



UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**“Estudio de caso dirigido a un cliente adulto
con alteración de sus necesidades de
Oxigenación, Nutrición, Eliminación y
Termorregulación”**

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

MARÍA DEL ROSARIO AMBRIZ SORIANO

No. DE CUENTA: 402122414

DIRECTOR DE TRABAJO

LIC. ANGELINA RIVERA MONTIEL

MÉXICO D. F. 2006



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.

DEDICATORIA

A mi madre:

Porque no es solo la mujer que me dio el ser más que nadie, es quien me brinda su apoyo en cada nuevo reto de mi vida, y con sus enseñanzas me ha dejado la mejor escuela: la de la lucha por la vida con: responsabilidad, honestidad, amor y respeto hacia los demás.

¡Mi agradecimiento eterno para ti mamá!

A mis hijas:

Nancy Rosario y Claudia Angélica
porque sin su confianza, comprensión y apoyo moral no me habría sido posible realizar mis deseos de superación, deseo de corazón logren las metas que se tracen y me permitan disfrutar con ellas sus éxitos.

¡Que Dios me las bendiga toda la vida!

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por permitirme vivir y darme la fuerza, la salud y los elementos necesarios para salir adelante.

A mi asesora Angelina Rivera

Mi más sincero reconocimiento, por su excelente asesoría y por haber compartido conmigo sus valiosos conocimientos así como su gran experiencia, brindándome el tiempo y la dedicación necesarias para la realización de este trabajo, deseándole de todo corazón continúe cosechando éxitos en su vida personal y profesional

A quienes creyeron en mí
Sería imposible mencionar a todos en un pequeño párrafo, sin embargo, agradezco a todas aquellas personas que directa o indirectamente contribuyeron al logro de una de mis metas.....obtener el título profesional

¡GRACIAS SINCERAMENTE!

Rosario

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVO	5
MARCO TEÓRICO	6
Cuidado	6
Concepto	8
Antecedentes históricos	10
Tipos de Cuidado	11
Connotaciones del cuidado	13
Enfermería	13
Concepto	13
Antecedentes Históricos	14
Metaparadigma de enfermería	16
Proceso de Atención de Enfermería	20
Antecedentes Históricos	20
Etapas del Proceso de Enfermería	21
Modelo Conceptual de Virginia Henderson	24
Antecedentes Históricos	24
Principales conceptos de modelo del modelo de Virginia Henderson	25
Necesidades básicas	27
Niveles de independencia según Virginia Henderson	31
Modelo Conceptual de Virginia Henderson	32
Cardiopatía Isquémica. Marco teórico y de referencia	33
METODOLOGÍA	46
Descripción del caso	49
Valoración	52
Planeación	74
Evaluación	118
Conclusiones	129

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Uno de los mayores retos que tenemos en este momento las enfermeras para encontrar y consolidar la **identidad profesional**, que nos permitirá sobrevivir como profesión independiente es: el identificar qué es lo **que hacemos, cómo y para quién lo hacemos** y por qué son necesarios nuestros servicios.

El desarrollo de enfermería debe partir de una base teórica, metodológica y científica; que favorezca, el desarrollo de la **cultura de calidad** orientado a la **mejora continua**, con enfoque al cliente, desde un punto de vista **holístico** y sobre todo con alto sentido humano.

Brindar cuidados de calidad, individualizados según las necesidades de los clientes y a un precio asequible, es un objetivo común que cada vez más pretende lograr el profesional de enfermería y las instituciones de salud.

A la consecución de este objetivo están contribuyendo las teorías de enfermería, las cuales incorporan la base racional, que es el punto de apoyo para determinar el estado de salud del usuario, la familia o la comunidad y las necesidades de cuidados de enfermería que la enfermera debe cubrir en la práctica clínica.

Para ello se lleva a cabo el Proceso Atención de Enfermería (PAE), que tiene como meta identificar las necesidades de cuidados actuales y potenciales, que favorezcan la recuperación de la salud del paciente, con la finalidad de establecer el plan de acción que permita intervenir en la satisfacción de las mismas.

Las enfermeras atienden a las personas de acuerdo a este método sistemático y organizado. Cuidan a personas enfermas que son incapaces de procurarse su autocuidado. Al mismo tiempo, las enfermeras enseñan a las personas que se recuperan de una enfermedad cómo cuidar de sí mismas. También brindan cuidados a las personas sanas que están interesadas en mantener su grado de bienestar. Por tal motivo, el centro de atención de la enfermería es, el **cuidado de las personas** que experimentan problemas de salud reales o potenciales.

La **enfermería**, por tanto, se practica de acuerdo a un **proceso** el cual opera dentro del ámbito de la teoría de **resolución de problemas**. Su aplicación dentro de un marco conceptual y teórico, se basa fundamentalmente en las habilidades intelectuales, interpersonales y técnicas de la enfermera. Ésta es retada a usar esas habilidades a medida que el proceso de enfermería va avanzando.

Durante la **valoración del cliente** se obtienen y analizan los datos, finalizando ésta fase del proceso con la especificación de los **diagnósticos de enfermería** reales y potenciales. La identificación de los diagnósticos de enfermería dentro de un marco teórico, permite a la enfermera **planificar** de modo eficaz e identificar el **objetivo** a alcanzar, así como las expectativas conductuales específicas que resultan del tiempo previsto para el **logro** del mismo.

Considerando la importancia del sustento de la práctica profesional, se realiza el presente trabajo, el cual nos permite tener un panorama más amplio del proceso atención de enfermería y de su aplicación en un usuario de la quinta década de vida, con **alteración** de sus **necesidades** de: **Oxigenación, Nutrición, Eliminación, Termorregulación y comunicación**, sabiéndose portador de cardiopatía isquémica, considerando que esta patología ocupa un alto índice de morbi-mortalidad en las unidades de tercer nivel de atención.

Este proceso es aplicado a un cliente adulto del sexo masculino, hospitalizado en el Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza “Dr Antonio Fraga Mouret”, en el servicio de la Unidad de Cuidados Coronarios, 2º piso.

Como ya se mencionó, en la metodología se empleó el Proceso de Atención de Enfermería cuyas etapas son: **Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.**

JUSTIFICACIÓN

La **enfermería como disciplina**, ha heredado una filosofía de responsabilidad y comportamiento ético para el cuidado de la vida humana, sustento que le da significado a su práctica, misma que contribuye para que el hombre obtenga bienestar en todos los aspectos de su vida.

Mucho se ha discutido acerca de qué es enfermería, cuál es su campo de acción y si es una profesión o no. También han sido muchos los autores que se han referido a estos temas, no obstante en nuestro medio, son pocos los que se han detenido a reflexionar sobre estos tópicos y la magnitud de esta problemática.

Este fenómeno está motivado por el auge que ha tenido la enfermería, influenciada por las condiciones de desarrollo socioeconómico de cada país, y los acontecimientos históricos, que por lógica, provocan un efecto en cualquier profesión.

La formación de recursos humanos profesionales en enfermería, genera la sistematización de estrategias, que nos permitan comprender esta complejidad, y anticipar su evolución futura.

Para liberar la práctica de enfermería de su forma tradicional, y desmarcarse en forma definitiva de la influencia médica, es necesario un desplazamiento del marcate socioprofesional dependiente de la prescripción médica.

El dinamismo de las recientes décadas genera un gran reto, que es: **Alcanzar la Identidad Profesional**, para lograrlo, es necesario volver a encontrar las raíces de su práctica, la cual está dirigida al bienestar social, en coadyuvancia con otras disciplinas, concentrándose en su razón de ser que es: El **cuidado de la vida y el bienestar del ser humano**, en las dimensiones: Física, mental, emocional, social, espiritual, y desarrollar protocolos de investigación para los distintos focos de interés de la profesión.

El presente trabajo, surge de la **necesidad** de contar con los elementos teórico - metodológicos del Proceso Atención de Enfermería, que servirán de base para establecer y proporcionar los cuidados apropiados al individuo con alteraciones fisiológicas, con la intención de ayudarlo en medida de lo posible a conservar un estado óptimo de bienestar físico, emocional y/o conseguir una mejor calidad de vida.

En la aplicación del método enfermero se tiene como objetivo principal utilizar el **modelo de enfermería de Virginia Henderson**, con base a **14 necesidades**.

En este proceso de cuidados destaca la trascendencia de la valoración efectuada por el profesional de enfermería, para la detección de problemas reales y potenciales, jerarquización de los mismos e implementar un plan de atención de enfermería y así personalizar los cuidados, a fin de responder a la necesidad de una evolución satisfactoria y rápida, para su independencia en el autocuidado de su salud y mejorar con esto su calidad de vida, de esta manera evitar complicaciones que ponen en riesgo su integridad.

La evaluación observa los resultados obtenidos de la metodología general de cuidados y alternativas de resolución ante los no esperados.

1. OBJETIVO

1.1 GENERAL

Aplicar el método del proceso atención de enfermería, orientado a la mejora de la calidad de atención en el cuidado del cliente, considerando como base la teoría de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, en un caso clínico de un usuario masculino con alteración de sus necesidades, en una unidad de tercer nivel de atención.

1.2 ESPECÍFICOS

- 1.2.1 Contar con una metodología propia que sirva como instrumento de mejora continua de la calidad de los cuidados de enfermería, para documentar su aportación al sistema sanitario.
- 1.2.2 Garantizar la calidad de la atención de enfermería que se brinda al usuario con afecciones coronarias, contando con un modelo idóneo que guíe y sistematice su práctica profesional, interactuando de manera eficiente con el equipo de salud y bajo un enfoque holístico.
- 1.2.3 Reafirmar los conocimientos adquiridos durante la formación académica, en el desempeño de su hacer y quehacer profesional, con actitud humanística, analítica, proactiva, reflexiva y calidad de los procesos que realiza, favoreciendo el logro de los objetivos a alcanzar.
- 1.2.4 Emitir juicios críticos basados en evidencia, en los problemas de salud reales y potenciales, del individuo con insuficiencia coronaria, aplicando la metodología del proceso enfermero al cliente como ser integral.
- 1.2.5 Valorar, las necesidades y/o problemas del usuario a través de una metodología y elaborar los diagnósticos enfermeros reales y potenciales en base a los signos y síntomas coronarios que presenta el usuario.
- 1.2.6 Planear los cuidados de enfermería en función de cada diagnóstico identificado, su objetivo, necesidades, la fuente de dificultad, el nivel y grado de dependencia y la prioridad de intervención.
- 1.2.7 Ejecutar los cuidados previstos en la planeación contemplando la satisfacción de las necesidades físicas, sociales y emocionales del paciente y su progresión hacia una mayor independencia en el menor tiempo posible a través del cuidado holístico.
- 1.2.8 Evaluar con juicio crítico comparativo el progreso del paciente en función de los resultados obtenidos a través de la eficacia de las actuaciones de enfermería, para realizar mejoras del cuidado, rectificar el curso de la acción y asegurar unos cuidados de calidad y calidez en beneficio del usuario.
- 1.2.9 Gestionar los cuidados de enfermería que permitan mantener al usuario en una situación óptima de bienestar e independencia relacionado con las manifestaciones que presente para contribuir a su recuperación en el menor tiempo posible

2.- MARCO TEÓRICO

Dentro del marco teórico se presentan los elementos conceptuales que sustentan el estudio de este caso.

2.1.- CUIDADO

Históricamente la mujer ha sido el elemento esencial para el ser humano, pues es ella, la protagonista en otorgar cuidados domésticos fundamentales de satisfacción de necesidades tales como: la alimentación, supervivencia, cuidados durante el parto, la crianza y la lactancia. “La perpetuación de las sociedades tribales dependía del nivel de éxito en tales cuidados dada la extrema mortalidad que acechaba ese delicado periodo del que dependía la reproducción, mantenimiento y mejora del precario sistema social de la época”¹.

La enfermería a través de su desarrollo humano ha tenido diversas transformaciones, entre ellas están las de aspectos paradigmáticos, en este sentido la atención por varios años se ha centrado en la enfermedad - curación, teniendo en la actualidad el desarrollo epistemológico y filosófico de esta profesión, centrados en el cuidado de la persona¹.

2.1.1. CONCEPTO

Cuidado de enfermería: son las intervenciones de enfermería con el cliente. Se define como lo que hace la enfermera, para, por y con la persona. El enfoque primario de las intervenciones de enfermería son las interacciones transpersonales que ocurren entre la enfermera y el cliente.²

Para fines de conceptualización Colliere determina que el cuidado es, “ante todo un acto de VIDA en el sentido de qué cuidar, representa una infinita variedad y actividades dirigidas a mantener y conservar la VIDA y permitir que ésta se continúe y se reproduzca”³

Watson determina que los clientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado del cliente es un fenómeno social que solo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal, según Watson, el cuidado es el atributo más valorable que la enfermería puede ofrecer. Su teoría se basa en suposiciones acerca de la ciencia del cuidado y la presencia de los factores del mismo.

“Las suposiciones del cuidado son: que puede ser demostrado de manera efectiva y practicando de forma interpersonal, consta de factores de cuidados que pueden satisfacer las necesidades humanas.”⁴

¹ SILES. M. J. L. Fundamentos Históricos de Enfermería. Antología Fundamentación Teórica para el cuidado. ENEO. UNAM 2004. pp. 15.

² DURAN de Villalobos. M. Ciencia de Enfermería. En Antología teórica y Modelos para la atención de Enfermería ENEO – UNAM. 2002. pp. 139.

³ COLLIERE. F. M. Disposiciones Sobre la Naturaleza de los Cuidados de Enfermería. Antología Fundamentación Teórica para el cuidado ENEO- UNAM 2004 pp. 37.

⁴ WATSON .J. (1988) en Modelos y teorías en enfermería Harcourt Brace pp.8

El cuidado responde aceptando a una persona como es y lo que parece, además de lo que podría llegar a ser, la práctica del cuidado es fundamental para la enfermería: el cuidado conlleva una responsabilidad de la enfermería respecto al problema del cliente; la enfermería y el cliente colaboran para ayudar al individuo a que obtenga control, conocimientos y salud”.⁵

Los **clientes** tienen **derecho** a recibir un **cuidado** integral de **calidad**, ya que “el objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano, considerando todos sus valores, potenciales y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud.

La enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas.⁵

“**El cuidado** es una entidad compleja, pues detrás de una evidente unidad, coexisten multiplicidad de componentes, siendo la asociación de ellos mismos (diversos por completo), lo que da coherencia a la acción cuidadora”⁵

Es esencial el cuidado para la enfermera ya que este le da fundamento, especificidad a la disciplina en cuidado esta dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones salud física, mental, social y espiritual, en situaciones vitales como el crecimiento y desarrollo de la persona, en la enfermedad y la muerte.

La necesidad de cuidados es universal. Inherente a ello esta el respeto a la vida a la dignidad y a los derechos del hombre, aunque estos no están limitados por la nacionalidad, la raza, las creencias, grupo étnico, edad, y sexo, el estado político y social⁶

Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas (1959- 1969).

“EL cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere de formación formal, estas ideas guían a Nightingale hacia la elaboración de un plan para la formación de enfermeras competentes”.

Los cuidados enfermeros van dirigidos a todas las personas, enfermas y gente sana, independientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades.⁷

⁵DURÁN de Villalobos M. Ciencia de Enfermería En Antología teórica y Modelos para la atención de Enfermería ENEO – UNAM 2002 PP 139.

⁶GARCÍA G.M.J. El Proceso de Enfermería por el Modelo de Virginia Henderson, una propuesta para orientar la enseñanza en la práctica de Enfermería Ed. Progreso. S.A. México, D.F. 1991. pp 330

⁷KEROUAC, S. el. Al. Grandes Corrientes del Pensamiento En antología, Sociedad, Salud y Enfermería ENEO – UNAM Agosto 2002 pp94

Kerouac señala que el cuidado de la enfermería al ser humano adquiere mayor importancia que la enfermedad. Se trasciende las técnicas y procedimientos, los cuales constituyen solo parte y medio para lograr la atención integral. Desde el sentido Antológico el cuidado es una manera de ser, mirar, pensar, compartir y participar con el otro: es describir la experiencia que permite al mismo tiempo el conocimiento propio.

“La enfermera, conciente de la amplitud de sus responsabilidades, se da cuenta de que para tomar decisiones autónomas frente a los clientes, es esencial apoyarse en una concepción clara y explícita de los cuidados de enfermería”.

La enfermería ha heredado una filosofía de responsabilidad y comportamiento ético para el cuidado de la vida humana, sustento que le da significado a su práctica. Misma que contribuye para que el hombre obtenga bienestar en el aspecto biopsicosocial y espiritual.⁸

2.1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Las primeras narraciones de las civilizaciones antiguas ofrecen poca información sobre las personas encargadas de cuidar a los enfermos. Durante ese tiempo, las creencias sobre las causas de las enfermedades estaban cargadas de supersticiones así como de magia, por lo cual, el tratamiento consistía a menudo en curas mágicas. Sin embargo, estas sociedades fueron evolucionando, surgieron ideas prácticas sobre ciertas causas ajenas a la magia en las enfermedades que se observaban. Se sabe que las comadronas se encargaban de cuidar a las madres y a sus hijos en el alumbramiento, también se sabe que las nodrizas a menudo amamantaban y cuidaban a los niños de las familias ricas. A menudo estas tareas las desempeñaban mujeres que eran esclavas. Las enfermeras esclavas dependían del maestro, del curandero o sacerdote que se encargaban de instruir las y dirigir las en su trabajo. También era muy frecuente que el cuidado de los enfermos estuviera relacionado con el mantenimiento físico y el bienestar.

Las enfermeras son mencionadas de forma ocasional en el Antiguo Testamento como mujeres que cuidaban a los lactantes, niños enfermos, moribundos, además actuaban como comadronas asistiendo a las mujeres durante el embarazo y parto.

En la Antigua Grecia y Roma, el cuidado de los enfermos y heridos estaba muy avanzado tanto en la mitología como en la realidad.

En las culturas antiguas de África, las funciones de la enfermera eran las de comadrona, herborista, nodriza, cuidadora de niños y de ancianos. En la antigua India, los primeros hospitales estaban atendidos por enfermeras fijas que debían cumplir cuatro requisitos: 1) Conocimiento de preparar fármacos para administrarlos, 2) Inteligencia, 3) Dedicación al paciente, y 4) Pureza de Cuerpo y Mente. Las mujeres indias actuaban como comadronas y cuidaban a los miembros enfermos de a familia.⁹

⁸Ibid.pp 28

⁹KOZIER, B. ERB. Glenora. BLAIS. K Fundamentos de Enfermería Concepto Proceso y Práctica Ed Mc Graw-Hill de España S.A. 5ª Ed. México, D.F. 1999 Vol. I pp 4 -6

Muchas de las religiones del mundo predicaban la benevolencia, pero ha sido el valor cristiano de amar al prójimo como a uno mismo el que ha tenido un gran impacto en el desarrollo de la enfermería de Occidente.

Las mujeres no eran las únicas que prestaban servicios de enfermería, en el siglo III, existía en Roma una organización de hombres llamada la Hermandad Parabolani. Este grupo de hombres cuidó a los enfermos y a los moribundos durante la gran plaga de Alejandría.

A finales del siglo XVI, Camilo De Lellis, santificado más tarde por su labor de caridad cristiana, fundó una orden de enfermería para cuidar a los pobres, los enfermos, los moribundos y los que se encontraban en prisión.

Los grupos de diaconistas, formados por mujeres que prestaban cuidados, tienen sus orígenes en el Imperio Romano de los siglos III y IV, pero fueron suprimidos en la Edad Media por las Iglesias Occidentales. Sin embargo, estos grupos de profesionales de la enfermería reaparecieron de vez en cuando a lo largo de los siglos, sobre todo en 1836, cuando Teodoro Fliedner volvió a crear la Orden de las Diaconisas y abrió un pequeño hospital y una escuela de prácticas en Kaiserswerth, Alemania. Florence Nightingale obtuvo su capacitación en Enfermería en la Escuela de Kaiserswert.

Durante la época de la Revolución Industrial, el papel adecuado en la vida de la mujer era de mantener el hogar, la familia limpia y elegante. Los cuidados que necesitaban los enfermos en hospitales o las viviendas privadas los prestaban mujeres bastante extrañas; a menudo eran prostitutas o prisioneras que tenían poco o ningún entrenamiento como enfermeras.

La creación de Kaiserswerth, Alemania, del Instituto de Diaconisas protestantes cambió todo esto. La orden de las Diaconisas hizo que se reconociera la necesidad de unos servicios prestados por mujeres para el cuidado de los enfermos, los pobres, los niños y las mujeres encarceladas. La escuela de enfermeras de Kaiserswerth enseñaba a cuidar a los enfermos hospitalizados, preparaba a las enfermeras para que hicieran visitas, les enseñaba la doctrina religiosa, la ética y la farmacia.

Durante la guerra de Crimea Florence Nightingale, la alumna más famosa de Kaiserswerth, sus enfermeras evolucionaron los hospitales militares creando cocinas dietéticas, lavanderías, centros de recreo, salas de lectura y organizando clases para los asistentes.

En 1860 Florence Nightingale inauguró la Training School For Nurses. La escuela sirvió de modelo para la creación de otros centros. Los esfuerzos de Nightingale y sus enfermeras transformaron el prestigio de la enfermería convirtiéndola en una ocupación respetable para la mujer.¹⁰

¹⁰ KOZIER, B. ERB. Op Cit pp 4-6

2.1.3 TIPOS DE CUIDADO.

El cuidado es esencial para proteger, mejorar y preservar a la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufriendo dolor y existencia.

Colliere menciona que el vocabulario inglés respecto a la noción de cuidados, ha contenido dos tipos de cuidados: los de costumbre y habituales; relacionados con las funciones de conservación de continuidad de la vida.

Están determinados los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, y representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida: como beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser, formando, manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía vital, la luz, el calor, la relación con personas conocidas, los objetos familiares.

Los cuidados de curación son relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida, tiene por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas, entre las que las principales son, el hambre, es decir la falta de recursos en energía alimentaría para mantener las funciones vitales.

“En determinadas circunstancias es necesario utilizar además de los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación es decir, todo aquello que exige el tratamiento de la enfermedad. Estos cuidados se van a añadir a los cuidados habituales”.

