



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



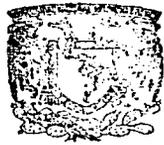
**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UNA PACIENTE PREESCOLAR POST OPERADA DE
CORRECCIÓN TOTAL DE TETRALOGÍA DE FALLOT**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

**LEAL SOLIS PATRICIA ANGÉLICA
No. CTA. 9854781-4**

DIRECTORA DEL TRABAJO



LIC. ENF. CAROLINA SOLIS GUZMÁN Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

OCTUBRE, 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADESIMIENTOS:

A mi madre:

Por su confianza, motivación y apoyo que siempre me demostró para seguir adelante, esto es una muestra de mi agradecimiento por todo lo que ella me brindó.

A mi tía:

Por que siempre ha estado cuando más la necesito, porque nunca dejo de confiar en mí, esto es una muestra de mi gran agradecimiento para con ella.

A la vida y a Dios:

Por dejarme llegar hasta este momento.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo *recepional*.

NOMBRE: Leal Salis *recepional*

Angelica

FECHA: 12/11/07

FIRMA: *[Signature]*

INDICE

	PAG.
Introducción	1
Objetivos	2
Metodología	3
1. Marco Teórico	4
1.1 Proceso Atención de Enfermería	5
1.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	6
1.3 Modelo de Virginia Henderson.....	16
1.4 Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson.....	19
2. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería.....	21
2.1 Presentación del caso clínico.....	22
2.2 Valoración de las 14 necesidades	23
2.3 Diagnóstico de enfermería en las 14 necesidades.....	26
2.4 Planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería en las 14 necesidades.....	32
3. Plan de alta Hospitalaria.....	65
Conclusiones	69
Bibliografía	71
Anexos	73

INTRODUCCIÓN

El presente Proceso Atención de Enfermería fue realizado en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" de la Secretaría de Salud en el servicio de Cardio Pediatría en el área de escolares 6° piso.

Este proceso se integro de forma individual, sistematizado, organizado y con la fundamentación científica de los cuidados de enfermería que se le deben proporcionar al individuo de acuerdo con sus necesidades básicas, basado en el modelo de Virginia Henderson.

A través del Proceso de Atención de Enfermería se da a conocer de manera integral la información para poder estudiar el caso de una forma física, psíquica, social y psicosomática para poder tener una tendencia holística y brindar atención de enfermería de calidad.

El presente proceso fue aplicado paso a paso, iniciando por la presentación del caso clínico, la valoración de enfermería y las 14 necesidades básicas, apegadas al modelo de Virginia Henderson, así mismo se presenta la conclusión diagnóstica de enfermería, el plan de cuidados hospitalario, apoyados en el método científico que permite evitar omisiones y duplicidad en los cuidados cuya finalidad es brindar una atención de calidad y no de cantidad a cada ser humano en estado de salud o de enfermedad, de una manera holística para poder ayudar a que recobre su independencia de una forma favorable y satisfactoria.

En otro apartado se presentan las conclusiones a las cuales llegue al elaborar en este proceso, así como la bibliografía utilizada y los anexos que apoyan este trabajo.

OBJETIVOS

- 1. Aplicar los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en la etapa de formación académica, para brindar cuidados de enfermería integrales y progresivos a la paciente.**
- 2. Integrar los conocimientos científicos relativos a los cuidados pos operatorios que se deben proporcionar en el caso de una corrección total de Tetralogía de Fallot.**
- 3. Brindar atención de calidad al pacientes con cardiopatía congénita ya sean cianógeno o acianógeno.**
- 4. Contar con un trabajo académico, en este caso el Proceso Atención de Enfermería, para poder sustentar el examen profesional y obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.**

METODOLOGÍA

Este Proceso Atención de Enfermería se le aplicó a la paciente M.R. con diagnóstico médico de Tetralogía de Fallot, que se encontraba en la cama 635 del 6° piso correspondiente al servicio de cardio pediatría del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, durante la realización de mi Servicio Social.

Se realizo en un lapso de 40 días hábiles durante los meses de abril a junio del 2002 con un horario de 7:00 a.m. a 15:00 p.m. haciéndome cargo por completo de todos los cuidados de enfermería que requería la paciente en el periodo preoperatorio y postoperatorio.

Para poder llevar a cabo la recopilación de los datos se utilizaron fuentes primarias como la observación, el interrogatorio y la exploración física, apoyados en el modelo de Virginia Henderson.

Las fuentes secundarias fueron a través de la información obtenida por medio del expediente clínico y de textos bibliográficos.

1. MARCO TEORICO

1.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un sistema de planeación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cuatro pasos:¹

- 1. Valoración**
- 2. Planeación**
- 3. Ejecución**
- 4. Evaluación**

Cuando se emplea como instrumento en la práctica de enfermería, el proceso puede ayudar a asegurar la calidad en los cuidados del paciente. Así como un plan para reducir los problemas de salud, al utilizarse como guía para proporcionar cuidados a un paciente en particular.²

La enfermera utiliza el proceso de atención de enfermería para planear cuidados y asegurar un control consistente y responsable de los problemas del paciente. El beneficio primario al utilizar el proceso es mejorar la atención al paciente con el cual se obtendrá.

Confianza, satisfacción en el trabajo, crecimiento profesional y ayuda para la asignación de pacientes al personal

El Proceso Atención de Enfermería tiene ventajas para el paciente ya que le permite tener una mayor participación en su propio cuidado. Si los pacientes pueden ayudar a formular sus propios planes con la enfermera, estos adquieren un sentimiento de habilidad propio en la solución de sus problemas y les permite la continuidad en la atención. Al repetir la

¹ Atkinson Leslie. Proceso atención de Enfermería, pag 2

² Ibidem, pag 4

misma información a cada enfermera encargada de la atención, se reduce de manera importante la deficiencia en los cuidados. Mejora la calidad de la atención, ya que la evaluación y revaloración aseguran un nivel de atención a través del cual se puede lograr satisfacer las necesidades de cada individuo.

El uso del proceso atención de enfermería da por resultado, un plan que describe las necesidades y los cuidados para cada paciente.

1.2 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Las etapas del proceso atención de enfermería son:

1.2.1 VALORACIÓN

La valoración es el paso inicial del proceso de atención de enfermería y tal vez el más importante, ya que todo el plan de atención se elabora con la información obtenida en esta fase durante el proceso de valoración se realiza la recolección de datos el cual permite la formulación del diagnóstico de enfermería.³

Recolección de datos:

A través de la recolección de datos la enfermera comienza a planear la atención para un paciente en particular. Estas actividades se inician en el momento de la admisión del paciente y continúan en cada fase del proceso.⁴

³ Atkinson Leslie, Proceso de Enfermería, pag. 9

⁴ Ibidem pag. 9

Existen fuentes de datos disponibles para la enfermera: estas incluyen al paciente como fuente primaria, el expediente clínico, la familia o cualquier otra persona que de atención al paciente

La observación, interrogatorio y examen físico son los tres métodos para la recolección de datos.

Observación:

La observación se utiliza para recolectar datos del paciente, todas las observaciones de enfermería deben brindar datos objetivos (aquellos datos exactos observados por la enfermera). La enfermera describe los signos y la conducta observados, sin hacer conclusiones o interpretaciones. La labor durante la fase de recolección de datos, es sólo observar, recolectar y registrar los datos. Los datos subjetivos se registran mejor como notas directas, con la información original del paciente.

La enfermera comienza la fase de recolección de datos por medio de la observación, continúa a través de la relación enfermera-paciente. La cual es una habilidad de alto nivel de la enfermera, que requiere de mucha práctica.

Interrogatorio:

Así como la fase de observación, el interrogatorio de enfermería también es durante la relación enfermera-paciente. La entrevista puede ser formal o informal. Un interrogatorio formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El propósito de la entrevista es ayudar a la enfermera a obtener información que le sirva en la planeación de la atención

El interrogatorio formal de enfermería no intenta ser un tratamiento por sí mismo, es más bien un formato organizado para la recolección de datos. Sin embargo, el paciente necesita expresar sus sentimientos, la entrevista de enfermería le da esta oportunidad.

El aspecto informal del interrogatorio es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. Esta relación se desarrolla mientras la enfermera brinda atención física y con frecuencia permite al paciente expresar sus sentimientos y problemas.⁵

Examen Físico:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Antes de iniciarlo, la enfermera debe establecer una relación con el paciente. También debe proceder el examen con una presentación e identificación de sí misma. Debe explicar al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. Deben tomarse las medidas para asegurar la privacidad del paciente. Enseguida, la enfermera puede examinar al paciente completando los datos como temperatura, pulso y respiraciones, tensión arterial, ruidos torácicos y cardiacos, problemas en la piel, debe presentarse particular atención a cualquier molestia física que el paciente mencione. Para obtener estos datos, se puede utilizar el sistema céfalo caudal, o tal vez un examen por sistemas.

1.2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El paso final del proceso de valoración es la formulación del diagnóstico de Enfermería, la interpretación de los datos y la determinación del diagnóstico forman parte del análisis,

⁵ Atkinson Leslie, Proceso atención de enfermería, pag. 12

al igual que el establecimiento de prioridades y la selección de los objetivos de atención al paciente.⁶

La definición de diagnósticos de enfermería aprobada en la novena conferencia de la NANDA es la siguiente:

Un diagnóstico de enfermería es el juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud, procesos vitales actuales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consignan los resultados de los que es responsable la enfermera (Masón, 1992)

Es un JUICIO del problema real o en potencia del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolver o disminuirlo. El problema que se expresa puede ser tanto real como potencial.

Los diagnósticos de enfermería se describen en dos formas:

1. Como respuesta humana. Entendida cómo la respuesta de las personas a problemas de salud o cambios vitales.
2. Los diagnósticos enfermeros son problemas que las enfermeras deben identificar y tratar independientemente (Alfaro-Lefevre, 1997).

Existen dos sistemas de estructuración de los diagnósticos de enfermería.

Uno de ellos es el formato "PES" en el cual se considera el problema, la etiología y los síntomas que presenta el paciente.

⁶ Ibid, pag. 15

La otra forma de estructurar el diagnóstico es por medio de la taxonomía de la NANDA en donde se etiqueta el diagnóstico de acuerdo con los factores de riesgo y las características definitorias que caracterizan el problema o necesidad del paciente.

Tipos de Diagnósticos:

Un diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual (aquí y ahora): es un juicio sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de vida. Son respuestas humanas existentes, como resultado de una situación de salud, expresados como una deficiencia, respuesta ineficaz o un agente estresante.

Un problema en potencia se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Al identificar el problema en potencia, la enfermera puede prevenir el problema o disminuir sus consecuencias.

Diagnóstico de enfermería potencial: es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad para desarrollar un problema. Es una declaración de la situación de salud del paciente, que tiene un alto riesgo de suceder o que son muy probables de que ocurran.

Diagnóstico de enfermería de bienestar o fortaleza; es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado. Es una situación de salud que puede manifestarse en forma pasiva.

Al considerar un diagnóstico tentativo, la enfermera se asegura de continuar la recolección de datos importantes. Con un incremento de los datos de base, la enfermera puede establecer con firmeza el diagnóstico de enfermería de presunción como válido o eliminar el diagnóstico como no válido para el paciente en particular.

El diagnóstico de enfermería debe de ser claro, conciso y específico de cada paciente.

1.2.3 PLANEACIÓN

Después de recolectar los datos del paciente, organizarlos y elaborar algunos diagnósticos de enfermería, se puede dar inicio a la fase de planeación.⁷

Existen tres pasos en la fase de planeación:

- 1. Establecer prioridades**
- 2. Identificar objetivos**
- 3. Planear las acciones de enfermería**

1.2.3.1 Establecimiento de las Prioridades

Es el paso en el cual la enfermera y el paciente determinan el orden en que los problemas de éste deben resolverse.⁸

El establecimiento de prioridades sirve para ordenar la distribución en la atención de enfermería, de tal manera que los problemas más importantes se consideran antes que los menores.

