/C** déficit de conocimientos **E/P** Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria, fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos.

Clase 2: Gestión de la salud.

Dominio 1: Promoción de la salud.

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Diagnostico de enfermería 2: Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades **R/C** estilo de vida sedentario **E/P** Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, Aporte excesivo con relación a la actividad física (gasto calórico). IMC: 26,73 Kg/m².

Clase 1: Ingestión

Dominio 2: Nutrición

Definición: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

Diagnostico de enfermería 3: Riesgo de estreñimiento **R/C** ingesta insuficiente de líquidos.

Clase 2: Función gastrointestinal.

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Definición: Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

Diagnostico de enfermería 4: Riesgo de motilidad gastrointestinal **R/C** estilo de vida sedentario

Clase 2: Función gastrointestinal

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Definición: Riesgo de aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

Diagnostico de enfermería 5: Deterioro de la ambulación **R/C** miedo a las caídas **E/P** Deterioro de la habilidad para subir escaleras, deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares, deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.

Clase 2: Actividad / ejercicio

Dominio 4: Actividad / reposo

Definición: Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

Diagnostico de enfermería 6: Deterioro de la movilidad física **R/C** Conocimientos deficientes sobre el valor de la actividad física **E/P** Limitación de la amplitud de los movimientos, temor inducido por el movimiento, enlentecimiento del movimiento.

Clase 2: Actividad / ejercicio

Dominio 4: Actividad / reposo

Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Diagnostico de enfermería 7: Deterioro de la habilidad para la traslación **R/C** conocimientos deficientes **E/P** Incapacidad para trasladarse de la silla al suelo, incapacidad para trasladarse entre superficies de diferente nivel, incapacidad para agacharse hasta el suelo.

Clase 4: Actividad/Ejercicio

Dominio 4: Actividad / reposo

Definición: Limitación del movimiento independiente entre dos superficies.

Diagnostico de enfermería 8: Conocimientos deficientes R/C poca familiaridad con los recursos para obtener la información. E/P informa del problema, seguimiento inexacto de las instrucciones, comportamientos exagerados.

Clase 4: Cognición

Dominio 5: Percepción / cognición

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Diagnostico de enfermería 9: Disposición para mejorar el autoconcepto

Clase 1: Autoconcepto

Dominio 6: Autopercepción

Definición: Patrón de percepciones o ideas sobre uno mismo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Diagnostico de enfermería 10: Disposición para mejorar los procesos familiares

Clase 2: Relaciones familiares

Dominio 7: Rol / relaciones

Definición: Patrón de funcionamiento familiar que es suficiente para mantener el bienestar de los miembros de la familia y que puede ser reforzado.

Diagnostico de enfermería 11: Disposición para mejorar el afrontamiento

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Dominio 9: afrontamiento / tolerancia al estrés

Definición: Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Diagnostico de enfermería 12: Disposición para mejorar la esperanza

Clase 1: Valores

Dominio 10: Principios vitales

Definición: Patrón de expectativas y deseos para movilizar energía en beneficio propio que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Diagnostico de enfermería 13: Riesgo de caídas R/C falta de material antideslizante en la ducha.

Clase 3: Lesión física

Dominio 11: seguridad / protección

Definición: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.

Diagnostico de enfermería 14: Riesgo de traumatismo R/C falta de material antideslizante en la ducha.

Clase 2: Lesión física

Dominio 11: Seguridad / protección

Definición: Riesgo de lesión tisular accidental (p. ejm; herida, quemadura, fractura).

Diagnostico de enfermería 15: Disconfort R/C falta de control de la situación E/P temor, inquietud, expresa sentirse incomodo.

Clase 1: confort físico

Dominio 12: confort

Definición: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.

Diagnostico de enfermería 16: Dolor agudo R/C recuperación de la movilidad física E/P expresa dolor, escala visual del dolor con puntaje de 3, postura para evitar el dolor.

Clase 1: confort físico

Dominio 12: confort

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

FASE DE PRIORIZACIÓN



Deterioro de la ambulación.



Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades



Conocimientos deficientes.



Riesgo de caídas.



Disconfort.

DIAGNOSTICO Conocimientos deficientes R/C poca familiaridad con los recursos para obtener la información. E/P informa del problema, seguimiento inexacto de las instrucciones, comportamientos exagerados.	NOC Conocimiento: Cuidados en la enfermedad (1824)	OBJETIVO El paciente demostrará mayores conocimientos acerca del proceso de su enfermedad y sus cuidados a través de la potencialización de la información recibida para el mantenimiento de su salud a partir de la cuarta intervención por parte de la estudiante de enfermería.	NIC Enseñanza: Proceso de enfermedad. Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.	ACTIVIDADES 1. Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. 2. Reconocer el conocimiento del paciente sobre su estado. 3. Describir signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede. 4. Describir el proceso de la enfermedad, si procede.
--	--	--	--	---

RELACION TEORICA

Triangulación en la teoría del confort de Kolcaba.