Enfermería es una profesión orientada a cuidar (care) en contraste con otras disciplinas de salud orientadas a curar (cure). El cuidado ha sido descrito como la esencia de la enfermera y el enfoque central que unifica la práctica (Leininger). El cuidado de enfermería es diferente al cuidado que proveen otros profesionales de la salud, requieren de más reflexión para lograr una imagen mental comprensiva y clara.¹¹

¹¹COLLIERE. F. M. Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados de Enfermería. Antología Fundamentación Teórica para el cuidado ENEO – UNAM 2004 pp 37.

2.1.4 CONNOTACIONES DEL CUIDADO.

El cuidado está vinculado con una relación interpersonal, menciona Colliere que tiene tres configuraciones; cuidar de si mismo, cuidar de otro y cuidar con otros, porque conforme el sujeto va desarrollando actividades automotrices se va haciendo independientemente y estas connotaciones se encuentran íntimamente relacionadas a las etapas de desarrollo de la vida.

“Los cuidados humanos se complementan como el ideal moral de enfermería, son intersubjetivos: por que al trabajar con seres humanos interfiere en las emociones, sentimientos, creencias. Son interpersonales por que son de persona a persona”.

“El trabajo de enfermería, requiere identificar los elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados de enfermera, es decir, especificar a que conocimientos ha recurrido, que tecnología ha utilizado, cuales son las creencias y los valores sobre lo que se basa la presentación de los cuidados de enfermería”.¹²

Los conocimientos son fundamentos teóricos de la competencia de enfermería, donde se consideran las fuentes de conocimiento, su modo de organización y utilización.

La primera fuente de conocimientos: es la persona o el grupo que se expresa sobre un problema. Las personas cuidadas y sus familias tienen los signos indicativos del sentido, de la orientación, del límite de las informaciones que comparten con los cuidadores. Los usuarios de cuidados son la primera fuente de conocimiento.

Organización y utilización de los conocimientos: el método es lo que orienta la organización de los conocimientos y su utilización, por el método se extiende; los principios operativos que ayudan a pensar por sí mismos. Como explica Edgar Morin el método de la complejidad que permite ir hacia lo desconocido de los seres vivos, aclarando con ellos elementos conocidos para comprender situaciones y conducirlos.

Tecnología: Es un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir de todo lo que muestra su elaboración, creación, la justificación de su utilización apropiada, y de la manera de servirse de ella. Los cuidados de enfermería han recurrido a tecnología diversa, siendo las principales todas aquellas que sirven para el tratamiento de la vida, cuidados habituales.

El cuerpo: ha sido el primer instrumento usado por una persona que prestaba cuidados y aún sigue siendo el principal instrumento de los cuidados de enfermería, en el sentido de que es el vehículo, el mediador de los cuidados.¹³

¹²COLLIERE. F. M. *Op. Cit.* pp37

¹³COLLIERE F. M. *Op. Cit.* pp 41 - 63

El tacto: es el primer sentido utilizado en la prestación de los cuidados, el oído transmite un mensaje, es el vehículo que la escucha, la vista sitúa a las personas en su entorno.

Después del cuerpo habría que tomar en cuenta las tecnologías relacionadas con los cuidados habituales: para la curación y la información. Estas tecnologías son las que sirven para garantizar el mantenimiento de la vida cotidiana, su uso requiere por parte de los cuidadores, un estudio de los hábitos de vida que se refieren al aseo, tipo de alimentación, etc. Estas tecnologías compensan defectos funcionales.

Las tecnologías de curación van desde los instrumentos más sencillos hasta máquinas más complejas y plantean el difícil problema del límite de su utilización y su finalidad real, ya que estas técnicas corresponden más a los cuidados médicos y llevados a cabo por el personal de enfermería.

Todo instrumento para la curación requiere una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal, de la incidencia o del daño funcional que espera durar o suplir.

En la tecnología de información: en el proceso de prestar cuidados hay que apelar a unos instrumentos y técnicas de recogida de análisis y consignación de la información. Las tecnologías de la información se reúnen actualmente alrededor de dos tipos de instrumentos principales: los que constituyen las historias de enfermería o de acción sanitaria y los que constituyen a la gestión del servicio de enfermería, la historia de enfermería, instrumento fundamental de coherencia y de continuidad de los cuidados, es la expresión escrita de la evolución del proceso de prestación de cuidados.

Ciencia y Valores: “Los cuidados de enfermería se aplican cuando confluyen personas (cuidados y cuidadores) con costumbres y creencias diferentes y están sometidas a fluctuaciones en sus diferentes medios de vida. Los cuidados de enfermería se encuentran bajo la influencia del conjunto de valores predominantes transmitidos por el sistema social”.¹⁴

¹⁴Ibid pp 41 - 63

2.2 ENFERMERÍA

En nuestro días la enfermería ha adquirido las peculiaridades de una profesión, su quehacer cada vez se asienta más en un saber propio con bases científicas, ya que la enfermera ha recorrido un largo camino en términos de desarrollo sistemático, definición de un cuerpo de conocimientos únicos y científicamente sólido, con una base teórica para establecer la enfermería como una profesión completamente reconocida.

La enfermería al igual que otras actividades profesionales fue antes un hacer que un saber lo que durante muchos siglos dio la impronta particular al cuidado de los enfermos.

“La palabra enfermería es reciente pues es coetánea del término enfermedad (infirmidad) tal vez por ello define de forma mucho más la actividad del cuidador restringiendo la misma a los cuidados de los enfermos (cuidador de enfermos /enfermera-o) lo cual ha llevado a confusión a la hora de interpretar de forma demasiado estrecha una actividad ancestral que desde sus orígenes se ha ocupado de tareas que iban más allá del cuidado de enfermos”.¹⁵

2.2.1. CONCEPTO

Grinspun conceptualiza a la enfermería:

“**Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado** y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud. Esta definición incorpora cuatro conceptos del metaparadigma de enfermería: persona, entorno, enfermería y salud. Estos conceptos han sido articulados como el metaparadigma de enfermería por primera vez en 1984 (Fawcett), a continuación se analizan:

Enfermería es un arte porque requiere que la enfermera perciba el significado del momento para la persona que ella cuida, que pueda rápidamente entender y actuar.

Enfermería es una ciencia porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de enfermería.

Enfermería es cuidado integrado porque incorpora la complejidad biopsicosocial del individuo y considera sus necesidades dentro del contexto de su mundo único.

Enfermería es cuidado comprensivo por que valora y considera las diferentes experiencias que la persona está confrontando, con el fin de asistir a la persona a entender estas experiencias y ganar fuerzas para movilizarse a un estado de salud”.¹⁶

¹⁵SILES, M. J. L. *Op. Cit.* Pp. 15

¹⁶ GRINSPUN, Doris. *Identidad Profesional, Humanitarismo y desarrollo tecnológico*. En Antología Sociedad, Salud y Enfermería. ENEO – UNAM. 2002. pp. 204 – 207.

IYER determina el concepto de enfermería como: “La ciencia y el arte de proporcionar cuidados al individuo, familia y comunidad.

Mediante el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y potenciales así como la ejecución de acciones en colaboración para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas fisiopatológicas”.

Las respuestas humanas: son todos aquellos fenómenos que acompañan a un individuo, familia y comunidad ante un problema de Salud y que preocupa a las enfermeras, entendiendo como fenómenos a las reacciones, inquietudes, sentimientos y conductas que presentan tanto los individuos sanos como enfermos.

La responsabilidad de la enfermera es; fomentar la salud, prevenir la enfermedad, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento por lo que basado en este concepto, la enfermería es una profesión dinámica y la práctica de ésta se encuentra en constante cambio.

Virginia Henderson menciona: la función de la enfermera es “Asistir al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que promuevan la salud o su recuperación (o una muerte serena) que llevaría a cabo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario y hacerlo a manera de ayudarlo a recobrar su independencia en la mayor brevedad posible”.¹⁷

2.2.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, esto nace con la primera teoría de enfermería.

“La enfermería existe desde hace milenios. Muy limitada en la antigüedad en donde se puede apreciar la influencia del género femenino en la atención al individuo enfermo”. Los primeros grupos formados por viudas, diaconizas, vírgenes, canónicas y monjas en donde se observa el influjo religioso para prodigar cuidados a los necesitados. Llega una época en que estas labores se designan solo a las mujeres quienes tenían más preparación por su conocimiento de remedios, y en nombre de la caridad conservan y mantenían la Salud de sus semejantes.

No podemos afirmar que la enfermería fuera una profesión, ni un saber propio o una ciencia, mientras que observamos como a lo largo de la historia se ha limitado a ejecutar las órdenes médicas y el cuidado no es más que una tarea que resolvía el sentido común.¹⁸

¹⁷IYER. W. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Mc. Graw Hill – Interamericana, España. Pp. 3 – 5

¹⁸GRIFFITH, J. et. Al. Práctica de la Enfermería con base teórica. Universidad. Estatal Wright. Enero de 1980. pp. 3 - 4

La creación de las organizaciones, como las cruzadas y las hermanas de la caridad cimentaron el trabajo enfermero en su cuidado a la población más miserable en la comunidad.

Con los conocimientos sociales se vio favorecido el éxodo de emigrantes del viejo al nuevo continente llevando sus costumbres y el cuidado de las persona a un territorio donde los nativos tenían sus propios métodos de cuidar enfermos a través de curanderos o chamanes, quienes se valían de una medicina popular y mágica y de las mujeres que utilizaban hierbas y ejercían la función de enfermeras.

Las labores de enfermería se vieron dirigidas por el país de origen de los colonizadores a tal grado que estas eran ejercidas por personas contratadas a sueldos bajos, a tal grado que éstas eran ejercidas por personas contratadas a sueldos bajos o por miembros de las correccionales. Transcurrió un largo periodo de tiempo en el cual la medicina fue evolucionando y es cuando liderada por los médicos se solicita un replanteamiento de una nueva enfermería, con reconocimiento de la ciencia y el arte de cuidar. En este surgimiento hace se aparición Florence Nightingale quien con su preparación y dedicación logró desafiar a sus familiares y vencer la tradición formando el primer contingente de enfermeras en hospitales militares y tras una larga tarea de organización logró figurar y reivindicar la imagen de la enfermera. En 1860 F. Nightingale desarrolló el primer programa de formación para enfermería; la Nightingale Training School For Nurses, Institución educativa independiente. El objeto de esta escuela era preparar enfermeras de hospital, de distrito para enfermos pobres y enfermeras capacitadas para formar otras. Su módulo rescató a la enfermería y la colocó en profesión respetable para las mujeres.¹⁹

El nacimiento de la Cruz Roja Internacional fue otro punto clave para la reforma de la enfermería.

La guerra de Crimea marco e impulso la formación de un cuerpo permanente de enfermería institucionalizada dentro del departamento médico del ejército. Este acontecimiento determino el rumbo que seguiría la aceptación social de la mujer, pues la desigualdad de la que era objeto se reflejaba en el avance de la enfermería pues el dominio masculino y una discriminación sexual se traducía en el desconocimiento de las enfermeras como profesionales. Desigualdad que se sigue presentando en la actualidad y que limita el desarrollo del máximo potencial de la enfermería. La necesidad de un control profesional que mantuviera los estándares de enfermería llevo a las diversas asociaciones americanas (ANA, entre otras) a buscar certificación y reconocimiento de las enfermeras tituladas.²⁰

^{19 -20} Ibid. pp. 3 - 4

Apoyando en lo anterior Kerouac menciona que la disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que ha sucedido durante estos últimos años; se ha desarrollado el ritmo de las grandes corrientes de pensamiento que han marcado el cambio de los conocimientos. Las concepciones de esta disciplina se han especificado igualmente durante los últimos decenios. La multiplicidad de las situaciones de la salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la orientación de las opciones éticas hacia un proceso que da prioridad a los valores y a la diversidad de los medios clínicos guían siempre la evolución de la enfermería a la concepción de los cuidados enfermeros.

Podemos decir que la enfermería es una ciencia joven nace con la primera teoría de Florence Nightingale. La enfermería es una profesión que en la actualidad se puede estar en condiciones de afirmar que es una ciencia joven, la existencia del grupo ocupacional de enfermería desde inicios de la historia parece una cuestión inapelable y de gran importancia, tan conocida y asumida que no debe ser puesta en entredicho.

“Un factor de profesionalización es la autonomía de la profesión. En la actualidad la enfermera tiene reconocimiento social, pues ésta para su desarrollo tiene cuatro funciones fundamentales: función asistencial, docente, administrativa y de investigación”.²¹

2.2.3 METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA

El metaparadigma de enfermería nos aporta la base fundamental de la enfermería.

Esta base teórica es la que provee a las enfermeras en su práctica clínica profesional con un entendimiento integral del ser humano. Es por eso que la vinculación efectiva con el cliente requiere basar la práctica clínica en el pensamiento teórico de enfermería.

Dentro de la **disciplina enfermera** se debe considerar de los contextos de mercado su crecimiento, por lo que se sitúan las grandes **corrientes del pensamiento** (paradigmas) que han favorecido el resurgimiento de los actuales conceptos de la disciplina enfermera: **Paradigma de Categorización, Paradigma de la Integración y Paradigma de la Transformación.**

En la evolución de enfermería, se ha intentado delimitar el campo de la disciplina enfermera, establecer su propia área de investigación y de práctica.

Tanto Fawcett (1984) como Flaskerud y Halloran (1980) han reconocido que los conceptos, cuidado, persona, salud y entorno están presentes en los escritos de varias enfermeras teóricas, conceptos que desde 1859 se hallan en los escritos de Nightingale (1969). Es precisamente gracias a la manera particular con las que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno se clarifica el campo de la disciplina enfermera.²²

²¹ Ibid. pp. 3 - 4

²² KEROUAC. S. et. Al. Op Cit. Pp. 103

En el desarrollo de la ciencia enfermera Kerouac, nos propone una clasificación de paradigmas inspirado en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran – Perry y de Newman (1992): Paradigma de la categorización, paradigma de la integración y paradigma de la transformación.²³

Paradigma de la Categorización

Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad, distinguiéndose dos orientaciones en la profesión enfermera, una centrada en la salud pública y otra centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

Orientación hacia la Salud Pública

Esta Orientación se sitúa desde el siglo XIII al XIX y se caracteriza por la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios. En esta época la población ignora las medidas preventivas más elementales, los cuidados enfermeros estaban influenciados por motivaciones espirituales y humanistas.

Florence Nightingale, se manifiesta como la única persona que dirige el cuidado enfermero hacia las personas sanas o enfermas proporcionando el mejor entorno posible con el propósito de mantener y recuperar la salud, y no solamente cuidados basados en la compasión.

Los conceptos de Florence Nightingale sobre la persona, el entorno, la salud y el cuidado son:

- ❖ **La persona:** Es un componente de partes física, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar una situación existente.
- ❖ **El entorno:** factores como el aire, la luz, el calor, la limpieza, el agua, la tranquilidad y una dieta adecuada tiene efecto sobre la salud de la persona, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.
- ❖ **La salud:** significa la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos y no solamente lo opuesto a la enfermedad.
- ❖ **El cuidado:** es a la vez un arte y una ciencia que requiere de una información formal para administrar los cuidados.²⁴

²³ Ibid. pp. 103

²⁴ KEROUAC. S. et. Al. Op Cit. Pp. 103

Orientación hacia la enfermedad

Surge a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de infecciones, mejora de los métodos antisépticos, y de las técnicas quirúrgicas (Dolan y Cols., 1983) Entre 1900 y 1950 la erradicación de enfermedades transmisibles es prioritaria. Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y de la cultura. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se debe a una causa única. El cuidado enfermero está caracterizado por la división de los cuidados en numerosas tareas.

La orientación de los conceptos del seno de la **disciplina de enfermería** es:

- **La persona:** definido como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente.
- **El entorno:** es un elemento separado de la persona, es percibido negativamente por lo que debe ser manipulado y controlado.
- **La salud:** es percibida como positiva y la enfermedad como negativa. La salud es sinónimo de ausencia de la enfermedad.
- **El cuidado:** está enfocado a eliminar los problemas, los déficit o la incapacidad de la persona según el modelo biomédico. La intervención de la enfermería significa “hacer para” las personas ignorando a la persona a participar en el autocuidado.²⁵

Paradigma de la Integración

Entre los años 1950 y 1975 en América del Norte, este paradigma ha inspirado a la orientación enfermera hacia la persona, se caracteriza por el reconocimiento de la importancia del ser humano en el seno de la sociedad, dando lugar a una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica. La enfermera proporciona el cuidado después de identificar la necesidad de la persona, considerando sus percepciones y su globalidad.

El significado de los **conceptos** característicos del **paradigma de integración** se resume de la siguiente manera:

La persona: Es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas; es un ser bio-psico-cultura-espiritual.

El entorno: Constituido por los diversos contextos en el que la persona vive.

Las interacciones entre la persona y el entorno dan resultados positivos o negativos y de reacciones de adaptación.

La salud: Salud y Enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica.

El cuidado: Está dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. La intervención de enfermería significa “actuar con” la persona, a fin de responder a sus necesidades.²⁶

²⁵⁻²⁶ Ibid. pp. 103

Paradigma de la Transformación

El paradigma de la transformación representa a un cambio de mentalidad sin precedentes. Es la base de apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo, situado en la mitad de la década de los años 70. Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias y de sus convicciones (Leininger, 1991). La población se vuelve agente de su propia salud, participando en ella un compañero con el mismo grado que los profesionales de la salud.²⁷

Los **conceptos** característicos del **paradigma de transformación** son:

La persona: Considerada como un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferentes de ésta.

El entorno: Compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte, siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella.

La salud: Entendida a la vez como un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, se integra en la vida misma del individuo, la familia y comunidad.

El cuidado: Va dirigido al bienestar tal como la persona lo define. La enfermera y la persona atendida son compañeros en un cuidado individualizado.

El metaparadigma le prevé a la enfermera un marco conceptual para entender su rol frente al cliente, el conocimiento que la enfermera desarrolla durante el proceso de formación a través de su trayectoria profesional le permite aplicar este marco conceptual y lograr una vinculación efectiva con el cliente. “El reconocimiento que la enfermera debe poseer debe ser de cuatro tipos identificados por Harper en 1978.:

- **Empírico:** es el conocimiento científico ganado a través de la observación de hechos verificables.
- **Estético;** conocimiento expresado a través del arte de enfermería.
- **Ético:** este conocimiento incorpora valores de la enfermera.
- **Personal:** se refiere al conocimiento de uno mismo. Mientras más se conoce la enfermera a sí misma mejor podrá conocer a otras personas.²⁸

²⁷ KEROUAC. S. ET. AL. Op Cit. pp. 103

²⁸ GRINSPUN. Doris Op. Cit. pp. 199 - 207

2.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

El P. A. E. es un método que ayuda a las enfermeras a otorgar cuidados profesionales y que le permiten planear acciones individualizadas, dando respuesta a las necesidades y problemas del cliente y su familia. En este apartado se describen su concepto y sus antecedentes.

2.3.1 CONCEPTO

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona, grupos con alteraciones de salud reales o potenciales.²⁹

Al aplicar el proceso se integran las etapas del método científico, por lo que la atención de enfermería se forma más científica al emplear los diversos procesos del razonamiento.

Por considerar al cliente como un ser humano con numerosas respuestas humanas y fisiopatológicas es **holístico**; es decir, concibe al hombre como un ser total que no puede ser fragmentado.

2.3.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Por la propia naturaleza de la profesión en evolución, el proceso ha pasado por diversas etapas: al principio Hall lo describió como un proceso distinto (1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso trifásico distinto que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases.

En 1967, Yura y Walsh crearon el primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

A mediados de la década de los años setenta, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger, Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

El proceso ha sido legitimizado como el marco de la práctica de Enfermería en diversos países, por tal motivo su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo profesional de las enfermeras e incrementándose la calidad en la atención del cliente, familia y comunidad.³⁰

²⁹ ALFARO. R. Aplicación del Proceso de Enfermería Ed. Doyma pp. 6 - 9

³⁰ IYER. W. op. Cit. Pp. 13

2.3.3 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso consta de **cinco etapas**, de las cuales se encuentran estrictamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a las siguientes.

I. Valoración: Es la primera etapa del proceso, consiste en la recolección de información. **Nos permite reunir y examinar la información referente al cliente, familia, así como de la comunidad, con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas.**

La fase de valoración trata principalmente de la recogida de datos, en esta fase se realizan actividades específicas que le ayudan a ser una pensadora crítica, la cual busca encontrar la información necesaria para comprender problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados.³¹

Este método de recogida de información incluye las siguientes actividades: **recolección, validación, organización, comunicación y anotación de los datos.**

- **Recolección de datos:** es importante contar con una guía diseñada bajo un modelo de enfermería que facilite la recolección de la información y que unifique sus criterios para obtener información, se recurre a **fuentes directas e indirectas** como son el cliente, familia, personas significativas, otros profesionales de la salud, expediente clínico y bibliografía.

La valoración física incluye la inspección, auscultación, palpación y percusión, identificación de los **datos objetivos y subjetivos.**

Subjetivo: son los que el cliente expresa y siente, sentimientos y percepciones.

Objetivos: son observables.

- **Validación de datos:** una vez reunida la información tiene que ser validada, es decir que los datos sean correctos. Así como sus interpretaciones.

Dentro de las actividades de validación se comprueban los datos subjetivos y objetivos, se clarifican las afirmaciones del cliente, de su familia y verifican inferencias.

- **Organización de Datos:** se organizan los datos en grupos de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad, ésta es útil cuando se estructuran los diagnósticos. Se puede utilizar un método para organizar los datos de acuerdo a: Maslow, Gordon y la NANDA.
- **Comunicación:** consiste en informar sobre los hallazgos significativos.
- **Anotación de los datos:** es el registro documentado de hallazgos significativos encontrados.³²

^{31 - 32} ALFARO. Op. Cit. Pp. 7 – 8

II. Diagnóstico de Enfermería: Es la segunda etapa del proceso de enfermería, da inicio con el razonamiento diagnóstico, el cual consiste en analizar toda la información que se obtuvo del cliente para identificar los principales problemas, así como las capacidades físicas y psicológicas de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del cliente. Consiste en el análisis de los datos obtenidos con el propósito de identificar los principales problemas así como las capacidades físicas y psicológicas.