La jerarquía de las necesidades básicas de Henderson puede orientar hacia la solución de necesidad principal.

⁷ Atkinson Leslie. Proceso Atención de Enfermería. pag. 29

⁸ Ibidem. pag. 30

1.2.3.2 Identificación de Objetivos

Los objetivos de enfermería son el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.⁹

Enunciar un objetivo es necesario en primer lugar, para permitir conocer específicamente lo que se desea lograr.

Existen dos categorías generales de objetivos: a corto y a largo plazo.

- Los objetivos a corto plazo son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días.
- Los objetivos a largo plazo son los resultados que requieren de un tiempo largo.

Existen dos tipos:

- El primer tipo abarca un periodo prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería que median directamente entre el objetivo y su logro.
- El segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Las sugerencias que a continuación se citan pueden ser útiles para fijar los objetivos en los diagnósticos enfermeros.

- * El objetivo establecido debe enfocarse hacia el comportamiento del paciente con el cual demuestre reducción o alivio del problema identificado en el diagnóstico de enfermería.

⁹ Atkinson Leslie. Proceso Atención de Enfermería. pag. 32

- El objetivo debe ser realista tomando en cuenta las capacidades del paciente en el transcurso de tiempo determinado para dicho objetivo.
- El objetivo debe ser congruente y dar apoyo a otras terapias. Esto significa que los objetivos no deben contradecir o interferir con el trabajo de otros profesionales al cuidado del paciente.
- Cada vez que sea posible, el objetivo debe ser importante y valioso tanto para el paciente, como para las enfermeras y el médico.
- Para la elaboración de objetivos, empezar con aquellos a corto plazo.

Normas Generales para la Descripción de Objetivos:

- Cuando sea posible, escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse. Tratar de evitar palabras como bueno, normal, adecuado y mejoría.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería.

Si el objetivo es para alcanzar en cuestión de horas, puede anotarse tiempo en lugar de fechas.

Formula para describir objetivos:

Sujeto + verbo + criterio de realización + condiciones

Enunciado del Objetivo:

Sujeto: el paciente

Verbo: la acción del sujeto

Criterio de realización: el grado con el cual el paciente realiza cierta conducta.

Condición: las circunstancias bajo las cuales ejecutaran la conducta.

1.2.3.3 Planeación de las Acciones de Enfermería

Las acciones de enfermería son aquellas actividades que la enfermera planea para ayudar al paciente a lograr un objetivo.¹⁰

La planeación de la atención de enfermería es una forma de identificar las acciones para el cuidado específico, en lo cual el personal tiene autoridad para iniciar la atención a un paciente en particular, en el momento que este lo requiera.

Estas acciones se registran en la forma del plan de atención del paciente, y se indican de manera precisa.

1.2. 4. EJECUCIÓN

La fase de ejecución consta de varias actividades: validación y redacción del plan, brindar atención de enfermería y continuar la evaluación para la recopilación de nuevos datos.¹¹

Validación del Plan de Atención

La validación del plan de atención no requiere tiempo, solo el suficiente para tener la opinión de otra enfermera.

A lo largo del proceso de ejecución la enfermera continua recolectando datos. Al cambiar las acciones del paciente, los datos de base cambian también y requieren de

¹⁰ Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. pag. 37

¹¹ Atkinson Leslie. Proceso Atención de Enfermería. pag. 73

revisión y actualización subsecuentes. La información que se obtiene, mientras se realiza la atención, puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado.

La enfermera es flexible, debe estar abierta a sugerencias y prioridades cambiantes del sujeto y sus familiares, pero está comprometida a ayudarlos a comprender la atención de enfermería a fin de promover la salud y reducir, eliminar o prevenir problemas.

1.2.5 EVALUACIÓN

LA EVALUACIÓN ES LA ÚLTIMA PARTE DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: existen dos partes en la evaluación: evaluación del logro del objetivo y revaloración del plan de atención.

El propósito de la enfermera es decir si el objetivo del plan de atención se logró. El objetivo se evalúa en el momento o en la fecha que se especificó en el plan.

La evaluación conlleva a cuatro actividades, las dos primeras son la documentación de la eficacia de estas.

Otra parte es la evaluación del cumplimiento del objetivo.

Existen dos partes en el enunciado de una evaluación: la conclusión de qué tan bien se logró el objetivo y los datos de la conducta del paciente que apoyan dicha conclusión.

La enfermera tiene tres alternativas cuando decide acerca de un objetivo:

- 1. Logrado**
- 2. Logrado en forma parcial**
- 3. No logrado**

1.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson ha proporcionado importantes bases para el avance de la enfermería. En 1897 comienza su carrera profesional en un contexto en que la demanda de cuidados enfermeros, tras una guerra mundial.¹²

Tras años de labor docente, asistencial e investigadora, Henderson da a conocer una de las definiciones más aproximada a la disciplina en enfermería.

Tal definición es aceptada por el Consejo Internacional de Enfermeras y otros organismos internacionales, como la Organización Internacional de Trabajo, la cual es considerada como universal.

Virginia Henderson es una teórica de la enfermería que construyó un modelo que lleva su nombre, sustentado en los antecedentes teóricos en Thorndike y Maslow de los cuales adopta las teorías de la motivación y de las necesidades.¹³

Ella definía a la enfermería como una serie de actividades funcionales cuya función principal es ayudar al individuo ya sea enfermo o sano a realizar actividades que contribuya a su salud o recuperación o en su defecto a una muerte tranquila.

Asimismo afirma que a medida que las necesidades del paciente van cambiando, también puede cambiar el concepto de enfermería: esto no quiere decir que la definición sea definitiva.

¹² Atkinson Leslie. Proceso Atención de Enfermería. pag. 73

¹³ Fernández Ferrín Carmen. Proceso Atención de Enfermería estudio de caso. pag. 16

De esta manera define a la salud como la capacidad de realizar sin ayuda, las 14 necesidades con el apoyo establecido por la enfermera.

En su teoría no da una definición de necesidades, sino que el individuo debe cumplir con ellas, en las que se sustenta la asistencia de enfermería.

- 1. Necesidad de oxigenación (respirar normalmente)**
- 2. Necesidad de alimentación (comer y beber de forma adecuada)**
- 3. Necesidad de eliminación (vaciar los desechos personales)**
- 4. Necesidad de moverse y mantener una adecuada postura**
- 5. Necesidad de descanso y sueño**
- 6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuada**
- 7. Necesidad de Termorregulación (temperatura del cuerpo en límites normales)**
- 8. Necesidad de higiene y protección de la piel (mantener higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel)**
- 9. Necesidad de evitar peligros (evitar peligros del entorno, y evitar el daño a los demás)**
- 10. Necesidad de comunicarse (comunicación con sus semejantes)**
- 11. Necesidad de vivir sus creencias y valores (actuar de acuerdo a su propia fe)**
- 12. Necesidad de trabajar y realizarse de manera que se tenga sensación de satisfacción de uno mismo**
- 13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas**
- 14. Necesidad de aprendizaje**

En la fase de valoración el personal de enfermería deberá repasar en el paciente los 14 componentes de la atención básica de enfermería, hasta haberlos contemplados todos.

Para recopilar todos los datos la enfermera debe observar, oler, sentir y escuchar, para poder llevar acabo esto, se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica independiente es decir:

- a) La enfermera como sustituto del paciente.**
- b) La enfermera como un auxiliar del paciente.**
- c) La enfermera como una compañera del paciente (ambos hacen un plan de asistencia para hacerlo totalmente independiente.)**

Durante los estados de convalecencia, la enfermera ayuda al paciente para que adquiera o recupere su independencia.

Henderson decía que la independencia es un termino relativo.

Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una "independencia sana, no una dependencia enferma".

Como compañeros la enfermera y el paciente forman juntos un plan de asistencia. Con independencia del diagnóstico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico, la posición social o cultura y la capacidad física e intelectual.

La enfermera debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estado patológicos que las alteran.

Henderson se dió cuenta de que la enfermedad es; "algo más que un estado patológico"... Y que las necesidades básicas no se satisfacen, en su mayoría en los hospitales..

1.4. CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1.4.1 Funciones primarias de enfermería

Henderson define que la función propia de la enfermera es “asistir al individuo sano o enfermo” en realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena).¹⁴

A partir de esta definición, se observan algunos conceptos del modelo de Henderson tales como:

- **Persona:** Necesidades básicas
- **Salud:** Independencia, dependencia, causa de la dificultad o problema.
- **Rol Profesional:** Cuidados básicos de enfermería, relación con el equipo de salud.
- **Entorno:** Factores ambientales, factores socioculturales

1.4.2 Salud:

A partir de la interrelación de las diferentes necesidades se puede determinar su grado de independencia, dependencia y la causa de la dificultad que deberá ser valorada para planificar las intervenciones de enfermería determinando si su dependencia es temporal o permanente.

- * **Independencia:** Se define como la capacidad de la persona para satisfacer por si mismo sus necesidades básicas.
- * **Dependencia:** Se considera de dos aspectos. 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 suceder que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para satisfacer dichas necesidades.

¹⁴ Fernández Ferrín, Carmen. El proceso de atención de enfermería Estudios de casos. pag. 321

- * **Causa de la dificultad o problema:** Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades: estas se agrupan en tres posibilidades: falta de fuerza, falta de conocimiento y falta de voluntad.

1.4.3 Rol Profesional

Los cuidados básicos se conceptualizan como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de funciones propias, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificando a la persona.

Debe existir un colaboración, reciproca entre la enfermera y el equipo de salud para poder llevar a cabo un plan de atención, con la finalidad de mejorar la salud del paciente.

1.4.4 Entorno

Al analizar el modelo de Henderson, se puede observar que menciona de manera implícita y de forma explícita, lo importante que resultan los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, factores ambientales) para valorar las necesidades y planificar los cuidados.¹⁵

¹⁵ Fernández Ferrin Carmen. El Proceso Atención de Enfermería Estudio de casos. pag. 53-54

2. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente preescolar de 5 años de edad, que ingresa el día 19 de abril del 2002 al servicio de CardioPediatria del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", para la valoración y diagnóstico de la enfermedad, se le practica a los dos días posteriores de ingreso, un cateterismo cardiaco derecho e izquierdo a través de arteria y vena femoral izquierda con sistema de >french, se llega a la conclusión que es portadora de una cardiopatía congénita cianógena del tipo tetralogía de fallot.

Posteriormente se decide, en una sesión médica quirúrgica que la paciente es candidata a cirugía, la cual es programada para el día 3 de mayo del 2002.

A su ingreso al servicio, posterior a la cirugía, la niña llega con drenajes pleurales en el lado derecho y el izquierdo, con drenaje retro esternal, con un catéter central por yugular izquierda permeable a infusiones de dopamina, dobutamina, milrrimona sol. glucosada al 5% , sol. hartman con albúmina para la reposición de gasto cardiaco perdido a través de los drenajes, durante su recuperación hay complicaciones, por medio de Rx de tórax se verifica que hay derrame pleural tanto derecho como izquierdo, las características del líquido son sero hemáticas, con el paso del tiempo se vuelve de consistencia salivosa o lechosa, se decide controlar con ayuno terapéutico, se inicia nutrición parenteral y administración de fármacos como es la somatostatina que sirve para regenerar la cavidad pleural.

Con el tiempo se restaura la cavidad pleural, se decide iniciar la vía oral con una dieta líquida sin ácidos, ni lácteos, ya tolerando esta dieta, se proporciona una dieta normal sin ácidos grasos de cadena media.

La niña se recupera favorablemente por lo cual se decide dar de alta.

2.2. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

Se trata de una paciente femenina de 5 años de edad, originaria del Estado de México, nacida el 11 de junio de 1997, con un peso de 14,400 Kg y una talla de 95 cm. Ingresa al hospital el día 19 de abril de 2002 a las 12:30 p.m.

