

68



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

## PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

"DIRIGIDO A UN CLIENTE ADULTO MADURO CON PROBLEMAS EN LA CIRCULACION CORONARIA"

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

QUE PRESENTA:

MA. SUSANA DOMINGUEZ SANDOVAL

No. DE CUENTA:

9562394-2

*Angelina Rivera M*

ASESOR:

LIC. ESP. ANGELINA RIVERA MONTIEL



MEXICO, D.F.

FEBRERO 2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# ÍNDICE

	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN .....	3
JUSTIFICACIÓN .....	4
OBJETIVOS .....	5
METODOLOGÍA .....	6
<b>CAPITULO I</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	8
<b>1. Enfermería</b>	
<b>1.1 Antecedentes Históricos</b> .....	8
1.1.1 Concepto .....	11
1.1.2 Metaparadigma .....	12
<b>1.2 Cuidado Enfermero</b> .....	12
1.2.1 Antecedentes .....	12
1.2.2 Concepto .....	13
<b>1.3 Proceso Enfermero</b> .....	14
1.3.1 Concepto .....	14
1.3.2 Valoración .....	14
1.3.3 Diagnostico Enfermero .....	14
1.3.4 Planificación .....	15
1.3.5 Ejecución .....	16
1.3.6 Evaluación .....	16
<b>1.4 Modelo Conceptual de Virginia Henderson</b> .....	17
1.4.1 Antecedentes de Virginia Henderson .....	17
1.4.2 Concepto de Enfermería según Virginia Henderson .....	17
1.4.3 La Persona y las 14 Necesidades Básicas .....	18
1.4.4 La Salud .....	19
1.4.5 Las Causas de Dificultad .....	20
1.4.6 Rol Profesional, Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud .....	20
<b>1.5 Adulto Sano</b> .....	21
1.5.1 Desarrollo Físico en la Madurez .....	21
1.5.2 Evolución Psicosocial en la Madurez .....	25
1.5.3 Desarrollo Cognitivo durante la Madurez .....	25
1.5.4 Promoción de la Salud en la Madurez .....	26
<b>1.6 Infarto al Miocardio</b> .....	26
<b>CAPITULO II</b>	
<b>APLICACIÓN DEL PROCESO</b> .....	31
2.1 Resumen Valorativo .....	31
2.2 Jerarquizacion de las necesidades .....	32
2.3 Plan de Cuidado .....	33
2.4 Registros de Enfermería .....	38
2.5 Evaluación .....	43
<b>CONCLUSIONES</b> .....	44
<b>SUGERENCIAS</b> .....	45
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	46
<b>ANEXOS</b>	
Formato de valoración (Historia Clínica)	
Instrumento de análisis	
Anedotarios	

## INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años los cambios sociales han revolucionado el campo de los cuidados de la salud, la enfermera ha dejado de depender de otras disciplinas y se ha transformado es una profesión independiente que cuenta con su propia metodología y conocimientos científicos y sólidos.

En el siglo XX se ha exigido a la enfermería diferenciarse de la medicina a partir de elementos legales y educativos propios. Para ello en los años 60s, se desarrollaron marcos teóricos y conceptuales para organizar los conocimientos y la practica de enfermería, como el modelo de Virginia Henderson, entre otros.

Con base a este modelo y a la metodología de Proceso de Atención de Enfermería, se realizará un estudio de caso a un cliente adulto maduro con problemas en la circulación coronaria. Se eligió este modelo debido a que desde el punto de vista didáctico utiliza el método deductivo del razonamiento lógico y es fácil de abordar y se puede utilizar en las diferentes etapas de la vida del individuo.

El proceso de enfermería es el método empleado para la toma de decisiones, que le permite a la enfermera no solo, llevar a cabo acciones para la ayuda de las personas; sino también es un método que favorece e induce el pensamiento crítico e inductivo permitiendo organizar y sistematizar la actuación de enfermería.

Las cuatro etapas del proceso constituyen un ciclo continuo que incluye interpretación de datos momento a momento, la administración de cuidados al cliente que lleva a cabo la enfermera y su evaluación.

Este Proceso de Atención de enfermería se basa en el modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades, centrándose en cuidados de enfermería independientes.

## JUSTIFICACIÓN

Virginia Henderson afirma que las necesidades básicas que el individuo precisa satisfacer para llevar a cabo las actividades de la vida diaria con autonomía y libertad son las mismas para todas las personas, la diferencia radica cuando se produce cierto desequilibrio.

En el caso del cliente que ingresa a una institución de salud, por lo regular con el desequilibrio de alguna o varias funciones biológicas, es primordial la ayuda que se proporciona, por ello que la enfermera responsable del cliente no debe perder de vista el objetivo primordial de los cuidados de enfermería, que es, la recuperación total de sus capacidades, sin secuelas o con las mínimas posibles y si con esto no fuera posible ayudarlo a bien morir con dignidad.

Esto se puede alcanzar atendiendo al cliente de forma integral, utilizando para ello una metodología científica como sistema de trabajo, como lo es el Proceso de Atención de Enfermería e integrar en un mismo plan de cuidados las actividades propias y las delegadas de otros profesionales de la salud en beneficio del cliente.

Este Proceso de Atención de Enfermería está dirigido a un cliente adulto maduro con problemas de circulación coronaria.

Obteniendo como producto final una excelente información de cómo administrar los cuidados integrales al cliente y de esta manera la recuperación total de sus capacidades con las mínimas secuelas posibles.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Con base al Proceso de Atención Enfermería realizar un estudio de caso dirigido a un cliente adulto maduro con problemas en la circulación coronaria, incorporando los elementos conceptuales de Virginia Henderson.

### **Objetivos Específicos**

- 1.- A través de la valoración identificar el grado de independencia-dependencia que tiene el cliente
- 2.- Con base a lo anterior ayudar al cliente a lograr su independencia a través de un rol de enfermería de ayudar o de suplencia.
- 3.- Que el cliente recupere sus capacidades al máximo, sin secuelas o con las mínimas posibles.

## METODOLOGÍA

Se realizó la selección de un cliente para el estudio de caso del Hospital The American British Cowdray de la Unidad de Terapia Intensiva Dr. Mario Shapiro, ubicado en Sur 136 No. 116 Col. Las Américas Tel 5 230 80 00.

Al cual se le informó sobre lo que se pretendía realizar, para que de esta manera diera su consentimiento, manifestándole que toda la información que se obtuviera es de tipo confidencial y manejada en forma ética y responsable.

La metodología utilizada es la propia del proceso de atención de enfermería, la cual consta de cuatro etapas que son Valoración-Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

### Valoración

En esta etapa se integró la base de recolección de datos que permitió:

Identificar el grado de independencia / dependencia del cliente.

Se reconocieron las causas que dificultaron la satisfacción de sus necesidades y que limitaron su independencia.

Se detectaron los problemas que permitieron la integración de los diagnósticos de enfermería, los cuales se realizaron bajo el formato de: PES, teniendo para ello las 14 necesidades de Virginia Henderson:

Necesidad de oxigenación

Necesidad de nutrición e hidratación

Necesidad de eliminación

Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Necesidad de descanso y sueño

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Necesidad de termorregulación

Necesidad de higiene y protección de la piel

Necesidad de evitar peligros

Necesidad de comunicarse

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Necesidad de trabajar y realizarse

Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas

Necesidad de aprendizaje

Para ello se utilizó la observación, entrevista y método clínico, utilizando como instrumento:

Historia clínica (anexo)

Expediente clínico

Anedotario (anexo)

## **Planeación**

Se formularon los objetivos que permitieran lograr la independencia del cliente, así como las intervenciones de enfermería de suplencia ó ayuda que contribuirían al cuidado del sujeto.

Para tal efecto se utilizó el plan de intervenciones de enfermería (anexo).

## **Ejecución**

En la ejecución se llevo a cabo los criterios señalados en la etapa anterior.

## **Evaluación**

Se determino los criterios que indicaron el grado de independencia / dependencia alcanzados de acuerdo a los objetivos planeados.



# CAPITULO I

## MARCO TEÓRICO

### *1. ENFERMERÍA*

#### *1.1 Antecedentes Históricos*

La enfermería en las sociedades primitivas:

Es imposible describir el ejercicio de la enfermería o el rol de la enfermera antes de la historia documentada. Puede suponerse que los individuos daban cuidados basándose en la experiencia y transmisión oral del conocimiento que tenían sobre la salud u la enfermedad. Los roles tradicionales de la mujer: de esposa, madre, hija y hermana incluían siempre el cuidado y la alimentación de los demás miembros de la familia. El término enfermera se deriva de los cuidados maternos dados a los hijos pequeños desamparados.

La enfermería en las antiguas civilizaciones

En los primeros documentos de las antiguas civilizaciones, hay poca información sobre aquellos que cuidaban al enfermo. Se sabe que las parteras cuidaban a la madre y al hijo durante el parto, y que las amas de cria daban de mamar y cuidaban a los hijos pequeños de las familias ricas, estos roles eran desempeñados por esclavas, este hecho contribuye a la falta de información documentada porque los esclavos no tenían estatus y como tal su trabajo no se documentaba. La enfermera esclava dependía del maestro, curandero o sacerdote para su instrucción o dirección en el cuidado a su cargo, estos cuidados se relacionaban con el descanso y la comodidad.

Durante este tiempo, las creencias sobre la causa de enfermedad estaban imbuidas de superstición y magia y por ello el tratamiento era con curaciones mágicas.

La primera documentación de la ley que gobernaba el ejercicio de la medicina es el Código de Hammurabi, atribuido a los babilonios y fechado el 1900 a. C. La ilustración médica de ese periodo incluye una figura del tipo de la enfermera que proporciona apoyo o consuelo al paciente.

Los importantes hallazgos históricos relacionados con la cultura egipcia incluyen el papiro de Ebers y la práctica de la momificación que data de 1550 a. C. y es el texto médico más antiguo del mundo. La antigua cultura hebrea contribuyo con el Código de Salud Mosaico a la historia de los cuidados de salud, cubriendo los aspectos de salud individual, familiar y comunitaria, diferenciaba entre lo limpio y lo sucio. Las enfermeras se mencionaban en el Antiguo Testamento como mujeres que cuidaban a los bebes y niños, a los enfermos y agónicos, y como parteras que ayudaban durante el embarazo.

En las antiguas culturas Africanas, las funciones de alimentación de la enfermera incluían roles como parteras, herbolarias, amas de cria y cuidadoras de niños y ancianos. En la antigua India, los primeros hospitales estaban a cargo de enfermeros varones y tenían que tener cuatro calificaciones: 1 conocimiento de la forma en que deben prepararse las drogas para su administración, 2 inteligencia, 3 dedicación al paciente, 4 pureza de mente y cuerpo.

Las mujeres indias servían como parteras y cuidaban a los miembros enfermos de la familia. En las historias de la antigua Grecia y Roma, el cuidado de los enfermos y heridos fue anticipado en la mitología y en la realidad. El dios mítico griego Asklepios era el sanador principal; su esposa, Epígone, era la aliviadora. Hygenia, la hija de Asklepios, era la diosa de la salud y reverenciada por algunos como la encarnación de la enfermera.

El papel de religión en el desarrollo de la enfermería.

Muchas de las religiones del mundo fomentan la benevolencia, pero fue el valor cristiano de ama a tu prójimo como a ti mismo el que influyó significativamente en el desarrollo de la enfermería occidental. Los conversos al cristianismo durante los siglos terceros y cuarto incluían varias mujeres poderosas del Imperio Romano. Las mujeres no eran las únicas proveedoras de servicios de enfermería; en el siglo tercero había organización en Roma de hombres llamada hermandad Parabolani. Al crecer la iglesia cristiana, se construyeron más hospitales, al igual que instituciones especializadas que cuidaban a huérfanos, viudas, ancianos, pobres y enfermos, la Iglesia fomentaba el cuidado y consuelo de los enfermos y de los pobres, pero no permitía el avance del conocimiento en la prevención o cura de la enfermedad a esta actitud impregnó el periodo conocido como Edad Oscura, que duro 500 años aproximadamente. (1)

## MÉXICO

### Época Precortesiana

El manuscrito de Badiano, compilación hecha por los Aztecas educados en el Colegio de Santa Cruz, de la Ciudad de México, es el más antiguo documento médico existente. Describe significativamente el antiguo esplendor de la cultura Azteca, describe el aparato mágico de que se rodeaba el Ticitl (hombre o mujer que se dedicaba a la atención de los enfermos), y el uso que se hacía de las plantas medicinales.

La figura principal en la familia de los Aztecas fue la partera, que se ocupaba de la atención de la madre desde el momento que se consideraba embarazada y mas tarde daba atención a la madre y al hijo en el parto y durante los primeros meses de vida del niño, estas mujeres recibían el nombre de Tlamatqui-ticitl. (fig. 108).

### Época Colonial

Con los conquistadores en las naves de Cortés, vino una destacada mujer (una matrona) Isabel Rodríguez, quien asistió a los heridos de Zempoala y Cholula. En 1524, tres años después de la conquista se fundo el Hospital de la Inmaculada Concepción en la actualidad es el Hospital de Jesús, posteriormente vinieron varios Hospitales de los cuales fueron las diversas ordenes religiosas las que daban la atención a los enfermos. Existían enfermeras que hacían curaciones en Hospitales y cárceles, eran mujeres de edad madura, solteras o viudas honestas. Se consideraba tan humilde su ocupación que no se les exigía licencia ni examen para ejercer.



FIG. 108. Tlamatqui-Ticitl (partera), izquierda, en la auscultación de una enferma embarazada; derecha, en la explicación a la madre sobre los cuidados que debe tener con el niño; centro, la enseñanza a la madre de la importancia del baño del niño.

### Guerra de Independencia

Durante esta época los establecimientos hospitalarios de México estaban en decadencia, 1844 el General Valentín Canalizo, presidente de la república autorizó traer un grupo de hijas de la caridad, quienes instruyeron a mujeres para que dieran atención a los enfermos, más tarde regresaron a su país, alguien muy deseado fue Sor Micaela.