	Alivio	Tranquilidad	Trascendencia
Físico	Dolor por movilización de cadera y asentamiento del miembro inferior derecho.	Tensión muscular y dolor leve.	Paciente expresa optimismo por el estado de recuperación de su salud.
Psicoespiritual	Miedo e inquietud por la movilización sin ayuda.	Disposición para mejorar la esperanza.	Disponibilidad e interés en la adquisición de conocimientos en salud.
Ambiental	Habitación con adecuada iluminación y ventilación.	Goza de un espacio poco confortable para su movilización con el caminador, con presencia de escaleras cercanas.	Realiza prevención de caídas, apoyo de su esposo e hijas para la deambulación en las escaleras.
Sociocultural	Presencia de su esposo y empleada doméstica que le proporciona los cuidados necesarios de movilidad y demás.	Disposición para la el fomento del ejercicio y realización de terapia de movilidad física.	Entorno propicio para la realización de terapia de relajación y movilización en pro de recuperación de la movilidad.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En anteriores resultados relacionados con el estudio de casos desde la teoría del confort, el principal uso que se le ha seleccionado ha sido para el confort físico, que está basado en las intervenciones de enfermería diseñadas en el estudio de las necesidades de comodidad de los sujetos de cuidado, como intervenciones fisiológicas, ambientales y físicas.

Según la autora, es en el contexto en donde se desarrolla el confort y este proviene del producto del arte holístico de la enfermera, sin embargo observando los componentes de la teoría podemos citar que esta teoría no solo es aplicable en el caso de esta paciente con necesidad de confort físico, sino también esta teoría de Kolcaba es aplicable a diversos

ámbitos en investigación lo cual resalta el uso de esta teoría en todos los ámbitos de cuidado por el personal de enfermería, existiendo mejor calidad en la comodidad del sujeto de cuidado.

No obstante, se encuentra en otros estudios que con el uso de las variables de intervención de la teoría del confort, hace al sujeto de cuidado una persona inherente al uso de cada una de las acciones planeadas, así como en este caso es el paciente quien con el tiempo mejora la eficacia de la comodidad con la respectiva aplicación y potencialización de las actividades enseñadas por la enfermera.

La experiencia que queda con el manejo de la enfermedad y el mantenimiento de la salud, traspasa la relación existente entre los paradigmas contenidos en la teoría del confort, de la misma forma se observa en otros estudios que no existen lapsos de tiempo únicos en los que se dé un solo paradigma, sino que se interrelacionan todos en un mismo momento.

CONCLUSIONES

Un espacio de acompañamiento e instrucción para cada el cuidador y sujeto de cuidado, diseñada para satisfacer las necesidades de confort más relevantes identificadas en la literatura y contextualizadas en la teoría de Kolcaba, contribuiría a implementar cuidado avanzado en enfermería, rescatando la esencia de la enfermería en el servicio de enseñanza y cuidado en casa.

Esta teoría es aplicable al presente estudio de caso ya que permite diseñar las intervenciones óptimas en medidas de confort, que favorezcan la satisfacción de las necesidades de comodidad de la paciente sujeto de cuidado, en al menos tres contextos: físico, social y ambiental. Además, brinda la oportunidad a sus familiares (cuidadores) de fortalecerse con la experiencia vivida durante el cuidado en casa del sujeto de cuidado.

La teoría de confort de Katherine Kolcaba nos plantea un numero de cuidados de enfermería, por medio de los cuales se logró mejorar el conocimiento en salud de la sujeto de cuidado, en donde adquirió confort y autoconfianza para la asimilación del proceso de su enfermedad