La información se obtiene a través de interrogatorio directo a la madre, la valoración es la siguiente:

1. Necesidad de Oxigenación

La madre refiere que la niña no ha presentado datos de cianosis, posterior a la cirugía, pero presenta signos de esto en la región peribucal y lechos unguiales así como estertores en ambas bases bilaterales, de torax y tos productiva con secreciones blanquecinas.

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación

Su dieta habitual es de acuerdo a su edad, está basada en leche, carne, huevo, frutas y verduras acostumbra comer 3 veces al día en pocas cantidades.

Posterior a la cirugía su dieta cambia a una dieta sin lácteos, ni ácidos grasos de cadena media, debido a que tuvo complicaciones, que desarrollaron un quilotórax, se decide dejar en ayuno a la niña para poder controlar el quilotórax.

3. Necesidad de Eliminación

A la palpación se percibe, abdomen blando depresible con ruidos peristálticos presentes, en ocasiones con presencia de globo vesical.

La orina es de color amarillo oscuro, no presenta dolor al orinar.

Las heces fecales, son pastosas y querimas.

4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura

Debido al tiempo que estuvo en cama sin movimiento por las complicaciones que ha tenido después de la cirugía, perdió tonicidad en las extremidades inferiores.

5. Necesidad de Descanso y sueño

De acuerdo con lo que comenta su mamá la niña tiene en su casa un horario fijo para descansar, duerme más de ocho horas al día, lo cual es adecuado para su edad.

6. Necesidad de Uso de prendas de vestir adecuadas

- A la niña la visten de acuerdo a su edad.
- Durante su estancia hospitalaria viste con pijama que proporciona el Instituto y se permite que le pongan algunas prendas de vestir que le llevan sus familiares (calcetas, ropa interior)

7. Necesidad de Termorregulación

La paciente se mantiene con una temperatura de 37°C.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel.

Sus hábitos higiénicos de baño en su casa eran diversos, el cual este hábito no cambio ya que en el hospital se le baña diario por la mañana, para que posteriormente se le realicen las curaciones, se lubrica la piel con crema, se le lavan los dientes por lo menos dos veces al día, su cabello esta corto, la piel se observa deshidratada.

Se observan lesiones en la piel, relacionadas a las heridas quirúrgicas que se le realizaron a nivel medio esternal y laterales.

9. Necesidad de evitar peligros

Debido a la edad de la niña ella no prevé peligros.

10. Necesidad de comunicarse

La mamá de la niña considera que por ser la primera hija juega un rol muy importante ya que es el centro de atención de su familia.

Esto le preocupa ya que la niña empezaría a relacionarse con demás niños de su edad por que iba a ingresar a la escuela en el ciclo que inicio en agosto del 2001 y debido a su enfermedad tuvo que suspender esa actividad.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Su religión es católica, su forma de actuar y de pensar son congruentes con su edad y su forma de vivir, los valores que le han inculcado dentro de su familia es difícil que ella por si sola los lleve a cabo, esta acude a la iglesia cuando una menos una vez por semana por la importancia de esta en salud.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

No la desempeña debido a su edad.

13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

La niña se adapta adecuadamente al medio hospitalario, esto permite que interactúe con sus demás compañeros, para poder jugar y poder participar en actividades recreativas.

14. Necesidad de aprendizaje

Debido a su enfermedad tuvieron que posponer su ingreso a la escuela , limitaron su actividad física y recreativa.

2.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN LAS 14 NECESIDADES

1. Necesidad de oxigenación

Independiente	(I)	_____
Parcialmente dependiente	(PD)	_____ X _____
Dependiente	(D)	_____

Diagnóstico de enfermería

Limpieza ineficaz de las vías respiratorias, relacionado al acumulo de secreción por reposo en cama en un período prolongado y la limitación del movimiento secundario, dolor en el sitio de drenaje, manifestado por dolor intenso, tos productiva y aumento de la frecuencia respiratoria.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación

Independiente (I)	_____
Parcialmente dependiente (PD)	_____
Dependiente (D)	_____ X _____

Diagnóstico de enfermería

Déficit de la autoalimentación relacionado al rechazo de los alimentos proporcionados por la institución, la incomodidad del dolor en el sitio de inserción de las heridas-quirúrgicas y a las restricciones dietéticas a la que se sometió manifestado por inapetencia, ingestión inadecuada de la dieta proporcionada, palidez de las conjuntivas y membranas mucosas, debilidad muscular, nauseas y vómito.

3.- Necesidad de eliminación

Independiente (I) _____
Parcialmente dependiente (PD) X
Dependiente (D) _____

Diagnóstico de enfermería

Alteración de los patrones de eliminación relacionado a la reducción de la frecuencia normal de evacuación y micción acompañada de dificultad al orinar y cambios en el patrón intestinal.

4.- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.

Independiente (I) _____
Parcialmente dependiente (PD) _____
Dependiente (D) X

Diagnóstico de Enfermería

Alto riesgo de presentar dolor agudo relacionado a las heridas quirúrgicas, manifestado por debilidad muscular, quejas de dolor al movimiento, postración en cama y falta de interés a la actividad física.

5.- Necesidad de descanso y sueño

Independiente (I) _____
Parcialmente dependiente (PD) X
Dependiente (D) _____

Diagnóstico de Enfermería

Alteración del patrón de sueño relacionado al malestar general y a la incomodidad de las rutinas hospitalarias, manifestado por sueños prolongados durante el día, presenta debilidad e irritabilidad cuando se aplica el cuidado.

6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Independiente (I) _____

Parcialmente independiente (PD) _____

Dependiente (D) _____ X _____

Diagnóstico de Enfermería

Déficit en el vestido relacionado al tipo de ropa proporcionada por la institución hospitalaria manifestada por inconformidad al uso de la bata.

7. Necesidad de termorregulación

Independiente (I) _____

Parcialmente independiente _____

Dependiente _____ X _____

Diagnóstico de Enfermería

Termorregulación ineficaz relacionado a ropa normativa inadecuada e insuficiente para el clima, manifestado por percepción de mucho frío, piloerección, incomodidad e irritabilidad.

8.- Necesidad de Higiene y protección de la piel

Independiente (I) _____

Parcialmente Dependiente (PD) _____

Dependiente (D) _____ X _____

Diagnóstico de Enfermería

Déficit en la higiene personal relacionado a la disminución o falta de motivación a la actividad física y a la alteración del ánimo, manifestado por irritabilidad.

9.- Necesidad de evitar peligro

Independiente (I) _____

Parcialmente Dependiente (PD) _____

Dependiente (D) _____ X _____

Diagnóstico de Enfermería

Alto riesgo de presentar caídas que puedan causar daño físico, por afeción de la movilidad corporal y marcha inestable relacionado al control muscular debilitado manifestado por postración en cama por periodos prolongados.

Déficit de la movilidad corporal al rechazo de cambios de posición.

10.- Necesidad de comunicarse

Independiente (I) _____ X _____

Parcialmente Dependiente (PD) _____

Dependiente (D) _____

Diagnóstico de Enfermería

Deterioro de la comunicación verbal relacionada con tristeza y aislamiento, manifestado por rechazo a establecer diálogo con cualquier persona.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Independiente (I) _____

Parcialmente Dependiente (PD) _____

Dependiente (D) _____ X _____

Diagnóstico de Enfermería

No la realiza debido a que la niña es muy pequeña.

12.- Necesidad de trabajar y realizarse

Independiente (I) _____

Parcialmente Dependiente (PD) _____

Dependiente (D) _____ X _____

Diagnóstico de Enfermería

No la realiza debido que la niña no cuenta con la edad adecuada para trabajar.

13.- Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas

Independiente (I) _____

Parcialmente Dependiente (PD) _____ X _____

Dependiente (D) _____

Diagnóstico de Enfermería

Deficit de las actividades recreativas relacionado con el entorno desprovisto de actividades recreativas, manifestado por que la persona se aburre durante la estancia hospitalaria.

Trastorno de la adaptación hospitalaria relacionado con el dolor producido en las heridas quirúrgicas.

14.- Necesidades de aprendizaje

Independiente (I) _____

Parcialmente Dependiente (PD) X

Dependiente (D) _____

Diagnóstico de Enfermería

Alto riesgo de alteración del mantenimiento de la salud con relación a su padecimiento actual, manifestado por aislamiento social, desinterés, irritabilidad, enojo y rechazo al manejo hospitalario.

2.4 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LAS 14 NECESIDADES

2.4.1 Necesidad de oxigenación

Diagnóstico de Enfermería

Limpeza ineficaz de las vías respiratorias, relacionado al acúmulo de secreciones, reposo prolongado en cama y la limitación del movimiento.

Objetivos

- * Disminuir el dolor dorsal bilateral de tórax favoreciendo el desprendimiento y excreción de secreciones acumuladas en los bronquios con el fin de favorecer la ventilación pulmonar.¹⁶

F. La limpieza ineficaz de las vías respiratorias es el estado en el que se experimenta una amenaza real o potencial en el estado de respiración en relación con la incapacidad para poder toser en forma eficaz.

Existe un alto riesgo de la función respiratoria cuando existe hipoventilación, la inhibición del reflejo tusígeno, broncoespasmo y deshidratación, ya que puede provocar una retención de las secreciones, bronquiales, por lo tanto, aparecer atelectasia segmentaria y por lo consiguiente infección pulmonar originando dolor dorsal a nivel del tórax

Dentro de las complicaciones post operatorias realizada a nivel del tórax es común el dolor al toser y al no expectorar las secreciones, de esta manera se pueden dar infecciones pulmonares como la neumonía debido a la disminución de la capacidad ventilatoria y al acumulo exagerado de secreciones.

¹⁶ Kozier. Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos y Práctica. pag.133

De igual manera aparece después de la anestesia, pero en una mayor frecuencia cuando hay complicación de fracturas costales.

F. El favorecer la eliminación del tapón de exudado bronquial favorece la ventilación.

Favorecer la humedad cada 8 hrs. por medio de nebulizaciones, con ayuda de una mascarilla y perfectamente adaptada a la cara.

F. El favorecer un ambiente o una atmósfera húmeda favorece el aflojamiento de las secreciones.

• Aumentar gradualmente la actividad física.

F. La actividad mejora la función respiratoria ejerciéndose presión muscular eficiente en la región torácica, permitiendo el funcionamiento eficaz de los pulmones y corazón con lo que mejora el intercambio gaseoso.¹⁷

Acciones de enfermería

– Facilitar drenaje postural adecuado, para favorecer el intercambio gaseoso como para este caso

F. Al facilitar el drenaje por gravedad de la región congestionada del pulmón, disminuye la congestión pulmonar, lo cual facilita el drenaje de las secreciones pulmonares las cuales pueden resultar peligrosas para la función respiratoria.

Los pulmones drenan las secreciones acumuladas mediante la gravedad y la tos después de la acumulación de las secreciones.¹⁸

¹⁷ Rosales Barrera Susana. Fundamentos de enfermería pag. 96

¹⁸ King. Técnicas de Enfermería. 3a. ed. pag. 559

– **Proporcionar fisioterapia pulmonar.**

F. La percusión o golpes se aplica golpeando la pared torácica sobre la región congestionada con la mano ahuecada. La vibración se realiza mediante un vibrador sobre la pared torácica de tipo manual.

El objetivo de esta acción es favorecer la eliminación de secreciones mediante la acción de la energía mecánica transmitida a la pared torácica cuando se le golpea. Las vibraciones favorecen que se puedan expulsar con mayor facilidad.

– **Enseñar a la niña a realizar ejercicios respiratorios con ayuda del espirometro.**

F. Los ejercicios respiratorios ejercitan el diafragma y fortalecen los músculos respiratorios al ventilar regiones proporcionalmente mayores de los pulmones. La contracción y la relajación de los músculos respiratorios los fortalece. La espiración completa facilita la máxima expulsión de la caja torácica.

– **Aplicación de nebulizador de forma intermitente al 100% a 3 lts/x'**

F. La entrada de microesferas de agua que entran durante el aire inhalado hacen que llegue como calor húmedo, ayudado a la fluidificación de las secreciones de las vías respiratorias, por lo que pueden expectorarse más fácilmente, así como favorecer a que las mucosas no se inflamen e irriten.