### Época de la Revolución

En la época de la revolución las mujeres se introducían en los campos de batalla para dar atención a los enfermos, les llamaban madre, entre ellas destacó Refugio Estévez Reyes quien se considera la primera enfermera militar. (2)

### El desarrollo de la enfermera moderna

La profesión de enfermería ha evolucionado durante siglos. El rol clásico de la enfermera fue el del cuidado humano, tutela, consuelo y apoyo. La reforma llegó de mano de una enfermera británica, Florence Nightingale, durante la guerra de Crimea (1854-1856). Los esfuerzos de Florence lograron que la enfermería se convirtiera en una profesión respetada, luchó por la limpieza y la comodidad de los hospitales, trabajó a favor de la educación del pueblo en medidas de higiene.

La formación de las enfermeras era su principal objetivo, fundó la Escuela de enfermería en el St. Thomas Hospital de Londres, el primer centro que desarrolló un programa de formación para enfermeras. Colaboró en la creación de la primera organización de atención domiciliaria.

En Norteamérica, la creación de los servicios de enfermería y salud fue algo anterior a la Revolución Americana (1775-83). Una organización importante fue la Nurse Society of Philadelphia, que ofrecía la capacitación mínima para ayudar a las mujeres parturientas. Al final del año 1800 se produjo una rápida reforma de los servicios de enfermería en Estados Unidos y Canadá, se pusieron en marcha escuelas de enfermería con planes y programas de formación adecuados.

Isabel Hampton Robb, joven maestra de escuela de Canadá, estudió en Nueva York para enfermera en la Bellevue Hospital Training School, ella escribió un libro que se convirtió en básico en todas las escuelas de enfermería en América.

Mary Adelaide Nutting, Canadiense, estudió en el Johns Hopkins Hospital, redujo el tiempo de horas de estudio de 12 a 8hr. y prolongó el estudio de formación a 3 años.

Linda Richards, se graduó en 1873 en el New England Hospital for Women and Children Training School de Boston, es considerada como la primera enfermera graduada norteamericana, ella reformó 12 grandes hospitales, y fundó la primera escuela en Japón.

La primera profesional de color en América fue Mary Mahoney.

A finales del año 1800, entre las enfermeras empezó a surgir la necesidad de organización, especialmente en Inglaterra.

La tendencia general desde la creación de las primeras organizaciones de enfermería en 1800 hasta el final de la 1era Guerra Mundial fue la rápida expansión de hospitales y de escuelas de enfermería en los mismos.

Durante la guerra muchas jóvenes se integraron a la enfermería ya que los criterios de selección se hicieron menos duros. La mayoría de las escuelas habían adoptado programas de formación de tres años.

Alrededor de 1920, el sistema educativo basado en los hospitales se criticó abiertamente. Comenzaba a cuestionarse la efectividad de la enfermería como educadora, esta es la causa de que se impartieran cursos especiales de preparación para la docencia en el Teacher College, en la universidad de Columbia de Nueva York. En los años 20, el Rockefeller Survey (Committee for the Study of Nursing Education) propuso la separación de las escuelas de enfermería de los hospitales y la adecuación de estas a un nivel universitario. Como resultado, se crearon dos escuelas universitarias de enfermería, una en la universidad de Yale, New Haven, Connecticut, y otra en la Western Reserve University, Cleveland, Ohio. El objetivo era comprobar si era posible compaginar los estudios teóricos con las prácticas en hospital, de acuerdo a las necesidades de los estudiantes. Durante este periodo de enfermería clínica especializada se afianzó. En 1933 se reconoció la necesidad de expertos en el arte de la enfermería y especialistas en la rama clínica.

Alrededor de 1946, muchos de los programas de enfermería, en Estados Unidos, aportaban mayores contenidos clínicos. En la actualidad la enfermera clínica especialista es una licenciada. Estas enfermeras son responsables del aumento de su conocimiento y competencia clínica y de la mejora en la calidad de los cuidados de enfermería y la calidad de la organización del aprendizaje y la investigación.

El ejercicio actual de la enfermera está influido por muchos factores, como la economía, la escasez de enfermeras, las demandas de los consumidores, el cambio en las estructuras familiares, la ciencia y la tecnología, la legislación, la demografía, el movimiento feminista y el liderazgo de las asociaciones de enfermería profesional. (3)

### *1.1.1 Concepto*

Hay muchas definiciones y descripciones de la enfermería, pero la esencia de la enfermería es cuidar y preocuparse de las personas como seres holísticos en materias relacionadas con la promoción de la salud, el mantenimiento de la salud, el restablecimiento de la salud y la muerte.

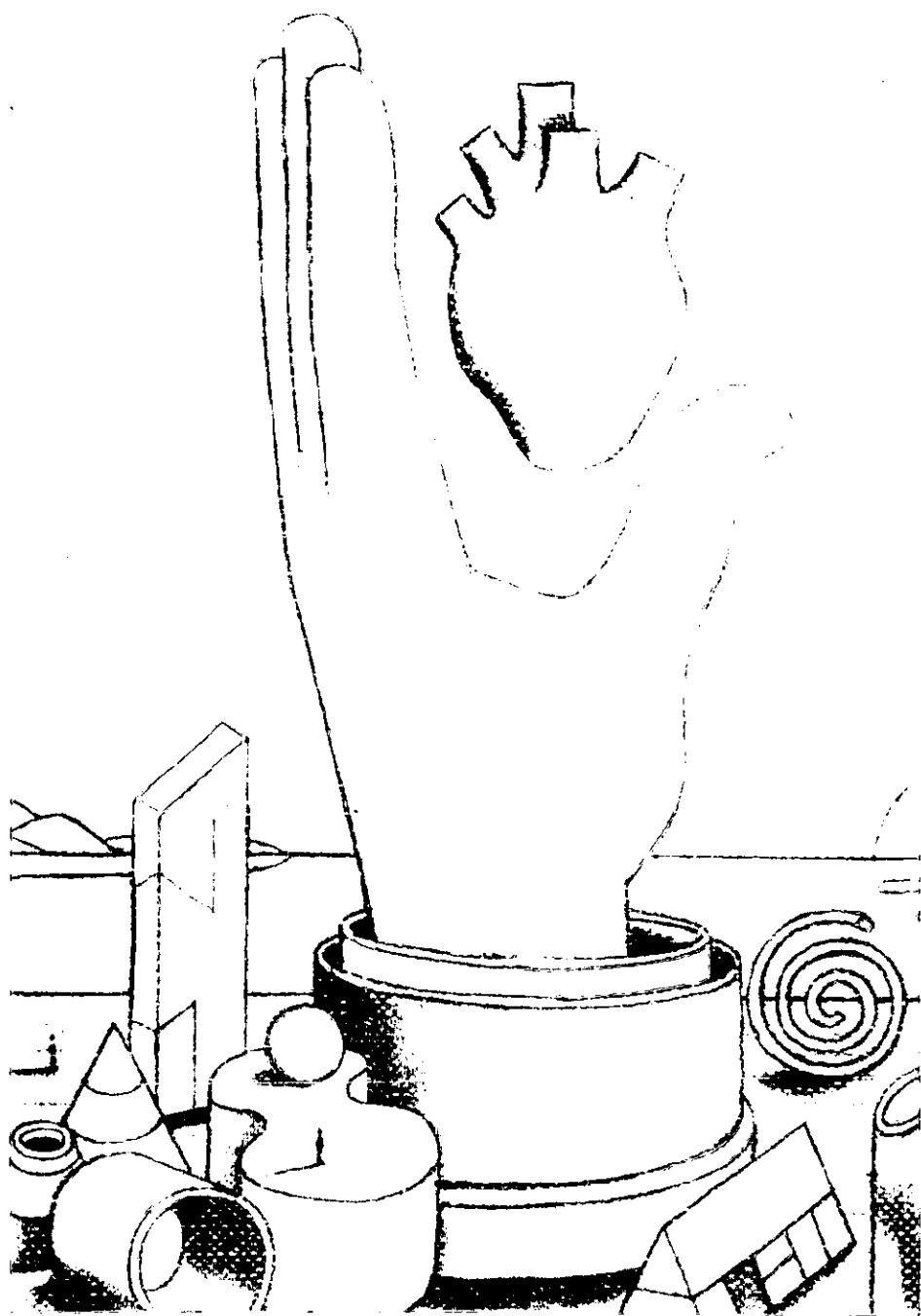
Otra definición de enfermería dice que:

Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud. (4)

2 - Kosier, Bárbara 1993 Introducción a la enfermería, en enfermería fundamental I Ed. Interamericana 4ta Ed. P. 40, 41, 42

3 - Doris, Grinspan Identidad Profesional. Humanismo y Desarrollo Tecnológico Hospital Mount Sinai

5 - Marriner-Tomej 1994 Modelos y Teorías en enfermería. Ed. Mosby/Doyma Libros 3era ed. Madrid España. P. 25



### **1.1.2 Metaparadigma**

Un paradigma es un diagrama conceptual. La ciencia, la filosofía y la teoría son, todas ellas elementos del dominio de cualquier disciplina científica. Paradigma es un término utilizado para poner de manifiesto la relación, aceptada por una disciplina, que existe entre ciencia, filosofía y teoría. Kuhn definió el concepto para reflejar su creencia de que paradigma es sinónimo de comunidad científica o comunidad de individuos comprendidos por una disciplina. Suppe y Jacox han definido de forma similar el sistema conceptual, afirmando que los sistemas conceptuales paradigmáticos (tales como las grandes teorías que justifican la enfermería) proporcionan una amplia perspectiva desde la cual se puede desarrollar y analizar teorías específicas, así, los sistemas conceptuales engendran teorías específicas.

Definición de Henderson y los cuatro componentes básicos de enfermería (5)

1 Persona

\* Necesidades básicas

2 Salud

\* Independencia

\* Dependencia

\* Causas de dificultad o problema

3 Rol profesional

\* Cuidados básicos de enfermería

\* Relación con el equipo de salud

4 Entorno

\* Factores ambientales

\* Factores socioculturales

## **1.2 CUIDADO ENFERMERO**

### **1.2.1 Antecedentes**

Desde el principio de la humanidad, asegurarse de la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano, esto es asegurar la continuidad de la vida, de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir sus funciones vitales, por lo tanto, alguien debe ocuparse de, o cuidar de.

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que esta pueda persistir. Los hombre, como todos los seres vivos, han tenido necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objeto, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie.

Asegurar la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo: cuidar de. Era necesario cuidar de las

mujeres de parto. Cuidar de los niños, cuidar de los vivos, pero también de los muertos. Todo esto daba lugar a cuidar también del fuego para que no se apagara, de las plantas, de los instrumentos de caza, de las pieles, más tarde de la cosecha, de los animales domésticos, etc. Todavía, actualmente, esta expresión, cuidar de, ocuparse de, transmite el sentido inicial y original de la palabra cuidado.

Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación, las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo. Cuidar y vigilar representa un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Esto ha sido y sigue siendo el fundamento de los cuidados.

El campo de los cuidados se queda aislado, parcelado, fisurado, se sustrae de las dimensiones sociales y colectivas. A excepción de todas las otras concepciones o aproximaciones de corrientes muchas veces milenarias que han sido elaboradas a lo largo de la historia, y frente al problema de la vida y de la muerte, cuidar se convierte en tratar la enfermedad. Los especialistas por sí solos no bastan, necesitarán mano de obra adecuada para hacerse cargo de las muchas tareas, pudiendo así asegurar la investigación y el tratamiento de la enfermedad.

Estas dos orientaciones han influido en el discurrir de la enfermería y han contribuido a dificultar la identificación de los cuidados de enfermería.

A principios del siglo XX hubo una verdadera bifurcación del concepto de cuidados dirigida por una corriente médica, que vino a impregnar el concepto transmitido por las mujeres consagradas y a remodelar su función, creándose así el papel de la mujer enfermera auxiliar del médico.

Con el paso del tiempo un nuevo modelo se comenzó a apuntar simultáneamente, el del auxiliar médico, primero preparando material necesario para su actividad, después procurando bajo su responsabilidad los cuidados prescritos y delegados por él, y por tanto, accediendo poco a poco a fragmentos de conocimientos médicos que éste dispensa para realizar estas tareas.

En la actualidad se tiene un soporte científico, que ha estado creciendo, recordando que Virginia Henderson dio las bases, utilizó el método deductivo del razonamiento lógico para desarrollar la definición de enfermería, expresando que la enfermera necesita un colegio y una universidad para que ejerza como una experta por derecho propio y para que utilice el planteamiento científico para mejorar el ejercicio profesional.(6)

## *1.2.2 Concepto*

El cuidado, son aquellos actos asistenciales, de apoyo o facilitadores hacia o por otro individuo o grupo con necesidades evidentes o previstas para bonificar o mejorar una condición humana de modo de vida. (7)

6 - Francois, Colliere, Marie. 1997 Promover la Vida Ed Interamericana Madrid España

7 - Kosier. Marco Conceptual y Teorías de Enfermería en Textos de Filosofía y Filosofía de Enfermería SUA. ENEO UNAM



## **1.3 PROCESO ENFERMERO**

### **1.3.1 Concepto**

El proceso enfermero es el método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados a logro de objetivos. Es el método empleado para tomar decisiones clínicas, es una forma de pensar y actuar según aquellos problemas clínicos con que se enfrentan las enfermeras. Tradicionalmente, el proceso enfermero comprende cinco fases o dimensiones: valoración, diagnóstico enfermero, planificación, ejecución y evaluación.

El proceso enfermero es un modelo de toma de decisiones sistemático, cíclico y no lineal, en virtud de su fase de evaluación, el proceso enfermero incorpora una curva de feedback que mantiene el control de calidad de los resultados obtenidos a partir del proceso de decisión.