Con el razonamiento se puede llegar a conclusiones sobre el estado de salud del cliente, lo cual evita el trato aislado de cada uno de los problemas detectados al momento de la estructuración de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

El razonamiento diagnóstico es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas, (Alfaro 1999:88) la enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos así como experiencias para finalmente concluir en un **juicio clínico**.³³

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad (Alfaro 1999:81) a procesos vitales y problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.

Diagnóstico de enfermería es un problema de salud real o potencial, que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente.

Problema interdependiente: es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo (a un traumatismo, enfermedad, estudios diagnósticos o modalidades terapéuticas) que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico. Un diagnóstico enfermero debe contener el formato **PES** (Problema, Etiología, Signos y Síntomas) que aplica el principio básico de identificar el problema, su etiología y añade el concepto de validación.

III. Planeación: una vez identificados los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes específicos, se inicia el tercer paso del proceso de enfermería.

Planificación: es el momento en el que se determina como brindar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos. La Planificación implica lo siguiente:

- Fijación de prioridades.
- Establecimiento de objetivos del cliente/resultados esperados.
- Determinación de las acciones/actividades de enfermería.
- Documentación del plan de cuidados de enfermería. Determina los problemas que requieren atención inmediata, es decir, problemas amenazadores para la vida y **determina los diagnósticos de Enfermería** que se aborden en el plan de cuidados.³⁴

³³ Ibid. pp. 101

³⁴ Ibid. pp. 150 - 155

Establecimiento de objetivos. Los objetivos son los pilares del plan de cuidados, estos deben ser a corto plazo y estar centrados en el cliente.

Determinación de las acciones. Son actividades que debe efectuar la enfermera para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico, espiritual así como promover el mantener y restaurar la salud. Dentro de la intervención se considera la educación sanitaria, asesoría dirigida, consulta e incorporación de las órdenes del médico.

IV. Ejecución: Consiste en decir si el plan es efectivo o debe realizarse algún cambio en el mismo, por lo que es conveniente consultar al cliente, familia y comunidad. Es la cuarta etapa del proceso de enfermería, inicia al finalizar la elaboración de los planes de atención, está caracterizado por la puesta en práctica de todas las intervenciones de enfermería establecidas.

Son tres fases las que confirman: **Preparación, Intervención y Documentación.**

Preparación: antes de aplicar un plan de cuidados de enfermería debe hacer un repaso general de las actividades a realizar, analizando los conocimientos y habilidades requeridas para la ejecución de procedimientos, así como las posibles complicaciones que se puedan presentar, es necesario reunir todo el material y equipo necesario favoreciendo un ambiente seguro para el cliente, la intervención inicia posterior a la fase de preparación, donde se desarrollan las actividades de enfermería independientes e interdependientes de acuerdo a lo planeado.

La documentación es el registro de cada cuidado proporcionado así como de los resultados obtenidos. Las notas de enfermería constituyen el registro legal permanente del cliente y un requerimiento legal para todas las instituciones de salud.

V. Evaluación: es la última etapa del proceso de enfermería, tiene presente la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución. La evaluación como proceso continuo formal, incluye la recolección de datos sobre el estado de salud actual del cliente, comparación de resultados con objetivos establecidos y revisión del cliente para detectar cambios en las respuestas humanas y fisiopatológicas (teniendo presente que la valoración incluye la entrevista y el examen físico).³⁵

³⁵ Ibid. pp. 67

2.4. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson, incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería, las define como: la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Hacer estos de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible. Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al cliente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un Proceso de Enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el cliente.

Un modelo conceptual es una representación esquemática de algún aspecto de la realidad. Los modelos se agrupan en dos grandes clasificaciones:

Modelos teóricos: son representaciones del mundo real, expresado en signos lingüísticos y matemáticos.

Modelo de enfermería: es el conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en enfermería, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica. Es esencial la aplicación de modelos conceptuales de enfermería, pues contribuye de gran manera a lograr la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación. Así mismo determina los provistos de la práctica, la educación y la investigación en el campo de enfermería.

El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teóricas, en el grupo de Enfermería humanística, porque se considera a la enfermería como un arte y una ciencia.³⁶

2.4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

The Nurse of Nursng señala los primeros trabajos de V. Henderson: De Annie w. Goodrich, recordaba la exaltación de las reflexiones por encima de la técnica y el trabajo rutinario, también la atribuyó a su primer discrepancia con el cuidado del paciente reglamentario y la idea de enfermería como complemento de la medicina.

Carolina Stackpole imprimió en Henderson la idea de la importancia de mantener el equilibrio fisiológico.

De Jean Broadhurst aprendió la importancia de la higiene y la asepsia.³⁷

³⁷LEDDY. S. PEPPER. J. Mac. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la Salud. New Cork 1989

El psicólogo E. Thorndike influyó con su idea de que la enfermedad es algo más que un estado patológico y que las necesidades básicas no se satisfacen en su mayoría en el hospital.

El Dr. George Deaver observó que el objetivo del esfuerzo de rehabilitación en el instituto es recuperar la independencia del paciente.

Henderson revisó el textbook of the principles and practice of Nursing (Bertha Harper), y coincidió en que la enfermería se centra en la necesidad de la humanidad.

A partir de la teoría Bernard, Henderson describe su punto de vista sobre la relación entre la medicina psicosomática y la enfermería, diciendo que era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares.

2.4.2 PRINCIPALES CONCEPTOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Dentro de las publicaciones de Henderson los supuestos que incluyo en su teoría fueron los siguientes:

Enfermería la cual conceptualizó; “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad, conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite en consecución de independencia lo más rápidamente posible.

Independencia: capacidad de la persona para satisfacer sus necesidades por sí misma, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia: incapacidad de la persona para satisfacer sus necesidades de manera total o parcial y temporal o permanente.

Menciona que la enfermera es y debe ser legalmente una profesional independiente, capaz de emitir juicios independientes, considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Ubica estos cuidados en 14 componentes o necesidades básicas del cliente, que abarcan todas las posibles funciones de la enfermera.

Persona: el cliente es una persona que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables.

El cliente debe mantener el equilibrio fisiológico y emocional. Por que la mente y el cuerpo de la persona son inseparables, la persona es capaz de aprender durante toda su vida, el cliente y su familia conforman una unidad.³⁸

³⁸ MARINER. T. A. Modelos y Técnicas en Enfermería. En Antología Fundamentación Teórica para el Cuidado. ENEO UNAM. 2002 pp. 206

Salud: Virginia Henderson la determina como un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad, por lo tanto es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades.

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano (salud es la habilidad del cliente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas del cuidado de la enfermería).

Las causas de dificultad: son los obstáculos o limitaciones personales del cliente o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.³⁹

Henderson las clasifica:

Falta de fuerza. – La dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física sino también de fuerza moral, para tomar decisiones o comprometerse en las acciones necesarias para conservar y recuperar la salud.

Falta de voluntad: esta se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente éste estado, está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

Falta de Conocimiento: Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben de tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo en general, lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.

Entorno: considerado el medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad; hogar, trabajo, escuela, hospital.

Enfermera – Cliente:

Virginia Henderson señaló que independencia es un término relativo, nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma.

Consideró los niveles de ayuda, la enfermera como sustituta del cliente en estado de enfermedad grave. La enfermera como auxiliar del cliente como apoyo para la recuperación, la enfermera como compañera del cliente y orientadora.⁴⁰

³⁹ GARCÍA. Ibid. pp. 14

⁴⁰ GARCÍA. Ibid. pp. 13

2.4.4 14 NECESIDADES BÁSICAS

Concepto.

Necesidades humanas básicas: son requisitos fisiológicos, psicológicos y sociales fundamentales del hombre para mantener su equilibrio interno y con su entorno. Son necesidades comunes en todos los seres humanos sanos o enfermos.⁴¹

Henderson identifica 14 necesidades básicas que son componentes del cuidado enfermero; la enfermera ayuda al cliente a satisfacer estas necesidades fundamentales de orden Biopsicosocial y Espiritual.

Las 14 necesidades básicas de Henderson son muy similares a las de A. Maslow.⁴²

De la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiológicas.

De la 8 a la 9 con la seguridad.

La 10 esta relacionada con la autoestima

La 11 con el afecto y la pertenencia.

De la 12 a la 14 con la autorrealización, crecimiento y desarrollo.

Considerando las 14 necesidades de forma conjunta proporcionan un enfoque holístico de la enfermería.

1 Necesidad de Oxigenación. Respiración normal.

Objetivo: promover la vida y la salud, conservando la función respiratoria en óptimas condiciones. Ayudar a recuperar las características saludables perdidas, a la mayor brevedad.

Diagnósticos de enfermería.

Alteración de la función, respiratoria, limpieza de las vías respiratorias, deterioro del intercambio gaseoso, patrón respiratorio ineficaz, alto riesgo de aspiración, alto riesgo de asfixia, alteración de la perfusión tisular.⁴³

2 Necesidad de Nutrición e Hidratación.

Objetivos: conservar la salud mediante la ingestión diaria de una dieta y líquidos adicionales. Ayudar a recuperar la salud mediante la atención a los signos y síntomas de dependencia en la nutrición y en la hidratación.

Diagnósticos de enfermería.

Alteración de la nutrición por defecto, dificultades para a deglución, déficit de líquidos, exceso de líquidos, problemas para alimentarse, lactancia materna ineficaz.⁴⁴

⁴¹ DICCIONARIO DE MEDICINA Océano. Grupo Editorial. S. A. 4ta. Edición. Barcelona. España. Pp. 893

⁴² WESLEY R. Op. Cit. Pp. 23

⁴³ GARCÍA G. El "Procesode Enfermería por el Modelo de Virginia Henderson, una Propuesta para orientar la enseñanza en la Práctica de Enfermería Ed. Progreso. S. A. México, D. F. 1991 pp 58

⁴⁴ GARCÍA G. Op. Cit. pp 67 - 68

3. Eliminación: Eliminar desechos corporales.

Objetivo: mantener la salud, mediante la práctica de medidas para conservar en condiciones óptimas las funciones de eliminación, recuperar las características saludables afectadas en la función de eliminación.

Diagnósticos de Enfermería.

Alteración de la evacuación Intestinal, diarrea, estreñimiento, estreñimiento de origen colonico, incontinencia por urgencia, incontinencia funcional, incontinencia de esfuerzo, alteración de la diuresis.⁴⁵

4 Necesidad de Termorregulación: conservar la temperatura corporal en límites normales.

Objetivos: promover la salud mediante la puesta en marcha de actividades para mantener la temperatura dentro de límites normales.

Prevenir complicaciones de las enfermedades detectadas por las variaciones de las cifras de temperatura, mediante la atención oportuna de las mismas.

Diagnósticos de Enfermería.

Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal, Hipertermia, Hipotermia, Termorregulación ineficaz.

5 Necesidad de descanso y sueño: Dormir y descansar las condiciones necesarias para tener sueño y descanso adecuados.

Objetivo: promover la salud reforzando los hábitos higiénicos que favorecen el sueño y descanso para recuperar plenamente las energías perdidas en el trabajo diario.

Proporcionar al cliente hospitalizado un ambiente que favorezca al sueño, evitando ruidos y tratamientos innecesarios.

Diagnósticos de Enfermería.

Trastornos del patrón de sueño, alteración del bienestar, dolor, dolor crónico, miedo, ansiedad.⁴⁶

6 Necesidades de Seguridad para mantener la salud y la vida.

Objetivos: ayudar al cliente a adquirir la capacidad para practicar medidas de seguridad y evitar accidentes. Promover la salud mediante la práctica de medidas para evitar riesgos de enfermar y morir.

Diagnósticos de Enfermería.

Alteración de la protección, alto riesgo de traumatismo, alto riesgo de autolesionarse, riesgo de envenenamiento, respuesta postraumática, problemas para acceder al cuarto de baño, problemas para usar utensilios.⁴⁷

⁴⁵ GARCÍA G. Op. Cit., pp 98 – 99

⁴⁶ GARCÍA G. Op. Cit., Pp 119

⁴⁷ GARCÍA G. Op. Cit., Pp174

7 Necesidad de Higiene y Protección de la Piel: conservar la protección de la piel.

Objetivos: promover la salud mediante la práctica de actividades para proteger la integridad de la piel y conservarla en óptimas condiciones. Fomentar en el cliente y familia la formación de hábitos higiénicos para protegerse de enfermedades.

Diagnósticos de Enfermería.

Deterioro de la integridad tisular, alteración de la mucosa bucal, deterioro de la integridad cutánea, déficit de la higiene personal, alto riesgo de transmisión de infecciones, alto riesgo de lesión.⁴⁸

8 Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura

Objetivos: mantener la salud mediante la puesta en práctica de actividades para conservar la buena postura y la capacidad de movimiento.

Conservar la función circulatoria en óptimas condiciones mediante la practica de ejercicios y medidas higiénicas.

Ayudar a conservar o recuperar o a conservar la función músculo-esquelética en óptimas condiciones protegiendo al cliente hospitalizado de riesgos de perderla por falta de movilización.

Diagnósticos de Enfermería.

Intolerancia a la actividad, fatiga, deterioro de la movilidad física, disfunción del gasto cardiaco, disreflexia, alto riesgo de síndrome de descenso.⁴⁹

9 Necesidad de Usar Prendas de Vestir: Poder elegir ropa adecuada y vestirse y desvestirse.

Objetivos: Mejorar lo estado de salud del organismo, mediante el uso de ropa y calzado adecuados que eviten deformidades y proporcionen comodidad.

Prevenir enfermedades ocasionadas por el uso de artículos irritantes o agresivos al organismo.

Diagnósticos de Enfermería.

Alteración de la imagen corporal, dificultades para vestirse y acicalarse, incapacidad para vestirse.⁵⁰

10 Necesidad de Comunicarse: Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores y opiniones.

Objetivos: Tener una relación de ayuda con el cliente, que evite las barreras de comunicación, con una actitud que le inspire confianza para poder comunicar sus temores, necesidades y opiniones.

Prestar una atención individualizada al cliente mediante la practica de una buena comunicación.

Diagnósticos de Enfermería.

Alteración de los procesos familiares, alteración del concepto de uno mismo, afrontamiento ineficaz individual, conflicto con el rol de padres, duelo anticipado.⁵¹

⁴⁸ GARCÍA G. *Op. Cit.* pp 174

⁴⁹ GARCÍA G. *Op. Cit.* pp 190 - 191

⁵⁰ GARCÍA G. *Op. Cit.* pp 207

⁵¹ GARCÍA G. *Op. Cit.* pp 211 - 212

11 Necesidad de Aprendizaje: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y usar las instalaciones sanitarias disponibles.

Objetivos: Fomentar el aprecio del valor salud mediante la difusión de conocimientos básicos de epidemiología al individuo, familia y comunidad, recomendando la practica de medidas para la promoción y protección de la salud así como la atención oportuna en caso de enfermedad.

Diagnósticos de Enfermería.

Practicas de conducta que no promueve la salud, síndrome de déficit de la atención de uno mismo, déficit de conocimientos sobre su salud o enfermedad, ignorancia y desatención de una parte del cuerpo, alteración de la adaptabilidad, problemas para utilizar instrumentos. (Baumanómetro, termómetro, etc.)⁵²

12 Necesidad de Participar en Actividades Recreativas.

Objetivos: Poder ofrecer al cliente una variedad de actividades recreativas que puedan escoger las que estén de acuerdo con sus gustos, capacidades y con recursos.

Diagnósticos de Enfermería.

Deterioro de las interacciones sociales, déficit de actividades recreativas y ocupacionales, aislamiento social.⁵³

13 Necesidad de Vivir Según Valores y Creencias.

Objetivos: Atender a las necesidades espirituales de los elementos considerándolos como unidades con componentes materiales y espirituales. Facilitar a los clientes las condiciones necesarias para la práctica de su fe, según sus necesidades espirituales determinadas por el curso de su enfermedad.

Diagnósticos de Enfermería.

Alteración de los Procesos familiares. Deterioro del mantenimiento domestico. Angustia espiritual. Desesperanza. Conflicto en la toma de decisiones.⁵⁴

14 Necesidad de Trabajar y Realizarse

Objetivos: Ayudar al cliente a iniciar el proceso necesario para un cambio de trabajo o de actividad, cuando sea necesario para mejorar la salud o como consecuencia de sufrir una enfermedad.

Avanzar en el conocimiento personal de las motivaciones que influyen para la elección del trabajo o de carrera.

Diagnósticos de Enfermería.

Alteración en el desempeño del rol. Baja de autoestima situacional. Alteraciones de la autoestima. Baja autoestima crónica.⁵⁵

⁵² GARCÍA G. Op. Cit. pp 230 – 231

⁵³ GARCÍA G. Op. Cit. pp 272

⁵⁴ GARCÍA G. Op. Cit. pp 279 - 280

⁵⁵ GARCÍA G. Op. Cit. pp 294

NIVELES DE INDEPENDENCIA

SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

INDEPENDENCIA			DEPENDENCIA		
NIVEL 0	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
La persona satisface por si misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasis. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.	La persona necesita a alguien para que le enseñe como hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasis, para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento, pero no puede participar mucho en ello.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento y apenas puede participar en ello.	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello.

PHANEUF. M. 1999. La Planificación de los Cuidados Enfermeros, un Sistema Integrado y Personalizado. Ed. Mc Graw Hill, Interamericana 1999 pp. 217

2.5. PAE MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

2.5.1 CONCEPTO P. A. E

Según Rosalinda Alfaro (1993) Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados. Que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del cliente a las alteraciones de salud, reales o potenciales. En el término cliente se incluye familia y comunidad.⁵⁶

2.5.2 ETAPAS DEL PROCESO VINCULADO CON V. HENDERSON

Consta de 5 etapas; Valoración, Diagnostico, Planificación, ejecución y Evaluación: Siguiendo el modelo de V. Henderson, los 15 componentes de los cuidados orientan en las cinco etapas del proceso. Las enfermeras al aplicar el proceso pueden experimentar satisfacción al ser valoradas por los integrantes del equipo de salud por su capacidad y competencia profesional. Así mismo el empleo de nueva metodología facilita el trabajo y permite el logro de los objetivos. Por otra parte el proceso compromete al cliente y familia a tomar parte activa en las decisiones y cuidados para mantener o recuperar la salud.

Etapa de Valoración y Diagnostico

En la etapa de Valoración y diagnostico. Sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina; el grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.

Las causas de la dificultad en tal satisfacción, la interrelación de unas necesidades con otras. La definición de los problemas y su relación con la causa de la dificultad identificada.

Etapa de Planificación y Ejecución

En las etapas de Planificación y Ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad, detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo en su propio cuidado. Aquí se determino el modo de intervención mas adecuado a la situación. Estos criterios son los que guían la etapa de ejecución.

Etapa de Evaluación

“En la etapa de evaluación ayuda a determinar los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que nuestra meta es ayudar al cliente a conseguir su independencia en la satisfacción de necesidades, lo más rápidamente posible”.

Nuestra actuación va encaminada a ayudarle a alcanzar dicha independencia por si mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.

⁵⁶ ALFARO R. Op. Cit pp 6

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

A continuación se describe el diagnóstico médico de CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ya que además de ser un proceso fisiopatológico, de antemano se sabe influye en las necesidades del cliente.

El modelo de enseñanza aprendizaje del proceso atención de enfermería se considera en función del diagnóstico, tratamiento y ética, que distingue a los juicios clínicos en enfermería, debiendo privilegiar la relación entre las habilidades o modos de actuar y los conocimientos esenciales que garanticen la competencia y desempeño profesional correspondiente, lo que desde el punto de vista didáctico tiene que hacerse explícito en las aspiraciones u objetivos que deben ser logrados en el proceso formativo, para conocer la patología de fondo y brindar los cuidados específicos al usuario.

Por tal motivo no tanto que se haya centrado en la enfermedad, pero se considera importante describirla.

La causa más común de muerte en la cultura occidental es la cardiopatía isquémica, que es consecuencia de un flujo coronario insuficiente. Aproximadamente el 35% de la gente muere por esta causa, algunas muertes también ocurren de forma repentina como consecuencia de una oclusión coronaria aguda o por fibrilación cardíaca, mientras otras se producen lentamente, a lo largo de un período de semanas o años, como consecuencia de un debilitamiento progresivo del proceso de bombeo cardíaco.

Los vasos sanguíneos que llevan oxígeno y nutrientes al propio músculo cardíaco (miocardio) son pequeños y forman una corona que rodea al corazón (de ahí el nombre de vasos coronarios).

La enfermedad coronaria empieza cuando en estos pequeños vasos se desarrollan las llamadas placas de ateroma, que son un acumulo de colesterol, calcio y otras sustancias en las paredes de los vasos. Entonces se compromete en mayor o menor grado el flujo de oxígeno y nutrientes al propio corazón, con efectos que varían desde una angina de pecho o un infarto de miocardio, hasta una insuficiencia cardíaca.

La arteriosclerosis en los distintos vasos ocurre de forma irregular en unos mucho más que en otros. La presencia en un vaso dado de placas de ateroma hace que en dicho vaso existan estrechamientos y que en ellos se desarrolle más fácilmente un trombo, un coágulo de plaquetas, proteínas de la coagulación y desechos celulares que acaba taponando el vaso.

Una embolia es un trombo que ha viajado por la sangre hasta llegar a un vaso pequeño donde se enclava como un émbolo. Trombosis y embolia son, términos equivalentes. Los mismos factores que favorecen la arteriosclerosis son los factores que favorecen el desarrollo de enfermedad coronaria.¹

¹ URDEN L. Cuidados Intensivos en Enfermería. Edit. Harcourt Brace. Madrid España. 2ª Edición pp 163.

Los infartos se describen a menudo según las capas miocárdicas afectadas:

- Infarto subendocárdico: está limitado a pequeñas áreas del miocardio sobre todo en la pared subendocárdica.
- Infarto transmural: afecta todo el grosor, es una necrosis extensa que abarca desde el endocardio hasta el epicardio.²

La mayoría de los infartos al miocardio afectan al ventrículo izquierdo. No obstante, debido a las importantes consecuencias hemodinámicas, los infartos de ventrículo derecho se producen como una complicación del infarto transmural de la pared posterior del ventrículo izquierdo.