– **Aplicación de Micro nebulizaciones con ambroxol cada 8 horas.**

F. Las nebulizaciones mejoran la respiración por medio de la administración de broncodilatares, mucolíticos y algunos más por medio de aerosol.

– **Favorecer gradualmente su movilización en su entorno físico incluyendo moverse en la cama, realizar ejercicios, trasladarse y deambular con ayuda.**

F. La actividad corporal, como son los cambios de posición influyen en el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono en los pulmones para una mejor función, con lo que se corta el entorpecimiento nutricional y la eliminación de productos desechos desde las células, impidiendo complicaciones como neumonías.

– Colocación en posición semifowler

F. La posición semifowler o fowler es favorable cuando hay problemas de dificultad para respirar, ya que esta posición hace que descendan los órganos abdominales, ejerciéndose menos presión en la región torácica, permitiendo el uso eficiente de pulmones y corazón, ya que disminuye la tensión muscular abdominal y lumbar con la que favorece la exhalación respiratoria adicional, facilita la respiración y previene la congestión pulmonar.¹⁹

– Administración de Dolac (Ketorolaco) 15 mg I.V. c/8 hrs.

F. El ketorolaco (Dolac) es un analgésico antiinflamatorio no esteroideo, estructuralmente relacionado con la indometacina y con el tolmetin. Este grupo inhibe la actividad de la ciclooxigenasa (sintetasa de prostaglandina).

Sus efectos terapéuticos y tóxicos están estrechamente relacionados con su capacidad para disminuir las contracciones tisulares de prostaglandinas.

– Esta indicado en el tratamiento de corta duración del dolor moderado a grave.

– Contra indicado en casos de hipersensibilidad al dolac o los analgésicos antiinflamatorios no esteroides.

– Mantener una vía periférica permeable, manteniendo una hidratación adecuada.

F. La vía parenteral intravenosa ofrece exactitud y rapidez al penetrar directamente en la sangre ya que se llega en pocos minutos al órgano blando y se pueden administrar

¹⁹ King. Técnicas de Enfermería. pag. 58

varios fármacos por el mismo sitio, ayuda también a mantener hidratada a la paciente con lo que se pueden fluidificar las secreciones y mejorar la ventilación.

- Administración de ambroxol 5cc v o c/8hrs.

F. El ambroxol es un mucolítico, antitusígeno y expectorante con acción surfactante por lo que está indicado en procesos bronco pulmonares que cursen con aumento de la viscosidad y adherencia del moco, en los que es necesario mantener libre de secreciones las vías respiratorias.

- Administración de salbutamol 2 mg v o c/hrs.

F. El salbutamol (ventolin) es un broncodilatador agonista de los receptores adrenérgicos con cierta selectividad para los receptores beta-2, producción, relajación de los músculos lisos bronquiales, vascular y gastrointestinal.

Esta indicado en tratamientos del asma bronquial, broncospasmo asociado a bronquitis y enfisema.

Evaluación:

Los objetivos se lograron en su totalidad, gracias al empeño que se dedicó tanto de familiares, como del personal de salud, así como de la paciente misma facilita el tratamiento y su recuperación fue más rápida y favorable.²⁰

²⁰ Rodriguez Carranza Rodolfo. Vademecum Académico, pag. 839

2.4.2 Necesidad de nutrición e hidratación

Diagnóstico de Enfermería

Déficit de la autoalimentación, relacionado al trastorno emocional, la incomodidad del dolor en los sitios de inserción de las heridas quirúrgicas y a las restricciones dietéticas a la que se sometió, manifestado, por inapetencia, ingestión inadecuada de la dieta proporcionada, palidez de las conjuntivas y membranas mucosas debilidad muscular, náuseas y vómitos.

F. La ingesta de alimentos es un acto voluntario que depende de las sensaciones consientes de hambre y saciedad, las cuales se modifican con la conducta aprendida. Es un déficit de la auto alimentación cuando se experimenta una ingestión de nutrientes deficientes para cubrir las necesidades metabólicas en relación a la afectación en la capacidad para efectuar las actividades de alimentación.

La falta de apetito puede estar dado por diversos factores como son enfermedades. Falta de interés por los alimentos, tensión y preocupación, si el síntoma se perpetúa la persona puede llegar a una grado de inanición grave, si además hay náusea y vómito cuyo centro regulador es el suelo del ventrículo, puede recibir estímulos del aparato gastrointestinal por irritación o alteraciones mecánicas en cualquier nivel del aparato digestivo, por reacción del dolor intenso.

Objetivos:

– Participar en el restablecimiento del equilibrio de líquidos y electrolitos.

F. Los desequilibrios incluyen cambios en el volumen de líquidos extracelulares, en la composición de los principales electrolíticos.

Cuando hay una deshidratación se requiere administrar líquidos por vía oral y soluciones endovenosas de reposición con una composición parecida a la del líquido corporal perdido para contribuir a la homeostasia corporal.

- Contribuir y fomentar buenos hábitos alimenticios en relación a sus requerimientos nutricionales e hídricos actuales.
- F. Todas las células del cuerpo requieren nutrimentos, que deben derivarse de la ingestión de alimentos que contengan proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales, así como celulosa y otras sustancias vegetales. Una dieta que contenga tales sustancias satisface las necesidades de energía corporal.
- Proporcionar un ambiente cómodo y tranquilo como sea posible.
- F. Un ambiente social y emotivo favorecer la nutrición.
- Enseñar al paciente y a la familia las precauciones necesarias en el tipo de alimentos permisible para su dieta.
- F. La enseñanza en relación al buen funcionamiento del aparato gastro intestinal, tiene como base una dieta equilibrada.
- Vigilar que la dieta del paciente sea la adecuada.
- F. La identificación de la dieta evita problemas o complicaciones.

Acciones de enfermería

- Corregir el déficit volumétrico, proporcionándole los líquidos, dentro de las restricciones dietéticas y administrar sustancias endovenosas como sol de requerimiento, (sol fisiológica, sol glucosada a 5%,) para 24 horas.

F. Generalmente la ingestión mínima, necesaria para mantener el equilibrio hídrico es de 700 a 1000 ml al día. Por lo general, la sed sirve para que se conserve la ingestión de agua por encima del nivel basal, pero se producirá deshidratación si por debilitación o incapacidad se restringe la ingesta de líquidos.

Las necesidades nutricionales de las personas cuyo régimen alimenticio es restringido suelen satisfacer por vía endovenosa. La administración parenteral puede incluir concentración de elementos nutricionales en altas cantidades como son: glucosa, proteínas o grasas.

La infusión de líquidos parenterales y sustancias por vía intravenosa tiene la ventaja de que su absorción es muy rápida, pues pasan directamente al líquido extracelular y los mecanismos hemostáticos corporales.

- Proporcionar una dieta de líquidos claros a tolerancia y posteriormente proporcionar una dieta escasa de grasas y lácteos de cadena media de 1,200 kcal con 1000 ml en 24 hrs.

F. Se debe iniciar la rehabilitación, la administración de alimentos debe limitarse hasta que la función gastrointestinal se haya restablecido, para poder evitar desordenes intestinales.

La dieta de líquidos consiste en alimentos que puedan ser bebidos o ingeridos, consistente en jugos de frutas, té, agua de frutas, caldos, (de vegetales y carnes).

- Cerciorarse a través de la paciente y de los familiares que comidas le gustan, a cuales tiene intolerancia a que temperatura le gustan, así como valorar la capacidad de masticar, tragar, saborear y la consistencia de los alimentos.

F. Al detectar los factores que puedan impedir la ingestión y/o la digestión de nutrimentos ya sea por intolerancia, aversiones a los alimentos, se pueden corregir el régimen dietético y controlar de esta forma los factores causantes de la anorexia en pacientes hospitalizado.²¹

– Administrar antieméticos (metoclopramida)

F. La metoclopramida (Primperam) es un antiemético previene o mejoran las náuseas y vómitos, su acción se relaciona con sus efectos gastrocimpéticos y con las acciones antagonistas de la dopamina.

Evaluación:

Se logró una adecuada hidratación por medio de las soluciones parenterales que le pasaban en un promedio de 348 ml durante las primeras 8 horas sin ingerir más líquidos durante el primer mes posterior a la cirugía, posteriormente a su recuperación se le proporciona dieta líquida a tolerancia que fue aceptada adecuadamente y se concluyó con una dieta blanda sin ácidos grasos de cadena media.

2.4.3 Necesidad de eliminación

Diagnóstico de Enfermería

Alteración de los patrones de eliminación relacionada a la reducción normal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de orina y heces, excesivamente duras y secas.

Objetivo:

– Favorecer la eliminación intestinal y urinaria con un ambiente adecuado y favorable.

²¹ Cervera Pilar. Alimentación y Dietoterapia. pag. 227

F. Al favorecer un ambiente adecuado para la eliminación intestinal y urinaria, la paciente se mantendrá libre de molestias como dolor e infecciones.

- Proporcionar una dieta rica en fibra y baja en proteínas y en sodio y restringir la ingesta de líquidos según prescripción.

F. Se restringe al aporte de proteínas para evitar la elevación del volumen urinario, la dieta hiposódica y la restricciones hídricas ayudaran a prevenir la retención de líquidos y el edema, la dieta rica en fibra estimulara la actividad intestinal y favorecerá su eliminación.

Acciones de enfermería:

- Mantener un ambiente adecuado para la eliminación intestinal y urinaria respetando su individualidad.

F. La eliminación sé verá favorecida al tener individualidad ya que las funciones normales de eliminación pueden inhibirse por sentir vergüenza al realizarla en presencia de otra persona.

- Colocar al paciente en posición de fowler.

F. La eliminación se verá favorecida si la cabecera de la cama se eleva a una posición tan natural como sea posible, si esto no ocurre la eliminación puede verse obstaculizada porque el enfermo no puede asumir una posición funcional normal para la eliminación.

- Colocar el cómodo adecuadamente

F. La posición cómoda con sostén adecuado facilita la eliminación.

- Enseñar al paciente a que aprenda a limpiarse por si mismo después de haber usado el cómodo, ofrecer agua, jabón y una toalla para el lavado de manos.

F. El auto cuidado aumenta la autoestima, enseñar los buenos hábitos de eliminación, es una función importante del personal de enfermería mientras que el enfermo esté hospitalizado.

– Registrar el ingreso y egreso de líquidos

F. El medir la orina con exactitud nos permite observar el color, olor y consistencia de la orina, así como el volumen urinario.

Evaluación:

El favorecer la individualidad del paciente le permitió tener confianza y seguridad para poder eliminar ya que se siente más seguro.

Se logró enseñar a la paciente a tener autocuidado consigo misma, lo cual esto es de gran satisfacción para el personal de enfermería ya que representa crecimiento y desarrollo de la paciente.

2.4.4 Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Diagnóstico de enfermería

– Alto riesgo de presentar dolor agudo, relacionado a las heridas quirúrgicas manifestado por debilidad muscular, quejas de dolor al movimiento, postración en cama y falta de interés a la actividad física.

F. La inactividad para movilizarse y deambular puede producir lesiones en la piel como en el aparato músculo esquelético, con ello pueden surgir zonas de opresión, laceraciones de la piel, debilidad muscular. Enfermedades que llevan a tratamientos y estancias prolongadas de hospitalización, puede no haber la suficiente energía física o psíquica para soportar o completar las actividades diarias necesarias o deseadas, limitándose el movimiento y las funciones regulares del cuerpo pudiendo transformar las funciones de

esas zonas por la falta de movilidad y complicarse en atrofia muscular, atonicidad, disminución de la resistencia física para la actividad, deformidades, falta de coordinación y úlceras por presión.

Objetivos:

- Fomentar la función motora óptima al establecer la alineación corporal apropiada e implementar un régimen de ejercicios pasivos para incrementar la actividad muscular.
- F. Al realizar ejercicio se puede prevenir la pérdida de la función debido a la inactividad duradera de cualquier articulación o músculo, siempre y cuando no haya patologías presentes que impidan el movimiento como puede ser la artrosis.