No obstante este proceso no es solo un método para resolver problemas, este ofrece un enfoque organizado y sistemático de los problemas clínicos pero, al contrario de la mayoría de métodos, este proceso es continuo, no episódico. Las fases constituyen un ciclo continuo que incluye la interpretación de datos momento a momento y la administración de cuidados al paciente que lleva a cabo la enfermera. Estas fases no solo son continuas, sino que son interactivas; cada fase opera e influye en las otras y en el paciente de forma simultánea.

### **1.3.2 Valoración**

Durante esta fase se reúne y examina la información (datos) con el fin de obtener todos los hechos necesarios para definir el estado de salud del cliente y describir sus capacidades y problemas.

### **1.3.3 Diagnóstico Enfermero**

En el noveno congreso de 1990, la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) aceptó la siguiente definición de diagnóstico enfermero:

Es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

Otro término útil para la definición del diagnóstico enfermero es el de "inferencia", que centra el énfasis en la naturaleza tentativa y de suposición de los diagnósticos. El diccionario Webster New Collegiate Dictionary define el término inferencia como el proceso que se sigue para llegar a una conclusión mediante el razonamiento y partiendo de la evidencia, y advierte que si la evidencia es leve, el significado del término se acerca más a la conjetura. El reconocimiento de que en la inferencia los elementos de juicio forman parte del diagnóstico enfermero facilita la apreciación de la necesidad de limitar la influencia de parcialidades preconcebidas en la formulación del diagnóstico para que la conclusión sea lo más lógica y objetiva posible.

La respuesta ante los desafíos de la salud que se afrontan al nacer, durante la enfermedad, en el bienestar, el crecimiento y el desarrollo, además de la muerte, constituyen el principal

punto de partida para las enfermeras y es el objetivo de sus actividades diagnosticas. En 1980, la American Nurses Association (ANA) publico Nursing: A Social Policy Statement, en el que se define la naturaleza y el campo de acción de la profesión de siguiente forma: Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud reales o potenciales.

El propósito esencial de cualquier diagnostico de enfermería es describir una respuesta primariamente resuelta por las intervenciones o terapias de enfermería. Sin embargo, existe cierto grado de dificultad cuando se aplican estos criterios al amplio espectro de las respuestas del ser humano ante las que identifican y tratan las enfermeras. Los limites de la enfermera, en particular los que se comparten con otras profesiones, son abiertos y no se establecen con facilidad.

### **1.3.4 Planificación**

En la fase de planificación del proceso enfermero: a) se establecen los criterios de resultado, y b) se seleccionan las intervenciones de enfermería.

#### **Criterios de resultado**

Se establece el resultado mediante indicadores altamente específicos que serán utilizados por el personal de enfermería durante la fase de evaluación como criterios que indican si: a) el diagnóstico real ha sido establecido o el problema ha disminuido, o b) que el diagnóstico de riesgo no se ha formulado. Una formulación del resultado es la proyección de la supuesta influencia que la intervención de enfermería tendrá sobre el paciente en relación al diagnóstico identificado y su etiología. Aunque confusas a menudo, las formulaciones de los resultados esperados del paciente no son las metas del enfermo, ni de enfermería.

Los criterios de resultados para el diagnóstico real se establecen a partir de los signos y síntomas (características definitorias) del diagnóstico de enfermería, los hallazgos de la valoración que ya se utilizaron para confirmar la existencia de un diagnóstico deberían utilizarse también para establecer su resolución o mejoría.

Los resultados deben ser mensurables, deseables y alcanzables.

Los criterios de resultados mesurables consisten en comportamientos, manifestaciones y/o parámetros fisiológicos del paciente que son reconocibles en su aparición. No obstante, otros fenómenos no resultan fácilmente mensurables y por eso presentan un gran desafío en la planificación del cuidado en general y del desarrollo de los criterios de resultado.

Las formulaciones de los resultados se hacen mas mesurables si se indica la fecha y el tiempo que se espera conseguirlos.

Los criterios de resultados deseables y alcanzables de un cliente son factores importantes en la planificación del tratamiento del enfermo. Las consideraciones que predominan en la proyección de los resultados deseados frente a los valores establecidos son los datos basales de cada paciente, sus patrones y los recursos con los que cuentan el enfermo y la enfermera.

El desarrollo de formulaciones de criterios de resultado es de especial importancia par las enfermeras, por que estas formulaciones describen en términos mesurables los efectos o resultados de la practica de enfermería, además indican la influencia de la intervención de enfermería en la prevención, resolución y mejora de las repuestas humanas, y justifican la asignación y reembolso de los recursos de enfermería profesional.

Intervención de enfermería

Las intervenciones constituyen la piedra angular de la enfermería y se presentan como una fuerza distintiva, también son conocidas como órdenes de enfermería o prescripciones de enfermería y constituyen el enfoque del tratamiento ante un trastorno de salud identificado y se seleccionan para satisfacer criterios de resultado y prevenir o resolver el diagnóstico enfermero.

Un resultado común de las intervenciones de enfermería, tanto en la bibliografía como en la práctica individual, es el ordenamiento de acciones vagas, insatisfactorias y no sustanciales de la enfermería. Por definición, un diagnóstico enfermero es la respuesta humana que tratan las enfermeras. Este tratamiento implica una situación que no meramente mantener el equilibrio y prescribe connotaciones recomendando un curso de acción y no simplemente apoyando un régimen existente. Las estrategias de intervención que solo consisten en monitorizar, medir, verificar, obtener órdenes médicas, documentar, comunicar y notificar no cumplen los criterios para el tratamiento de un trastorno.

Las intervenciones de enfermería para los diagnósticos enfermeros debe designar la actividad terapéutica que ayude al paciente a realizar la transición desde un estado de salud a otro, esto permite a la enfermera la posibilidad de incorporar autoridad a sus planes de tratamiento.

### ***1.3.5 Ejecución***

La ejecución es el componente de acción de la planificación, la fase del proceso enfermero en el que se implementa la estrategia de tratamiento. A lo largo de esta fase, la recogida de datos y la evaluación deben realizarse en forma continua.

### ***1.3.6 Evaluación***

La evaluación de los logros en los resultados esperados del paciente tiene lugar a intervalos designados en los criterios de resultado. (La evaluación informal se produce continuamente) Esta acción se lleva a cabo según los criterios de resultado para los diagnósticos reales y de riesgo, respectivamente.

Existe dos componentes de la fase de evaluación del proceso enfermero. En primer lugar, se debe comparar el estado real del paciente con el descrito por los criterios de resultado. La fase de evaluación y las actividades que tiene lugar dentro de la misma son quizás las dimensiones más importantes del proceso enfermero, la evaluación de progreso del paciente frente a un estándar de cuidado de enfermería incorpora responsabilidad del proceso-responsabilidad del cuidado. La falta de progreso en la obtención de resultados o en la solución del problema se identifica fácilmente y se mantiene controlada, pudiéndose proponer soluciones alternativas. (8)

## ***1.4 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON***

### ***1.4.1 Antecedentes de Virginia Henderson***

Virginia Henderson se graduó en la Army School of Nursing en 1921

En 1926, fue galardonada con el BS y el grado de MA en educación en enfermería por el Teacher College, de la Universidad de Columbia, Nueva York.

Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre la función de las enfermeras y su situación jurídica.

Fue influida por su educación y practica enfermera, sus estudiantes y colaboradoras, y por las lideres enfermeras de su tiempo

Una gran influencia fue su desacuerdo con la educación básica enfermera de la Army School of Nursing, que destacaba la competencia técnica y la experiencia en los procedimientos de enfermería, contemplando a la enfermería como una extensión de la práctica médica, sin proporcionar modelos de función

Otros tipos de influencia fueron sus trabajos en unidades de enfermería psiquiátrica y pediátrica así como sus experiencias en enfermería de salud comunitaria en el Henry Street Settlement de Nueva York

En 1955, Henderson publicó su Definición de Enfermería en una versión revisada del libro de texto *The Principles and Practice of Nursing*

Como resultado de su trabajo en este libro, Henderson sintió la necesidad de aclarar cuál era la función de las enfermeras de forma unánime

Su participación como miembro en el comité en una conferencia regional de la National Nursing Council también contribuyó a su necesidad de definir enfermería

También se sintió motivada por su insatisfacción con la definición de enfermería de 1955 aportada por la American Nurses Association

En 1966, Henderson perfiló su definición de Enfermería en su libro *The Nature of Nursing*. Desarrolló su definición basándose en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología, y física

Henderson recibió un reconocimiento importante, incluido el nombramiento como doctora honoris causa, durante su carrera en la práctica y docencia de enfermería.

### ***1.4.2. Concepto de Enfermería según Virginia Henderson***

La función propia de la enfermera es:

La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano u enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o, a una muerte serena), actividades que realizara por si mismo si tuviera la fuerza de voluntad o conocimiento necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma mas rápida posible.

Apartir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

**Enfermería:**

La enfermera tiene función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.

La enfermera actúa como un miembro del un equipo sanitario

La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún medico de servicio. Henderson subraya que la enfermera (por Ejem. Comadrona) puede actuar independientemente y debe hacerlo así si es el profesional sanitario mejor preparado para una determinada situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere.

La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.

La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

**Persona (paciente):**

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente

El paciente y su familia forman una unidad

Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de enfermería.

**Salud:**

La salud representa calidad de vida.

La salud es necesaria para el funcionamiento humano.

La salud requiere independencia e interdependencia

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo

Los individuos recuperan la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

**Entorno:**

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad

La enfermera debe tener formación en materia de seguridad

Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento y mantenimiento.

Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras como base para la prescripción de dispositivos protectores

Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las practicas religiosas para valorar los riesgos.

***1.4.3 La Persona Y Las 14 Necesidades Básicas***

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y apartir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados.

Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o

requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

Necesidad de oxigenación

Necesidad de nutrición e hidratación

Necesidad de eliminación

Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Necesidad de descanso y sueño

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Necesidad de termorregulación

Necesidad de higiene y protección de la piel

Necesidad de evitar los peligros

Necesidad de comunicarse

Necesidad de vivir de acuerdo a sus creencias y valores

Necesidad de trabajar y realizarse

Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas

Necesidad de aprendizaje

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y la capacidad de satisfacerla de modo diferente con el fin de crear y desarrollares a lo largo de su vida.

#### **1.4.4 La salud.**

##### **\* Independencia/Dependencia y causa de la dificultad**

Virginia Henderson desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia u por tanto la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/ a mismo a, en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas). Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad.

Independencia es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus capacidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

El modo de satisfacer las propias necesidades así como la forma en que cada una manifiesta que esta necesidad está satisfecha, es totalmente individual. Por ello, los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo, los cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Todo ello a su vez, modifica sensiblemente los criterios de independencia considerados como parámetros de normalidad en cada caso concreto.

\* La Dependencia puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades, por otro lado puede ser que realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades. Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de dependencia de acuerdo con los componentes específicos

de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales). En el momento en el que estos déficit sean subsanados, esta dependencia y no puede ser considerada como tal, aunque la alteración física persista.

### ***1.4.5 Las Causas De Dificultad***

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

◆ **Falta de fuerza.**

Fuerza no solo como capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual etc.

◆ **Falta de conocimientos.**

En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

◆ **Falta de voluntad**

Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer la 14 necesidades

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, el tipo de actuación o de ayuda vendrá siempre determinado por el grado de dependencia.

### ***1.4.6 Rol Profesional. Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud***

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificando en la persona. Como dice Henderson " éste es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla en el que es dueña de la situación."

Los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas, en el sentido de que, tal como afirma la autora, " los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras. La enfermera se compone de los mismo elementos identificables, pero éstos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona". De ahí surge el concepto de cuidados individualizando y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras el trabajo con el equipo multidisciplinario, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como éstos colaboran con ella " en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle

sufrimiento en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia."En relación al paciente, Henderson afirma que " todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente su misión consiste en asistir a esta persona.

Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado en él y para él ni coopera en su desarrollo se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo", el paciente o usuario es visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

### ***Entorno***

Henderson menciona de forma implícita y otras de forma explícita la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales...), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.(9)

## ***1.5 ADULTO SANO***

### ***Edad Adulta Madura***

La teoría del crecimiento y el desarrollo aporta una base para evaluar y planear la asistencia sanitaria de los pacientes y sus familias, el conocimiento del crecimiento y desarrollo normales y de los cambios predecibles que acompañan este crecimiento permite a la enfermera discernir acerca de las alteraciones físicas y psicosociales que la gente experimenta cuando se presenta en su vida la enfermedad u otros factores nocivos. Dentro de esta estructura las enfermeras pueden comprender mejor las necesidades humanas y los cambios evolutivos relacionados con el envejecimiento, una evaluación del desarrollo del paciente puede originar información para llevar a cabo un plan asistencial realista, capaz de hacerse cargo de las necesidades singulares del paciente y su familia.

Edad adulta madura:

La edad adulta suele estar marcada por la declinación física, los signos del envejecimiento se aceleran en la medida en que ambos sexos entran en la madurez. En el examen físico es evidente la declinación funcional de la mayor parte de los principales sistemas corporales.

#### ***1.5.1 Desarrollo Físico en la Madurez***

Rasgos del examen físico normal en el adulto maduro:

\* Cambios Cardiovasculares

Gasto cardíaco, el corazón pierde elasticidad, por consiguiente es menor la contractilidad



cardíaca en respuesta al aumento de la demanda

Circulación arterial, la arteriosclerosis general o localizada tiene como consecuencia una disminución de la flexibilidad vascular con aumento de la resistencia periférica

Circulación venosa, en el envejecimiento no se producen cambios en ausencia de enfermedad

Tensión arterial, aumento significativo de la sistólica, leve aumento de la diastólica, aumento de las resistencias periféricas y la tensión del pulso

Corazón, desplazamiento de ápex debido a cifoescoliosis, por consiguiente se pierde el significado diagnóstico de su localización, aumento de latidos prematuros de infrecuente importancia clínica.