La isquemia celular persistente, interfiere en el metabolismo místico miocárdico causando una rápida progresión de la lesión celular que resulta ser irreversible.

Por otra parte, las paredes de las arterias coronarias tienen músculo, y este músculo puede sufrir espasmos, que hacen estrecharse más todavía el vaso en una zona determinada los espasmos coronarios pueden ocurrir sin causa aparente, pero también por exposición a frío o **fuerte stress emocional**.²

El adecuado control en las etapas iniciales de la enfermedad puede **detener** su progresión y dejarla limitada, pero el abandono a su evolución natural llevará al desarrollo de los estadios finales.

En los individuos que han cursado con un evento de esta índole y que continúan fumando, con niveles séricos de lípidos altos, diabetes mellitus **sin control adecuado**, hipertensión arterial, obesidad, sedentarismo, tiene **mayor riesgo** de complicaciones posteriores y muerte.

Por tal motivo, a través de la integración de este proceso atención de enfermería que se apoya en la teoría de Virginia Henderson, como precursora significativa de esta profesión, se definen los cuidados proporcionados al paciente, con base en las 14 necesidades básicas que propuso Virginia Henderson para integrar e implantar el cuidado enfermero como parte fundamental de las acciones de enfermería.

Dicho contenido permite dar a conocer el desarrollo y la aplicación del proceso atención de enfermería, identificando los pasos a seguir en cada una de las etapas que son: la valoración, los diagnósticos de enfermería, la planeación, la ejecución y la evaluación, obteniendo resultados sobre la aplicación de las intervenciones de enfermería. Se analizan los beneficios, llegando a la conclusión que su objetivo primordial es el de favorecer la recuperación de la salud del individuo y lograr su independencia lo más rápidamente posible a través de un plan de alta que contiene sugerencias o recomendaciones a realizar en el hogar, posterior a su egreso de la institución de salud.³

²URDEN L. Op. Cit. pp. 162 - 163

³REVISTA DE ENFERMERÍA IMMSS 2004. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson pp. 61-63

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA:

El corazón está formado por dos bombas separadas: un corazón derecho que bombea sangre a los pulmones, y un corazón izquierdo que bombea sangre a los órganos periféricos. A su vez cada uno de estos corazones es una bomba pulsátil de dos cavidades compuesta por una aurícula y un ventrículo. La aurícula funciona principalmente como una débil bomba sebadora del ventrículo, que ayuda a mover la sangre al interior del ventrículo. El ventrículo a su vez proporciona la principal fuerza que propulsa la sangre a través de los pulmones o por la circulación periférica.

El corazón está compuesto por tres tipos principales de miocardio: músculo auricular, músculo ventricular y las fibras musculares excitadoras y conductoras especializadas. El músculo auricular y ventricular se contrae de la misma manera que el músculo esquelético con la diferencia de que la duración de la contracción es mucho mayor, las fibras excitadoras y conductoras especializadas se contraen solo débilmente debido a que contienen pocas fibrillas contráctiles; en lugar de ello muestran ritmo y diversas velocidades de conducción, proporcionando un sistema de estimulación cardíaca.

El músculo cardíaco es estriado, el miocardio tiene miofibrillas típicas que contienen filamentos de actina y de miosina casi idéntico a los del músculo esquelético, y estos filamentos se interdigitan y se desplazan unos a lo largo de los otros.

El músculo cardíaco es un sincitio de muchas células miocárdicas, en el que las células cardíacas están interconectadas de tal forma que cuando se excita una de estas células, el potencial de acción se extiende a todas ellas, saltando de una célula a otra, así como a través de las interconexiones del entrelazado.⁴

El corazón se compone de dos sincitios:

- El sincitio auricular: constituye las paredes de las dos aurículas
- Sincitio ventricular: Constituye las paredes de los dos ventrículos

Las aurículas están separadas de los ventrículos por el tejido fibroso que rodea las aberturas valvulares que existen entre las aurículas y los ventrículos. Normalmente los potenciales de acción solo pueden ser conductos del sincitio auricular al ventricular a través de un sistema de conducción especializado, el haz auriculoventricular (AV).

Esta división de la masa muscular cardíaca en dos sincitios funcionales permite que las aurículas se contraigan un poco antes que los ventrículos, lo cual tiene importancia para la efectividad de la bomba cardíaca.⁵

⁴LATARJET-RUIZ L. Anatomía Humana 3ª Edición volumen II ED. Médica Panamericana 1999 pp 1004
⁵LATARJET- RUIZ L. Op. Cit. pp. 1004-1005

CONTROL DEL CORAZÓN POR LOS NERVIOS SIMPÁTICOS Y PARASIMPÁTICOS:

La eficacia del bombeo cardiaco está muy controlada por los nervios simpáticos y parasimpáticos (vagos), que inervan profusamente el corazón a menudo mediante estimulación simpática, la cantidad de sangre bombeada por el corazón cada minuto (el gasto cardiaco) puede aumentar más del 100%. Por el contrario, puede bajar hasta cero o casi cero por estimulación vagal (parasimpática).

SISTEMAS ESPECIALIZADOS DE ESTIMULACIÓN Y CONDUCCIÓN DEL CORAZÓN:

- El nudo sinusal (también denominado sinoauricular o nudo S-A, en el cual se genera el impulso rítmico.
- Vías internodales que conducen el impulso desde el nudo sinusal hasta el auriculoventricular (A-V).
- El nudo A-V en el cual el impulso procedente de las aurículas se demora antes de pasar a los ventrículos.
- El haz A-V, que conduce el impulso de las aurículas a los ventrículos.
- Las ramas derecha e izquierda de fibras de purkinje, que conducen el estímulo cardiaco a todas las partes de los ventrículos.⁶

FISIOLOGÍA DE LA CIRCULACIÓN:

La circulación de la sangre se lleva a cabo mediante el concurso de los tres componentes fundamentales del sistema circulatorio:

- a) el corazón
- b) El sistema arterial
- c) El sistema venoso

El corazón impulsa la sangre hacia las arterias (gasto cardíaco) en contra de una resistencia a su vaciamiento impuesta por las arteriolas (resistencias periféricas); la interacción entre ambas fuerzas genera la presión reinante dentro del sistema arterial (presión arterial). Estos tres factores influidos por el sistema nervioso autónomo a través especialmente de secreción adrenérgica, es lo que determina el flujo sanguíneo y la irrigación de los diversos órganos de la economía, lo cual culmina con la oxigenación tisular.⁷

⁶LATARJET-RUIZ L. Op. Cit. pp.1004

⁷ GUADALAJARA. Cardiología pp. 41

Ya oxigenados los tejidos, el sistema venoso recoge la sangre desaturada de oxígeno y concentrada de CO₂, como producto final del metabolismo celular, para llevarla en contra de la gravedad hasta el corazón; este movimiento de la sangre se denomina retorno venoso y está influido por la cantidad de sangre dentro del sistema circulatorio (volumen sanguíneo) el grado de contracción o dilatación de las vénulas (tono venoso), de la presión intratorácica, que siendo negativa ejerce una fuerza de “succión” de la sangre proveniente de las venas cavas, y por fin de la presión de llenado del ventrículo derecho. La interacción simultánea de éstas fuerzas, determina la presión reinante dentro del sistema venoso o presión venosa que cuando se determina a nivel de una vena intratorácica (subclavia, cava superior o en la aurícula derecha misma) constituye la presión venosa central. La sangre llegada el ventrículo derecho es impulsada hacia los pulmones para su oxigenación.⁸

Los hechos que ocurren desde el comienzo de un latido hasta el comienzo del siguiente se conocen como ciclo cardíaco. Cada ciclo se inicia por la generación espontánea de un potencial de acción en el nudo sinusal.

Este nudo está situado en la pared lateral superior de la aurícula derecha, cerca de la desembocadura de la vena cava superior, y el potencial de acción viaja rápidamente a través de ambas aurículas y de ahí, a través del fascículo A-V, a los ventrículos.

Debido a la disposición especial del sistema de conducción de los estímulos de las aurículas a los ventrículos, existe un retraso superior a 1/10 de seg. En el paso del estímulo cardíaco de las aurículas a los ventrículos. Esto permite que las aurículas se contraigan antes que los ventrículos, bombeando así sangre al interior de los mismos antes de su enérgica contracción. Por tanto, las aurículas actúan como bombas cebadoras de los ventrículos, y los ventrículos son la fuente principal de potencia para mover la sangre por el aparato circulatorio.

⁸ GUADALAJARA. Op. Cit. pp. 41

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA:

Definición:

Término que se utiliza para referirnos en conjunto a la angina de pecho y el infarto de miocardio.

Ambos se consideran como la etapa inicial y final respectivamente de una misma enfermedad, que se caracteriza por una disminución del aporte de oxígeno al músculo cardiaco.

Etiología:

La causa fundamental es una interrupción del flujo de sangre por las arterias coronarias. El principal factor determinante de esa obstrucción es la aterosclerosis, que en el caso de la angina produce un estrechamiento del calibre de los vasos, y en el caso del infarto una obstrucción prolongada y completa de los mismos, la aterosclerosis consiste en el depósito de material fibroadiposo en el interior de los vasos sanguíneos.

Epidemiología:

La enfermedad coronaria es la **más asesina** en los países occidentales. Mata a 600 000 personas cada año. Aunque se desarrolla lentamente durante muchos años, mata instantáneamente (muerte súbita) en un tercio de los casos.

Fisiopatología:

La aterosclerosis es la enfermedad subyacente básica que afecta el tamaño de la luz coronaria, está caracterizada por cambios que se producen en el recubrimiento íntimo de las arterias.

Esto ocasiona una disminución brusca del flujo sanguíneo de una arteria coronaria, en la que se produce rápidamente un trombo, con la consiguiente supresión inmediata del aporte de oxígeno a un segmento del miocardio que conlleva a la isquemia, lesión y muerte de la célula.

Los infartos se describen a menudo según las capas miocárdicas afectadas:

- Infarto subendocárdico: Está limitado a pequeñas áreas del miocardio sobre todo en la pared subendocárdica.
- Infarto transmural: Afecta todo el grosor, es una necrosis extensa que abarca desde el endocardio hasta el epicardio.

La mayoría de los infartos al miocardio afectan al ventrículo izquierdo. No obstante, debido a las importantes consecuencias hemodinámicas, los infartos de ventrículo derecho se producen como una complicación del infarto transmural de la pared posterior del ventrículo izquierdo.

La isquemia celular persistente, interfiere en el metabolismo hístico miocárdico causando una rápida progresión de la lesión celular que resulta ser irreversible.⁹

⁹URDEN L.Op. Cit. pp 170

Sin las intervenciones adecuadas, la isquemia puede progresar hasta la necrosis, dado que el proceso de infarto puede requerir hasta seis horas para ser completado.

Diagnóstico:

Angina: Se diagnostica por el dolor de características específicas.

Los datos del electrocardiograma, análisis de sangre, o radiografía de tórax, no suelen ser significativos, pero se deben realizar para descartar la posibilidad de otras patologías.

Ergometría o test de esfuerzo: consiste en el registro continuo de un electrocardiograma mientras se realiza un ejercicio cada vez más intenso, pretende desencadenar los síntomas de una angina, y registrar los cambios que se producen en el EKG con el objeto de evaluar los riesgos y el tratamiento futuro del paciente.

Infarto: Son tres los parámetros, aunque con dos de ellos suele ser suficiente.

- **La Clínica:** el dolor de carácter opresivo en la zona anterior del tórax, retroesternal o precordial, suele irradiar a hombros, cuello y brazos, preferentemente el izquierdo; la duración del mismo y el alivio tras reposos ayudan a diferenciar los distintos síndromes que engloba esta enfermedad y acompañado frecuentemente de náuseas, vómitos o sudoración.
- **Cambios en el registro electrocardiográfico,** que suelen ser progresivos y de inicio precoz, también sirven para identificar la localización del infarto, y la estimación del tamaño del mismo.
- **Los cambios enzimáticos:** Las enzimas cardiacas específicas y las isoenzimas son liberadas cuando hay un deterioro o infarto. Las isoenzimas CK-MB séricas se verifican a intervalos de 6 horas durante las primeras 24 hs. Y después a diario para confirmar el diagnóstico de IM. Con un gran IM anterior la CK-MB puede elevarse hasta incluso 150 U/I con una CK total de más de 1.000 U/I.
- **Análítica sanguínea general:** pruebas de coagulación, radiografía de tórax, ecocardiografía, o los estudios con isótopos radioactivos son útiles para la detección infartada, y valorar el grado de funcionamiento del corazón tras un IAM.

Procesos Invasivos: Cateterismo cardiaco (coronariografía) es la única técnica que nos va a mostrar las lesiones anatómicas de los vasos coronarios y localizar donde se encuentran la o las obstrucciones.¹⁰

Tratamiento:

Objetivos principales del tratamiento son:

- Aumentar la perfusión arterial coronaria.
- Disminuir la carga de trabajo miocárdica
- Prevenir la incapacitación por infarto de miocardio (preservación miocárdica.) o la muerte.

¹⁰URDEN L.Op. Cit. pp 162 - 169

- El tratamiento médico específico depende de la frecuencia, gravedad, duración y consecuencias hemodinámicas de la angina o del infarto.

Preservación miocárdica: Las primeras 6 horas que siguen al comienzo del dolor torácico constituyen el período crucial para salvar al miocardio, se debe hacer lo posible por lograr la reperfusión del miocardio infartado con:

1. Trombólisis intracoronaria o intravenosa.
2. ACTP (angioplastia coronaria transluminal percutánea) o aterectomía coronaria
3. Bypass arterial coronario de urgencia.

Control del Dolor: Es una prioridad debido a que la prolongación del mismo es la continuación de la isquemia, lo que supone un riesgo adicional sobre el tejido miocárdico no infartado. La morfina es el analgésico de elección, reduce la ansiedad, la agitación, la actividad sistémica nerviosa autónoma y la precarga y, consecuentemente disminuye la demanda miocárdica de oxígeno.

Tratamiento de las complicaciones: cuando hay complicaciones es frecuente insertar un catéter arterial pulmonar (swan-ganz), este permite la correlación de las presiones de las cámaras con la frecuencia cardiaca, la presión sanguínea, el gasto cardiaco y el estado clínico de los pacientes. Así las decisiones farmacológicas y de restitución de líquidos se basa en parámetros concretos de la función ventricular, con el objetivo de tratar la insuficiencia cardiaca aguda de la forma más eficaz.

Dispositivo mecánico de soporte circulatorio: BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAÓRTICO: Dispositivo mecánico temporal utilizado para el soporte circulatorio en casos de fracaso circulatorio. Sus efectos terapéuticos se basan en los principios hemodinámicos del incremento de la diástole y la disminución de la poscarga.

Terapia farmacológica:

- **Anticoagulantes:** (Enoxoparina, heparina, fraxiheparina) Evitan la formación de nuevos trombos, reducen la incidencia de complicaciones embólicas provocadas por la trombosis venosa profunda y los trombos ventriculares izquierdos, especialmente mientras está prescrito el reposo en cama.
- **Agentes antiplaquetarios:** (clopidogrel) Se emplean para reducir la liberación de tromboxano A2 por parte de las plaquetas para prevenir la vasoconstricción y la agregación plaquetaria, puede continuarse durante un periodo indefinido como es el ácido acetilsalicílico que tiene efecto antiplaquetario beneficioso de dosis bajas profiláctica.
- **Trombolíticos:** (estreptocinasa, anistreplasa,alteplasa) Lisan y disuelven los trombos ya formados, el tratamiento se basa en la premisa de que el estímulo de la mayoría de infartos transmurales estriba en la rotura de una placa aterosclerótica y formación de un trombo (coágulo). La administración de un trombolítico provoca la lisis del trombo reciente y abre la arteria coronaria obstruida y restaura el flujo sanguíneo en el miocardio subsidiario.
- **Agentes bloqueadores beta:** (metoprolol, propanolol) Se emplean para reducir el tamaño del infarto mediante la reducción de la demanda miocárdica de oxígeno

durante las primeras horas del infarto, también se prescriben tras completarse el infarto para reducir los riesgos de reinfarcto y muerte. Sin embargo están contraindicados, si hay una insuficiencia ventricular izquierda, porque deprimen la contractilidad cardíaca.

- **Bloqueadores de los canales de calcio:** (nifedipina, verapamilo, felodipino)) Son un grupo de diversos fármacos usados junto a otros agentes descritos para reducir el espasmo arterial coronario y como antihipertensores.
- **Digital:** (digoxina) tiene acción directa sobre el músculo cardíaco, aumenta la fuerza de la contracción y disminuye al mismo tiempo la frecuencia cardíaca.
- **Laxantes suaves:** (senósidos AB) sirven para evitar la constipación intestinal propiciada por el reposo y efectos narcóticos.

Complicaciones:

- A. Riesgo de edema agudo pulmonar
- B. Arritmias ventriculares
- C. Riesgo de extensión del infarto agudo
- D. Riesgo de ruptura de músculos papilares
- E. Aneurismas ventriculares
- F. Riesgo de insuficiencia cardíaca
- G. Riesgo de choque cardiogénico
- H. **Paro cardíaco**

Factores de riesgo:

No modificables:

- * Edad
- * Sexo
- * Historia familiar
- * Raza

Modificables:

Principales:

- * Elevación de lípidos séricos
- * Hipertensión
- * Consumo de tabaco
- * Deterioro de la tolerancia a la glucosa
- * Dieta con alto contenido en grasa saturada, colesterol y calorías
- * Inactividad física

Secundarias:

- * Estrés psicológico
- * Tipo de personalidad¹¹

¹¹URDEN L.Op. Cit. pp 162 - 169

□ **Pronóstico:**

El adecuado control en las etapas iniciales de la enfermedad puede detener su progresión y dejarla limitada, pero el abandono a su evolución natural llevará al desarrollo de los estadios finales.

En los individuos que han cursado con un evento de esta índole y que continúan fumando, con niveles séricos de lípidos altos, diabetes mellitus sin control adecuado, hipertensión arterial, obesidad, sedentarismo, tiene mayor riesgo de **complicaciones posteriores y muerte.**¹²

¹²URDEN L.Op. Cit. pp 162 - 169

LOCALIZACIÓN DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO:

Debido al campo tan extenso que cubre la exposición de la infinita variedad de trastornos del ritmo, y por la frecuente asociación de éstas con cuadros como el del infarto del miocardio, se considera que es de utilidad, el conocer someramente los elementos electrocardiográficos esenciales para su diagnóstico y localización. Durante el infarto agudo hay arritmias que invariablemente se asocian con una determinada localización de la lesión.

En la siguiente figura (No. 23b) se esquematiza la distribución habitual en el ECG de las alteraciones propias del infarto.¹³

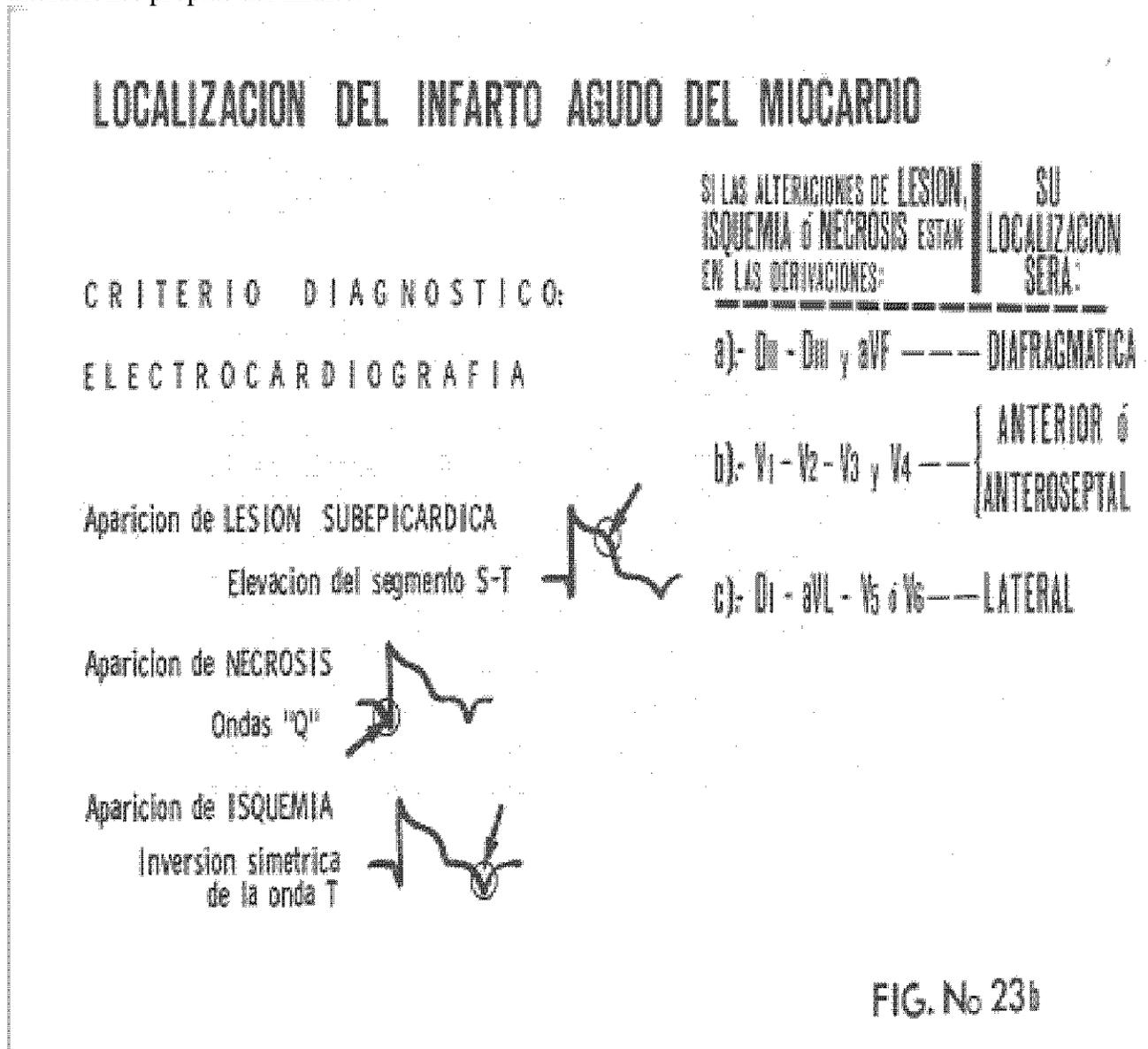


FIG. No 23b

¹³SHAPIRO M. MARTÍNEZ SÁNCHEZ J. Arritmias Cardiacas. Ed. Méndez Editores, S.A.de C.V. 1999 México, DF pp. 51

EFEECTO DE DROGAS ANTIARRÍTMICAS

Vaughan – Williams ha clasificado didácticamente los efectos que sobre el potencial de acción ejercen las drogas antiarrítmicas más comunes; pueden agruparse en 4, a saber:

⇒ Drogas con efecto CLASE I:

O sea, con efecto anestésico local (“depresor de membrana”); disminuyen la velocidad de ascenso de la fase cero. Aumentan el período refractario y la duración del potencial de acción. Por los efectos anteriores, alargan al intervalo Q – T, el QRS y a veces el P – R.