- Realizar ejercicios activos y pasivos
- F. Los ejercicios activos y pasivos son los que puede realizar el paciente, bajo la supervisión del personal de rehabilitación y de la enfermería. Los ejercicios pasivos son los que dirige la enfermera moviéndolos directamente en el cuerpo del paciente.

Acciones de Enfermería

- Favorecer la participación del paciente y familia en la realización de actividades cotidianas de acuerdo con las posibilidades y capacidad de la paciente.
- F. Al realizar un plan de actividades dentro de la capacidad de la paciente, se previene el esfuerzo intenso, fatiga innecesaria y lesiones musculoesqueléticas.

- Favorecer gradualmente su movilización en su entorno físico.
- F. La actividad corporal influye acelerando el metabolismo, mejora la irrigación a todos los órganos, provee una mejor oxigenación cerebral, aumenta la síntesis de proteínas y acelera el desecho de productos tóxicos, así mismo previene la pérdida de la función

debido a la inactividad duradera de cualquier articulación o músculo siempre y cuando no haya patologías presentes que impidan el movimiento.

- Proteger a la paciente de tener lesiones indicándole los movimientos que debe realizar por ella misma.**
- F. Se fomenta la calidad corporal óptima proporcionando ejercicios regulares, aplicándolas a todos los aparatos y sistemas.**

Los ejercicios activos son preferibles a los pasivos y deben ser adaptados a las necesidades del paciente tomando en cuenta su edad, constitución corporal, estado físico y proceso patológico.

- Dar masaje en las zonas vulnerables en cada cambio de posición.**
- F. Las zonas donde se está ejerciendo presión por periodos prolongados son vulnerables a la aparición de eritema y palidez, al aplicar masaje en ese lugar se favorece una mejor circulación evitando la formación de escaras.**

Evaluación:

Se cumplieron en su totalidad los objetivos, pues se lograron reconocer en fase temprana las limitaciones y funciones del cuerpo, implementado ejercicios con los que la paciente logra recuperar tonicidad, aunque en los primeros días, eran lentos y con presencia de dolor, avanzado el tiempo se pudo integrar adecuadamente y se pudieron prevenir zonas de presión en la piel.

2.4.5 Necesidad de descanso y sueño

Diagnóstico de Enfermería

- **Alteración del patrón de sueño relacionado al malestar general, a la incomodidad de las rutinas hospitalarias, manifestado por cansancio y sueño matutino, debilidad e irritabilidad al aplicar los cuidados.**
- F. La alteración del sueño es el estado en el que se experimenta un cambio en la cantidad o calidad del patrón de reposo que corresponde a sus necesidades biológicas y emocionales.**

El sueño es el estado biológico de inconsciencia, el cual puede verse alterado u ocurrir dificultad para conciliarlo. El insomnio puede ser inicial (dificultad para dormirse) relacionado frecuentemente a trastornos emocionales, como la ansiedad, un estado fóbico o depresión. El insomnio de primera hora de la mañana, en el que el paciente se duerme normalmente pero despierta varias horas antes de la hora habitual y no puede volver a dormirse o bien tiene un sueño inquieto y poco satisfactorio.

El insomnio por inversión en el ritmo del sueño el cual se presenta somnolencia por la mañana, duerme o dormita durante gran parte del día y tiene un sueño intermitente y con interrupciones durante la noche.

Objetivos:

- * **Implementar medidas asistenciales para mejorar el reposo y el sueño.**
- F. Se debe evitar interrumpir el reposo y el sueño, pues las características y calidad del sueño influyen en el bienestar de una persona hospitalizada.**
- * **Identificar sus patrones de sueño habitual**

F. Cada individuo establece una rutina para cuando llega el momento de dormir, un ambiente tranquilo, agradable y confortable favorece el sueño, de ahí la rutina diaria por la hospitalización, altera el patrón de sueño.

Acciones de Enfermería

– Organizar los procedimientos para proporcionar el menor número de molestias y ruidos durante el periodo de sueño.

F. Un ambiente tranquilo y confortable favorece que la persona se relaje y pueda conciliar más fácil el sueño.

– Aliviar la tensión y ayudar al paciente a relajarse.

F. El reposo y el sueño suelen ocurrir mejor si la persona está relajada y no sufre tensiones ni preocupaciones. El relajarse indica que el cuerpo esta menos tenso y rígido y que no ejecuta esfuerzos conscientes o inconscientes.

Evaluación:

Los objetivos en su totalidad se lograron ya que con las medidas tomadas y las estrategias implementadas, se pudo favorecer que la paciente pudiera descansar adecuadamente y durmiera menos de día más de noche.

2.4.6 Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Diagnóstico de enfermería

– Déficit en el vestido relacionado al tipo de ropa proporcionada por la institución hospitalaria, manifestada por inconformidad e incomodidad.

F. La dificultad para vestirse y arreglarse es el estado en el que se experimenta una afectación de la capacidad motora para realizarlo completamente por sí misma.

El paciente espera que la enfermera sea consciente y comprensiva, que la acepte como es y que tome en consideración sus sugerencias.

Objetivos:

* **Que la paciente sea capaz de ejercer su derecho a la individualidad e intimidad por medio de ropa de vestir adecuada.**

F. El proporcionar ropa adecuada a un niño le ofrece abrigo, comodidad y soltura pero sobre todo facilidad para realizar sus actividades.

Acciones de enfermería

– **Cuidar su individualidad durante el modo de vestirse y proporcionar pijamas adecuadas a su talla.**

F. La comodidad que le pueda ofrecer la ropa de vestir ayuda a conservar un mejor estado de ánimo y sensación de bienestar.

– **Fomentar la independencia en el vestido mediante la práctica continua ayudándole según se necesiten.**

F. El proporcionarle la ropa adecuada favorece la comodidad del paciente.

Evaluación:

Los objetivos se cumplieron favorablemente logrando respetar su individualidad, proporcionándole ropa adecuada para su edad.

2.4.7 Necesidad de Termorregulación

Diagnóstico de Enfermería

- Termorregulación ineficaz relacionado a ropa normativa inadecuada e insuficiente para el clima, manifestado por percepción de mucho frío, piloerección, incomodidad e irritabilidad.

F. La termorregulación ineficaz es el estado en que se experimenta incapacidad para mantener de forma eficaz la temperatura corporal normal. En el cual la temperatura del individuo fluctúa entre la hipotermia y la hipertemia

Objetivo:

* Valorar la temperatura corporal como un indicador de la evolución del paciente.

F. Al reconocer la alteración de la temperatura corporal que indique anomalía en el estado del paciente se requerirá la intervención de la enfermera para controlar la temperatura por medios físicos.

Acciones de Enfermería

- Valorar temperatura corporal

F. La temperatura del cuerpo suele permanecer dentro de límites constantes, por un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor, que es regulado por el hipotálamo donde se encuentra el termostato cerebral.

Cuando el organismo produce más calor del que pierde, su temperatura aumentará por arriba de lo normal y al contrario si pierde calor del que se produce, la temperatura disminuirá a niveles menores de lo normal.

- Si llegara a presentarse elevación de la temperatura se debe aplicar compresas húmedo frías o bolsas con hielo y hacer más ligera la vestimenta hasta lograr restablecer la temperatura corporal dentro de los valores normales.
- F. Al aplicar frío se activa el centro termorregulador disminuyendo la actividad muscular produciendo menos calor, dilatación de los vasos sanguíneos.
- Control de la hipotermia. Esta es a consecuencia del medio ambiente frío.
- F. El escalofríos es una actividad muscular involuntaria que activa como termorregulador de hipotálamo para controlar la temperatura es decir por medio del escalofrío se eleva la temperatura a un nuevo nivel establecido por el hipotálamo.
- Cuando se le bañe , proporcionarle un ambiente sin corrientes de aire para evitar la evaporación, secándola perfectamente después del baño y reducir al mínimo el tiempo de contacto con ropa mojada.
- F. La temperatura del cuerpo suele permanecer dentro de límites constantes, por un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor, si se rompe este equilibrio exponiéndola a temperaturas más bajas de la habitual.

Evaluación:

Durante su estancia hospitalaria no presenta elevación de la temperatura, se tuvo mucho cuidado para que no fuera a presentar fiebre, ya que estas son un indicador de infecciones o presencia de microorganismos que pueden generar una elevación de la temperatura.

2.4.8 Necesidad de Higiene y protección de la piel

Diagnósticos de Enfermería

- **Déficit de autocuidado en la higiene personal relacionado a la intolerancia a la actividad y a la alteración de ánimo, manifestado por irritabilidad al manejo y falta de interés al arreglo personal.**
- F. **La higiene es una manera de conservar la salud, entendida como prácticas que tienen por resultado el bienestar físico para conservar limpia y en estado óptimo la piel, dientes y boca. El déficit de la atención a uno mismo puede estar dado por una alteración de la función motora o cognitiva, lo que produce una disminución de la capacidad de efectuar o completar por sí misma las actividades de la higiene.**
- **Alto riesgo de laceraciones de la integridad cutánea relacionado con fricción con la ropa de la cama manifestado por el rechazo a los cambios de posición.**
- F. **La abrasión en piel consiste en desgastar por fricción epidermis y dermis originando dolor y en algunas ocasiones pueden complicarse con infecciones al formarse una puerta de entrada para microorganismos.**

Las zonas donde se esta ejerciendo presión por periodos prolongados son vulnerables a la aparición de eritema, si no se detecta puede evolucionar de palidez a la zona isquemica e incluso necrosis del área.

Las zonas de presión constante que impide la adecuada irrigación puede generar necrosis y pérdida de la continuidad de la piel y si además hay humedad favorece la invasión de microorganismos oportunistas, lo que da origen a las úlceras por decúbito, que aparecen cuando el individuo permanece en una misma posición por periodos prolongados.

Objetivos:

- * Promover la tranquilidad y bienestar fomentando la higiene corporal bucal y arreglo personal diario.
- F. La persona enferma suele tener menos resistencia a las infecciones, por lo que la presencia de bacterias patógenas constituyen una amenaza constante para ella además de que suele depender de los demás para que le ayuden en los aspectos de la higiene personal que no puede llevar a cabo por si misma.

La higiene bucal evita la halitosis originada por el acumulo de placa dentobacteriana, limita e inhibe las caries e infecciones oportunistas como la candidiasis al modificarse el pH.

El baño estimula la circulación, promueve el tono muscular adecuado por ejercicio activo o pasivo, previniendo la congestión pulmonar al estimular la respiración.

- * Observar, evaluar y favorecer la rápida cicatrización de la herida quirúrgica.
- F. La piel es la principal barrera contra la invasión de microorganismos patógenos, si se pierde de la continuidad de la misma se pierde esa barrera y el huésped se vuelve más vulnerable para presentar infecciones, al implementar medidas terapéuticas de higiene y farmacológicas se le está ayudando al organismo a combatir más rápidamente a los agentes invasores.
- * Contribuir a la cicatrización, mejorando el estado de la piel, evitando posibles infecciones.
- F. La fricción vigorosa permite que se desencadene una respuesta inflamatoria rápida la exacerbación y ampliación de las lesiones presentes.

Acciones de Enfermería

– Auxiliar en el baño diario de esponja, lavado de dientes, alinado de su cabello, corte de uñas y lubricación de su piel con cremas humectantes.

F. El paciente al poder cuidar su higiene y su arreglo personal a pesar de su enfermedad o incapacidad física, su estado de animo mejorará, ya que frecuentemente la persona enferma tiende a deprimirse y pierde el interés por la practica de las actividades diarias.

La higiene de los dientes después de la ingestión de los alimentos evita la acumulación de la placa dento bacteriana logrando conservar sanas las encías, limita o previene las caries o infecciones.