Soplos, soplos diastólicos en más de la mitad de los ancianos el más común se ausculta en la base del corazón debido a cambios escleróticos en las válvulas aórticas

Pulsos periféricos, se palpan con facilidad debido al adelgazamiento de la pared arterial y a la disminución del tejido conectivo. Vasos tortuosos y rígidos, los pulsos pedios pueden estar debilitados como consecuencia de cambios arterioscleróticos: frialdad de los miembros inferiores especialmente de noche, los pies y las manos pueden presentar coloración moteada

Frecuencia cardíaca, en reposo no presenta cambios en el envejecimiento

En el caso del cliente además de los factores asociados a su edad se agregan otros factores como:

#### ◆ **Cambios Respiratorios:**

Flujo sanguíneo pulmonar y difusión, disminución del flujo sanguíneo en la circulación pulmonar, disminución de la difusión

Estructura anatómica, aumento del diámetro anteroposterior

Músculos respiratorios y accesorios, degeneración y disminución de la fuerza, aumento de la rigidez de la pared torácica, atrofia muscular de la faringe y laringe

Estructura pulmonar interna, la elasticidad pulmonar disminuida ocasiona enfisema, disminuyen el volumen inspiratorio y la capacidad respiratoria máxima, la capacidad vital, el volumen residual y la capacidad funcional, aumenta la resistencia de la vía aérea, menor ventilación en las bases y mayor en los ápices pulmonares

#### ◆ **Cambios Tegumentarios:**

Textura, la piel pierde elasticidad, arrugas, pliegues, flojedad y sequedad

Color, pigmentación puntiforme en áreas expuestas al sol, rostro pálido, aun en ausencia de anemia

Temperatura, aumento de la frialdad en las extremidades, respiración disminuida

Color de pelo, grisáceo, blanco, amarillo o gris amarillento

Distribución del pelo, ralo en cuero cabelludo, axilas, pubis y extremidades, pelo facial disminuido en el hombre, en la mujer puede crecer bello en el mentón y el labio superior

Uñas, disminución de la velocidad de crecimiento

#### ◆ **Cambios Genitourinarios y Reproductivos:**

Flujo plasmático renal, posibilidad de pérdida de propinas por vía renal, como consecuencia de la disminución del volumen minuto cardíaco y de la disminución de la tasa de filtración y la eficiencia renales

Micción, en los hombres, posibilidad de aumento de la frecuencia como consecuencia del agrandamiento prostático, en las mujeres disminución del tono muscular perineal, por consiguiente micción imperiosa e incontinencia de esfuerzo, aumento en la nocturna tanto en hombre como en mujeres, posibilidad de que la poliuria se relacione con la diabetes, la disminución del volumen urinario se puede relacionar con un menor ingreso, pero se necesita una evaluación diagnóstica

Incontinencia, Frecuencia creciente con la edad, en especial en aquellos que padecen demencia.

Hombre, secreción de testosterona, disminuye, se prolongan las fases de coito y el periodo refractario

Frecuencia del coito, no hay cambios en la libido y la satisfacción sexual, la frecuencia disminuye a una o dos veces por semana

Testículos, disminución del tamaño, del número de espermatozoides y de la viscosidad del líquido seminal

Mujer, estrógenos, con la menopausia disminución de la producción

Mamas, disminución del tejido mamario

Útero, tamaño disminuido, cese de la secreción mucosa, posibilidad de prolapso uterino como resultado de la debilidad muscular.

Vagina, atrofia del revestimiento epitelial, acortamiento y estrechamiento del conducto

Secreciones vaginales, se toman más alcalinas a medida que aumenta el contenido de glucógeno y disminuye la acidez.

#### ◆ **Cambios Gastrointestinales:**

Masticación, deterioro ocasionado por pérdida parcial o total de la dentadura, oclusión defectuosa, dentaduras postizas mal adaptadas

deglución y digestión de hidratos de carbono, la deglución de vuelve dificultosa a medida que disminuye la secreción salival, disminuye la secreción de ptilina, por consiguiente se afecta la digestión de almidón

Esófago, disminuye la peristalsis, aumento de la incidencia de hernia hiatal con distensión gaseosa concomitante

Enzimas digestivas, disminución de la producción de ácido clorhídrico, pepsina y enzimas pancreáticas

Absorción de grasas, se retrasa, lo que afecta la absorción de vitaminas A, D, E, K

Peristalsis intestinal, disminución de la motilidad gastrointestinal, sumada a la ingestión de fibra se produce estreñimiento

#### ◆ **Cambios Musculoesqueléticos:**

Función y fuerza muscular, disminuyen al reducirse la masa muscular, las prominencias óseas son normales en los ancianos, debido a la disminución de la masa muscular

Estructura ósea, desmineralización y aumento de la porosidad, acortamiento del tronco como consecuencia del estrechamiento de los espacios intervertebrales

Articulaciones, pierden movilidad, se produce estrechamiento y fijación, la actividad favorece la conservación de la función, cambios de la postura, cierto grado de cifosis se limita la amplitud de movimiento

Dimensiones anatómicas y estatura, disminución de las dimensiones totales a medida que se produce la pérdida de proteínas y agua corporales en proporción con la disminución del metabolismo basal, aumento de la grasa corporal, reducción de las extremidades, aumento en el tronco, disminución de 2.5 a 10cm en la estatura con respecto a la juventud

#### ◆ Cambios en el Sistema Nervioso :

.Respuesta a los estímulos, los reflejos se vuelven más lentos, disminución de la capacidad de respuesta a estímulos múltiples

Pautas del sueño, el estadio IV del sueño esta disminuido en comparación con la juventud, aumento de la frecuencia de los despertares espontáneos, se prolonga el descanso en la cama, pero se duerme menos, el insomnio es un problema que debe ser evaluado

Reflejos, en la vejez, los reflejos tendinosos profundos están conservados

Ambulación, la sensibilidad cenestésica es menor, puede presentarse una marcha extrapiramidal similar a la parkinsoniana, los ganglios basales reciben la influencia de los cambios vasculares y la disminución del aporte de oxígeno

Voz, disminución de la amplitud, la duración y la intensidad de la voz, puede tomarse aguda y monótona

#### ◆ Cambios Sensoriales:

Visión, la visión periférica disminuye

Acomodación del cristalino, disminuye y requiere lentes correctivos

Cuerpo ciliar, atrofia en la acomodación del foco del cristalino

Iris, desarrollo del arco senil

Coroides, atrofia alrededor del disco

Cristalino, puede producirse opacidad, formación de cataratas, es necesario más luz

Color, empalidece o desaparece

Mácula, degenera

Conjuntiva, adelgaza y tiene un aspecto amarillento

Secreción lagrimal, disminuye aumenta la irritación y la infección

Pupilas, pueden tener diferente tamaño

Córnea, presencia del arco senil

Retina, cambios vascular4es observables

#### ◆ Otros Sentidos:

Umbral para los estímulos, aumento del umbral para el tacto fino y el dolor, en las extremidades son comunes las parestesias por isquemia

Audición, son menos perceptibles las frecuencias altas, en consecuencia se encuentra muy afectada la comprensión del habla, promueve la confusión y parece crear un aumento de la rigidez de los procesos del pensamiento

Gusto, disminución de la sensibilidad a medida que se atrofian las papilas gustativas, puede ocasionar un incremento en el consumo de condimentos.

### ***1.5.2 Evolución Psicosocial en la Madurez***

Erikson describe el principal desempeño evolutivo de la madurez como la integridad del yo, en oposición a la desesperanza, se caracteriza como la adquisición de sabiduría y la posesión de una filosofía unificada de la vida, habiendo llevado a cabo los anteriores desempeños evolutivos mediante la adaptación de las pruebas y tribulaciones de la vida, existe un sentimiento de integridad, de metas realizadas a lo largo de una vida plena.

Aparece la desesperanza si no se ha producido la integración del yo y al individuo le falta un sentimiento de consumación, al tiempo que tiene la sensación de que es demasiado tarde para cambiar. Estos individuos pueden tornarse críticos de los demás, a menudo proyectándose su ira y sus sentimientos de inadecuación sobre los demás

El envejecimiento normal no da lugar a cambios específicos de la personalidad, por lo general, los valores y los rasgos personales tienen un carácter estable por lo menos desde la mediana edad en adelante, alguna investigaciones indican que, aunque la personalidad básica es estable por lo menos se producen algunos cambios con la edad.

La adaptación a los cambios evolutivos es más difícil debido a los mitos que giran alrededor de la vejez. Las concepciones erradas acerca de la vejez son diversas y afectan las actitudes de los profesionales de la salud, el público general y los medios de comunicación, algunos mitos son:

La mayoría de los ancianos son seniles, senilidad es un término lego e inadecuado, la mayoría de los adultos maduros carecen de trastornos mentales y menos del 20% tiene disminución de la memoria.

El mito de la improductividad, muchos adultos maduros siguen siendo productivos y tiene menos ausentismos,

mejor rendimiento y menor frecuencia de accidentes relacionados con el trabajo, podrían ser más productivos si la sociedad y la práctica comercial mantuviera los puestos de trabajo

Los adultos maduros son inflexibles o rígidos, este concepto no ha sido confirmado por estudios realizados en adultos maduros sanos, la capacidad para el cambio y la adaptación tiene escasa relación con la edad, dependen del carácter de toda la vida. Las personas siguen abiertas a los cambios y los pueden experimentar ante acontecimientos importantes en mayor medida que en los años juveniles.

### ***1.5.3 Desarrollo Cognitivo Durante la Madurez***

La capacidad para aprender y resolver problemas se suele conservar con la edad, puede ser más difícil la resolución de problemas si se debe atender a varios simultáneamente, pueden disminuir ciertas capacidades específicas como la percepción espacial y las tareas de decodificación, otras destrezas como la inteligencia cristalizada (adquirida mediante la educación y la cultura), permanecen estables, la flexibilidad cognitiva la capacidad de cambiar de forma de pensar permanece estable.

Las personas mayores tienen una menor predisposición para conjeturar y no responden preguntas ambiguas, con la edad la memoria de corto plazo declina y se conserva la de largo plazo.

### ***1.5.4 Promoción de la Salud en la Madurez***

La promoción de la salud en las personas maduras se orienta hacia el mejoramiento y la conservación de la salud en el máximo nivel funcional posible y hacia una mayor independencia, el rasgo característico de la intervención de enfermería es la educación para la salud y la promoción del cuidado de sí mismo.

El éxito de la enfermera no depende solamente de las destrezas técnicas, sino también de la capacidad para establecer una relación con el que aprende y motivarlo, la comunicación requiere la consideración de la capacidad del receptor para comprender los mensajes mediante el sensorio. Es importante la acomodación a los cambios porque el adulto maduro tiene disminuida la visión y la audición. (10)

### ***1.6 Infarto De Miocardio***

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de la mayor parte de fallecimientos anuales, la mitad de estas muertes se deben a la cardiopatía coronaria y la mayor ocurre súbitamente. Aproximadamente dos terceras partes de las muertes súbitas se deben a cardiopatía y ocurren fuera del Hospital y durante las 2 primeras horas del inicio de los síntomas cardiovasculares.

Los investigadores al estudiar las causas de la "epidemia" de enfermedades de los vasos

10 - Beare, Myers. 1993. Enfermería Principios y Practicas Fundamentales en el Cuidado del Adulto. Ed. Panamericana Tomo I. México. P. 31-35.

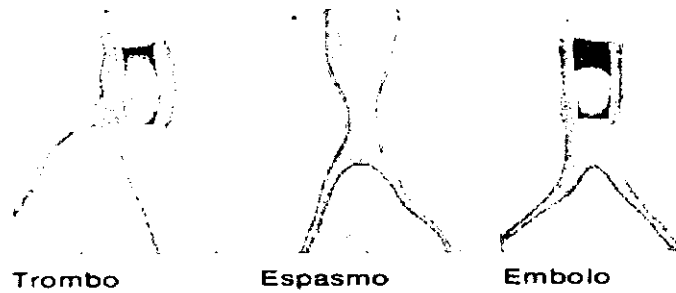
sanguíneos, han creado una asociación consistente entre circunstancia y comportamiento específico y el desarrollo de los vasos sanguíneos. El desarrollo de Facto de Riesgo se desarrollo a partir del conocimiento de estas asociaciones. El ultimo dato estadístico es de 1997 que nos muestra las principales causas de mortalidad encabezadas por las enfermedades del corazón.

#### ***Descripción y etiología:***

El infarto del miocardio (IM) es el término empleado para describir la necrosis miocárdica irreversible (muerte celular) que tiene lugar a consecuencia de la disminución brusca o la interrupción total del flujo sanguíneo coronario a un área específica del miocardio. La arteriosclerosis es responsable de la mayoría de los IM porque provoca el estrechamiento de la luz arterial y reduce el flujo sanguíneo, dando origen a un descenso del aporte de oxígeno al miocardio, los tres mecanismos primarios responsables de la reducción aguda del aporte de oxígeno al miocardio son: a) la trombosis arterial coronaria; b) la fisura o hemorragia de placa, y c) el espasmo arterial coronario. El infarto es más prevalente en el ventrículo izquierdo, con oclusión de múltiples vasos y en el miocardio distal de los vasos que no han desarrollado un flujo colateral.