El prototipo es: la Quinidina y la procainamida.

⇒ Drogas con efecto CLASE II:

Tienen acción simpaticolítica; acortan el intervalo Q – T por acortar la duración del potencial de acción y el período refractario. Pueden o no alargar el PR.

El prototipo son: los bloqueadores beta - adrenérgicos. También disminuyen la velocidad de ascenso del potencial de acción.

⇒ Drogas con efecto CLASE III:

Prolongan en forma importante el potencial de acción, con mínimo o nulo efecto sobre la fase cero.

El prototipo es: la Amiodarona.

⇒ Drogas con efecto CLASE IV:

Antagonistas del calcio en la miofibrilla. El prototipo es el Verapamil.

La lidocaína y la difenil – hidantoína son drogas que tienen efectos mixtos, por tanto no entran en una sola de las cuatro clases descritas.

Por un lado acortan la duración del potencial de acción y del período refractario efectivo; pueden acelerar la velocidad de conducción A – V, sobre todo la difenil – hidantoína.

El potasio, actúa como antiarrítmico por disminuir el hiperautomatismo al deprimir la fase 4, y también acorta la duración del potencial de acción y la velocidad de ascenso de la fase cero; puede deprimir, a dosis altas, la conducción por el nodo A – V.

Todas las drogas antiarrítmicas enunciadas anteriormente tienen la capacidad de suprimir el hiperautomatismo, debido a que todas deprimen la fase 4 (despolarización diastólica) del potencial de acción.¹⁴

¹⁴SHAPIRO M. MARTÍNEZ J. Op. Cit. pp. 58, 59

FARMACOLOGÍA DE LOS AGENTES ANTIARRÍTMICOS SELECCIONADOS¹⁵

FÁRMACO	INDICACIONES	DÓSIS	EFECTOS SECUNDARIOS PRINCIPALES
Adenosina	TSV paroxística	6 mg i.v. en inyección rápida repetir con 12 mg durante 1-2 seg ; continuar con líquidos intravenosos (SSN o D ₅ W)	Transitorios: rubor facial, disnea, hipotensión
Lidocaína	Ectopia ventricular; profilaxis de la CVP en el IAM	Bolo de 5 a 100 mg, seguido por infusión continua de 1-4 mg/min	Toxicidad del SNC
Procainamida	Ectopia ventricular resistente a la Lidocaína	50 mg. Intravenosos cada min hasta 1 g, seguido por infusión de 1-4 mg/min	Hipotensión, efectos GI, ensanchamiento de los intervalos QRS y QT, síndrome lúdico inducido por fármacos
Propranolol	Taquicardia supraventricular	1-3 mg intravenosos durante 5 min sin exceder 0,1 mg/kg	Bradicardia, insuficiencia cardíaca, bloqueo cardíaco
Amiodarona	Arritmias ventriculares con riesgo vital	5-10 mg/kg intravenosos lentamente, seguido por una infusión de 10 mg/kg/día durante 3 a 5 días	Depósitos corneales, la piel adquiere una tonalidad azulada o de color berenjena, fotosensibilidad, fibrosis pulmonar, disfunción tiroidea
Bretilio	Fibrilación ventricular refractaria Taquicardia ventricular (fármaco de segunda línea)	Bolo intravenoso de 5 mg/kg, seguido por dosis de 10 mg/kg repetidas a intervalos de 15-30 min hasta un total de 30 mg/kg 500 mg en 50 ml de D ₅ W en infusión durante 8-10 min, seguido de infusión continua de 1-2 mg/min	Al inicio: hipertensión, taquicardia, CVP Al final: hipotensión, bradicardia, náuseas y vómitos
Verapamilo	Taquicardia supraventricular	5-10 mg intravenosos durante 2 min, seguido por 10 mg en 30 min si es necesario	Insuficiencia cardíaca, Bloqueo AV, bradicardia, Mareos, edema periférico
Esmolol TSV	TSV	Dosis principal de 500 mcg/kg/min durante 1 min, seguido por infusión de 50 mcg/kg/min durante 4 min; repetir el procedimiento cada 5 min, aumentando la infusión en 25-50 mcg/kg/min hasta un máximo de 200 mcg/kg/min	Hipotensión, náuseas

IAM: infarto agudo de miocardio; SCN: sistema nervioso central; D₅W: dextrosa al 5% en agua; GI: gastrointestinal; SSN: solución salina normal; CVP: contracción ventricular prematura.

¹⁵URDEN L. Op. Cit. pp. 223.

METODOLOGÍA

El presente proceso enfermero se elabora para obtener el título de Licenciada en Enfermería, se realizó bajo una serie de asesorías de carácter dinámico a favor de la integración de la teoría con la práctica, con apego a la metodología de la teórica Virginia Henderson, la cual se utiliza como herramienta teórico metodológica para desarrollar e implementar cada etapa e integración de la valoración, los diagnósticos de enfermería, la planeación, la ejecución, y la evaluación, lo cual me proporcionó los elementos necesarios para la culminación de dicho trabajo.

A través de la búsqueda bibliográfica se reconstruye un marco teórico y referencial que valida el proceso enfermero elaborado en el siguiente caso clínico, que por su importancia se seleccionó en el servicio del segundo piso, de la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza.

Se trata de masculino de 59 años de edad, el cual cursa evento de cardiopatía isquémica.

Se realizó entrevista a través del interrogatorio directo al usuario y a su hija, esto antes de iniciar sedación en infusión continua por haber requerido intubación endotraqueal, posteriormente con recopilación de datos necesarios los cuales se obtienen del expediente clínico, la exploración física (inspección, palpación, percusión y auscultación), toma de electrocardiograma de 12 derivaciones y círculo torácico., para identificar las 14 necesidades básicas según la teórica mencionada. Se integran los diagnósticos de enfermería con la metodología de Problema, Etiología y síntomas manifestados (PES). Se establecieron los objetivos de acuerdo a dichas necesidades, se procedió a planear y jerarquizar acciones de enfermería a seguir, ejecución y evaluación de los resultados obtenidos de la aplicación del proceso atención de enfermería, considerando el obtener niveles de satisfacción óptimos para el cliente y su familia.

Así mismo se lleva a cabo un análisis conceptual, definición de conclusiones y compromiso de trabajo y entrega, para favorecer el logro de los objetivos planteados.

Es importante aclarar que aunque se requiere el nombre de la patología, el estudio de caso se centró en la persona, por lo tanto las intervenciones de enfermería estarán enfocadas a ayudar a satisfacer sus necesidades afectadas dependiendo del grado de dependencia (total y parcialmente).

Por el estado actual de EGA es dependiente, ya que de acuerdo a Henderson identifica tres niveles de función enfermera: sustituta (compensa lo que le falta al cliente para sentirse completo e independiente), ayudante (establece la intervenciones clínicas para recuperar su independencia, o compañera (fomenta una relación terapéutica con el cliente y actúa como un miembro del equipo de salud, además imparte educación sobre la salud al cliente).

Para el efecto, el cuidado tiene implicaciones éticas sustentado en cuatro principios:

- a) autonomía, b) confiabilidad, c) beneficencia y no maleficencia.
- b) **Autonomía:** significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones producto de sus valores y convicciones personales.
- c) **Confiabilidad:** se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.
- d) **Beneficencia y no maleficencia:** se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

El estudio se realizó durante su hospitalización que fue 72 horas, posterior a este tiempo fue trasladado a Hospital General de Zona para ser intervenido quirúrgicamente.

Para la valoración se tuvieron como fuentes de información directa la entrevista al cliente (cuando estaba en condiciones de ser entrevistado), fuentes indirectas como el expediente, familia (hija) y registros clínicos de enfermería.

Las técnicas utilizadas fueron: a) entrevista, b) observación, c) exploración física.

Observación: es esencial para planear los cuidados de enfermería, es una técnica que requiere el uso de todos los sentidos. La vista: para percatarse de cambios de coloración, características de la respiración y de la comunicación no verbal, audición para escuchar lo que el cliente dice, los sollozos, desesperación pueden indicar que está angustiado.

Oído: para evaluar la respiración, el corazón y ruidos intestinales.

Tacto: para determinarse el tamaño, la forma y la textura de una protuberancia, o de un órgano aumentado del volumen.

Olfato: para detectar olores desagradables de material drenado de una herida quirúrgica o líneas de acceso invasivas, lo cual puede indicar una infección.

Entrevista: método que permitió aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin. Su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sus sentimientos y los hechos que permiten identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo, la enfermera estimula al cliente a que reconozca sus necesidades y sus metas, la cual se da oportunidad de encontrar la solución para satisfacer sus propias necesidades de salud, la calidad de la entrevista es influida por el ambiente (condiciones y circunstancias inmediatas que afectan a una persona) que crea la enfermera.

Exploración física: debe ser completo, preciso y sistemático ya que permite la identificación de respuestas objetivas del cliente hacia su enfermedad; así como determinar la eficacia de las actuaciones médicas y de enfermería, incluye la observación, palpación, percusión, auscultación, somatometría y medición de constantes vitales.

Para el registro de la información se realizó en diversos instrumentos:

- a) Valoración de necesidades
- b) Historia clínica
- c) Hoja de enfermería
- d) Notas médicas

Ya obtenidos los datos se organizaron y clasificaron en necesidades considerando las dimensiones señaladas por Henderson: a)Biológicas, b)Psicológicas, c)Sociológicas, d)Culturales.

Para identificar las fuentes de dificultad: a)Falta de fuerza, b)Falta de voluntad, c)Falta de conocimientos.

Falta de fuerza: la dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física, si no también de fuerza moral para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.

Falta de voluntad: la voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, este estado está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de conocimiento, hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación. De esta manera conocer el grado de dependencia que puede ser total o parcial.

Con base en la reflexión de los datos obtenidos se establecerán los diagnósticos y rol de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería pueden ser reales y potenciales, un diagnóstico real es aquel que existen manifestaciones, para su redacción se estructuró con base al formato PES (problema, etiología, signos y síntomas).

Cuando se trate de un diagnóstico potencial deben solamente redactarse con el problema y etiología (factores contribuyentes ya que no existen aun manifestaciones), considerando las etiquetas diagnósticas porque están basadas en respuestas humanas y es congruente en nuestro modelo conceptual.

Para la etapa de planeación de acuerdo al tipo de dependencia que representaba al cliente se eligió el rol de enfermería el de suplencia. El tipo de intervenciones que se planearon fueron: dependientes, independientes, independientes e interdependientes, cada diagnóstico contó con su objetivo, meta y criterios de evaluación cada una de ellas contó con una fundamentación teórica.

Plan de atención. La evaluación se realizó considerando los criterios de evaluación, considerando la valoración inicial y la evaluación actual.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: EGA Edad: 59 años Peso: 70 Kg. Talla: 1.70
Fecha de nacimiento: 16/01/47
Sexo: Masculino Ocupación: Empleado
Escolaridad: Primaria Fecha de admisión: 08/09/05 Hora: 23:00
Procedencia: Extensión hospitalaria Fuente de información: Directa e indirecta.
Fiabilidad (1-4): ----- Miembro de la familia/persona significativa: Rol de padre y esposo

Se trata de usuario masculino, de 59 años de edad, con los siguientes antecedentes heredofamiliares, madre (finada) con antecedentes de diabetes mellitas tipo 2, hermano con hipertensión arterial sistémica.

Con respecto a sus antecedentes personales no patológicos: Nació en la ciudad de México, DF. el 16 de enero de 1947, estado civil casado, de religión católica, escolaridad primaria completa.

Hábitos higiénicos buenos, baño de regadera con cambio de ropa completo, buenos hábitos alimenticios, cuenta con casa propia, sala, comedor, 2 recámaras, un baño completo, cocina, con buena ventilación. Iluminación adecuada, cuenta con 5 ventanas grandes y una chica, construcción de tabique y cuenta con todos los servicios intradomiciliarios.

El ingreso económico es aportado por el monto de su salario y el de su hija de 24 años de edad, la cual aporta parte de su sueldo a los gastos de la casa, Siendo Don EGA quien desempeña el rol de Jefe de familia, mantienen buenas relaciones interpersonales y buena comunicación.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Masculino de 59 años de edad, padece Diabetes Mellitas desde hace 10 años e hipertensión arterial en tratamiento, hipertrigliceridemia controlada.

Antecedentes de importancia:

Tabaquismo positivo durante 20 años 7 cigarrillos al día, trabaja como empleado en una fábrica, con una jornada laboral de 8 a 10 horas de lunes a viernes.

PADECIMIENTO ACTUAL

Se trata de usuario en la quinta década de su vida el cual cursa evento de cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio). A la exploración Física se encuentra usuario con edad aparente a la cronológica, consciente, orientado, con regular estado hídrico, hipotonía muscular, movimientos corporales disminuidos.

Cabeza: Normo céfalo, pelo con datos de calvicie en área frontal, nariz grande, ojos simétricos, leve dilatación pupilar, mucosa oral semihidratada.

Cuello: Con tiroides normal, sin problema aparente.

Aparato cardiovascular: presión arterial de 90/50 mm Hg., refiere ligera opresión en el pecho, dolor leve, cianosis distal leve, pulsos periféricos débiles, piel pálida y fría

Aparato respiratorio: Refiere falta de aire, frecuencia respiratoria de 25 a 30 por minuto. campos pulmonares con presencia de estertores subcrepitantes basales, tos productiva con presencia de secreciones bronquiales y dificultad para expectorarlas.

Abdomen: cilíndrico, depresible, peristalsis disminuida, refiere no haber evacuado desde hace 2 días.

Columna vertebral: Con ligera alteración del contorno de la alineación de la continuidad de la columna vertebral de tipo postural.

Genitales externos: edema escrotal leve.

Aparato urinario: oliguria con orina de 50 ml. En 1 hora de aspecto concentrado

Extremidades inferiores: edema (++) fríos.

Sistema nervioso: Se muestra angustiado, inquieto, refiere sentir que se va a morir por lo que solicita se le pida a su familiar la presencia de un sacerdote.

A la evolución:

Paciente el cual cursa el turno con datos de dificultad respiratoria, polipnea, mejora al inicio de diurético de asa (furosemide), estertores subcrepitantes basales, hipotensión arterial, PVC alta (18 a 20 mm de H₂O), con evolución tórpida, por lo cual es necesario intubación orotraqueal para apoyo de ventilación mecánica asistida y evitar fatiga de músculos respiratorios, intubación difícil por características de cuello corto, intubación al tercer intento. Durante intubación cursa con bradicardia, se aplica atropina, se realizan maniobras de ACLS, reanimación menor de 5 minutos, entrando a ritmo sinusal tendiente a la taquicardia de 120 x min. Mejorando T/A a 100/70.

Hemodinámicamente inestable, con apoyo de aminas a dosis respuesta, se solicita valoración de cirugía cardiorácica para colocación de balón de contrapulsación intraaórtico (BIAC).

Se coloca sonda nasogástrica, respiratorio con apoyo mecánico ventilatorio.

Posterior a intubación orotraqueal: Gasometría arterial: PO₂ 95% SO₂ 99%, con controles gasométricos.

Renal con flujos urinarios disminuidos, se reporta grave con pronóstico reservado a evolución malo a corto y mediano plazo, se informa a su familia (por médico adscrito) del estado del paciente, los cuales manifiestan su preocupación por su ser querido.

Se solicita interconsulta a cirugía cardiotorácica para valorar posibilidad de ser intervenido quirúrgicamente.

INDICACIONES MÉDICAS

- Ayuno hasta nueva orden.
- VMAC FiO₂: 60% FC: 12
- BIAC en parámetros establecidos por cirugía cardiotorácica
- Rehabilitación 0.
- Signos vitales horarios
- Monitoreo electrocardiográfico continuo.
- Control estricto de líquidos.
- Solución glucosada al 5% 250 ml. para 24 horas.
- Sol glucosada al 5 % 240 ml + DOPAMINA 400 mg. En infusión continua a 10 ml. Por hora D/R.
- Sol glucosada al 5% 210 ml. + DOBUTAMINA 500 mg. En infusión continua a 13 ml. Por hora.D/R
- Sol glucosa al 5% 100ml. (aforado) + midazolam 60 mg. + vecuronio 8mg IV D/R
- Sonda de foley a derivación.
- Colocación de sonda nasogástrica a derivación
- Colocación de catéter de flotación (Swan-Ganz)
- Colocación de catéter subclavio
- Monitoreo continuo de línea arterial
- Pravastatina 40 mg. Por SNG a las 22 horas.
- Clopidogrel 1 tableta por SNG cada 24 horas.
- Senósidos A y B 2 tabletas por SNG cada 12 horas.
- Furosemide 20 mg. I.V. cada 12 horas.
- Enoxaparina 40 mg. Subcutáneo cada 12 horas.
- Toma de electrocardiograma de 12 derivaciones y círculo torácico.
- Toma de productos de laboratorio: Bh, QS, electrolitos, pruebas de coagulación, curva enzimática.
- Rayos X de tórax.

VALORACIÓN

La finalidad de la valoración es integrar una base de datos con relación al cliente para lo cual se recurrió a las fuentes técnicas e instrumentos que a continuación se describen:

1. Fuentes de información: Para la valoración se obtuvieron fuentes de información primarias y secundarias.
2. Técnicas: Las técnicas utilizadas fueron: entrevista, método clínico y observaciones.
3. Entrevista: Es un método que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin.

GUÍA DE VALORACIÓN DE LA ENFERMERA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: EGA Edad: 59 Peso: 70 Talla: 1.70

Fecha de Nacimiento: 16/01/47 Sexo: M Ocupación: Empleado

Escolaridad: Primaria

Fecha de Admisión: 08/09/05 Hora: 23:00

Procedencia: Extensión hospitalaria Fuente de información Directa e indirecta

Fiabilidad (1-4) ----- Miembro de la familia / Persona significativa: rol de padre y
esposo

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, Nutrición e Hidratación, Eliminación y Termorregulación.

NECESIDADES DE OXIGENACIÓN.

Subjetivo:

Disnea debido a: dificultad respiratoria Tos productiva/seca: Dolor asociado con la
respiración, Dolor torácico Fumador: si Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día/
varía la cantidad según su estado emocional, desde hace 20 años, 7 cigarrillos al día

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T. A: 90/50 F. C.120 F. R_12 T 35.8C°

Tos productiva/seca: abundantes secreciones bronquiales

Estado de conciencia: efectos de sedación

Coloración de la piel/lechos ungueales/peribucal: piel pálida y fría

Circulación del retorno venoso: retorno venoso disminuido

NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo

Dieta habitual (tipo): En regular cantidad y calidad, alimentos ricos en la ingesta de grasa y colesterol

Número de comidas diarias: tres

Trastornos digestivos: Sin problema aparente

Intolerancias alimentarias/alergias: Negadas

Problemas de la masticación y deglución: No

Patrón de ejercicio: No realiza rutina de ejercicio alguno

Objetivo:

Turgencia de la piel: Edema leve de miembros inferiores, piel fría y semihidratada

Membranas mucosas hidratadas/secas: Mucosas semihidratadas

Características de uñas/ cabello: Palidez, llenado capilar lento, cabello con características

propias de la edad.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Edad aparente a la cronológica, cuello corto, huesos con estructura normal, actitud forzada

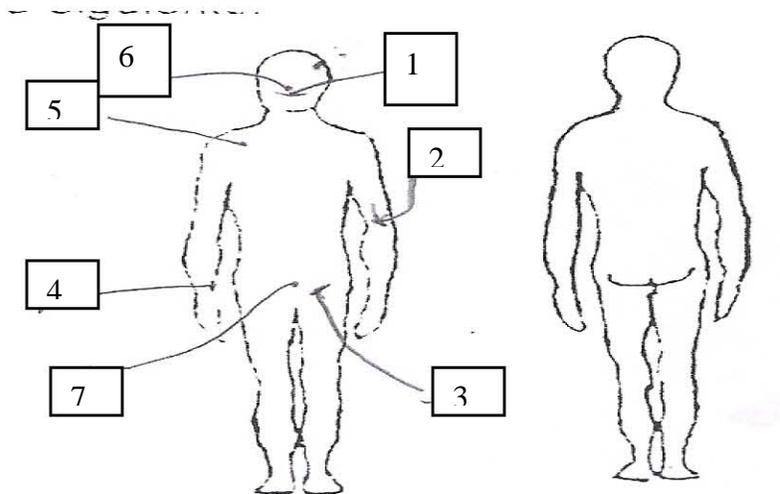
Aspecto de los dientes y encías:-----

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: -----

Otros: Herida por incisiones para colocación de líneas invasivas: catéter subclavio derecho,
catéter de flotación (swan-ganz) en yugular izquierdo, Balón Intraaórtico de
Contrapulsación (BIAC), línea arterial radial, sonda nasogástrica (Ayuno hasta nueva
orden).