Existen jabones que contienen sustancias cáusticas que en la piel de muchas personas llega a afectarlas produciendo resequedad, perdiendo textura y suavidad, se recomienda utilizar jabones neutros que por su suavidad y grasa disminuyen la tensión superficial del agua lo que contribuye a un lavado más eficaz, proporcionando cierta suavidad a la piel, evitando que se seque o agriete, lubricando la piel de todo el cuerpo con cremas humectantes.

– Mantener la temperatura adecuada en el baño, realizar con agua caliente el baño según la temperatura que prefiera el paciente, proporcionándole la mayor intimidad y seguridad durante el baño.

F. El agua caliente relaja los músculos y hace aumentar la circulación al dilatar los vasos sanguíneos pero se debe evitar el exceso ya que puede haber desmayo o quemaduras. La seguridad de la paciente es responsabilidad de la enfermera por lo que se debe crear medidas para prevenir accidentes durante el baño, proporcionando los dispositivos de seguridad a su alcance y continua vigilancia.

- Animar a la paciente a que exprese sus sentimientos, especialmente sobre la forma en que se siente y piensa de si misma.
- F. La enfermera al identificar los sentimientos preocupaciones, temores, la percepción del impactos de estos cambios en la vida y el cuerpo del paciente, logrará implementar medidas y comentarios que ayudaran a un mejor y más rápido proceso de adaptación.

- Realizar curación de los sitios de inserción de los drenajes plurales y sitio de punción del catéter central con solución yodatada.
- F. Si se aplica solución yodatada favorece a una mejor asepsia y disminuye el número de microorganismos, favoreciendo la más rápida cicatrización.
El apósito limpio y seco inhibe la disminución de microorganismos al hacer disminuir la actividad capilar.

- En los periodos prolongados en cama dar masaje en las zonas vulnerables a presión, en cada cambio de posición.
- F. Las zonas donde esta ejerciendo presión por periodos prolongados son vulnerables a la aparición de eritema y palidez, al aplicar masaje en ese lugar se favorece una mejor circulación evitando la formación de escaras.

- Cambiar diariamente la pijama y ropa de cama, cuantas veces sea necesario para mantenerlas limpias y secas siempre que sea posible.
- F. Si su bata y su unidad se encuentran limpias, secas y exentas de mal olor, se logra proporcionar bienestar y comodidad durante su estancia hospitalaria, a si mismo se logra protección contra infecciones, la presencia de bacterias patógenas a su alrededor, constituyen una amenaza constante.
La ropa de cama debe colocarse bien restirada y fija a la pared del colchón, para evitar las incomodas arrugas lo que le proporciona un agradable confort.

Evaluación:

Se lograron los objetivos establecidos, ya que se logró la aceptación y confianza de la paciente, al ofrecerle todo el apoyo, respecto y privacidad que merece, al auxiliarle durante el baño, aseo de dientes, arreglo personal y lubricación de su piel.

Por lo menos durante el turno de la mañana se realizó el lavado de dientes diariamente.

Se lubrica la piel con vaselina observándose que no presentó datos de resequedad.

Se logró mantener sin ninguna pérdida de la continuidad la piel de las zonas vulnerables debido a los prolongados periodos en cama.

En la medida de lo posible se logró mantener limpia a la paciente y su unidad logrando ofrecerle comodidad, bienestar y relajación.

2.4.9 Necesidad de evitar peligros**Diagnósticos de Enfermería**

- Alto riesgo de lesión por afeción de la movilidad y marcha inestable relacionado al control muscular debilitado, manifestado por postración en cama por periodos prolongados.
- F. La lesión potencial es el estado en el cual el paciente posee riesgo de sufrir una lesión como resultado de la interacción de las condiciones ambientales y de cómo se adapte a él, junto con los recursos de defensa que logre implementar.
- Déficit de la movilidad corporal relacionado con el rechazo a los cambios de posición y a los ejercicios pasivos, incorporación y movilidad en cama.

F. La falta de movilidad corporal puede estar relacionado a que la paciente está cursando con desnutrición como resultado de factores físicos y psicológicos al sufrir su enfermedad lo que afecta la ingesta de alimentos, y origina debilidad corporal por lo que disminuye su actividad y capacidad para moverse y deambular, produciendo lesión del aparato musculoesquelético.

Objetivos:

- * Facilitar la movilización y transferencia segura de la paciente y la enfermera para prevenir lesiones al conservar la alineación corporal adecuada y comodidad óptima.
- F. La colocación de la enfermera en dirección del movimiento que se va a efectuar, ampliación de la base de sustentación y el acercamiento del objeto o persona que se va a movilizar, son factores que inciden en una posición correcta previniendo lesiones neuromusculares, ofreciendo comodidad y seguridad.
- * Realizarle frecuentemente ejercicios activos o pasivos, cambios de posición, incorporación y deambulación con la mayor seguridad.
- F. La deambulación contribuye en restablecer el sentido del equilibrio y promueve la confianza del paciente en si mismo.

La inactividad interfiere en la excreción adecuada de orina ya que pueden aparecer cálculos por el aumento de la excreción de algunos minerales o puede favorecer la infección de vías urinarias por el estancamiento de orina de muchas horas.

Acciones de Enfermería

- Evaluar el grado o el medio ambiente de riesgo inherente en la situación de la paciente, en relación a su estado de ánimo, fuerza disminuida, y coordinación motora.

F. Al detectar cualquier disminución de la función normal del organismo o alguna limitación en el paciente, la enfermera debe implementar medidas precautorias para evitar el riesgo de lesiones.

– Asistir a la paciente en los cambios de posición, incorporación, deambulaci3n y ejercicios activos.

F. La seguridad de la paciente es responsabilidad de la enfermera por lo que se deben crear medidas para prevenir accidentes, con estas medidas se ofrece comodidad, alineaci3n corporal adecuada, conservaci3n del buen funcionamiento del aparato musculoesquel3tico, manteniendo la resistencia f3sica para la actividad y coordinaci3n.

Los cambios de posici3n favorecen en las personas postradas en cama por muchas horas y d3as que la piel se mantenga lo m3s sana posible sin soluciones de continuidad siendo as3 la primera l3nea de defensa contra las infecciones y las lesiones en los tejidos subyacentes.

– Identificar los problemas de seguridad e implantar las medidas necesarias para evitar accidentes.

F. Si se modifica el medio ambiente o ciertas actividades consideradas como peligrosas, se reduce el riesgo de lesiones.

Evaluaci3n:

Se logr3 que los objetivos se cumplieran ya que con ayuda de sus familiares se puede ofrecer una m3xima confianza y seguridad para que tuviera m3s actividad dentro y fuera de su cama y que cooperara con los cambios de posici3n seg3n fueran necesarias con lo que se evitaron complicaciones musculoesquel3ticas, d3rmicas, circulatorias y respiratorias.

2.4.10 Necesidad de comunicarse

Diagnóstico de Enfermería

- Deterioro de las interacciones verbales relacionado con tristeza y aislamiento manifestado, por rechazo a establecer diálogo con cualquier persona, falta de motivación y apatía.
- F. El trastorno de la comunicación verbal es el estado en que se experimenta una disminución, o la ausencia en la capacidad de emitir, recibir mensajes, entender el lenguaje, intercambiar pensamientos, ideas o deseos en la interacción humana.

El aislamiento es el estado en que se experimenta una necesidad o deseo de contactar con otros, pero se es incapaz de relacionar ese contacto, como resultado de toda una variedad de situaciones y problemas de salud.

Los trastornos afectivos como la depresión reactiva que se produce como respuesta a un factor de estrés situacional son estados psicológicos en los que una alteración del humor es un determinante primario o bien constituye la manifestación central.

La tristeza es una manifestación universal de depresión, el desaliento u otras situaciones adversas.

El estado emocional nos da a conocer los sentimientos del paciente, según los expresa su conducta manifiesta. Estos sentimientos son: depresión, manifestado por tristeza o melancolía, nerviosismo, con molestias y enojo (sentimiento de desagrado).

Algunos tipos de conducta manifestados son el aislamiento apartándose y no reaccionar al trato social.

Objetivos:

- * Fomentar entre el personal de enfermería, ella y su familia las relaciones interpersonales.
- F. Una intercomunicación puede resultar beneficiosa con las diferentes ideas, la toma de decisiones y elaboración de sentimientos que pueda dar solución al problema entre varias personas.

- * Mantenerla activa y distraída ya que entra en crisis de ansiedad.
- F. La terapia ocupacional es muy importante para evitar los pensamientos obsesivos ya que la ansiedad altera a estado de ánimo.

Acciones de enfermería

- Dar el tiempo suficiente para escuchar a la paciente, tratando de no interrumpirla y no utilizar expresiones de condolencia, al reconocer su aflicción.
- F. La enfermera debe establecer una relación con la paciente, escuchando cuidadosamente sus expresiones verbales y no verbales, observando la expresión facial, gestos, contacto con la mirada, posición del cuerpo, tono e intensidad de la voz, con lo que se tratará de valorar la respuesta psicológica a la alteración de la comunicación.

- Hablar con claridad y seguridad, mirando a la paciente, estableciendo un entorno que permita la libre expresión de los sentimientos y las preocupaciones, demostrándole que se le cree y se le desea ayudar.
- F. La comunicación puede mejorar si se usa el contacto y la gesticulación y si además se emplea una técnica de comunicación terapéutica de reflexión y escucha activa, ayuda al paciente a encontrar sus propias soluciones a las preocupaciones, al lograr determinar sus sentimientos.

- Ayudar a la paciente a que vaya aumentando gradualmente sus actividades como ver la televisión , escuchar música, iluminar o realizar actividades manuales.

F. Al proporcionar objetos y actividades adecuadas a las capacidades actuales de la paciente y a sus experiencias previas, se logrará mantener ocupada su atención haciendo que se distraiga, deje de pensar únicamente en sus problemas y pueda utilizarlo para manejar el estrés.

- Asegurarse que la paciente esté cómoda y tranquila como sea posible, brindándole un ambiente agradable y confortante.

F. Un ambiente social y emotivo favorece la comunicación. La alineación cercana a la posición anatómica impide el esfuerzo a la tensión muscular innecesaria dando comodidad.

- Solicitar una interconsulta con el psicólogo.

F. El psicólogo por ser un especialista en el estudio de la conducta y las emociones humanas es el más indicado para lograr explorar remover, confrontar y resolver los trastornos afectivos de la paciente

Evaluación:

Con apoyo de sus familiares y el personal de enfermería se logró que la paciente tuviera interacción verbal con las demás personas a su alrededor, de igual manera su logró que se incorporara a las actividades diarias, que no se aislara tanto de sus demás compañeros.

2.4.11 Necesidad de vivir según sus creencias y valores

No la realiza debido a la edad de la niña, no cuenta con un patrón de imitación adecuado.

2.4.12 Necesidad de trabajar y realizarse

No la realiza debido que la niña no cuenta con la edad propicia para trabajar, en cambio la necesidad de realizarse si la cumple por que realiza juegos acordes a sus gustos y la escuela.

2.4.13 Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas

Diagnóstico de Enfermería

- Déficit de las actividades recreativas relacionado a la falta de interés hacia las actividades normales y los bajos niveles de energía que tiene, manifestado por desatención, falta de interés a las actividades encomendadas e inmovilidad en cama.
- F. El déficit de las actividades recreativas es el estado en el que se está en riesgo de experimentar una disminución del estímulo, interés y ocupación por las actividades recreativas, en el que los factores internos o externos pueden estar o no bajo el control del individuo.
- Trastornos de la adaptación relacionado con el dolor producido por las heridas quirúrgicas manifestado por no aceptar su estado de salud.
- F. El trastorno de la adaptación es el estado en el cual se es incapaz de modificar el estilo de vida o el comportamiento de forma coherente con el cambio en el estado de salud.