Trombos arteriales coronarios

# INFARTO



**Estadísticas Vitales**  
**Capítulo: Mortalidad**

**Principales Causas de Mortalidad General**  
**Estados Unidos Mexicanos, 1997**

No. de Orden	Causa	Clave CIE 9a. Rev	Defunciones	Tasa 1/
	Total	01-E56	440,437	464.9
1	Enfermedades del corazón	25-28	68,040	71.8
	- Isquémica	27	42,516	44.9
2	Tumores malignos	08-14	51,254	54.1
	- De la tráquea, de los bronquios y del pulmón	101	6,385	6.7
	- Del estómago	091	4,799	5.1
	- Del cuello del útero	120	4,534	4.8
3	Diabetes mellitus	181	36,027	38.0
4	Accidentes	E47-E53	35,876	37.9
	- De tráfico de vehículos de motor	E471	14,642	15.5
5	Enfermedad cerebrovascular	29	24,689	26.1
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	22,865	24.1
7	Neumonía e influenza	321,322	19,867	21.0
8	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	45	19,821	20.9
	- Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido	454	11,740	12.4
9	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	13,558	14.3
10	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	10,229	10.8
11	Deficiencias de la nutrición	19	10,157	10.7
12	Anomalías congénitas	44	9,615	10.1
13	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	8,550	9.0
14	Enfermedades infecciosas intestinales	01	7,426	7.8
15	Sida	184	4,200	4.4
16	Anemias	200	3,921	4.1
17	Tuberculosis pulmonar	020	3,666	3.9
18	Suicidio y lesiones autoinfligidas	E54	3,370	3.6
19	Úlceras gástrica y duodenal	341	3,339	3.5
20	Septicemia	038	2,780	2.9
	Disritmia cardíaca	281	5,340	5.6
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	7,023	7.4
	Las demás causas		68,824	72.7

1/ Tasa por 100,000 habitantes

**Estadísticas Vitales**  
**Capítulo: Mortalidad**

**Principales Causas de Mortalidad Postproductiva**  
**Estados Unidos Mexicanos, 1997**

No. de Orden	Causa	Clave CIE 9a. Rev	Defunciones	Tasa 1/
	Total	01-E56	210,711	5098.1
1	Enfermedades del corazón	25-28	48,995	1185.4
	- Isquémica	27	30,659	741.8
2	Tumores malignos	08-14	26,681	645.5
	- De la tráquea, de los bronquios y del pulmón	101	4,105	99.3
	- De la próstata	124	2,984	72.2
	- Del estómago	091	2,874	69.5
3	Diabetes mellitus	181	20,936	506.5
4	Enfermedad cerebrovascular	29	18,200	440.3
5	Neumonía e influenza	321,322	9,690	234.4
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	6,880	166.5
7	Deficiencias de la nutrición	19	6,545	158.4
8	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	6,497	157.2
9	Accidentes	E47-E53	6,115	148.0
	- De tráfico de vehículos de motor	E471	1,668	40.4
	- Debido a factores naturales y del ambiente	E520	191	4.6
10	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	5,607	135.7
11	Úlceras gástrica y duodenal	341	2,464	59.6
12	Anemias	200	2,327	56.3
13	Enfermedades infecciosas intestinales	01	2,260	54.7
14	Tuberculosis pulmonar	020	1,484	35.9
15	Septicemia	038	1,132	27.4
16	Aterosclerosis	300	913	22.1
17	Obstrucción intestinal sin mención de hernia	344	743	18.0
18	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	743	18.0
19	Síndrome de dependencia del alcohol	215	638	15.4
20	Colelitiasis y colecistitis	348	621	15.0
	Disritmia cardíaca	281	4,184	101.2
	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	46	4,286	103.7
	Las demás causas		32,770	792.9

1/ Tasa por 100,000 habitantes de 65 y más años



En la actualidad se sabe que los trombos están presentes en casi todas las oclusiones arteriales coronarias, estos trombos, generalmente compuestos por plaquetas, fibrina, eritrocitos y leucocitos, pueden superponerse a las placas o pueden alinearse paralelamente a éstas. Liberan tromboxano A<sub>2</sub>, serotonina y trombina, sustancias vasoconstrictoras que agravan el estrechamiento del mismo e inician un círculo vicioso recurrente de obstrucción del vaso. La fisura de la placa, la hemorragia o ambas son alteraciones predisponentes.

### ***Placas ateroscleróticas***

Las placas se clasifican según su composición. Las placas duras están muy calcificadas y fibróticas, mientras que las blandas están formadas por ésteres de colesterol y lípidos. La trombosis arterial coronaria ha sido asociada con la rotura o agrietamiento de las placas y liberación del material que contiene la luz vascular. La rotura de placa puede inducir trombosis mediante: a) la formación de un coágulo plaquetario; b) la liberación de tromboplastina tisular procedente del material de la placa que activa la cascada de coagulación, y c) la obstrucción de la luz del vaso con los componentes de la placa. Con las oclusiones agudas suele aparecer espasmo arterial coronario.

### ***Evolución del infarto de miocardio***

Durante las primeras 6 semanas tras el infarto, el miocardio deteriorado sufre muchos cambios. Aproximadamente, 6 horas después del infarto el músculo se distiende y se vuelve pálido y cianótico. Durante los 2 días siguientes el miocardio se vuelve rojo púrpura y puede formarse un exudado en el epicardio. Los leucocitos fagocitarios comienzan a infiltrar el músculo y eliminan el deterioro necrótico, adelgazando en consecuencia la pared necrótica. Aproximadamente de 3 a 4 semanas después del infarto, empieza a formarse tejido de cicatrización y la pared afectada se vuelve más blanca y más gruesa.

### ***Dolor torácico durante el infarto de miocardio***

El dolor torácico agudo puede tener origen visceral, somático o emocional. Aquí se considerará el primero de ellos, que se asocia a enfermedad cardíaca coronaria y a isquemia miocárdica o a infarto. El dolor cardíaco es de naturaleza visceral y su presentación inicial es de dolor vago, difuso, opresivo, mal localizado y referido a diferentes regiones anatómicas. La naturaleza visceral del dolor cardíaco permite diferenciarlo del dolor de la pared del tórax o del dolor de estructuras específicas. El alivio oportuno del dolor cardíaco tiene efecto potencial sobre las secuelas y el pronóstico temprano y a largo plazo incide favorablemente en la supervivencia y la preservación del funcionamiento cardíaco. Los impulsos noiceptivos mediados por el simpático promueven la liberación de catecolaminas, que tiene el efecto de incrementar la frecuencia cardíaca, el volumen latido, el trabajo del corazón y el consumo de oxígeno, esto a su vez puede dar por resultado arritmias cardíaca y aumento de las resistencias periféricas. La presencia de ansiedad y de sustancias metabólicas liberadas en reacción a estrés agravan luego la situación. El dolor no aliviado tiene consecuencias físicas y psicológicas negativas, por lo que la prevención y el tratamiento activo del dolor tendrá beneficios.

#### **complicaciones**

Muchos pacientes experimentan complicaciones tarde o temprano en el curso del trans o postinfarto. Estas complicaciones pueden estar provocadas por disfunciones de bombeo o

eléctricas. Las complicaciones de bombeo causan insuficiencia cardíaca, edema pulmonar y shock cardiogenico. Las disfunciones eléctricas incluyen bradicardia, bloqueos de rama y varios grados de bloqueo cardíaco. Cerca del 95% de los pacientes que sufren IM tendrán disrritmias.

### ***Insuficiencia del lado izquierdo del corazón***

Esta se define como una alteración de la función contráctil del ventrículo izquierdo, que provoca una congestión pulmonar y edema, reducción del gasto cardíaco o ambos. Es más frecuente que aparezca en pacientes con infartos ventriculares izquierdos, las manifestaciones clínicas clásicas incluyen reducción de la perfusión periférica (como pulsos débiles o disminuidos), extremidades pálidas y frías y cianosis periférica, a medida que progresa la enfermedad, tras del ventrículo izquierdo disfuncional provoca la disfunción del ventrículo derecho.

### ***Edema agudo pulmonar***

En el edema agudo pulmonar cardiogenico, el obstáculo al flujo sanguíneo a nivel de la válvula mitral, o bien disfunción grave del ventrículo izquierdo, sistólica o diastólica, son los factores etiopatogenicos que producen incremento de la presión capilar pulmonar.

Se han descrito tres etapas en la acumulación de líquido en el pulmón.

En la primera etapa se produce un aumento en el paso de líquido de los capilares a l intersticio, el aumento de en la presión capilar ensancha las hendiduras de las uniones intercelulares endoteliales, el líquido en el intersticio estimula los receptores J vágales y esto evoca una respuesta de hiperventilación y aumento del flujo linfático. 2da etapa, el volumen de líquido filtrado es una magnitud que se basa la capacidad del sistema linfático y empieza a acumularse en el intersticio de la membrana y enseguida en el intersticio que rodea a bronquios, arteriolas y vénulas, esta es la capa de edema intersticial. 3er etapa, el volumen de líquido acumulado en el intersticio de la membrana alveolocapilar es de tal magnitud que empieza a separar las uniones intercelulares del epitelio alveolar y a invadir los espacios alveolares, ocupándolos progresivamente con líquido y macromoléculas e interfiriendo en el intercambio de gases.

### ***Disnea***

En los pacientes con disfunción ventricular izquierda, el síntoma cardinal es la disnea, la causa de la disnea se relaciona con el aumento del edema intersticial y la congestión pulmonar, que reduce la distensibilidad pulmonar, incrementan el trabajo respiratorio y tienden a causar a causar hipoxemia. Además el edema intersticial en la proximidad de los capilares pulmonares puede estimular receptores yuxtacapilares (receptores J) y por reflejo, y por reflejo causar respiración superficial, la desproporción entre el trabajo respiratorio requerido por los músculos ventilatorios y el decremento del flujo sanguíneo, puede causar también la sensación de falta de aire.

### ***Tratamiento médico***

Los objetivos del tratamiento médico durante el IM incluyen preservación miocárdica, control del dolor, y de las complicaciones y tratamiento farmacológico. Dentro de la terapia farmacológica esta la anticoagulación, la reducción de la carga de trabajo miocárdico (vasodilatadores, ionotropicos positivos, digitalicos) y la analgesia (morfina)

La morfina es un fármaco útil en el tratamiento del edema pulmonar. La aplicación de 3 a 5 mg i.v. en un periodo de 3 a 5 min. tiene efecto favorable de reducir la angustia del paciente, la taquipnea, el trabajo respiratorio y la descarga del sistema simpático central, con vasodilatación predominantemente venosa. El principal efecto es la depresión respiratoria.

### ***Los cuidados de enfermería***

Las prioridades de enfermería están destinadas a valorar a los clientes, controlar el dolor, conseguir el equilibrio entre el aporte y la demanda miocárdica de oxígeno, valorar la función cardiopulmonar, el favorecimiento del reposo, la monitorización de la terapia farmacológica, la facilitación de la nutrición y la integridad cutánea así como prevenir las complicaciones y la educación del cliente y su familia.

### **Factores de riesgo para la arteriopatía coronaria**

Los factores que incrementan el riesgo de sufrir una AC incluyen edad, sexo, raza, historia familiar, valores elevados de colesterol sérico, hipertensión, consumo de tabaco, tolerancia anormal a la glucosa, estilo de vida sedentario, estrés y un modelo de vida tipo A. Estos factores se subdividen en factores de riesgo modificables y no modificables para sufrir AC.

Edad, los síntomas de la AC aparecen a medida que aumenta la edad, en general, la AC es una enfermedad de edad media o avanzada.

Sexo, la AC aparece aproximadamente 10 años después en las mujeres que en los varones. Después de la menopausia, las mujeres presentan AC con la misma frecuencia que los varones.

Historia familiar, si esta incluye algún pariente consanguíneo que haya tenido un IM o un accidente cerebrovascular antes de los 60 años de edad.

Raza, razas diferentes a la blanca de ambos sexos presentan índices de mortalidad por AC superiores a los de ésta.

Colesterol, la hiperlipidemia es uno de los principales factores responsables de la arteriosclerosis grave y del desarrollo de la AC, los valores de colesterol sérico total por encima de 200 mg/dl están asociados con un riesgo más elevado de AC, y los valores superiores a 270mg/dl implican un incremento cuatro veces superior del riesgo. El colesterol total se subdivide en lipoproteínas específicas:

- 1 Colesterol-lipoproteína de alta densidad (HDL-C)
- 2 Colesterol-lipoproteína de baja densidad (LDH-C)
- 3 Colesterol-lipoproteína de muy baja densidad (VLDL-C)
- 4 Triglicérido

### **Hipertensión**

En el contexto de la AC, la hipertensión es la elevación de la presión sanguínea asistólica (PSS) o de la presión sanguínea diastólica (PSD). El riesgo se reduce cuando la presión sanguínea es menor de 140/90mmHg, la hipertensión es un factor de riesgo porque deteriora el endoteiolo del vaso, esto se relaciona con la edad avanzada, mayor ingesta de sodio, estilo de vida sedentario, el consumo excesivo de alcohol, de cocaína, uso de anticonceptivos orales, la raza negra, y el uso de alguno medicamentos que actúan sobre los mediadores intrínsecos de la presión sanguínea, como el sistema de renina-angiotensina-aldosterona y el sistema simpático.

Consumo de tabaco. Cuando mayor sea el número de cigarrillos fumados al día, mayor es el riesgo de AC, el tabaco altera los valores lipídicos séricos, disminuyendo los valores de

HDL-C e incrementando los de LDL-C y triglicérido, el fumar provoca una inestabilidad eléctrica cardíaca dentro de las membranas celulares y deteriora el transporte y uso de oxígeno incrementando las demandas miocárdicas del mismo. Altera la permeabilidad del endotelio de la íntima y favorece la aglutinación de plaquetas.

Obesidad, que se asocia a un estado de vida sedentario, incrementa los factores de riesgo.

Inactividad física, la inactividad física esta asociada con valores más bajos de HDL-C, más elevados de LDL-C, hipertensión, obesidad, aumento de intolerancia a la glucosa e hiperlipemia.

Estrés y ansiedad, los patrones de comportamiento tipo A, la urgencia del tiempo, la hostilidad, el enfado y la ansiedad han sido también asociados con la presentación de AC. El estrés esta está asociado con el aumento de catecolaminas circulantes, que precipitan la hipertensión, altera la función plaquetaria, el incremento de la metabolización de ácidos grasos y una resultante elevación de los valores de ácidos grasos.(8)

## CAPITULO II

### APLICACIÓN DEL PROCESO

#### 2.1. *Resumen Valorativo*

*1.- Necesidades básicas de: Oxigenación, nutrición e hidratación. Eliminación y termorregulación.*

Biofisiológicas:

Se observo un patrón cardiovascular con daño a estructuras secundarias (al pulmón), con disnea, diaforesis, piel fría y marmórea. Extrasístoles ventriculares con datos de compensación, hipotenso, taquicárdico y frecuencia respiratoria elevada.