Señale en el esquema Siguiente:

1. Cánula orotraqueal 2. catéter de flotación 3. BIAC 4. Línea arterial 5. catéter subclavio 6. Sonda nasogástrica 7. Sonda transuretral



NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos Intestinales: Estreñimiento, no ha evacuado desde hace 2 días

Orina y Menstruación: -----

Historia de Hemorragias/enfermedades renales, otros: No

Uso de laxantes: No

Hemorroides: No

Dolor al Defecar/Menstruar/Orinar: Ninguno

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Negado

Objetivo:

Abdomen características: Abdomen cilíndrico, blando, depresible

Ruidos Intestinales: Ruidos peristálticos disminuidos

Palpación de la Vejiga Urinaria: Normal

Otros: Disminución de volumen urinario 50ml /hora

NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: -----

Ejercicio/ tipo y frecuencia: No realiza

Temperatura ambiental que le es agradable: Clima templado

Objetivo:

Características de la piel: Piel pálida y fría

Transpiración: Sudoración excesiva y fría

Condiciones del entorno físico: Vive en medio urbano, cuenta con todos los servicios, vive con familia integrada y ocupa el rol de padre de familia

Otros: Actualmente sin elasticidad normal, por presencia de leve edema de miembros inferiores y superiores.

2. NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

NECESIDADES DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: actualmente dependiente de ser movilizad

Actividades en el tiempo libre: leer periódico y ver televisión

Hábitos de descanso: Por la noche únicamente

hábitos de trabajo: Empleado en una empresa

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético fuerza: Buena fuerza muscular no deformidades

Capacidad muscular. Tono / resistencia/Flexibilidad: Flexibilidad y tono muscular

disminuidos por permanecer bajo efectos de sedación

Posturas: Decúbito dorsal

Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: -----

Dolor en el movimiento: Expresi3n de malestar a la movilizaci3n

Presencia de temblores: No Estado de conciencia: sedado

Estado emocional: Angustia, temor a la muerte por lo que solicita la presencia de un

sacerdote

Otros: -----

NECESIDADES DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo.

Hora de descanso: Por las noches únicamente -Horario de sueño: -----

Siesta: No Ayudas: -----

Insomnio debido a: -----

Descanso al levantarse: -----

Objetivo.

Estado mental. Ansiedad/ estrés/ lenguaje: al ingreso orientado en estado de ansiedad.

Ojeras: Si Atenci3n: No Bostezos: No Concentraci3n: -----

Apatía: No Cefaleas: -----

Respuesta a estímulos: Si

Otros: Se mantiene bajo efectos de sedación con midazolam y vecuronio.

NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Subjetivo.

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: No

.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: Si

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Actualmente no

Vestido: Ropa hospitalaria

Incompleto: ---- Sucio: ---- Inadecuado: -----

Otros: Bata hospitalaria, pañal desechable

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo

Frecuencia del baño: Diario

Momento preferido para el baño: -----

Cuántas veces al día se lava los dientes: 3 veces

Aseo de manos antes y después de comer: Sí Después de eliminar: Sí

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

Objetivo

Aspecto General: Ropa hospitalaria limpia, uñas recortadas y pies limpios

Olor corporal: Normal

Estado del cuero cabelludo: Buena simetría

Lesiones dérmicas Tipo: No

Otros: Dependiente de baño de esponja y aseo de boca. Requiere curación y cuidados de incisiones por procedimientos invasivos

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivos.

Que miembros componen la familia de pertenencia: Esposa y una hija

Como reaccionaria ante situación de urgencia: acudiendo al hospital de inmediato

Conoce las medidas de prevención de accidentes. Hogar: Sí

Trabajo: Sí

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: No

Familiares: Desconoce

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Sin control

Objetivo.

Deformidades congénitas: No

Condiciones del ambiente en su hogar: Armónico

Trabajo: Buenas relaciones

Otros: -----

3 NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo

Estado civil: Casado Años de relación: 30 años Viven con: Esposa y una hija

Precauciones/ estrés: Sí Familia: -----

Otras personas que pueden ayudar: Su esposa e hija

Rol en estructura familiar: Padre y esposo

Comunica problemas debido a la enfermedad/ estado: No

Cuanto tiempo pasa solo: Casi nunca

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: Solo en su trabajo

Objetivo.

Habla claro: Sí a su ingreso Confusa: Sedado después de la primer hora de su ingreso

Dificultad de Visión: No Audición: No

Comunicación verbal/ no verbal con la familia con otras personas significativas: Limitada actualmente

Otros: Al momento de su ingreso a la UCC sin problema para la comunicación y al momento de iniciar sedación por intubación endotraqueal incapacitado para la comunicación

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo

Creencia religiosa: Católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No

Principales valores en su familia: Responsabilidad, honestidad y respeto

Principales valores personales: Responsabilidad, honestidad y respeto

Es congruente con su forma de pensar y vivir: Sí

Objetivo.

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): No

Permite el contacto físico: Sí

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: ----

Otros: Al momento de su ingreso a la UCC, refirió temor a morir y por tal motivo solicitó la presencia de un sacerdote

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Subjetivo

Trabaja actualmente: Sí Tipo de trabajo: Empleado en una fábrica

Riesgos: Mínimos

Cuanto tiempo dedica al trabajo: 8 a 10 horas

Está satisfecho con su trabajo: Sí

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

Parcialmente

Está satisfecho con el rol familiar que juega: Sí

Objetivo

Estado emocional/calmando/ansioso/enfadado/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: Ansioso,
Temeroso ante su enfermedad

Instrumentos de Registro

Para registrar la información se utilizaron: la hoja de enfermería, la historia clínica y hoja
de valoración de necesidades.

Se hace la observación de que no se presentan los registros originales porque son
documentos médicos legales y para su utilización se requiere de la autorización del médico
y de la institución.

Hoja de Valoración de la Enfermera

Características personales:

Nombre: EGA Edad: 59 años Sexo: Masculino Estado Civil: Casado

Religión: Católico Etnia: Idioma: Español Escolaridad: Primaria

Ocupación: Empleado

¿Cuál es su objetivo de salud? Recuperar su salud

Hospitalizaciones previas: Hospital de Cardiología de CMN siglo XXI

Motivo de ingreso: Dolor precordial (infarto al miocardio)

¿Esta tomando medicamentos? Analgésicos, vasodilatador arterial coronario (Isoket IV),
midazolam, analgésicos.

Signos vitales: Temp: 35.8°C Pulso: 120 x min. Resp: 12 x min. T.A: 90/50 PVC: 20
mm H₂O

Familia: Numero de miembros: 3

Problemas de relación con la familia: No Por que _____

1. Oxigenación.

Estilo de vida. Sedentaria: Sí Activa No

Realiza sus actividades cotidianas:-----

Actualmente: Secreciones, tos, aleteo nasal, dolor asociado con la respiración, dificultad respiratoria, polipnea, estertores basales, SaO₂ 70%, por lo cual requiere apoyo de ventilación mecánica

¿Cuántos cigarros fuma al día? 7 cigarrillos Desde cuando: Desde hace 20 años

Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias: No

2. Nutrición e Hidratación

Se alimenta solo: Actualmente no Con ayuda: Actualmente en ayuno

Horario y número de comidas habituales: 3 al día

Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día: 2 litros de agua

Preferencias o desagradados: tacos, tamales

Patrones de aumento/perdida de peso: -----

Suplementos de alimentación: Comida rica en grasa y colesterol

Conocimiento de factores que favorecen la digestión: Negativo

Anorexia, náuseas, vómito, ingestión, hiperacidez: Náuseas y vómito al momento del dolor precordial

Medidas para purificar el agua: Garrafón

Revisión: Peso: 70 Kg. Talla: 1.70

Boca: Actualmente incapacidad para masticar y deglutir

Lengua: Semihidratada

Encías: -----

Dientes: -----

Labios: semihidratados

3. Eliminación

Frecuencia y cantidad en 24 horas, heces: No ha evacuado desde hace 2 días

Orina: 50 ml/hora

Color: Aspecto concentrado

Heces: No ha evacuado

Estreñimiento (*) Hemorroides () Dolor menstrual ()

Ayudas: Líquidos: Por vía intravenosa Alimentos: Ayuno

Medicamentos:

- Pravastatina 40 mg. Por Sonda nasogástrica (SNG) a las 22 horas.
- Clopidogrel 1 tableta por SNG cada 24 horas.
- Senósidos A y B 2 tabletas por SNG cada 12 horas.
- Furosemide 20 mg. I.V. cada 12 horas.
- Isoket 50mg + 75 ml de sol salina al 0.09% a D/R
- Heparina 6000 UI + 100ml sol glucosa al 5% para 6 horas.IV
- . Sol glucosada al 5 % 240 ml + DOPAMINA 400 mg. En infusión continua a 10 ml. Por hora. D/R
- Sol glucosada al 5% 210 ml. + DOBUTAMINA 500 mg. En infusión continua a 13 ml. Por hora. D/R
- Sol glucosa al 5% 100ml. (aforado) + midazolam 60 mg. + vecuronio 8mg IV D/R

Problema de urgencia: retención, incontinencia, infecciones.

Intestino: ruidos peristálticos disminuidos

Genitales. Edema escrotal leve

4. **Moverse y mantener una buena postura.**

Patrones de actividad y ejercicio, en casa, trabajo y en el tiempo libre: Leer periódico y ver televisión

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura: -----

Limitaciones en la deambulaci3n: Por encontrarse bajo efectos de sedaci3n y con procedimientos invasivos, actualmente se encuentra imposibilitado para la deambulaci3n.

Postura habitual en relaci3n al trabajo: Mantenerse de pie

Dolor muscular, inflamaci3n de articulaciones, defectos 3seos: No

Revisi3n capacidad funcional, mano dominante, utilizaci3n de aparatos: No

5. **Descanso y sueño.**

Patrones de reposo, sueños, horas en la noche y siesta: -----

Alteraciones por estados emocionales: Ansiedad por incapacidad para afrontar la situaci3n de la p3rdida de su salud, temor a morir.

Uso de reductores de tensi3n: -----

Facilitadores del sueño, masaje, relajaci3n, m3sica, lectura: -----

6. **Uso de prendas de vestir Adecuadas.**

Distingue relaciones entre higiene personal y salud: Si

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse: Actualmente es dependiente

H3bitos sobre la higiene personal y del vestido: Aspecto limpio

Tiene los recursos econ3micos para vestir ropa limpia y que conserve el calor: Nivel socioecon3mico medio bajo

7. **Termorregulaci3n.**

Se protege a los cambios de temperatura ambiente: Sí

Sensibilidad extrema al frío o al calor: al clima caluroso

Que valor le da a: comida, ropa, manejo adecuado en el control de la temperatura: ---

Otras medidas físicas: Actualmente su temperatura corporal se encuentra por debajo de los límites normales 35.8°C

8. **Higiene y protección de la piel.**

Hábitos higiénicos diarios que sugieren: higiene oral, higiene femenina, arreglo personal:

Aseo de dientes, manos, con frecuencia: imposibilitado para llevar a cabo su aseo personal.

Uso de algún producto específico, colonia, crema etc. _-----

Revisión de la piel: Edema leve en miembros superiores y pélvicos

Mucosa oral: Semihidratada

9. **Evitar peligros.**

Prácticas que afectan la seguridad personal: drogas, hábitos: Cigarrillos 7 al día.

Recursos de salud, médicos: En su medio sociourbano

Prácticas de salud, manejo de estrés: No

Hogar características que constituyen peligros para la seguridad: -----

Entorno físico: Actualmente ambiente hospitalario

10. **Necesidad de comunicarse**

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos: Actualmente limitado por mantenerse con apoyo de ventilación mecánica por cánula orotraqueal.

Relaciones con la familia y con otras personas: Buenas

Utilización de mecanismos de defensa: -----

Limitaciones físicas que interfieran en su comunicación: Cánula orotraqueal y efectos de sedación.

Contactos sociales, frecuentes y satisfactorios: -----

Facilitadores de la relación: confianza empatía, disponibilidad: -----

11. Vivir según las creencias y los valores

Ritos que debe practicar de acuerdo a su religión: Rezar

Frecuencia de algún servicio religioso: Iglesia

Valores que ha integrado en su estilo de vida: Responsabilidad, honestidad, respeto

En que medida sus valores se han alterado por su situación actual de salud: -----

Creencias significativas en ese momento: Su religión católica

12. Necesidad de trabajar y realizarse.

Historia laboral, tipo de trabajo, duración: Empleado de 8 a 10 horas diarias.

El trabajo le provoca satisfacción o conflicto: Satisfacción

La enfermedad que tipo de problemas le ha traído: Ansiedad, temor

Autoconcepto /negativo/positivo de si mismo: Expresión de preocupación por su salud

Capacidad de decisión y de resolver problemas: Incapacidad para afrontar su enfermedad

Problemas en: Olfato, tacto, memoria, orientación

13. Participar en actividades recreativas.

Intereses, pasatiempos, y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre: Ver televisión y leer el periódico

La última vez que participo en actividades de este tipo: -----

El uso de tiempo libre le proporciona satisfacción: -----

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan: No

La distribución de tiempo es equilibrada entre el trabajo y la recreación: No

14. Necesidad de Aprendizaje

Conocimientos sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital: _____

Conocimientos sobre si mismo sus necesidades básicas su estado actual su tratamiento y autocuidado que necesita: -----

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje ansiedad, dolor: Se mantiene bajo
efectos de sedación _____

Desea conocer más sobre su enfermedad: -----

15. Sexualidad y Reproducción *OPCIONAL*

Demuestra comodidad con la propia identidad sexual: -----

Capacidad para gozar y controlar la propia conducta sexual reproductiva de acuerdo con una ética personal y social: -----

Separación del miedo de los sentimientos de culpa y de otros factores psicológicos:

Presencia de enfermedades que dificultan las funciones sexuales y reproductivas: -----

Mujer:

Menstruación, tipo _____ Flujo _____

Cantidad _____ Dismenorrea _____

Hipermenorrea _____ - Metrorragia _____

Historia del embarazo _____ Gesta _____ Partos _____ Abortos _____

Cesáreas _____ Medidas de control de natalidad _____

Examen de papanicolau _____ Si _____ No _____ Cuando _____

Otros problemas _____

3.3 DIAGNÓSTICO.

Para la integración de los diagnósticos de enfermería se tuvo que organizar y clasificar la información en necesidades con sus respectivas dimensiones, lo cual facilitó el análisis para conocer tanto las fuentes de dificultad como los problemas que afectaron, utilizando los formatos que se presentaron. Los tipos de diagnóstico que se estructuraron fueron diagnóstico real y potencial.

Diagnóstico de enfermería es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un grupo o un individuo y que la enfermera es responsable de identificar y tratar independientemente. Su estructura fue con base al formato PES que aplica el principio básico de identificar el Problema y su Etiología, añade el concepto de validación.

Apoyándose de las etiquetas diagnósticas de la NANDA las cuales tienen coherencia teórica con el modelo de Virginia Henderson, ya que fueron trabajadas en base a necesidades.

Es importante señalar que se hizo un análisis de las catorce necesidades valoradas en el cual se señala la independencia o el grado de dependencia, el cual a continuación se presenta.

De estas catorce necesidades para fines del trabajo solo se presenta el análisis de las necesidades que son: necesidad de: oxigenación, eliminación de desechos corporales, nutrición, moverse y mantener una buena postura, termorregulación, higiene y protección de la piel, vivir según sus creencias y valores.

De las catorce necesidades se observó que tiene dependencia en las 14.

A continuación se presentan las dimensiones o factores de dificultad de las siete necesidades.

En un primer momento se reunió una base de datos (valoración que permitió identificar las necesidades afectadas para así efectuar diagnósticos de enfermería (Diagnóstico), para poder elaborar un plan basado en la acción fundamentada de la intervención (Ejecución), en el cumplimiento de los objetivos deseados (Evaluación); recordando que este proceso tiene la cualidad de ser dinámico, en el sentido de que está sometido a constantes cambios que obedecen la naturaleza propia del hombre.

3.3.1 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad	Grado de Dependencia		Diagnóstico de enfermería
O X I G E N A C I Ó N	I		Dolor torácico opresivo r/c la transmisión de impulsos musculares isquémicos por desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno al miocardio m/p máscara facial, diaforesis, taquicardia, taquipnea y agitación.
	PD		
	D	*	
	I		Disminución del gasto cardiaco r/c el exceso relativo de precarga y poscarga m/p hipotensión, diaforesis fría, cefalea, taquicardia, hipotermia.
	PD		
	D	*	
	I		Riesgo de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) r/c la incapacidad del ventrículo izquierdo para expulsar la sangre.
	PD		
	D	*	

3.3.2 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad	Grado de Dependencia		Diagnóstico de enfermería
1.Oxigenación	I		Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c incapacidad para limpiar las vías aéreas m/p secreciones bronquiales excesivas, taquicardia, taquipnea.
	PD		
	D	*	
2.Nutrición y eliminación	I		Alteración de la nutrición r/c incapacidad para ingerir alimentos por vía oral m/p palidez general de tegumentos, mucosas orales deshidratadas.
	PD		
	D	*	
E L I M I N A C I Ó N	I		Exceso de volúmen de líquidos r/c la incapacidad del riñón para procesar correctamente el agua y el sodio m/p edema escrotal leve, oliguria, edema leve de miembros superiores e inferiores, estertores subcrepitantes bilaterales.
	PD		
	D	*	
	I		Estreñimiento r/c actividad física insuficiente por hospitalización m/p disminución del nivel de actividad peristáltica, no ha presentado evacuación.
	PD		
	D	*	

3.3.3 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad	Grado de Dependencia		Diagnóstico de enfermería
4.Moverse y mantener una buena postura	I		Intolerancia a la actividad r/c trastornos en la perfusión tisular miocárdica m/p debilidad, aumento de la frecuencia cardíaca en los cambios posturales.
	PD		
	D	*	
5.Descanso y sueño	I		
	PD		
	D		
6.Usar prendas de vestir adecuadas	I		
	PD		
	D		
7.Termorregulación	I		Hipotermia r/c enfermedad isquémica miocárdica m/p reducción de la temperatura corporal por debajo de los límites normales.
	PD		
	D	*	
8.Higiene y protección de la piel	I		Alteración de la higiene corporal r/c hospitalización y reposo forzado m/p incapacidad de asearse por sí mismo.
	PD		
	D	*	

3.3.4 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad	Grado de Dependencia		Diagnóstico de enfermería
8.1 Higiene y protección de la piel.	I		Riesgo de infección r/c la existencia de un lugar de acceso y procedimientos invasivos.
	PD		
	D	*	
9.- Evitar peligros	I		
	PD		
	D		
10.- Comunicarse	I		
	PD		
	D		
11.- Vivir según sus creencias y valores	I		Sufrimiento espiritual r/c incapacidad para participar en las prácticas religiosas habituales m/p expresiones de preocupación por temor a morir, búsqueda de ayuda espiritual al solicitar la presencia de un sacerdote, ansiedad.
	PD		
	D	*	

3.3.5 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		

CONCLUSIONES

El método de enfermería tiene un propósito de organización y creatividad que fueron aplicados en una respuesta humana ante la salud y riesgo de un cliente masculino con alteración de sus funciones vitales. Las cinco fases fueron incluidas de las intervenciones previstas, se tomaron decisiones y desarrollaron habilidades para ayudar a este usuario para minimizar el riesgo de complicaciones y consecuencias.

A este proceso se aplicó un pensamiento crítico, producto de un proceso cognoscitivo, se flexibilizó en su uso particular para este caso y en clima mismo se pudo ir pasando de una fase a otra, reconociendo que cada paso del proceso se está utilizando con la funcionalidad para el bienestar humano.

Se observa que a dicho proceso se le suman los criterios éticos para el juicio enfermero así como los de evaluación para la responsabilidad profesional.

En la valoración del usuario la enfermera desarrolló un juicio crítico y certero en base a los signos y síntomas a través del interrogatorio directo al usuario y exploración física que se realizó sin ningún contratiempo.

Los diagnósticos de enfermería se sustentaron en las respuestas fisiológicas y psicológicas normales y anormales del paciente en base a su patología de fondo y entorno con el fin de pensar y anticiparse continuamente en el cuidado del usuario.

La planeación de los cuidados enfermeros se realizó en base a las necesidades del usuario, respuesta, evolución, y revaloraciones continuas del cliente con la colaboración de los tres turnos que cooperaron eficientemente en la detección de signos y síntomas para evitar complicaciones.

Se puso en práctica las acciones de enfermería elaboradas previamente para limitar el daño, evitar complicaciones y contribuir con todo el equipo multidisciplinario a disminuir el índice de estancia hospitalaria, haciendo buen uso de los recursos materiales y humanos en la institución brindando una atención de enfermería con el mayor grado de calidad y calidez.

Durante la evaluación del Proceso Atención de Enfermería se concluye que es una necesidad elevar los niveles de competencia y desempeño de la licenciada en enfermería favoreciendo la adquisición de conocimientos que permita conocer y aplicar en forma adecuada el proceso de atención enfermería para brindar una atención integral a los usuarios, familia y entorno, dando apoyo emocional, intelectual, espiritual y psicológico que favorezcan su salud que modifiquen hábitos y actitudes a los cambios en su estilo de vida, imagen corporal para rehabilitarse, recuperarse y equilibrar su salud en beneficio propio.

Por lo que es de suma importancia que los profesionales de enfermería garanticen el cumplimiento de sus acciones en el desarrollo del cuidado enfermero, y en formación fortalezcan el trabajo de perfeccionamiento para brindar atención oportuna con calidad y calidez, promoviendo los niveles de competencia, creando así un análisis crítico, analítico y reflexivo, con un sentido humanístico optimizando los recursos disponibles en busca de alcanzar la excelencia en el desempeño de su quehacer profesional.