Objetivos:

- **Identificar las causas de la disminución del interés por las actividades recreativas.**
- F. Al reconocer la respuesta de la paciente se podrá determinar que es lo que le está originando la desesperación, estado, depresión e incapacidad para realizar las actividades.**

- **Motivar e involucrar al paciente y a sus familiares para crear actividades satisfactorias acordes a su edad, a sus limitaciones y estado de animo.**
- F. La participación de los familiares para determinar las actividades que son de interés y agrado de la paciente y que están a su alcance, ayudará a encontrar las ocupaciones que por preferirlas será más factible que las realice, ya que van acorde a su edad, capacidad física y mental.**

Acciones de Enfermería

- **Variar la rutina diaria cuando sea posible.**
- F. Las actividades rutinarias se vuelven aburridas, perdiendo el interés al volverse monótonas y hostigantes, cuando son realizados continuamente y por tiempos prolongados.**

- **Investigar opciones de actividades útiles y de interés, empleando la fuerza y la capacidad de la paciente.**
- F. Al hacer participe a la paciente de la elección de las actividades según sus preferencias y limitaciones físicas, sentirá que se le esta tomando en cuenta y que no se le esta obligando a realizar actividades que ella no desea.**

Evaluación:

Se lograron identificar los factores causantes de la falta de interés por las actividades recreativas, reconociendo las respuestas psíquicas de la paciente, se determinó lo que estaba originando la desesperación, enfado, depresión e incapacidad para realizar las actividades, logrando implementar acciones apropiadas para afrontarlas.

Poco a poco se fue incorporando a las actividades diarias bajo vigilancia de la enfermera para evitar accidentes.

2..4.14 Necesidad de Aprendizaje**Diagnóstico de enfermería**

- Alto riesgo de alteración del mantenimiento de la salud, en relación a su padecimiento actual, manifestado por aislamiento social, desinterés, irritabilidad, enojo y rechazo hospitalario.
- F. El estado en el que la paciente se puede mostrar incapaz de modificar su estilo de vida o su comportamiento de forma adecuada con los cambios físicos y emocionales sufridos, pueden atentar contra su estado de salud modificando su conducta, al sentir la imposibilidad física.

Objetivos:

- * Ayudar al paciente a la aceptación y adaptación, de forma coherente con el cambio de su estado de salud.
- F. Se pueden analizar los cambios previstos en el estilo de vida si se identifican los comportamientos que están dificultando la adaptación de los cambios en el estado de salud de la paciente.

- * Identificar las alteraciones temporales y a largo plazo de su estado de salud, el nuevo estilo de vida y su comportamiento.
- F. Al identificar las alteraciones que a sufrido su cuerpo relacionado con las complicaciones de su tratamientos, se puede determinar la orientación que se le brindará para lograr una mejor adaptación al nuevo estilo de vida que tendrá que adoptar, regulando el establecimiento del equilibrio con su entorno.

Acciones de Enfermería:

- Permitirle que exprese sus sentimientos relativos a los efectos que esta teniendo la fatiga en su vida y explicarle que es lo que la está originando.
- F. Si se logra identificar que está originando la fatiga, se pueden implementar actividades que ayuden a disminuir la fatiga desde una perspectiva positiva a sus puntos fuertes, sus capacidades e intereses.

La fatiga se experimenta como una sensación mantenida y abrumadora de agotamiento, disminuyendo la capacidad física y mental.

- Identificar las prioridades y ayudar a eliminar las actividades no esenciales, que pueda delegar.
- F. Es importante que la paciente sea capaz de determinar sus capacidades y sus limitaciones, para evitar complicaciones innecesarias por un mal manejo de su tratamiento, sobre todo en los cambios de posición ya que se debe tener cuidado que los drenajes no se vayan a salir o le vayan a lastimar, así mismo en la realización de curación de los sitios de inversión tanto del catéter central y de los drenajes.

- **Proporcionar información, así como apoyo emocional al paciente y sus familiares especialmente cuando el tratamiento es de larga duración .**
- F. Se debe reconocer y animar los esfuerzos y el progreso que ha ido teniendo la paciente, lo cual estimula a los familiares para seguir cooperando.**

Evaluación:

Después de quedar renuente al tratamiento, la última semana se notó un interés para participar en el autocuidado y se observó que desarrolló la capacidad de responsabilidad ante sus necesidades cuando era necesario.

Se logró que la paciente y sus familiares aceptaran, asimilaran y se pudieran adaptar a las exigencias temporales y a largo plazo de los cambios sufridos en su estado de salud. Se les orienta a los familiares sobre el problema de salud de la paciente, sobre el tratamiento que se le está dando, los cuidados que se deben tener a un paciente con drenajes y presencia de quilotórax y el progreso que ha tenido.

Con estas actividades se puede decir que los objetivos se cumplieron en su totalidad.

Se lograron identificar los factores causantes de la falta de interés por las actividades recreativas, reconociendo las respuestas psíquicas de la paciente, se determinó lo que estaba originando la desesperación, enfado, depresión e incapacidad para realizar las actividades, logrando implementar acciones apropiadas para afrontarlas.

Poco a poco se fue incorporando a las actividades diarias bajo vigilancia de la enfermera para evitar accidentes.

3. PLAN DE ALTA HOSPITALARIA

3. PLAN DE ALTA

A continuación se mencionan las acciones que deberán realizar los familiares sobre los cuidados a realizar en su casa, una vez dada de alta del hospital; con el objeto de lograr una pronta recuperación, así como evitar complicaciones.

3.1 Dieta

La dieta para enfermos con padecimientos cardiovasculares pueden adaptarse con facilidad a todas la edades y diversos periodos de la enfermedad.

En el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". Se usan doce dietas, de rutina, que forman tres tipos por la cantidad de sodio, con cuatro variantes cada tipo en relación las calorías totales.

En la dieta para los enfermos del corazón hay que vigilar la cantidad y calidad química de la grasa.

La dieta que se le sugiere a la niña comprende:

- Leche descremada
- Cantidad de sodio de los alimentos
- Frutas frescas
- Vegetales tales como calabacitas, chayotes, tomate rojo, lechuga, zanahoria, pepinos, berros, etc.
- Cereales y sus derivados son muy útiles, especialmente arroz, maíz, trigo y avena.
- Carne (Roja y Blanca),
- Alimentos prohibidos
 - * Bacalao
 - * Cecinas

- * Aceitunas
- * Embutidos
- * Aguacate
- * Mantequilla c/sal
- * Tocino
- * Vegetales enlatados
- * Carnes asadas o fritas
- * Clara de huevo
- * Espinacas
- * Camarones
- * Huevo completo
- * Chocolate
- * Pasta de cacahuete

3.2 Baño y actividades cotidianas

Puede disfrutar de ambas actividades sin miedo a que se produzcan alteraciones en el organismo.

- Disfrutar de sus actividades favoritas tan pronto se sienta suficientemente bien.
- Evitar levantar cosas pesadas.

3.3 Vestido

La ropa será la habitual teniendo cuidado que no exista demasiada fricción o presión en la herida quirúrgica.

3.4 Cuidados de la piel

Debe prevenir irritaciones dérmicas, para lo cual se recomienda lubricar la piel.

3.5 Medicamentos

- Aspirina proteica 100mg. 1 tableta v.o. c/24 hrs.
- Lanoxin 50 mcg v.o. c/12 hrs.
- Lasix 10 mg v.o. c/12 hrs

Estos medicamentos los deberá tomar hasta su próxima consulta la cual será dentro de 3 meses, en caso de alguna alteración acudir al servicio de urgencias.

3.6 Reposo

Se recomienda reposo relativo, evitar la postración en cama por periodos prolongados.

3.7 Control

Asistir a sus consultas cuando se indiquen.

3.8 Signos y síntomas de alerta

Acudir de inmediato al hospital y reportarle al médico y al personal de enfermería cualquier alteración como puede ser:

- Dolor precordial
- Dificultad al respirar
- Presencia de datos de infección en la herida quirúrgica tales como: enrojecimiento, dolor a la palpación
- Aumento de la temperatura mayor de 37.5°C.

CONCLUSIONES

Al realizar este Proceso Atención de Enfermería con fines de titulación, pude darme cuenta que no es tan sencillo realizarlo, ya que se deben seguir una serie de pasos para poder llegar a los objetivos planeados.

Con este PAE pude confirmar y documentarme más acerca de los pasos que hay que seguir desde la valoración, planeación, ejecución y evaluación para poderlos aplicar al paciente elegido, que en este caso fue a una niña de 4 años de edad post-operada de corrección letal de tetralogía de Fallot en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", en algún momento pensé que esto sería un tanto difícil ya que en el periodo en que la niña estuvo internada tuvo una serie de eventualidades que pudieran alterar los objetivos planeados.

Al llevar paso a paso cada etapa de PAE me pude dar cuenta de lo importante que es el proceso metodológico en la práctica diaria de enfermería para poder ofrecer cuidados de calidad a cada paciente, ya que cada uno tiene sus propias necesidades.

El poder realizar el PAE permitió darme cuenta que no es tan fácil como aparenta serlo, es interesante ir aplicándolo e ir confrontando el marco teórico y referencial, con la evaluación del paciente y reafirmar los conocimientos que obtuve durante la formación profesional.

Esto no quiere decir que es nada más la aplicación de los antes aprendido, sino también es adquirir una nueva responsabilidad de aprender conocimientos para aumentar la experiencia profesional.

Por otro lado puedo decir que mis objetivos se cumplieron, al lograr no solo la recuperación de la paciente, si no que de manera personal, para mi es enriquecedor, ética, profesionalmente y moralmente el poder interactuar con una paciente que tuvo complicaciones serias que provocaron deterioro en su salud, pero al verla recuperada totalmente es gratificante, saber ver que aplicando mis conocimientos y ayuda personal tuvo una recuperación adecuada, el poder ver que egresa del hospital sin ninguna complicación es muy gratificante, pero comprometedor a la vez por que esto impulsa a que debo seguir preparándome día con día.

BIBLIOGRAFÍA

- ALFARO, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería 5ª ed. Ed. Mosby, México 1995
- ATTIE, Fause et al. Cardiología Pediátrica Diagnóstico y Tratamiento. Ed. Panamericana. México, 1993.
- ATKINSON, Leslie D et al Proceso Atención de Enfermería. Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México 1986
- BEARE/Myers. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. I 2ª ed. Ed. Mosby México, 1985.
- CARPENITO, Linda J. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 4ª ed. Ed. Interamericana, España 1993
- CERVERA, Pilar et al. Alimentación y dietoterapia. Ed. Interamericana, México, 1990
- FERNÁNDEZ, Carmen et al. El Proceso de Atención de Enfermería Ed. Masson, México, 1993
- GARCIA, Dora. Metodología del Trabajo de Investigación. Ed. Trillas. México, 1998.
- J.F. Guadalajara. Cardiología 5ª. ed. Ed. Méndez. México 2000
- KING, M. E. Técnicas de Enfermería. Manual Ilustrado. 2ª ed. Ed. Interamericana, México, 1993.

KOZIER, Barbara et al. Enfermería Fundamental. Conceptos, Procesos y Práctica. 4ª ed. Ed. Interamericana. México, 1993

NANDA, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002 Ed. Hancourt. México, 2001

PAR Myung K et al. Cardiología Pediátrica. 2ª ed. Ed. Harcourt. México, 1999

QUINTÍN, Olascoaga, José. Dietética. Ed. Méndez editores. México, 1993

ROSALES, Susana et al. Fundamentos de Enfermería. 6ª ed. Ed. El Manual Moderno, México, 1991

SLOTA, Margarete. Cuidados Intensivos de Enfermería en el Niño. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México 2000

TORTORA, Gerard et al. Principios de Anatomía y Fisiología. 6ª ed. Ed. Harla. México, 1981

VALENZUELA. Manual de Pediatría. 11ª ed. Ed. Interamericana. México, 1993.

WOLF, La Verne. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harla, México, 1989

ANEXOS

ANEXO 1

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL CORAZÓN

El corazón es el centro del sistema cardiovascular.

El corazón es un órgano muscular hueco que pesa entre 250 y 350 gramos y late más o menos 100 000 veces al día para bombear 7000 litros de sangre por día. El corazón tiene una forma de cono invertido.