Sin problemas para evacuar

Psicológicas:

Ansioso, inquieto, irritable. Pidiendo y exigiendo un cigarro en su etapa aguda

Socioculturales:

El habito del cigarro y su negación a dejar de fumar.

Por su religión se presentan problemas para realizarle los procedimientos, dado que la enfermera es mujer y no lo puede tocar, la considera impura.

religión: Judío Ortodoxo.

Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

Biofisiológicos:

Es un cliente adulto maduro, con sobre peso importante, que por su mismo problema (disnea) tiene la necesidad de estar sentado, además por su obesidad y tabaquismo se acentúa mas este.

Psicológicas:

Tiene una personalidad tipo A, (estos individuos tienden a ser puntillosos, rígidos, formales y meticulosos, son perfeccionistas, carecen de la capacidad normal para descansar, tiene un exagerado sentido del deber los atormenta sus responsabilidades y sus escrúpulos.), esta acostumbrado a que se haga lo que el dice (es empresario). Tiene que ingerir medicamentos para dormir.

Sociocultural: En su religión aun se acostumbra el patriarcado. No realiza ningún tipo de ejercicio, tiene muchos compromisos sociales por lo tanto hay alcoholismo social, comidas copiosas.

*2.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.*

Biofisiológicas:

No tiene ningún daño en los órganos de los sentidos, ni con el sistema neuromuscular, en la etapa aguda un poco disminuida la fuerza, que posteriormente se recupero totalmente.

Psicológicos:

No tiene conciencia de lo que pasa, en un inicio, no acepta los factores de riesgo que le desencadenaron el problema, al final de su estancia los reconsidero y acepto ayuda

### Socioculturales:

De acuerdo a su religión tiene una idea de la vida y de la muerte muy particular, pide un rabino, para que ore por el, exige un cinturón, con la finalidad de ponerlo aun encima de la bata de paciente con el propósito de separar lo pecaminoso de la mente, de esta manera al orar se acerca mas a Dios.

## ***2.2 Jerarquizacion de las Necesidades***

De acuerdo a la jerarquización de las necesidades se observa que aquellas las que el cliente requiere de la intervención de enfermería son:

### Necesidad de oxigenación:

Esta necesidad se encuentra alterada en relación con la falta de voluntad y la falta de fuerza y es parcialmente dependiente porque tiene autonomía y porque el cliente lo refiere, en este caso el rol de enfermería es de suplencia.

### Ansiedad.

Esta dificultad es parcialmente dependiente porque tiene autonomía el cliente y porque el así lo refiere, por lo tanto el rol de enfermería es de ayuda.

### Necesidad de nutrición, descanso y sueño, actividades recreativas:

Esta necesidad se encuentra alterada por componentes muy importantes como: falta de voluntad y falta de fuerza. El cliente sabe los problemas pero no sabe decir que no, por lo que es parcialmente dependiente y el rol de enfermería es de ayuda.

### Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

Esta necesidad se altera al ingresar a la UTI, por su patrón ideológico, este se rompe y el cliente en un inicio no lo acepta, a pesar de tener conocimiento sobre ello. En esta situación hay falta de voluntad, aquí el cliente es independiente y el rol de enfermería es de ayuda.

### Necesidad de prevención de peligros:

Esta necesidad esta alterada debido a que hay una falta de fuerza y falta de voluntad. El cliente es independiente porque tiene autonomía y el así lo quiere, el rol de enfermería es de ayuda.

## 2.3 PLAN DE CUIDADOS

### PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Necesidad afectada: Oxigenación

Rol de Enfermería: Suplencia

Dx de Enfermería 21-08-00 9hrs am .	Objetivo	Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Observaciones
<p>Dificultad en la oxigenación relacionado con la dificultad en la circulación coronaria para irrigar el músculo cardiaco manifestado por:</p> <p>Disnea F.C 135x' F. Resp. + 35x Sat. de O2 baja</p> <p>Problema Potencial: De asfixia De disrritmias De choque cardiogenico De extensión de IAM</p>	Ayudar al cliente a mejorar su intercambio gaseoso	<p>Dependientes:</p> <p>Face mask con reservorio 6-8ltsx 'Fowler estricto Instalación de acceso venoso central (swan-ganz) Monitoreo cardiaco continuo Monitoreo no invasivo de saturación de O2 Toma de Laboratorio Ministración y preparación de medicamentos, NTG, dopamina, digital, morfina, diurético, heparna de bajo peso molecular Toma de circulo cardiaco Colocar bipap</p> <p>Independientes:</p> <p>Dar fowler Mantener vía aérea permeable Vig. Edo. de conciencia Vig. Datos de choque cardiogenico Vig. Presencia de disrritmias Toma de muestra para gases</p> <p>Interdependientes:</p> <p>Inhaloterapia colocación de bipap Imagenología(Rx) Laboratorio Cardiología Ecocardiografía</p>	<p>La isquemia del miocardio es una menor oxigenación del tejido, esto se vuelve eléctricamente inestable (arritmias). El suplemento de O2, aumenta el O2 circulante disponible para el miocardio El choque cardiogenico es una disminución del G.C. secundaria a una hipoxia tisular. La respuesta compensatoria a la reducción del vol. Circulatorio es a través de un aumento en el O2 circulante y aumentar la FC, FR, y aumenta la vasoconstricción en extremidades (piel fría y marmórea). La disminución de O2 en el cerebro provoca cambios en el estado mental. La ICC se debe a una isquemia miocárdica que reduce la capacidad del VI. De bombear sangre, disminuye el GC, y aumenta la congestión pulmonar, esto provoca la entrada de líquido al tejido pulmonar, dando tos productiva, cianosis y ansiedad</p>	<p>A las 14hrs se observa mejoría del cliente, con un poco de estabilidad hemodinámica, disminuye la disnea, la hipo perfusión, mejora gasometricamente, aumenta la diuresis, mejora T/A y disminuye discretamente la FC y FR.</p>

## PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Necesidad afectada: Ansiedad

Rol de la Enfermera: Ayuda

Dx. de Enfermería 21-08-00 9hr am	Objetivo	Intervenciones de enfermería	Fundamento	Observaciones
<p>Ansiedad relacionada con la dificultad para la respiración manifestado por fases de ansiedad, Inquietud Irritabilidad Sensación de desasosiego Temblor Comunicación difícil de entender</p> <p>Problemas potenciales: Alteraciones en el equilibrio ácido base Hipoxia cerebral Paro cardiorespiratorio</p>	<p>Ayudar al cliente a disminuir su ansiedad.</p>	<p>Independientes: Aplicación de medicamentos ( morfina I.V.) Vigilar edo. de conciencia. Vigilar signos de depresión respiratoria Fowler estricto Medidas de seguridad: Sujeción suave de M.S. Tener puestos los barandales Tranquilizarle y ayudar a que este cómodo. Ayudar al cliente a expresar cualquier sensación Rabino</p>	<p>El dolor no aliviado tiene consecuencias, físicas y psicológicas negativas, generándose un círculo vicioso de dolor, miedo, desesperanza y ansiedad. Los impulsos noiceptivos mediados por el simpático promueven la liberación de catecolaminas, que aumentan la F.C., aumentan el V.L., el trabajo del corazón y el consumo de O<sub>2</sub>, esto da arritmias y aumenta las resistencias periféricas. La presencia de ansiedad y de sustancias metabólicas liberadas en reacción de estrés agravan la situación. El miedo, la ansiedad son los principales factores psicológicos del dolor agudo intenso, y resultan pronunciados cuando se asocian a la muerte. La aplicación de morfina es útil el EAP, tiene efecto favorable. reduce la angustia del paciente. la taquipnea. el trabajo respiratorio y la descarga del sistema simpático central, con vasodilatación predominantemente venosa.</p>	<p>No llego el rabino pero pidió que pasara su esposa, se tranquilizo un poco, sin embargo no pudo permanecer mucho tiempo dentro pues al hablar el cliente se fuga toda la presión del bipap y se desatura.</p>



## PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Dificultad en: el cuidado de su salud

Rol de la Enfermera: ayuda

Necesidad afectada: prevención de riesgos

Necesidad de nutrición

Dx. de Enfermería 21-08-00 9hr am	Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Fundamento	Observaciones
<p>Alteraciones en el mantenimiento de su salud debido a falta de voluntad para llevar un buen régimen de vida manifestado por:</p> <p>Estrés continuo Fumar Alcoholismo Comidas copiosas Falta de descanso Toma de tranquilizantes Falta de ejercicio Obesidad</p>	<p>Encontrar una motivación para cuidar, limitar daños y mejorar su salud</p>	<p>Independientes Explicarle al cliente el por que no puede fumar ni debe Convencerlo de lo importante que es la vida Explicarle el efecto de los alimentos de la nicotina. Explicarle como actúe el estrés Explicarle la necesidad de aumentar gradualmente la actividad y descansar en caso de fatiga.</p>	<p>Estrés y ansiedad, patrones de comportamiento tipo A, la urgencia del tiempo la hostilidad el enfado, la ansiedad se asocian a problema coronario. El estrés se asocia con el aumento de catecolaminas circulantes, que precipitan la hipertensión, la alteración de la función plaquetaria, el aumento de la metabolización de ácidos grasos y una resultante un aumento de los ácidos grasos libres. El consumo de tabaco altera desfavorablemente los valores lipídicos sericos, disminuye los valores de DHL-C y aumenta los de LDL-C y triglicéridos, el habito de fumar provoca inestabilidad eléctrica del corazón dentro de las membranas celulares y deteriora el transporte y uso de O2 incrementando las demandas miocárdicas del mismo. Tambien se altera la permeabilidad del endotelio de la intima y favorece el aglutamiento de plaquetas. La inactividad física se asocia a valores más bajos de DHL-C, más elevados LDL-C, hipertensión, obesidad, aumento de la intolerancia a la glucosa e hiperlipidemia La obesidad se asocia a un estilo de vida sedentario. incrementa los factores de riesgo.</p>	<p>Se observa interés por parte de la familia de recuperar su salud. El cliente tiene gran interés hacia sus nietos los considera el motivo de vivir</p>

Nota: Fue detectado el día de su ingreso 21-08-00 y se llevo a cabo el 23-08-00

## PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Dificultad en: Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Rol de Enfermería: Ayuda

Dx. de Enfermería 21-08-00 9hr am	Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Fundamento	Observaciones
<p>Miedo relacionado con la posibilidad de morir, manifestado por expresión verbal del cliente. Que se manifiesta por: Miedo Tener su libro santo consigo Insistir en el uso de un cinturón Quiere comida Kosher Que no lo toque las manos de una mujer.</p>	<p>Ayudar al paciente a proporcionarle los artículos religiosos y de esta manera tratar de disminuir su miedo.</p>	<p>Llamarle a su familiar Llamar un rabino Proporcionarle un cinturón Dejar junto a el su libro santo</p>	<p>Los judíos ortodoxos utilizan un cinturón en la cintura para separa el bien del mal, tengan o no ropa, ellos consideran los genitales como parte del pecado. El libro santo son las tablas de Moisés y algunos salmos esto les ayuda a orar. Dentro de sus creencias se considera a la mujer como impura por que menstruación La comida kosher, la consideran una forma más efectiva de acercarse a Dios y de ser sanos en cuerpo y alma, la preparan especialmente por un rabino. Los rabinos oran fuera de la habitación solamente</p>	<p>No se noto ningún cambio en su actitud posterior a la visita del rabino con respecto a el habito de fumar. Con respecto a su alimentación solo cuando esta enfermo exige comida kosher</p>

Nota: Fue detectado el día 21-08-00 pero se llevo a cabo 22-08-00

## PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN

Problema Detectado:  
Necesidad de Prevención de Peligros

Rol de la Enfermera: Ayuda

Dx. de Enfermería 21-08-00 9hrs am	Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Fundamentación	Observaciones
<p>No tiene la capacidad de prevención de peligros debido a falta de fuerza de voluntad. Manifestado por Irritabilidad Negación al padecimiento No aceptar dejar de fumar No aceptar dejar de tomar alcohol No aceptar el control de su hipertensión, ni de su alimentación.</p>	<p>Sensibilizar al cliente sobre los peligros que ocasiona el fumar, tomar su sobrepeso.</p>	<p>Independientes Explicarle la fisiopatología del infarto, usando un nivel de acuerdo al nivel educacional del cliente Explicarle los factores de riesgo del IAM que pueden eliminarse o modificarse: Obesidad, tabaquismo, dieta rica en grasa sodio, estilo de vida sedentaria Excesivo consumo de alcohol, hipertensión.</p>	<p>El tabaco produce taquicardia y eleva la tensión arterial debido a sus efectos vasoconstrictores Una dieta rica en grasa contribuye a la formación de placas en las arterias, una ingestión de sodio excesivo aumenta la retención de agua Un estilo de vida sedentario conduce a una mala circulación colateral El alcohol es un potente vasodilatador la vasoconstricción siguiente aumenta el esfuerzo cardíaco La hipertensión con aumento de la resistencia periférica lesiona la capa interna arterial, contribuyendo a la arteriosclerosis.</p>	<p>Se observa interés por parte del cliente y de su esposa. Su conducta es un poco más positiva Acepta su padecimiento.</p>

Nota: Fue detectado el 21-08-00 y se llevo a cabo el día 24-08-00

## 2.4 REGISTROS DE ENFERMERÍA

### ANECDOTARIO

U N A M

E N E O

<b>FECHA: 21-08-00</b> <b>HORA: 9hr. am -</b> <b>15hrs p.m.</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
	<p>Ingresa paciente masculino adulto maduro, cursando su 5ta. Década. Proviene de urgencias, con mascarilla reservorio, catéter largo en miembro izquierdo permeable. Se pasa a su cama y se le explica que se esta es se le vigilara estrechamente además de cada uno de los procedimientos. Se le monitoriza: ECG, Sat. O2, se toma circulo torácico, constantes. Observándose disneico, tos productiva, estertores audibles, piel fría y marmórea, cianosis distal, ansioso, intranquilo, irritable, con periodos de confusión mental., Sat. 70%, hipotenso, F.C. de 135x', FR 35x', oligurico.</p> <p>Se pide apoyo a inhaloterapia y se le instala el Bipap, previa gasometría arterial, se toman laboratorios, se aplica morfina, se aumenta NTG, se ajustan drogas, se colabora en la instalación de swan-ganz, posterior a su instalación se toma Rx de control, se ajusta la programación del monitor para toma de T/A y parámetros hemodinámico.</p>

Enf. Esp. Ma. Susana Domínguez Sandoval

## ANECDOTARIO

UNAM

E N E O

FECHA: 22-08-00 HORA: de 7 am a 15 p.m.	OBSERVACIONES
	<p>Sr. Cohen, despierto y orientado en tiempo y espacio, Con Bipap, "mejorando" su patrón respiratorio, satura mejor, con T/A tendiendo aun un poco a la hipotensión, aun con presencia de extras ventriculares (por hipoxia), con sondas y catéteres permeables swan en yugular externa izquierda y catéter largo en M. sup derecho, con drogas vasoactivas y vasodilatadores, analgésico con horario (morfina), heparina de bajo peso molecular, esta irritable, desesperado pide un cigarro, se aplica parche de nicotina, se le explica que no debe fumar y porque, efectos secundarios que esta viviendo, al igual que su alimentación, exige medicamentos para dormir, se explica que no es posible por que se deprime del SNC y se tendrá que intubar, se le realiza eco doppler (hiposinesia del VI), no se le moviliza, se deje en fowler estricto, personalidad muy difícil.</p>

Enf. Esp. Ma. Susana Dominguez Sandoval.