A N E X O S

DIAGNOSTICO REAL DE ENFERMERIA: **Afrontamiento individual inefectivo** R/C la situación crítica actual de la enfermedad y su vulnerabilidad personal ante la misma M/P verbalización de incapacidad para afrontar la situación, expresión de ansiedad, temor, irritabilidad, desánimo y estrés vital.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad y protección. • Necesidad de comunicarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento de su enfermedad, temor a lo desconocido. • Falta de conocimiento de los procedimientos que se le van a realizar, por lo tanto miedo a como evolucionará. • Debilidad y decaimiento, ataque a su estado general. 	Temporal grado 5	Alta

DIAGNOSTICO DE RIESGO DE ENFERMERIA: Riesgo Real de alteración de la nutrición R/C incapacidad para ingerir alimentos por la vía oral secundario a intolerancia de alimentos por vía oral, náuseas.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
<ul style="list-style-type: none"> • De nutrición e hidratación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuno hasta recuperar la peristalsis intestinal normal. • Estado nauseoso. • Intolerancia de alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temporal grado 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Media

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE REAL: Dolor torácico opresivo R/C la transmisión y percepción de impulsos musculares isquémicos S/A desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno al miocardio M/P máscara facial, diaforesis, taquicardia, agitación, posición antiálgica, verbalización de sensación desagradable y malestar.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
<ul style="list-style-type: none"> -Necesidad de oxigenación. -Seguridad y protección. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno al miocardio. • Estado de ansiedad y angustia, lo cual incrementa la demanda de oxígeno al miocardio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temporal grado 5 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE DE RIESGO: Riesgo de disminución del gasto cardiaco R/C el exceso relativo de precarga y poscarga S/A deterioro de la contractilidad ventricular miocárdica.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de oxigenación. • Necesidad de seguridad y protección. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la cantidad de sangre bombeada por el corazón, lo cual resulta inadecuado para cubrir las demandas de los tejidos corporales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temporal grado 5 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Exceso De volumen de líquidos R/C la incapacidad del riñón para procesar correctamente el agua y el sodio M/P edema escrotal leve, oliguria edema de miembros inferiores (++) , estertores subcrepitantes bilaterales.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso de los mecanismos reguladores, del equilibrio renina-angiotensina-aldosterona a nivel renal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temporal grado 5 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE POTENCIAL: Riesgo de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) R/C la incapacidad del ventrículo izquierdo para expulsar la sangre.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar peligro. • Seguridad y protección 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga de líquidos, congestión pulmonar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temporal grado 5 	Alta

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección R/C La existencia de un lugar de acceso y procedimientos invasivos.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de evitar peligros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Debido a colocación de sonda foley y catéter largo. • Riesgo de adquirir infecciones intrahospitalarias al encontrarse hospitalizado .. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temporal grado 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Medio

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de soledad R/C aislamiento social y privación afectiva temporal de sus seres queridos.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de comunicarse. • Necesidad de vivir según sus creencias y valores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social por encontrarse hospitalizado . • Por tratarse de área crítica solo se permite el paso a sus familiares durante 5 a 10 minutos en los horarios establecidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Temporal grado 5. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA- Estreñimiento R/C actividad física insuficiente por hospitalización M/P Disminución del nivel de actividad peristáltica, frecuencia inferior al patrón habitual, refiere dos días sin evacuar, abdomen con dolor a la palpación.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de los desechos corporales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización. • Reposo forzado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temporal grado 5. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C secreciones bronquiales excesivas M/P Expectoración ineficaz, taquicardia, disnea, verbalización de incapacidad para limpiar las vías aéreas.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de oxigenación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad de eliminar las secreciones del tracto respiratorio para mantener la permeabilidad de las vías aéreas. - Alteración en la viscosidad de las mucosidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Temporal grado 4. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Intolerancia a la actividad R/C inmovilización prolongada y tratamiento vasodilatador M/P Debilidad, aumento de la frecuencia cardiaca en los cambios posturales, cambios electrocardiográficos indicadores de isquemia.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesidad de moverse y mantener una buena postura. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuficiente energía fisiológica para tolerar o completar, las actividades requeridas o deseadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temporal grado 3 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Media.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la higiene corporal
R/C hospitalización y reposo forzado M/P incapacidad de asearse por sí mismo.

Necesidad dependiente	Fuentes de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
<ul style="list-style-type: none"> • De higiene y protección de la piel. • De evitar peligros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos invasivos como sonda foley, instalación de catéter largo, debido a que la piel y mucosas son la primer línea de defensa del organismo contra la invasión de agentes infecciosos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temporal grado 3. 	Alta

* Se elabora el siguiente plan de alta , ya que se considera de suma importancia contar con un instrumento que desarrolle en el usuario con afecciones coronarias el enfoque del autocuidado.

PLAN DE ALTA HOSPITALARIA

En el usuario con cardiopatía, el manejo adecuado del autocuidado es de vital importancia, esto es, modificando el estilo de vida reduce en forma significativa los factores de riesgo, el objetivo específico es, minimizar el riesgo de que el paciente tenga daño en órganos terminales, el promover la adaptabilidad a este manejo de autocuidado, a largo plazo, asegura que las complicaciones y el costo del tratamiento no sobrepasen sus beneficios.

DIETA:

Para lograr el control dietético del usuario con cardiopatía:

- Explique al usuario y su familia, la importancia y razones de la restricción de alimentos y líquidos en caso necesario.
- En personas con hipertensión, es muy importante reducir los factores de riesgo modificables, tomar en cuenta: la reducción de peso, restricción de sal y colesterol.
- Que el usuario reconozca que “tiene” cardiopatía, y que debe considerar las modificaciones en la dieta como un tratamiento potencialmente eficaz, hacerle comprender que los cambios dietéticos requieren tiempo y esfuerzo. En forma simultánea favorecer el apoyo social y familiar para garantizar el éxito de estos nuevos hábitos dietéticos.
- Dieta baja en grasas animales, sustituto de crema, crema, verduras fritas, carnes rojas, mantequillas, margarinas y postres (pasteles).
- Reducir el consumo de café, té y chocolate, ya que suelen causar alteraciones en el ritmo cardiaco.
- Evitar el consumo de alcohol y tabaco.
- Consumo de proteínas de alto valor biológico, dieta rica en fibra.
- Fomentar la ingestión de comidas de alto contenido nutritivo, reducidas y frecuentes.
- Fomentar la ingesta de alimentos en un ambiente agradable.

MEDICACIÓN:

- Establecer al usuario cardiópata, que es decisivo para el control de su padecimiento, la participación activa en su propio cuidado, esto es:
 - ✓ Control de la presión arterial.
 - ✓ Tomar los medicamentos que se le prescriben.
 - ✓ Mantener un progreso hacia las cifras de presión arterial que se han establecido como meta, y toma de antihipertensivos prescritos, bajo **estricto control médico**.
 - ✓ Resolver problemas que dificultan el control y toma de medicamentos en horarios e intervalos establecidos.
 - ✓ Tener conocimiento claro y específico de los medicamentos prescritos: nombres, dosis, pautas, objetivos, efectos secundarios, contraindicaciones y la necesidad de comunicar al médico si el fármaco parece no actuar.

- ✓ Concientizar al usuario, de las consecuencias fatales que puede tener, si toma fármacos populares sin consultar al médico.
- ✓ Crear compromiso, de acudir en forma periódica a su revisión médica, para el control y manejo adecuado de su terapia farmacológica.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA:

Los padecimientos cardiovasculares generalmente son crónicos, y la atención a los pacientes con estas enfermedades son un reto para el equipo de salud, de allí la importancia de que la **profesional de enfermería, capacite** en forma efectiva al usuario con afecciones coronarias, en la detección oportuna de signos y síntomas que pongan en riesgo su vida y **qué hacer**, en caso de que esto suceda.

- Acuda de **inmediato** al hospital más cercano, en caso de los siguientes síntomas:
 - Dolor torácico.
 - Palpitaciones.
 - Dificultad para respirar con o sin tos.
 - Edema general o a cualquier nivel.
 - Mareos intensos, sensación de ver luces que impiden la visión.
 - Epistaxis o sangrado a cualquier nivel.
 - Náuseas y vómitos.
 - Sudoración excesiva y piel fría.
 - Pérdida del conocimiento

Explicar al usuario, las maniobras que pueden favorecer la respuesta del reflejo, vagal como es:

- Evitar la colocación de supositorios y enemas evacuantes sin supervisión médica.
- Evitar la presión de globos oculares.
- En caso de estreñimiento evitar los esfuerzos durante la defecación, y solicitar al médico le prescriba ablandadores de heces (laxantes).
- Acudir al médico en caso de tos, náuseas y vómito.

ACTIVIDAD SEXUAL:

A su egreso hospitalario se recomienda durante los primeros dos meses se abstenga de tener actividad sexual, y se solicitan pruebas de esfuerzo, las cuales indicarán la conducta a seguir, es decir, si los resultados de esta prueba se encuentran dentro de parámetros normales, su actividad sexual puede ser normal, por el contrario, si los resultados son anormales, se procederá a realizar las pruebas diagnósticas necesarias (cateterismo, angioplastia, etc.) para continuar su tratamiento, y su actividad sexual se recomendará sea limitada o evitarla.

ACTIVIDAD:

En los trastornos vasculares, el ejercicio es fundamental para prevenir la estasis venosa y favorecer la circulación colateral. Pero es variable la cantidad de ejercicio que necesita cada persona, se debe planear el programa de ejercicio del paciente teniendo en cuenta sus necesidades.

- Los pacientes seniles por lo general no pueden realizar ejercicios activos, con frecuencia pueden requerir ayuda para hacer ejercicios pasivos suaves.

- El paciente con enfermedad arterial oclusiva se le recomienda que:
 - ✓ Camine, nade o pedalee.
 - ✓ Realice ejercicio hasta que la claudicación lo fuerce a descansar, que luego descance y se ejercite de nuevo.
 - ✓ Incluya el ejercicio en sus actividades cotidianas.
 - ✓ Crear conciencia en la necesidad de descansar y dormir.
 - ✓ Alternar periodos de actividad con reposo.

- Identificar la manera de conservar la energía durante la rutina diaria.
 1. Programar y espaciar las actividades.
 2. Sentarse siempre que sea posible.
 3. Tomarse el tiempo necesario y evitar apresuramientos.
 4. Delegar labores y solicitar ayuda en caso necesario.

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A. FECHA 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA Oxigenación

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Frecuencia respiratoria de 30 a 35 x min. T/A 90/50 Frecuencia cardiaca 120 x min. ECG de 12 derivaciones el cual muestra elevación del segmento ST.	Agitación, temor a la muerte Expresión de sensación desagradable		Alimentación en regular cantidad y calidad. Alimentos ricos en la ingesta de grasa y colesterol.

*	F.FUERZA
	F.VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA Dolor torácico opresivo r/c la transmisión y percepción de impulsos musculares isquémicos por desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno al miocardio **m/p** máscara facial, diaforesis, taquicardia, agitación.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A FECHA 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA Oxigenación

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Frecuencia cardiaca 120 x min. T/A 90/50 Índice cardiaco < 2.5 l/min/m ² Temperatura: 35.7 Palidez de tegumentos Disminución del volumen urinario < de 30 ml/h Presión arterial pulmonar enclavada (PAPE) 25 mm Hg. Crepitantes basales bilaterales Piel húmeda y fría Intolerancia a la actividad	Temor, ansiedad, impotencia		No realiza rutinas de ejercicio. Dieta rica en grasa y colesterol

- | | |
|---|---------------------|
| * | F.FUERZA |
| | F. VOLUNTAD |
| | F. DE CONOCIMIENTOS |

- | | |
|---|--------------------------|
| * | TOTALMENTE DEPENDIENTE |
| | PARCIALMENTE DEPENDIENTE |

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA Disminución del gasto cardiaco **r/c** el exceso relativo de precarga y poscarga por deterioro de la contractilidad ventricular miocárdica **m/p** hipotensión, diaforesis fría, cefalea, taquicardia, hipotermia.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A. FECHA 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA Oxigenación

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Ruidos respiratorios disminuidos Frecuencia respiratoria aumentada Taquicardia FC: 120 x min. Abundantes secreciones bronquiales Ventilación Mecánicaasistida, modo: Control Volumen Frecuencia: 12 FiO ² 40%	Angustia, temor a lo desconocido, Expresión de impotencia Expresión de malestar por necesidad de colocación de método invasivo como es la colocación de cánula orotraqueal		

*	F.FUERZA
	F.VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA Limpieza ineficaz de las vías aéreas **r/c** incapacidad para limpiar las vías aéreas **m/p** secreciones bronquiales excesivas, taquicardia y taquipnea.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A. FECHA 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA Nutrición

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
<p>Aporte calórico diario inferior al estimado según las necesidades nutricionales.</p> <p>Presencia de factores que aumentan las necesidades nutricionales: Cánula orotraqueal para aporte de oxígeno con apoyo de ventilación mecánica asistida. La cual limita el aporte de nutrientes por vía oral, así como ECG de 12 derivaciones reporta elevación del ST por isquemia miocárdica.</p>	<p>Expresión facial tensa (preocupada), ansiedad.</p>		<p>Hábitos dietéticos con alimentación en regular cantidad y calidad, alimentos ricos en la ingesta de grasa y colesterol.</p>

*	F.FUERZA
	F.VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración De la nutrición r/c incapacidad para ingerir alimentos por vía oral **m/p** palidez general de tegumentos, mucosas orales deshidratadas, peristalsis disminuida.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: _____ E.G.A _____ FECHA _____ 08/09/05 _____

NECESIDAD AFECTADA Eliminación

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Crepitantes húmedos bilaterales en la auscultación pulmonar. A su ingreso disnea de esfuerzo motivo por el cual se realizó intubación orotraqueal. Oliguria (< de 30 ml/h) PVC 24 cmH ² O PAPE 25 mmHg Edema escrotal leve y de miembros superiores e inferiores	Antes de ser intubado el paciente verbaliza sentimientos de incapacidad e impotencia ante la pérdida de su salud.	Sentimientos de aislamiento de la sociedad y seres queridos.	El acostumbra ingerir líquidos en abundante cantidad.

*	F.FUERZA
	F.VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Exceso de volumen de líquidos r/c la incapacidad del riñón para procesar correctamente el agua y el sodio m/p edema escrotal leve, oliguria, edema leve de miembros superiores e inferiores, estertores subcrepitantes bilaterales.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A.

FECHA 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA Eliminación

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Refiere últimamente frecuencia inferior al patrón habitual. A la auscultación disminución del nivel de actividad peristáltica. Refiere no haber evacuado desde hace dos días.			No acostumbra realizar rutina alguna de ejercicio.

*

F.FUERZA

F.VOLUNTAD

F. DE CONOCIMIENTOS

*

TOTALMENTE DEPENDIENTE

PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Estreñimiento **r/c** actividad física insuficiente por hospitalización **m/p** disminución del nivel de actividad peristáltica, no ha presentado evacuación.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A. FECHA 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA Moverse y mantener una buena postura

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Taquicardia durante los cambios posturales. Cambios electrocardiográficos posterior a la movilización	Expresión de malestar, ansiedad y dolor.		

- | | |
|---|---------------------|
| * | F.FUERZA |
| | F.VOLUNTAD |
| | F. DE CONOCIMIENTOS |

- | | |
|---|--------------------------|
| * | TOTALMENTE DEPENDIENTE |
| | PARCIALMENTE DEPENDIENTE |

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Intolerancia a la actividad **r/c** trastornos en la perfusión tisular miocárdica **m/p** debilidad, aumento de la frecuencia cardiaca en los cambios posturales.

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A.

FECHA: 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA: Termorregulación

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Temperatura corporal 35.7°C Piel pálida y fría Taquicardia: FC: 120 x min.	Expresión de ansiedad y malestar.		

+	F.FUERZA
	F.VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Hipotermia **r/c** enfermedad isquémica miocárdica **m/p** reducción de la temperatura corporal por debajo de los límites normales.

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A. _____

FECHA 08/09/05 _____

NECESIDAD AFECTADA Higiene y protección de la piel _____

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Líneas invasivas: Cánula orotraqueal, catéter subclavio, catéter de flotación (SG), Balón de contrapulsación intraaórtico, sonda transuretral (SF), sonda nasogástrica.			El acostumbra el baño diario, cepillado de dientes tres veces al día, con cambio de ropa diario.

*	F.FUERZA
	F.VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la higiene corporal r/c hospitalización y reposo forzado m/p incapacidad de asearse por sí mismo.

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A.

FECHA 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA Protección de la piel

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Líneas invasivas: Cánula orotraqueal, catéter subclavio, catéter de flotación (SG), Balón de contrapulsación intraaórtico, sonda transuretral (SF), sonda nasogástrica.			

+	F.FUERZA
	F.VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección r/c la existencia de un lugar de acceso y procedimientos invasivos.

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A.

FECHA 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA: Vivir según sus creencias y valores

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
	En el momento de su ingreso el paciente verbaliza ideas negativas de su estado, expresa su temor a la muerte e impotencia ante la separación de su familia, por su ingreso hospitalario.	El acostumbra convivir con su familia por la noche y en fines de semana, ya que mantienen buenas relaciones familiares.	Solicita la presencia de un sacerdote, ya que procesa la religión católica.

*	F.FUERZA
*	F.VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Sufrimiento espiritual **r/c** incapacidad para participar en las prácticas religiosas habituales **m/p** expresiones de preocupación por temor a morir, búsqueda de ayuda espiritual al solicitar la presencia de un sacerdote, ansiedad.

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A. FECHA 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA Vivir según sus creencias y valores

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Taquicardia: Fc 120 x min. Diaforesis	Expresión de ansiedad, depresión, temor ante la necesidad de adaptación a la actual situación. Antes de que se le instalaran las líneas invasivas a Don Efraín, verbalizó que le gustaría la presencia de un sacerdote, lo cual expresó también a sus familiares.		Refiere profesar la religión católica, al igual que su familia.

*	F.FUERZA
*	F.VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Afrontamiento individual inefectivo **r/c** la situación crítica actual de la enfermedad y su vulnerabilidad personal ante la misma **m/p** verbalización de incapacidad para afrontarla, expresión de ansiedad, temor, desánimo y estrés vital.

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE: EGA FECHA: 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA: OXIGENACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor torácico opresivo **r/c** la transmisión y percepción de impulsos musculares isquémicos por desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno al miocardio **m/p** máscara facial, diaforesis, taquicardia, agitación.

OBJETIVO: - Disminuir y/o desaparecer el dolor mediante técnicas adecuadas de relajación y terapia farmacológica, para evitar respuesta simpática.

- Monitorear los signos del dolor según escala de intensidad establecida. (0 al 10).

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE		ROL DE AYUDA	INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID) *
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	*	ROL DE SUPLENCIA	INTERV. DEPENDIENTE	(I D) *
			ROL DE ACOMPAÑAMIENTO	INTERV. INTERDEPENDIENTE	(IITD) *

NECESIDAD AFECTADA: OXIGENACIÓN Y CIRCULACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor torácico opresivo r/c la transmisión y percepción de impulsos musculares isquémicos por desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno al miocardio m/p máscara facial, diaforesis, taquicardia, agitación.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - 5 minutos después de la aplicación de opiáceos, los signos vitales retornan a parámetros normales. - Durante su estancia hospitalaria, las intervenciones de enfermería antiálgicas favorecen al mínimo riesgo de aumentar el dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente manifiesta que el dolor se ha reducido a un extremo tolerable o se ha suprimido. - En la escala de magnitud del 1 al 10 se produce una disminución cada media hora después de efectuar una intervención. 	<p>INDEPENDIENTES</p> <p>Reposo absoluto en semifowler.</p> <p>Monitoreo de constantes vitales. (frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria).</p> <p>Determinar un sistema de medición de la intensidad del dolor. (del 0 al 10)</p> <p>Manejo de técnicas de relajación y de patrón respiratorio, para mejorar la circulación y optimizar la oxigenación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las valoraciones frecuentes y detalladas que la enfermera realiza, permiten que pueda conocer mejor el dolor que le aqueja al usuario y no porque se cuestione su existencia. - La información sensitiva preparatoria refuerza el aprendizaje y la memorización del conocimiento y disminuye la ansiedad. 	<p>Después de 5 minutos de la medicación antiálgica, se reevalúa la magnitud del dolor</p>

NECESIDAD AFECTADA: OXIGENACIÓN Y CIRCULACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Dolor torácico opresivo r/c la transmisión y percepción de impulsos musculares isquémicos por desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno al miocardio m/p máscara facial, diaforesis, taquicardia, agitación.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
	<p>- Presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria retornan a la situación basal 5 minutos después de administrar opiáceos intravenosos o 20 minutos después de su administración intramuscular.</p>	<p>Información sensitiva preparatoria para disminuir la ansiedad. Monitoreo cardíaco continuo. Toma de EKG de 12 derivaciones c/2 hs. Posteriormente c/6 hs para detectar cambios electrocardiográficos. DEPENDIENTES: Administración de fármacos prescritos. (narcóticos, analgésicos, ansiolíticos). - Bupremorfina 150 mcg I:V. D.U. - Clonacepam 1 mg. V.O. DU. - Isosorbide IV infusión continua a DR.</p>	<p>- El estado de ansiedad y angustia, incrementa la demanda de oxígeno al miocardio.</p>	<p>- Manifiesta que el dolor se ha reducido a un extremo tolerable, casi ha desaparecido por completo. - Demuestra competencia en la aplicación de técnicas no farmacológicas para el control del dolor.</p>

NECESIDAD AFECTADA: OXIGENACIÓN Y CIRCULACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Dolor torácico opresivo r/c la transmisión y percepción de impulsos musculares isquémicos por desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno al miocardio m/p máscara facial, diaforesis, taquicardia, agitación.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<p>INTERDEPENDIENTES Oxigenoterapia de acuerdo a requerimientos y valoración médica. Asegurar permeabilidad de vía venosa, periférica o central, para ministración de terapia farmacológica. Evaluar eficacia de la medicación antiálgica, coordinación con el médico responsable. Valorar indicadores de sobredosis: hipotensión, bradicardia o bradipnea y avisar al médico. Mantener rehabilitación prescrita 0 (Reposo absoluto, evitar esfuerzos mínimos, ambiente tranquilo y libre de ruidos). Solicitar apoyo de Rayos X y Laboratorio.</p>	<p>- El mantener la cabeza del paciente elevada entre 30 a 45° durante la analgesia con opiáceos, previene la depresión del centro respiratorio.</p>	<p>- El dolor precordial agudo disminuye de manera significativa, posterior a las intervenciones de enfermería.</p>

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE: **E.G.A.**

FECHA: 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA: **OXIGENACIÓN Y CIRCULACIÓN**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Disminución del gasto cardiaco **r/c** el exceso relativo de precarga y poscarga por deterioro de la contractilidad ventricular miocárdica **m/p** hipotensión, diaforesis fría, cefalea, taquicardia, hipotermia.