El corazón esta situado en el mediastino, cerca de los puntos de inserción de las costillas II a VI en el lado izquierdo. Se apoya sobre las vertebra dorsales D5 a D8, el corazón está encerrado y soportado por el saco pericárdico, compuesto por tejido conjuntivo fibroso blanco, fuerte y tapizado de epitelio. Este saco impide que el corazón se llene demasiado durante breves periodos de sobre carga, y su líquido seroso proporciona lubricación para evitar la fricción durante el ciclo cardíaco.

Su extremo puntiagudo, el apex o punto está formado por la punta del ventrículo izquierdo, se proyecta hacia abajo, hacia delante y hacia la izquierda. La base del corazón se proyecta hacia arriba, hacia atrás y hacia la derecha. Está formada por las aurículas, sobre todo por la aurícula izquierda. El borde derecho esta formado por la aurícula derecha. El borde interior esta formado por el ventrículo izquierdo. La superficie externocostal anterior, está formado sobre todo por el ventrículo derecho, el ventrículo izquierdo y la aurícula derecha, en tanto que la superficie diafragmática (inferior) está formada por los ventrículos izquierdo y derecho, en especial el izquierdo.

El corazón está encerrado y mantenido en su lugar por medio del pericardio. El pericardio consiste de dos porciones que se denominan pericardio fibroso y pericardio seroso. El pericardio fibroso externo consiste de tejido conectivo fibroso pesado. El

pericardio seroso es una delicada membrana delgada que forma una doble capa alrededor del corazón.

El líquido pericárdico es, ultra filtrado de plasma y evita la fricción entre las membranas cuando el corazón se mueve. El espacio ocupado por el líquido pericárdico es un espacio potencial (no un espacio real) que recibe el nombre de cavidad pericárdica.

La pared del corazón está dividida en tres capas: el epicardio (capa externa), el miocardio (capa media), y el endocardio (capa interna).

El epicardio también denominado capa visceral del pericardio seroso es una capa externa delgada y transparente de la pared cardiaca. Esta compuesto el tejido seroso y mesotelio.

El miocardio es el músculo cardiaco constituye la masa del corazón. Las fibras musculares cardiacas (células) son involuntarias, estriadas y ramificadas y el tejido está dispuesto en haces entrelazados de fibras. El miocardio es responsable de la contracción del corazón, recibe su irrigación de las arterias coronarias derecha e izquierda, que procede de la aorta inminente detrás de las válvulas semilunares.

El endocardio es una capa delgada de endotelio que se encuentra sobre una capa delgada de tejido conectivo. Reviste la cara interna del miocardio y cubre las válvulas del corazón.

El corazón está dividido en cuatro compartimentos que se llaman cavidades y reciben la sangre circulante. Las dos cavidades superiores se denominan aurículas derecha e izquierda, cada aurícula tiene un apéndice que se llama orejuela, las aurículas están separadas por un tabique que se denomina tabique interauricular.

Las dos cavidades inferiores son los ventrículos derecho e izquierdo. Están separados entre sí por el tabique interventricular.

La coronaria izquierda se ramifica para formar la arteria interventricular anterior, que irriga la porción anterior de ambos ventrículos y la arteria circunfleja, que suministra sangre a la aurícula y ventrículo izquierdo.

La coronaria derecha se divide para formar la arteria interventricular posterior, que irriga la porción posterior de ambos ventrículos, arteria marginal, que suministra sangre a las paredes de la aurícula y al ventrículo derechos. La sangre vuelve a la aurícula derecha desde los cupilares miocárdicos a través de las venas cardiacas mayor y medio y el seno coronario.

El músculo cardiaco se diferencia del esquelético en que un potencial de acción, generado en las aurículas o en los ventrículos, pasa a todas las fibras musculares de las aurículas o los ventrículos, debido a que esas fibras se ramifican e interconectan en una sola unidad o sincilio.

ANEXO 2

TETRALOGÍA DE FALLOT

La tetralogía de Fallot comprende aproximadamente 10% de las malformaciones congénitas del corazón.

Esta cardiopatía se caracteriza anatómicamente por presentar:

- Estenosis pulmonar infundibular
- Comunicación intraventricular amplia
- Cabalgamiento de la Aorta sobre el septon ventricular
- Hipertrofia del ventrículo derecho

En la tetralogía de Fallot se observa una desviación anterior e izquierda del septum infundibular, que está disociado de la trabécula septomarginal o bien se fusiona con su borde anterior, a diferencia del corazón normal.

Realmente la tetralogía de Fallot no es un padecimiento específico, ya que abarca un amplio espectro anatómico de alteraciones, desde los casos muy leves con mínima estenosis pulmonar y un ligero grado de cabalgamiento, los casos de gravedad, intermedia en los que puede haber ligero cabalgamiento y estenosis pulmonar importante o viceversa, y en aquellos casos muy graves con estenosis pulmonar puntiforme.

FISIOPATOLOGÍA

Las características fisiopatológicas de la tetralogía de Fallot depende del tamaño de la comunicación intraventricular, de la gravedad de la estenosis pulmonar infundibular y de las resistencias periféricas.

Es habitual que la acumulación interventricular sea grande y la estenosis pulmonar infundibular, significativa. La presión sistólica de ambos ventrículos es similar a la aórtica independientemente de la gravedad de la estenosis pulmonar intraventricular. Esto se debe a que la comunicación intraventricular (CIV) es amplia, lo que permite transmisión de la presión sistémica a ambas cámaras ventriculares.

– **Hipertrofia ventricular derecha**

La hipertrofia del miocardio del ventrículo derecho es obligado en la tetralogía de Fallot porque el ventrículo derecho se enfrenta a una doble sobrecarga de presión.

– **Causas de la cianosis**

La cianosis se debe al corto circuito venoarterial que se establece al conectarse el ventrículo derecho con la aorta a través de la CIV; esto es el paso de sangre insaturada hacia la circulación sistémica. Este corto circuito venoarterial es favorecido por la estenosis pulmonar, y que el ventrículo derecho se enfrenta a dos vías de salida: la arteria pulmonar y la Aorta.

Otra razón de la cianosis es la cantidad de sangre que pasa al pulmón a través de la estenosis pulmonar.

– **Importancia de la corrección intraventricular (CIV)**

Generalmente es amplia y a ella se debe que la presión sistólica del ventrículo derecho sea de tipo sistémico; así mismo, a través de ella se establece el corto circuito venoarteria.

– **Importancia del grado de cabalgamiento aórtico.**

El grado de dextroposición aórtica es importante porque es uno de los factores que determinan el grado de instauración arterial.

- **Importancia de la estenosis pulmonar.**

El grado de estenosis pulmonar es el que determina el grado de cianosis y gravedad del enfermo.

Manifestaciones clínicas

Signos

1. Hipodesarrollo físico
2. Cianosis universal de piel y mucosas
3. Corazón del tamaño normal a la percusión
4. Sopro sistólico expulsivo
5. El II ruido se ausculta único y aparentemente reforzado.
6. L a CIV no produce soplo porque ambos ventrículos tienen la misma presión sistólica.
7. La semiología del soplo sistólico es muy importante para juzgar la gravedad de repercusión hemodinámica del padecimiento.
8. Poliglobulia. La instauración arterial estimula la producción de eritroproyectina.
9. Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

Síntomas

1. Hay presencia progresiva de cianosis desde los primeros meses de edad, que se incrementan con el esfuerzo (llanto, alimentación, marcha y otros esfuerzos).
2. Crisis de hipoxia
3. Deseña de esfuerzos
4. Posición de reposo en cuclillas
5. Hipocrotismo cianótico.

Métodos de Diagnóstico

- **Electrocardiograma:** Signos de hipertrofia del UD con sobre carga sistólica.
- **Radiografía de tórax** muestra corazón de tamaño normal.
- **Ecocardiograma**
- **Laboratorio**

Cateterismo Cardíaco

El cateterismo cardíaco revela diferencia de presión importante entre la arteria pulmonar y el ventrículo derecho por elevación de presión en este y de saturación de oxígeno en aorta.

Tratamiento

El tratamiento es quirúrgico, con evidente tendencia a la reparación total a corazón abierto en cualquier época de la vida.

El propranolol se ha usado como tratamiento paliativo para prevenir las crisis de hipoxia.

Acciones de Enfermería

Preventivas

- Evitar que el niño se fatigue
- Evitar que haga esfuerzos
- Evitar marchas prolongadas
- Administración de medicamentos

Preoperatoria

- Evaluación de laboratorios

- a) Deberá realizarse, de forma rutinaria, en todos los pacientes, recuento sanguíneo completo, análisis de orina, electrolitos séricos, glucosa, nitrógeno ureico en sangre.
 - b) Se obtendrá una placa de Rx y un ECG.
 - c) En los procedimientos a corazón abierto se necesitaran estudios de coagulación sanguínea.
-
- Todos los pacientes que van a ser sometidos a cirugía deberán realizar pruebas cruzadas.
 - Cuidados preoperatorios generales que se deben proporcionar a todo paciente que sea sometido a cirugía.

Administración de Medicamentos

Prevención de las infecciones administrar cefalotina c/8hrs.

Preparación emocional

Cuidados pos operatorios

En el tratamiento posoperatorio inicial es:

1. Registro frecuente de signos vitales 15 a 30 minutos hasta que se establezca .
2. Vigilancia del ritmo cardiaco por medio del monitoreo.
3. Vigilancia de la presión venosa central
4. Vigilancia de la arteria pulmonar
5. Registro de la producción y densidad de orina durante el tuno.
6. Llevar un registro exacto de consumo y excreción.
7. Administración de antibióticos durante las primeras 48 horas.

Mediatos

- 1. Registro de signos vitales**
- 2. Valorar el estado de la herida quirúrgica, prevenir datos de infección, como son: enrojecimiento alrededor de la piel, dolor a la palpación.**
- 3. Administración de medicamentos indicados.**
- 4. Proporcionar fisioterapia pulmonar para evitar el acumulo de secreciones.**

(ANEXO 3)

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

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 LAS NECESIDADES HUMANAS

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

a) Oxigenación

Subjetivo:

Diseña debido a: _____ Tos productiva/seca: _____
_____ Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____
_____ Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día/varía 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 retorno venoso: _____

Otros: _____

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo: _____) Número de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____
Intolerancia alimentaria/alergias: _____
Problemas de la masticación y deglución: _____
Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____
Membrana mucosas hidratadas/secas: _____
Características de uñas/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/menstruar/orinar: _____
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características: _____
Ruidos intestinales: _____
Palpación de la vejiga urinaria: _____
Otros: _____

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de la temperatura: _____
Ejercicio/tipo y frecuencia: _____
Temperatura ambiente que le es agradable: _____

Objetivo: _____
Características de la piel: _____
Transpiración: _____
Condiciones del entorno físico: _____
Otros: _____

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección a 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 músculo esquelético/fuerza: _____
Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____
Posturas: _____
Ayuda para la deambulación: _____
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: _____
Siesta: _____ Ayudas: _____
¿Padece insomnio?: _____
A que considera que se deba: _____
¿Se siente descansado 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

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección 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: _____

d) 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 higiénicos?: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, que tipo: _____

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____

e) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: _____
Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿Conocer las medidas de accidentes? _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realizar 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) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Vive con: _____

Preocupaciones / estrés: _____

Otras personas que puedan ayudarle: _____

Rol de la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad / estado: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad en la visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: _____

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿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?: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: no Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo _____

¿Está satisfecho con su trabajo?: _____ ¿Su remuneración le permite cubrir

sus necesidades básicas y/o las de su familia?: _____

¿Está satisfecho(a) con el rol familiar que juega?: _____

Objetivo:

Estado emocional/calmando/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:

Otros: _____

d) Necesidad 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 comunidad para la recreación?: _____

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas?: _____

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: _____

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	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
7.- Termorregulación	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 y valores	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad	grado de dependencia	diagnóstico de enfermería
12.-Trabajar y realizarse	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
13.- Jugar y participar en actividades recreativas	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
14.- Aprendizaje	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____