## ANECDOTARIO

UNAM

E N E O

FECHA:23-08-00 HORA: de 7 am a 15 p.m.	OBSERVACIONES
	<p>Sr. Cohen cursa su tercer día de hospitalización Post. Infarto extenso, con mejoría hemodinámica y respiratoria, el Bipap se retira por la mañana y se le deja puntas y face mask, lo hace bien, previa y post. gasometría. Muy inquieto y ansioso por un cigarro, se le da baño de esponja, presenta evacuación normal, se inicia dieta de 1500 calorías, pide comida kosher por su patrón cultural, pide un rabino y orar, presenta angor al comer y disnea, se toma ECG de control. Se explica sobre su condición de salud como debe moverse el porque de tanto cuidado.</p> <p>Aun no se da cuenta de la gravedad de su problema o no lo acepta. El Bipap solo lo usara por la noche.</p>

Enf. Esp. Ma. Susana Domínguez Sandoval

## ANECDOTARIO

U N A M

E N E O

<b>FECHA:24-08-00</b> <b>HORA de 7 am a 15</b> <b>p.m.</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
	Sr. Cohen cursa su 4to día de hospitalización en la UTI, se recibe con el Bipap, en cama inquieto, a las 8hrs am, se le retira y se pone O2 por puntas nasales y face mask, disminuye un poco su ansiedad, se le habla a su familiar para que coopere es su restablecimiento, tolera mejor la comida, hay menos disnea, se le baña aun en cama y se le baja a reposet, mas tarde se retira el swan y se deja el introductor, continua con el apoyo de vasodilatadores de ionotropicos y su heparina de bajo peso molecular, se explica su padecimiento y los factores riesgo y porque, ya aceptan más las cosas, esta consiente de su peligro. Ala auscultación ya no hay tantos estertores, su medico tratante pide se pase u UCI, con su esposa se hable para explicarle su participación estando con el todo el tiempo en la habitación, cursa el turno estable hemodinámicamente.

Enf. Esp. Ma. Susana Domínguez Sandoval

## ANECDOTARIO

UNAM

E N E O

<b>FECHA: 25-08-00</b> <b>HORA: de 7 am a 15</b> <b>p.m.</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
	Sr. Cohen cursando su 5to día de internamiento, esta ya en una habitación de terapia intermedia, por la noche solo uso 4hrs el bipap, el resto del día solo con puntas nasales, conservando buen intercambio gaseoso, ya se le baña en regadera pero con asistencia de enfermería y estar en reposet la mayor parte del día, no presenta disnea al comer, esta más interesado sobre como puede dejar de fumar, el control de paso, más tranquilo, continua con sus parches de nicotina, evacua normal no hay presencia de arritmias.

Enf. Esp. Ma. Susana Domínguez Sandoval



## *2.5 EVALUACIÓN*

En este caso la fuente de dificultad estuvo relacionada con la falta de fuerza y la falta de voluntad, alcanzándose un importante grado de independencia.

Se estabilizó su problema en la salud y su tratamiento definitivo lo realizó en el extranjero.

La aplicación del proceso enfermero, facilitó la toma de decisiones, la organización la sistematización y la actuación de enfermería., todo a través del proceso crítico e inductivo.

Se trabajó bastante con el cliente, logrando al final la aceptación y encontrando un sentido importante para vivir.

## **CONCLUSIONES**

De acuerdo a los datos obtenidos en la valoración, se encontró que, un porcentaje importante de grado de dependencia, es independiente y parcialmente dependiente. Por lo tanto el rol de enfermería es de "ayuda" y de "suplencia", recordando que de acuerdo al concepto de Virginia Henderson la independencia, es la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales; en este sentido busca y trata de lograr la independencia y la satisfacción de sus necesidades, cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas que son: falta de fuerza, falta de voluntad y falta de conocimiento.

En este caso la fuente de dificultad estuvo relacionada con la falta de fuerza y la falta de voluntad, por lo tanto, los problemas que se identificaron en las cuales el cliente no es capaz de satisfacer sus necesidades son:

Oxigenación

Ansiedad

Necesidad de nutrición, descanso y sueño, actividades recreativas

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Necesidad de prevención de peligros

Las necesidades detectadas se abordaron de acuerdo al cliente y su familia con un enfoque educativo y estructurado, con resultados favorables apoyados en base al diagnóstico oportuno.

La labor de la enfermera se sustenta en un amplio y profundo conocimiento y en la experiencia necesaria para tratar la gran variedad de enfermedades, lo cual le permite constituirse en un eslabón importante para mantener una atención continua de alta calidad.

La voluntad de mejorar es legítima y los esfuerzos por lograrlo serán mas productivos si se sustenta en conocimientos sólidos y amplia experiencia.

### ***SUGERENCIAS***

Para obtener un ideal de enfermería, es necesario acabar con tradiciones inoperantes, ampliar e implementar el proceso de atención de enfermería, en especial en nuestro medio, adecuado a los recursos existentes.

Comprender la función esencial del personal de enfermería y buscar en función de ello las motivaciones necesarias.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Beare. Myers. enfermería Principios y Practicas Fundamentales en el Cuidado del Adulto. Edit. Panamericana Tomo I. México. P. 31-35.

Du gas, Beverly Witter. 1979. Tratado de enfermería Practica. Edit. Interamericana. 3era. Edición. México D.F.

Fernández Ferrin, Carmen, et, al., 1995. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de enfermería. Edit. Masson-Salvat. Barcelona.

Jamieson. Sewall. Suhrie Maza Brito. 1968. Historia de la enfermería. Edit. Interamericana. 6TA. Edición. México D.F.

Luis Rodrigo, Ma. Teresa. 1998. Diagnósticos Enfermeros. Edit. Harcourt Brace, 3era Edición. Madrid España.

Marriner- Tomey. 1994. Modelos y Teorías en enfermería. Edit. Mosby/Doyma Libros. 3era. Edición. Madrid España.

Kozier. G. ERB. K. Blais. 1995. Conceptos y Temas en la Practica de enfermería. Edit. Interamericana. 2da. Edición. México.

Kozier,..., en Marco Conceptual y Teorías de enfermería, en, op. Cit, pp 62 y 68

R.L. Wesly. 1997. Teorías y Modelos de enfermería. Edit. Interamericana. 2da. Edición. México D.F.

P. Vilagrasa y M. Peña. 1986. Cuidados Intensivos en enfermería. Edit. Grabasa. Barcelona España

Urden, Lough Stacy. 1998. Cuidados Intensivos en enfermería. Edit. Harcourt Brace, 2da. Edición. Madrid España.

## **ANEXOS**

## FORMATO DE VALORACIÓN HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_ Fuente de información: \_\_\_\_\_

Fiabilidad: (1/4) \_\_\_\_\_ Miembro de la familia/persona significativa: \_\_\_\_\_

### VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidades básicas de: oxigenación nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

#### A) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: \_\_\_\_\_ Tos productiva/seca \_\_\_\_\_ Dolor asociado con la respiración \_\_\_\_\_ Fumador \_\_\_\_\_ Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día / varia la cantidad según su estado emocional \_\_\_\_\_

Objetivo:

Registro de signos vitales y características \_\_\_\_\_

Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: \_\_\_\_\_

Circulación del retono venoso: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Aspecto de los dientes y encías:

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización-

Dieta habitual (tipo): \_\_\_\_\_ Numero de comidas diarias \_\_\_\_\_

Trastornos digestivos: \_\_\_\_\_

Intolerancia digestiva/alergias: \_\_\_\_\_

Problemas de la masticación y deglución: \_\_\_\_\_

Patrón de ejercicio: \_\_\_\_\_

Objetivo :

Turgencia de la piel: \_\_\_\_\_

Membranas mucosa hidratadas /secas: \_\_\_\_\_

Características de unas/cabello: \_\_\_\_\_

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: \_\_\_\_\_

Aspecto de los dientes y encías: \_\_\_\_\_

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

c) eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: \_\_\_\_\_ características de las heces,  
orina y menstruación: \_\_\_\_\_

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: \_\_\_\_\_

Uso de laxantes: \_\_\_\_\_ Hemorroides: \_\_\_\_\_

Dolor al defecar/orinar/menstruar: \_\_\_\_\_

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objetivo:

Abdomen/características: \_\_\_\_\_

Ruidos intestinales: \_\_\_\_\_

Palpación de la vejiga urinaria: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

#### d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptación a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_

Ejercicio/tipo y frecuencia: \_\_\_\_\_

Temperatura ambiental que le es agradable: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Características de la piel: \_\_\_\_\_

Transpiración: \_\_\_\_\_

Condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_

Otros : \_\_\_\_\_

2.- Necesidades básicas de- mover y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel

#### a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo



Capacidad física cotidiana: \_\_\_\_\_  
Actividades en el tiempo libre: \_\_\_\_\_

Hábitos de descanso: \_\_\_\_\_  
Hábitos de trabajo: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado del sistema muscular esquelético/fuerza: \_\_\_\_\_  
Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: \_\_\_\_\_  
Posturas: \_\_\_\_\_  
Ayuda para la de ambulación: \_\_\_\_\_  
Dolor con el movimiento: \_\_\_\_\_  
Presencia de temblores: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_  
Estado emocional: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Descanso y sueño:

Subjetivo:

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: \_\_\_\_\_  
Horas de descanso: \_\_\_\_\_ Horas de sueño: \_\_\_\_\_  
Siestas: \_\_\_\_\_ Ayudas: \_\_\_\_\_  
¿Padece insomnio? \_\_\_\_\_  
A que considera que se deba: \_\_\_\_\_  
¿Se siente cansado al levantarse? \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje \_\_\_\_\_  
Ojeras: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_ Bostezos: \_\_\_\_\_ Concentración \_\_\_\_\_  
Apatía: \_\_\_\_\_ Cefaleas: \_\_\_\_\_  
Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

¿Influye su estado de animo para la elección de sus prendas de vestir? \_\_\_\_\_

¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir? \_\_\_\_\_

¿ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? \_\_\_\_\_

¿ Necesita ayuda para la selección de su vestuario? \_\_\_\_\_

Objetivo

Viste de acuerdo a su edad: \_\_\_\_\_

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_

Vestido incompleto: \_\_\_\_\_ Sucio: \_\_\_\_\_ Inadecuado: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

e) Necesidad de higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: \_\_\_\_\_

Momento preferido para el baño: \_\_\_\_\_

Cuántas veces se lava los dientes al día: \_\_\_\_\_

Aseo de manos antes y después de comer: \_\_\_\_\_ Después de eliminar \_\_\_\_\_

¿ Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos de higiénicos: \_\_\_\_\_

Objetivo

Aspecto general: \_\_\_\_\_

Olor corporal: \_\_\_\_\_

Halitosis: \_\_\_\_\_

Estado del cuero cabelludo: \_\_\_\_\_

Lesiones dérmicas, qué tipo: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

d) Necesidades de evitar peligros

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: \_\_\_\_\_

Como reacciona ante una circunstancia de urgencia: \_\_\_\_\_

¿ Conoce las medidas de prevención de accidentes?

En el hogar: \_\_\_\_\_

En el trabajo: \_\_\_\_\_

¿ Realiza controles periódicos de salud recomendados?