desde un punto de vista positivo que le proporcionó la potencialización de la trascendencia emotiva y favorable tanto física como espiritual y así de forma eficaz la paciente obtuvo comodidad y tranquilidad en el proceso de manejo en las múltiples patologías que padece. De esta forma se puede decir que en la teoría se hayo concordancia con el plan de cuidados de enfermería que se estableció en la misma, ya que la teoría del confort coloca al ser humano como portador de respuestas holísticas ante estímulos complejos y a la enfermera como aquella persona con la capacidad de hacer sentir cómoda física y mentalmente al sujeto receptor de cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Santos, R. et al. (2010). Visión del profesional de enfermería sobre el entorno como parte integrante del metaparadigma. Revista electrónica Enfermería Global numero 18. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24424/1/Vision%20del%20profesional%20de%20enfermeria%20sobre%20el%20entorno%20como%20parte%20integrante%20del%20metaparadigma.pdf>
- Gracia, M. (2010). México. Investigación formativa: Una búsqueda permanente en el pensamiento crítico y enseñanza por investigación. Revista de enfermería neurológica. Volumen 9, numero 2: 81 – 82. Tomado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102f.pdf>
- Uribe, A. (2012). Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. Revista ciencia y cuidado, volumen 9, numero 2. Tomado de: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4114496.pdf&ei=O8tuU-DuO9TLsAS204GgCw&usg=AFQjCNHEQArZAG4P9FuoLH5qiwrN3ght2w&bvm=bv.66111022,d.cWc>
- Nava, G. (2010). Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharina Kolcaba teoría de rango medio del confort. Revista de enfermería neurológica, volumen 9, volumen 2. Tomado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>
- Paul, M. (2012). Revista de enfermería volumen 4 numero 2. Tomado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol_4_2_12/mfr06212.htm
- García, C. (2013). Enfermedades endocrinas en el adulto mayor. Revista médica clínica CONDES (24), 5. Tomado de: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/5%20septiembre/18_Garcia.pdf
- Orozco, R. (2012). Ejercicio físico y entrenamiento del equilibrio en el mayor como estrategia de prevención en las caídas. Revista de fisioterapia volumen 2. Tomado de: <http://www.efisioterapia.net/articulos/ejercicio-fisico-entrenamiento-equilibrio>
- Gómez, L. (2010). Chile. Equilibrio y organización de la rutina diaria. Revista de terapia ocupacional. Tomado de: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/111/96>
- Gavaldon, E. et al. (2011). La atención al paciente geriátrico con artrosis desde atención primaria. Propuestas de intervención. Revista iberoamericana de enfermería comunitaria. Volumen 4, numero 1. Tomado de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/34256>
- Fraile, M. et al. (2012). Madrid. Prevención de caídas en la población geriátrica. Revista de fisioterapia sexta edición. Tomado de: <http://www.efisioterapia.net/articulos/prevencion-caidas-poblacion-geriatrica>
- Bustos, R. et al. (2012). Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. Revista electrónica de enfermería global, numero 26. Tomado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200021&script=sci_arttext
- Romero, J. et al. (2010). La cultura física como complemento de una buena salud física y mental en los círculos de abuelos. Revista de fisioterapia. Tomado de: <http://www.efisioterapia.net/articulos/la-cultura->

[fisica-como-complemento-una-buena-salud-fisica-y-mental-los-circuitos-abuelos.](#)

Abreu, M. et al. (2010). Validación del mapeo de cuidados de enfermería prescritos para pacientes ortopédicos con la clasificación de las intervenciones de enfermería. Revista latinoamericana Enfermagem 18 (1). Tomado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_18.pdf

Ceballos, P. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Ciencia y enfermería XVI (1): 31 – 35. Tomado de: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf

Oviedo, Y. et al. (2013). La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. Intersedes, Vol. XIV. Numero 27. Tomado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66627452009>

Molina, A. et al. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte- vol. 10 - número 40. Tomado de: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm>

Landinez, N. et al. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista cubana de salud pública. 38(4). Tomado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21425049008>

Zamora, S. (2011). Beneficios de la Actividad Física Aeróbica en Pacientes Geriátricos entre 65 - 85 años, del Grupo de Gimnasia de Jubilados del Hospital del IESS del Cantón Ibarra / Provincia De Imbabura. Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y el deporte. Tomado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1135/2/06%20TEF%202021%20ART%20C3%8DCULO%20CIENT%20C3%8DFICO.pdf>

Cristina, M. (2012). Plan de cuidados de fractura de cadera. Reduca 4(1). Tomado de: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/908/922>

Navarro, D. et al. (2011). Intervenciones de enfermería en rehabilitación a una persona con

prótesis de cadera por tumor de células gigantes. ENEO UNAM. Volumen 8, numero 4. Tomado de:

http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unam.mx%2Findex.php%2Ffreu%2Farticle%2Fdownload%2F33250%2F30429&ei=6NpuU_5Fh-ewBJvBgvgO&usg=AFQjCNHidWES4WIOI8jpbJBZDD958mAhww&bvm=bv.66111022,d.cWc

Manrique, A. et al. (2010). Rol de la enfermería en el en el apoyo social del adulto mayor. Revista enfermería global numero 19. Tomado de:

<http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Frevistas.um.es%2Feglobal%2Farticle%2Fdownload%2F107281%2F101941&ei=KtluU-rDJpSvsASho4D4Bg&usg=AFQjCNHzyEzNQcnwpkXpdONoY159XIKBaw&bvm=bv.66111022,d.cWc>

Segovia, M. et al. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. GEROKOMOS, 22 (4). 162 – 166. Tomado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003

Bustos, C. et al. (2012). Revista de enfermería CyL. Volumen 4 numero 2. Tomado de: http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&ved=0CDYQFjADAO&url=http%3A%2F%2Fwww.revistaenfermeriacyl.com%2Findex.php%2Frevistaenfermeriacyl%2Farticle%2Fdownload%2F83%2F61&ei=mt5uU8nEKNPQsQSi1YGwDA&usg=AFQjCNFY_NOBJHtgxP-mt3gjsFJtw6Fgg

Bagur, A. et al. (2013). Guías 2012 para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la osteoporosis. Medicina, Buenos Aires. 73: 55 – 74. Tomado de: http://www.osteoporosis.org.ar/pdf/Schurman_2013.pdf

Cerda, L. (2014). Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. Revista médica clínica CONDES. 25 (2). 265 – 275. Tomado de: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%20C3%A9dica/2014/2%20marzo/10-Dra.Cerda.pdf