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida:

Objetivo:

Deformidades congénitas: \_\_\_\_\_

Condiciones del ambiente en su hogar: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidades de comunicarse:

Subjetivo:

Estado civil: \_\_\_\_\_ Años de relación: \_\_\_\_\_ Vive con: \_\_\_\_\_

Preocupaciones/estrés: \_\_\_\_\_ Familiares: \_\_\_\_\_

Otras personas que puedan ayudar: \_\_\_\_\_

Rol en la estructura familiar: \_\_\_\_\_

Comunica sus problemas debido a la enfermedad/estado: \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo pasa sola: \_\_\_\_\_

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objetivo:

Habla claro: \_\_\_\_\_ Confusa: \_\_\_\_\_

Dificultad de visión: \_\_\_\_\_ Audición: \_\_\_\_\_

Comunicación verbal no verbal con la familia/con otras personas significativas: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Necesidades de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencias religiosas: \_\_\_\_\_

¿ Su creencia religiosa le genera conflictos personales? \_\_\_\_\_

Principales valores en su familia: \_\_\_\_\_

¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): \_\_\_\_\_

¿ Permite el contacto físico?: \_\_\_\_\_

¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿ Trabaja actualmente?: \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_  
Riesgos: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo dedica a su trabajo: \_\_\_\_\_

¿ Esta satisfecho con su trabajo?: \_\_\_\_\_

¿ Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?: \_\_\_\_\_

¿ Esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado emocional/calmado/lansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Necesidades de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: \_\_\_\_\_

¿ Existen recursos en su comodidad para la recreación?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿ Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: \_\_\_\_\_

¿ Rechaza las actividades recreativas?: \_\_\_\_\_

¿ Su estado de animo es apático/aburrido/participativo?: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Limitaciones cognitivas: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Preferencias: leer/escribir: \_\_\_\_\_

¿ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: \_\_\_\_\_

¿ Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo?: \_\_\_\_\_

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: \_\_\_\_\_

Órganos de los sentidos: \_\_\_\_\_

Estado emocional/ansiedad/dolor: \_\_\_\_\_

Memoria reciente: \_\_\_\_\_

Memoria remota: \_\_\_\_\_

Otras manifestaciones: \_\_\_\_\_

## CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnóstico de enfermería
1.- Oxigenación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
2.- Nutrición/ Hidratación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
3.- Eliminación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
4.- Moverse y mantener una buena postura	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
5.- Descanso y sueño	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
7.- Termorre- gulación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
8.- Higiene y protección de la piel	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____

9.- Evitar peligros I \_\_\_\_\_  
PD \_\_\_\_\_  
D \_\_\_\_\_

10.- Comunicarse I \_\_\_\_\_  
PD \_\_\_\_\_  
D \_\_\_\_\_

11.- Vivir según sus creencias I \_\_\_\_\_  
PD \_\_\_\_\_  
D \_\_\_\_\_

12.- Trabajar y realizarse I \_\_\_\_\_  
PD \_\_\_\_\_  
D \_\_\_\_\_

13.- Jugar y participar en actividades recreativas I \_\_\_\_\_  
PD \_\_\_\_\_  
D \_\_\_\_\_

14.- Aprendizaje I \_\_\_\_\_  
PD \_\_\_\_\_  
D \_\_\_\_\_

\*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente



## FORMATO DE VALORACIÓN

### HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

Nombre: Samuel Cohen      Edad:48 a. Peso: 120kg Talla: 1,85cm

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M Ocupación: Empresario

Escolaridad: Universidad      Fecha de admisión:21/08/00      Hora: 9 am.

Procedencia: Urgencias      Fuente de información: Interrogación, Exp.

Fiabilidad:(114) 4 Miembro de la familia/persona significativa Esposa

#### VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

##### A) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: Edema A. P. Tos productiva/seca Productiva. Dolor asociado con la respiración por congestión y angina Fumador Si Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día 1 varia la cantidad según su estado emocional hace 30 años 2 cajetillas por día.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: 80/40 T/A, 135 FC x', Sat. De 02 70%, 35 C temperatura, presencia de extrasístoles ventriculares.

Bigeminismo y trigeminismo.

Tos productiva/seca: Productiva Estado de conciencia: Conciente Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: Cianosis peribucal Circulación del retorno venoso, . esta disminuido, piel fría y marmórea

Otros: diaforética, disneico, intranquilo y agitado.

---

b) Nutrición e hidratación Subjetivo

---

Dieta habitual ( tipo): Sin restricciones Numero de comidas diarias 3  
Trastornos digestivos: Colitis, diarrea o constipación instestinal  
Intolerancia digestiva/alergias: Alérgico a las ostiones  
Problemas de la masticación y deglución: Ninguno  
Patrón de ejercicio: Vida sedentaria  
Consumo comida kosher solo cuando se siente enfermo.

Objetivo:

Turgencia de la piel: Muy húmeda y fría  
Membranas mucosa hidratadas/secas: Mucosa oral seca  
Características de unas/cabello: sin problema  
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Sin problema, solo un poco disminuido por su cuadro agudo.  
Aspecto de los dientes y encías: Sin problema  
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Hda. En flanco derecho pélvico. Por apendicetomía hace 40 años.  
Otros: Consumo elevado de café, té, alcoholismo y comidas copiosas por compromisos sociales, no sabe decir no.

c) eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Irregulares características de las heces, orina y menstruación: La diuresis es menor a 30 ml. por hr.  
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: IVU hace 5 años  
Uso de laxantes: rara vez Hemorroides: No  
Dolor al defecar/orinar/menstruar: No  
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: \_\_\_\_\_  
El estrés le causa en ocasiones estreñimiento o diarrea y tiene que fumar mas, siempre esta ansioso.

Objetivo:

Abdomen/características- Abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, blando no doloroso.

Ruidos intestinales: Ligeramente aumentados

Palpación de la vejiga urinaria: No se palpa

Otros: Los genitales son pequeños tiene retracción del pene

#### d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptación a los cambios de temperatura: No son valoradas por la emergencia.

Ejercicio/tipo y frecuencia: No realiza ninguno

Temperatura ambiental que le es agradable: Frío

Objetivo:

Características de la piel: Húmeda, fría y marmórea.

Transpiración: Excesiva

Condiciones del entorno físico: Muy estresante, está en la UTI, rodeado de monitores e integrantes del equipo de salud.

Otros: Está muy inquieto con marcada vasodilatación, piloerecton.

2.- Necesidades básicas de: mover y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

#### a) Moverse y mantener una buena postura:

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Camina poco, por lo regular está sentado

Actividades en el tiempo libre: toma una copa con sus amigos.

Hábitos de descanso: Sólo en la noche y con medicamentos.

Hábitos de trabajo: nunca falta a él, este como este.

Objetivo:

Estado del sistema muscular esquelético/fuerza: disminuida

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: tono disminuido y temblor en manos.

Posturas: bien sentado

Ayuda para la deambulaci3n: esta en fowler.

Dolor con el movimiento: en t3rax y disneico.

Presencia de temblores: manos Estado de conciencia: consiente

Estado emocional: irritable, con ansiedad, dice que va a morir.

Otros: pide y exige un cigarro, dice que para sentirse mejor.

b) Descanso y sue1o:

Subjetivo

Horario de descanso: por la noche Horario de sue1o: 12 pm

Horas de descanso: 5 a 7'hrs. Horas de sue1o: 5 a 4 hrs.

Siestas: No Ayudas: ansiol3ticos y sedantes.

¿Padece insomnio? si

A que considera que se deba: al exceso de trabajo y compromisos

¿Se siente descansado al levantarse.? No

siempre esta agobiado, con prisa y sin tiempo.

Objetivo:

Estado mental: Ansiedad/estr3s/lenguaje: ansioso e irritable

Ojeras: Si Atenci3n: disminuido Bostezos: no

Concentraci3n: m3nima Apat3a: a dejar de fumar Cefaleas: si por hipertensi3n no controlada Respuesta a est3mulos: normales

Otros: se sabe hipertenso pero no sigue el tratamiento m3dico y continuamente tiene cefalea.

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

¿Influye su estado de animo para la elecci3n de sus prendas de vestir?

Si un poco en el color, tiene un gusto muy exigente de vestir

¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir? No

¿ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustar3a? No

¿ Necesita ayuda para la selecci3n de su vestuario? No

Objetivo

Viste de acuerdo a su edad: si

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: completa  
Vestido incompleto: No Sucio: No Inadecuado: No  
Otros: por sus creencias religiosas (judío ortodoxo), los viernes no se baña ni los sábados, no toca nada eléctrico, usa un cinturón en la cintura para orar con el fin de separar el bien del mal

e) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: a diario menos viernes y sábado  
Momento preferido para el baño: por las mañanas  
Cuántas veces se lava los dientes al día: después de cada alimento  
Aseo de manos antes y después de comer: Si  
Después de eliminar: si  
¿ Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos de higiénicos? Si los días de guardar

Objetivo

Aspecto general: limpio  
Olor corporal: No  
Halitosis: discreta  
Estado del cuero cabelludo: Limpio  
Lesiones dérmicas qué tipo: No  
Otros: \_\_\_\_\_

d) Necesidades de evitar peligros

Subjetivo:

¿Que miembros componen su familia de pertenencia?: esposa e hijos  
Como reacciona ante una circunstancia de urgencia: es agresivo  
¿ Conoce las medidas de prevención de accidentes? si

En el hogar: Si  
En el trabajo: Si

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? No  
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: tomando una  
copa y fumando, toma ansiolíticos, es comedor compulsivo.

Objetivo:

Deformidades congénitas- No  
Condiciones del ambiente en su hogar: excelentes (residencia)  
Trabajo: oficina con todas las comodidades  
Otros: pertenece a un nivel socioeconómico alta es dueño de una  
empresa.

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y  
valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades  
recreativas o de aprendizaje

a) Necesidades de comunicarse:

Subjetivo:

Estado civil: casado Años de relación: 30 a. Vive con: esposa

Preocupaciones/estrés: si de su trabajo Familiares: esta al pendiente  
Otras personas que puedan ayudar: sus hijos  
Rol en la estructura familiar: existe el patriarcado  
Comunica sus problemas debido a la enfermedad/estado: No

Cuanto tiempo pasa solo: nunca esta solo  
Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: \_\_\_\_\_  
Todo el tiempo como dueño de la empresa que es

Objetivo:

Habla claro: Si Confusa: No  
Dificultad de visión: No Audición: correcta  
Comunicación verbal no verbal con la familia con otras personas  
significativas: Si, pero en este momento esta en la UTI

Otros: no permite que lo toque por dice que soy mujer y las mujeres son impuras (judío ortodoxo), las mujeres las consideran impuras por que menstrúan.

b) Necesidades de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencias religiosas: judío ortodoxo

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? en ocasiones

Principales valores en su familia: la propia familia

¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?:

no, por que solo cuando le conviene acata las reglas, los viernes tienen relaciones sexuales.

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir ( grupo social religioso): el siempre usa cinturón

---

¿ Permite el contacto físico?: los viernes y sábados no

¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?

Si, un libro pequeño, una canasta con pan y vino de uva

Otros: algo redondo que le cubre la cabeza

b) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿ Trabaja actualmente?: Si Tipo de trabajo: gerente general

Riesgos: mucho estrés Cuanto tiempo dedica a su trabajo: todo el día

¿ Esta satisfecho con su trabajo?. Si ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?:

si

---

¿ Esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega?: si

Objetivo:

Estado

emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: esta angustiado, irritable, ansioso e inquieto

Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Necesidades de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: fumar y tomar una copa con amigos

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: Si

¿ Existen recursos en su comodidad para la recreación?: Si, es accionista principal de un club deportivo

¿ Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: esta completo

¿ Rechaza las actividades recreativas?: Si

¿ Su estado de animo es apático/aburrido/participativo?: Es apático

Otros: para el lo divertido y relajante es tomar una copa de buen vino

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: universitario

Problemas de aprendizaje: ninguno

Limitaciones cognitivas: No Tipo: No

Preferencias-. Leer/escribir: leer



¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?

Si

¿ Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo?: si

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: \_\_\_\_\_  
en este momento no es valorable

Otros: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: esta alterado

Órganos de los sentidos: completos

Estado emocional/ansiedad/dolor: con dolor, disneico, ansioso

Memoria reciente: Si

Memoria remota: \_\_\_\_\_

Otras manifestaciones: pide con ansiedad un cigarro

**CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA**

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnóstico de enfermería
1.- Oxigenación	I _____ PD <u>  X  </u> D _____	Deterioro del intercambio gaseoso debido a un patrón respiratorio ineficaz.
2.- Nutrición/ Hidratación	I _____ PD <u>  X  </u> D _____	Mala nutrición debido a la falta de voluntad para mejorarla
3.- Eliminación	I <u>  X  </u> _____ PD _____ D _____	No necesita ayuda es independiente
4.- Moverse y mantener una buena postura	I <u>  X  </u> _____ PD _____ D _____	No requiere ayuda es independiente
5.- Descanso y sueño	I _____ PD _____ D <u>  X  </u> _____	Insomnio debido a una alteración en el patrón del sueño
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	I <u>  X  </u> _____ PD _____ D _____	No necesita ayuda es independiente
7.- Termorregulación	I _____ PD <u>  X  </u> _____ D _____	Piel fría debido a una vasoconstricción periférica
8.- Higiene y protección de la piel	I <u>  X  </u> _____ PD _____ D _____	No necesita ayuda es independiente
9.- Evitar peligros	I _____ PD <u>  X  </u> _____ D _____	Manejo inefectivo de su régimen personal debido a su falta de voluntad y fuerza
10.- Comunicarse	I <u>  X  </u> _____ PD _____ D _____	No necesita ayuda es independiente
11.- Vivir según sus creencias	I <u>  X  </u> _____ PD _____ D _____	Es independiente
12.- Trabajar y realizarse	I <u>  X  </u> _____ PD _____ D _____	Es independiente
13.- Jugar y participar en actividades recreativas	I _____ PD <u>  X  </u> _____ D _____	Falta de interés por parte del cliente para realizar actividades recreativas debido a falta de voluntad para realizarlas
14.- Aprendizaje	I <u>  X  </u> _____ PD _____ D _____	Es independiente

\*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente

# INSTRUMENTO DE ANÁLISIS PARA LOS PROBLEMAS DETECTADOS

Cliente:

Fecha:

Necesidad:

CAUSA O CAUSAS QUE DIFICULTAN SU SATISFACCIÓN:

\*Fuerza de voluntad

Describir la situación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Falta de conocimientos

Describir la situación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Falta de fuerza

Describir la situación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIMENSIÓN QUE LA MODIFICA:

Biofisiológico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Socioculturales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Psicológicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Espiritual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ROL DE ENFERMERÍA:

Suplencia ----- Ayuda -----

## PLAN DE INTERVECCIONES DE ENFERMERÍA

Problema Detectado

Rol de Enfermería

Dx. de Enfermería	Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Fundamento	Observaciones