OBJETIVO:

- Optimizar la cantidad de sangre bombeada por el corazón, cubriendo las demandas de los tejidos corporales, mediante el manejo adecuado de procedimientos terapéuticos y cuidados profesionales de enfermería.
- Minimizar el riesgo de complicaciones potenciales, mediante el control y valoración de signos y síntomas de bajo gasto cardiaco.

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE		ROL DE AYUDA	INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID) *
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	*	ROL DE SUPLENCIA	INTERV. DEPENDIENTE	(I D) *
			ROL DE ACOMPAÑAMIENTO	INTERV. INTERDEPENDIENTE	(IITD) *

NECESIDAD AFECTADA: OXIGENACIÓN Y CIRCULACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Disminución del gasto cardiaco r/c el exceso relativo de precarga y poscarga por deterioro de la contractilidad ventricular miocárdica m/p hipotensión, diaforesis fría, cefalea, taquicardia, hipotermia.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Mantener el gasto cardiaco en volumen dentro del rango normal en las primeras dos horas de hospitalización</p>	<p>Mantener en parámetros normales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice cardiaco entre 2.2 y 4.0 l/min./m² - Presión arterial sistólica > 90 mmHg. - Presión arterial media > 80 mmHg. - Presión arterial enclavada y Presión arterial pulmonar < 15 mmHg. 	<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar continuamente datos de parámetros anormales: Disminución de la T/A, frecuencia auricular y/o ventricular >100 latidos por minuto, bradipsiquia, disminución del volumen urinario, Índice cardiaco < 2Lx min., crepitantes basales bilaterales, pulsos periféricos débiles, piel húmeda, pálida y fría. - Control estricto y balance hídrico - Mantener rehabilitación 0 para disminuir demanda metabólica. 	<p>El colocar al paciente con las extremidades colgando, favorece el remansamiento de la sangre en las mismas y así disminuir la precarga..</p> <p>El dosificar perfusiones de vasodilatadores e initrópicos según el protocolo, favorece mantener la PAS, PAM, PAPE y PDAP en parámetros deseados.</p>	<p>El usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantiene y recupera el rango normal de gasto cardiaco. (4.0 l x min.) - Mantiene en parámetros normales monitoreo de signos vitales. (Presión arterial sistólica de 110 mmHg. Presión arterial media de 83 mmHg. Presión arterial diastólica de 70 mmHg. Frecuencia cardiaca: 84 X minuto.

NECESIDAD AFECTADA: OXIGENACIÓN Y CIRCULACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Disminución del gasto cardiaco **r/c** el exceso relativo de precarga y poscarga por deterioro de la contractilidad ventricular miocárdica **m/p** hipotensión, diaforesis fría, cefalea, taquicardia, hipotermia.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Mantener el gasto cardiaco en parámetros dentro de lo normal durante su estancia hospitalaria.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Dar posición con las extremidades colgando para favorecer el remansamiento de la sangre en las mismas y disminuir la precarga. - Brindar terapia de relajación para minimizar la ansiedad y así disminuir la liberación de catecolaminas. <p>DEPENDIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministración y perfusión de vasodilatadores e inotrópicos indicados (dopamina, dobutamina), dosificados y modificados cuando los parámetros empiecen a estar dentro de lo normal. 	<ul style="list-style-type: none"> - La ansiedad estimula la producción de catecolaminas en el sistema simpático y con ello aumenta el consumo miocárdico de oxígeno. - El reposo absoluto en cama disminuye la demanda metabólica. 	

NECESIDAD AFECTADA: OXIGENACIÓN Y CIRCULACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Disminución del gasto cardiaco **r/c** el exceso relativo de precarga y poscarga por deterioro de la contractilidad ventricular miocárdica **m/p** hipotensión, diaforesis fría, cefalea, taquicardia, hipotermia.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<p>INTERDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none">- Controlar datos de parámetros anormales y avisar de inmediato al médico.- Ministración de fármacos intravenosos indicados con restricción de líquidos, para disminuir la cantidad de volumen de líquidos administrado.- En conjunto con el médico prever la posibilidad de balón de contrapulsación intraórtico. (BIAC).- Solicitar apoyo de cirugía cardiorácica y radiodiagnóstico.		

NECESIDAD AFECTADA: OXIGENACIÓN Y CIRCULACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Disminución del gasto cardiaco r/c el exceso relativo de precarga y poscarga por deterioro de la contractilidad ventricular miocárdica m/p hipotensión, diaforesis fría, cefalea, taquicardia, hipotermia.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none">- Colaboración con el médico en la instalación de balón de contrapulsación intraaórtico, cuidados del mismo, monitoreando: Temperatura, coloración, llenado capilar, presencia de pulsos periféricos e inmovilización del miembro invadido.- Ministración de diuréticos indicados, para disminuir volumen de líquidos, los cuales hasta en cantidad normal son excesivos para un ventrículo con mala función.	<p>Indicaciones del BIAC: El BIAC es el dispositivo mecánico temporal más ampliamente utilizado para el soporte circulatorio. Sus efectos terapéuticos se basan en los principios hemodinámicos del incremento de la diástole y la disminución de la poscarga.</p> <p>Generalmente se inserta en la aorta a través de la arteria femoral, ya sea a través de una guía o por vía percutánea.</p> <p>El BIAC se infla durante la diástole y se desinfla justamente antes de la sístole por efecto de una bomba de contrapulsación, sincronizada con el ECG.</p>	

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A.

FECHA: 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA: oxigenación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c incapacidad para limpiar las vías aéreas m/p secreciones bronquiales excesivas, taquicardia y taquipnea.

OBJETIVO: Favorecer la oxigenación adecuada, manteniendo la permeabilidad de la vía aérea para una óptima entrada y salida de aire en los pulmones del usuario y de esta manera, mejorar sus condiciones respiratorias.

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE		ROL DE AYUDA	INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID) *
		*	ROL DE SUPLENCIA	INTERV. DEPENDIENTE	(I D) *
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE		ROL DE ACOMPAÑAMIENTO	INTERV. INTERDEPENDIENTE	(IITD) *

NECESIDAD AFECTADA: Oxigenación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Limpieza ineficaz de las vías aéreas **r/c** incapacidad para limpiar las vías aéreas **m/p** secreciones bronquiales excesivas, taquicardia y taquipnea.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>El los primeros 10 a 15 segundos liberar de secreciones la vía aérea..</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Secreciones y expectoración fluidas. - Pulmones limpios a la auscultación. - Vuelta a la normalidad de la frecuencia, profundidad y ritmo respiratorios. - Utilización mínima o ausente de los músculos accesorios. - Expansión simétrica del tórax. - Los valores ABC vuelven a la normalidad. 	<p>INDEPENDIENTES: Aportar la máxima expansión torácica mediante el restablecimiento de la posición del paciente, respiración profunda y tratamiento del dolor para evitar la hipoventilación y evitar la atelectasia. Mantener una hidratación adecuada mediante la administración de líquidos vía oral e intravenosa (según lo prescrito). Aspiración Nasotraqueal o endotraqueal en caso necesario para ayudar a la eliminación de las secreciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La fluidificación adecuada de las secreciones facilita la limpieza de las vías aéreas. 	<ul style="list-style-type: none"> - El usuario mejora su oxigenación con la oxigenoterapia y terapia respiratoria proporcionada por su enfermera.

NECESIDAD AFECTADA: Oxigenación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Limpieza ineficaz de las vías aéreas **r/c** incapacidad para limpiar las vías aéreas **m/p** secreciones bronquiales excesivas, taquicardia y taquipnea.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Durante la estancia hospitalaria del usuario mantener la vía aérea permeable.		<ul style="list-style-type: none">- Recolocar al paciente por lo menos cada 2 horas o utilizar la terapia de rotación lateral continua.- Considerar las maniobras de fisioterapia respiratoria (drenaje postural y/o percusión torácica entre tres y cuatro veces al día.- Dejar períodos de reposo entre las sesiones de fisioterapia respiratoria, aspiración de secreciones o cualquier otra actividad que requiera esfuerzo para el paciente.	<ul style="list-style-type: none">- La recolocación del paciente por lo menos cada 2 horas moviliza y evita el remansamiento de las secreciones.- Las maniobras de fisioterapia respiratoria facilitan la expulsión de secreciones retenidas.- El dejar períodos de reposo permite al paciente conservar energía.	<ul style="list-style-type: none">- El usuario mantiene adecuada ventilación con apoyo de ventilación mecánica asistida, gracias a las intervenciones oportunas y adecuadas de la enfermera.

NECESIDAD AFECTADA: Oxigenación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Limpieza ineficaz de las vías aéreas **r/c** incapacidad para limpiar las vías aéreas **m/p** secreciones bronquiales excesivas, taquicardia y taquipnea.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<p>DEPENDIENTES: - Proporcionar humedad a las vías aéreas a través del sistema de administración de oxígeno y/o ventilación mecánica para fluidificar las secreciones y facilitar la limpieza de las vías aéreas</p> <p>INTERDEPENDIENTE: Colaborar con el médico en relación a la administración de: Broncodilatadores, mucolíticos y antibióticos.</p>	<p>La administración adecuada de: Broncodilatadores: se utiliza para tratar o prevenir el broncoespasmo y facilitar la expectoración de moco. Mucolíticos y expectorantes: Para fomentar la movilización y eliminación de secreciones. Antibióticos: Para tratar la infección.</p>	<p>- La enfermera mantiene la permeabilidad de la vía aérea del usuario.</p>

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A.

FECHA: 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA: Nutrición

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Alteración De la nutrición r/c incapacidad para ingerir alimentos por vía oral m/p palidez general de tegumentos, mucosas orales deshidratadas, peristalsis disminuida.

OBJETIVO:

- Mantener el peso ideal del usuario para su edad, sexo, talla y constitución corporal, mediante un aporte dietético adecuado a sus necesidades metabólicas.

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE		ROL DE AYUDA	INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID) *
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	*	ROL DE SUPLENCIA	INTERV. DEPENDIENTE	(I D) *
			ROL DE ACOMPAÑAMIENTO	INTERV. INTERDEPENDIENTE	(IITD) *

NECESIDAD AFECTADA: Nutrición

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración De la nutrición r/c incapacidad para ingerir alimentos por vía oral m/p palidez general de tegumentos, mucosas orales deshidratadas, peristalsis disminuida.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Durante su estancia hospitalaria el usuario mantiene su peso ideal, mediante un aporte dietético adecuado a sus necesidades metabólicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente muestra una estabilización de su pérdida de peso o se observa un aumento diario de aproximadamente 200g.. - Evidencia de cicatrización en las heridas. - Linfocitos totales > 1.500 mm³. - El aporte calórico diario se equipara a los requisitos nutricionales. 	<p>INDEPENDIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el ingreso determinar peso y altura del usuario. - Valorar durante los cuidados físicos los signos de déficit nutricional. - Control de líquidos riguroso, para monitorear la función renal. - Toma de glicemia capilar para monitoreo de niveles de glucosa, reportar si fuese menor de 70 mg. o mayor de 140 mg. 	<ul style="list-style-type: none"> - La valoración física y somatometría al ingreso del paciente, permite detectar signos de déficit nutricional y restituir los requerimientos metabólicos en forma adecuada. - El mantenimiento adecuado de glucosa en sangre es fundamental para las funciones orgánicas vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Muestra una estabilización de su estado nutricional, manteniendo su peso ideal.

NECESIDAD AFECTADA: Nutrición

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración De la nutrición r/c incapacidad para ingerir alimentos por vía oral **m/p** palidez general de tegumentos, mucosas orales deshidratadas, peristalsis disminuida.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<p>Auscultación abdominal y valorar: forma, resistencia, datos de malestar, peristalsis, y presencia de gases.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener restitución hídrica intravenosa permeable y vigilar goteo, para asegurar la hidratación, los niveles de glucosa y el acceso para la administración de medicamentos. - Lavar la sonda de alimentación enteral cada 4 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> - El control adecuado del usuario durante los cuidados físicos del mismo, permite detectar signos de intolerancia y/o déficit nutricional. - El lavado de las sondas de alimentación enteral cada 4 horas mantiene la permeabilidad de las mismas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se mantiene libre de riesgos gastroenterales, gracias a la restitución hídrica adecuada, se inicia después de un día de ayuno dieta licuada por gastroclisis, observándose los beneficios de la dieta suministrada.

NECESIDAD AFECTADA: Nutrición

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración De la nutrición r/c incapacidad para ingerir alimentos por vía oral m/p palidez general de tegumentos, mucosas orales deshidratadas, peristalsis disminuida.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<p>INTERDEPENDIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinarse con el departamento de dietología en caso de iniciar alimentación enteral u oral asegurarse de que el mantenimiento de la nutrición e hidratación favorezcan en forma efectiva a la recuperación física y metabólica del usuario. - Utilizar dispositivos especiales y adecuados al estado del usuario (sonda nasogástrica en caso necesario y según indicación médica). - 		

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A

FECHA: 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA: Eliminación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Exceso de volumen de líquidos r/c la incapacidad del riñón para procesar correctamente el agua y el sodio m/p edema escrotal leve, oliguria, edema leve de miembros superiores e inferiores, estertores subcrepitantes bilaterales

OBJETIVO:

- El usuario mantendrá un equilibrio hidroelectrolítico mediante la terapéutica restrictiva que favorezca la estabilidad de su medio interno.

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE		ROL DE AYUDA	INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID) *
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	*	ROL DE SUPLENCIA	INTERV. DEPENDIENTE	(I D) *
			ROL DE ACOMPAÑAMIENTO	INTERV. INTERDEPENDIENTE	(IITD) *

NECESIDAD AFECTADA: Eliminación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Exceso de volumen de líquidos r/c la incapacidad del riñón para procesar correctamente el agua y el sodio m/p edema escrotal leve, oliguria, edema leve de miembros superiores e inferiores, estertores subcrepitantes bilaterales

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Durante su estancia hospitalaria mantener el equilibrio hidroelectrolítico del usuario logrando la estabilidad de su medio interno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El peso del usuario se mantiene en la normalidad. - Ausencia de edema o ascitis o disminuyen hasta la situación basal. 	<p>INDEPENDIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar al usuario la necesidad del procedimiento de instalación de sonda de foley, con técnica estéril. - Monitoreo frecuente de la excreción e ingesta de líquidos. - Monitorear signos y síntomas de exceso de líquidos, hipertensión, aumento de peso, edema, distensión venosa yugular. - Auscultar el tórax para determinar los ruidos respiratorios y cardiacos (S3, S4) cada 4 a 8 horas. - Evitar la fluidoterapia excesiva y rápida. 	<ul style="list-style-type: none"> - El minimizar el grado de ansiedad del usuario al mantenerlo bien informado, disminuye las demandas titulares de oxígeno. - El control y balance estricto de líquidos, permite reemplazar el volumen hídrico en base a los requerimientos del usuario, antes de considerar la utilización de vasopresores, que aumentan el consumo miocárdico de oxígeno superando el suministro de la perfusión coronaria establecida en las fases tempranas del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Con el cateterismo vesical se cuantifica en forma precisa y confiable el gasto urinario, los electrolitos se mantienen dentro del rango normal para el paciente, los estertores disminuyen progresivamente, aunque se continuará forzando la diuresis, hasta obtener volumen urinario en parámetros dentro de lo normal.

NECESIDAD AFECTADA: Eliminación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Exceso de volumen de líquidos r/c la incapacidad del riñón para procesar correctamente el agua y el sodio m/p edema escrotal leve, oliguria, edema leve de miembros superiores e inferiores, estertores subcrepitantes bilaterales

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
	<ul style="list-style-type: none">- Limpieza pulmonar a la auscultación.- Ausencia de disnea de esfuerzo.- retorno a l normalidad de la presión arterial.- Aplanamiento de las venas del cuello.	<ul style="list-style-type: none">- Monitoreo del trazo electrocardiográfico.- Proteger de lesiones la piel edematosa y mantenerla lubricada.- Registrar características y cuantificar cantidad de orina drenada.- Verificar funcionalidad y permeabilidad de sonda foley.- Toma y registro de labstix.	<p>El monitoreo del trazo electrocardiográfico continuo permite detectar arritmias que puedan estar relacionadas con un aumento o disminución de la concentración sérica de potasio.</p> <ul style="list-style-type: none">- En las áreas edematosas evitar los puntos de presión de decúbito o las zonas con piel enrojecida porque provoca más lesión tisular.-	

NECESIDAD AFECTADA: Eliminación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Exceso de volumen de líquidos r/c la incapacidad del riñón para procesar correctamente el agua y el sodio m/p edema escrotal leve, oliguria, edema leve de miembros superiores e inferiores, estertores subcrepitantes bilaterales.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<p>INTERDEPENDIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instalación de sonda transuretral (Foley), previa valoración médica. Monitoreo de la concentración de electrolitos séricos para detectar alteraciones que pueden estar relacionadas con el exceso de volumen de líquidos. - Monitoreo de la eficacia y tolerancia de las medicaciones prescritas para reducir el volumen de líquidos valorando la función renal - Toma de muestras de laboratorio. Examen general de orina y analítica sanguínea (electrolitos, química sanguínea, depuración de creatinina). 		<p>Se envían muestras de laboratorio para cuantificación de azoados (nitrógeno no proteico, ácido úrico, proteínas, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La depuración ureica nos permite valorar la función renal. La depuración ureica normal es de 60 a 90 ml. De plasma por minuto, un valor inferior a 60 ml. Indica reducción de la función renal.

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A.

FECHA: 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA: Eliminación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Estreñimiento r/c actividad física insuficiente por hospitalización m/p disminución del nivel de actividad peristáltica, no ha presentado evacuación.

OBJETIVO:

- Recuperar el nivel de actividad intestinal normal.
- Evitar el esfuerzo excesivo al defecar.

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE		ROL DE AYUDA	INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID) *
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	*	ROL DE SUPLENCIA	INTERV. DEPENDIENTE	(I D) *
			ROL DE ACOMPAÑAMIENTO	INTERV. INTERDEPENDIENTE	(IITD) *

NECESIDAD AFECTADA: Eliminación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Estreñimiento r/c actividad física insuficiente por hospitalización m/p disminución del nivel de actividad peristáltica, no ha presentado evacuación.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
En las primeras 24 horas recuperar la actividad intestinal normal.	El usuario: - Recuperará su hábito intestinal normal. - Identificará la relación entre sus hábitos higiénico-dietéticos y su patrón intestinal actual..	INDEPENDIENTES: - En cuanto se inicie la vía oral y cuando las condiciones del paciente lo permitan establecer una pauta para la toma de un mínimo de 2000 ml/día de líquidos. - En cuanto las condiciones del paciente lo permitan, realizar ejercicios de movilización y de contracción de la musculatura abdominal, hacer suaves masajes abdominales; favorecer la deambulación temprana.	Es necesaria la ingesta suficiente de fibra y de alimentos nutritivos y balanceados para producir un volumen fecal. Ayuda a la actividad peristáltica del colon. El ejercicio es importante para mantener tono muscular.	El usuario recupera su actividad intestinal, posterior al inicio de los cuidados y después de 12 horas de la toma del laxante suave prescrito presenta evacuación formada, desaparece el malestar abdominal, se continúan cuidados profesionales de enfermería hasta recuperar por completo motilidad normal.

NECESIDAD AFECTADA: Eliminación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Estreñimiento r/c actividad física insuficiente por hospitalización m/p disminución del nivel de actividad peristáltica, no ha presentado evacuación.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none">- Medir perímetro abdominal por turno, reportar: distensión abdominal, ruidos intestinales, flatulencia.- Anotar características y cantidad de la evacuación.- Vigilar presencia de reacciones secundarias al medicamento prescrito: náuseas, retortijones, diarrea. <p>DEPENDIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ministración de medicamento prescrito como ablandador de las heces (senósidos A y B tabletas) en horarios indicados. 2 tabletas c/12 horas 6-18.	<p>- En la economía orgánica el colon tiene dos tipos de movimiento de mezcla (que facilitan la absorción y movimiento de propulsión que conducen el contenido intestinal hacia el ano) el paso de las heces hacia el recto (debido a los movimientos de propulsión inicia el reflejo de la defecación. Los senósidos aumentan la peristalsis por acción directa sobre la musculatura lisa intestinal y promueve la acumulación de agua y electrolitos en el colon.</p>	

NECESIDAD AFECTADA: Eliminación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Estreñimiento **r/c** actividad física insuficiente por hospitalización **m/p** disminución del nivel de actividad peristáltica, no ha presentado evacuación.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		INTERDEPENDIENTES: - Revisar conjuntamente con la dietista la dieta diaria y fomentar la toma de alimentos ricos en residuos y fibra.	Los alimentos ricos en fibra, la ingesta de líquidos abundantes y el ejercicio programado favorecen la eliminación intestinal adecuada.	

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE: E.G.A.

FECHA: 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA: Moverse y mantener una buena postura

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Intolerancia a la actividad r/c trastornos en la perfusión tisular miocárdica m/p debilidad, aumento de la frecuencia cardiaca en los cambios posturales, cambios electrocardiográficos indicadores de isquemia.

OBJETIVO:

- Lograr la máxima independencia del usuario, sin esfuerzo excesivo en su actividad de la vida diaria, ni cambios significativos en sus signos vitales.

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE		ROL DE AYUDA	INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID) *
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	*	ROL DE SUPLENCIA	INTERV. DEPENDIENTE	(I D) *
			ROL DE ACOMPAÑAMIENTO	INTERV. INTERDEPENDIENTE	(IITD) *

NECESIDAD AFECTADA: Moverse y mantener una buena postura.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Intolerancia a la actividad r/c trastornos en la perfusión tisular miocárdica m/p debilidad, aumento de la frecuencia cardiaca en los cambios posturales, cambios electrocardiográficos indicadores de isquemia.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>En la primera hora de su estancia hospitalaria, el usuario se mantendrá sin cambios significativos en sus signos vitales.</p>	<p>Se llevarán a cabo actividades de cuidados específicos, sin cambios significativos en los signos vitales del cliente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elevación de la frecuencia cardiaca con la actividad <20 latidos/min. - Del valor basal o < 10 latidos/ min. Si el paciente toma betabloqueadores o antagonistas del calcio. 	<p>INDEPENDIENTE: Monitoreo y Control de los parámetros en la valoración de los cambios significativos en los signos vitales del cliente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar y supervisar los ejercicios de tonificación muscular, observando que un músculo con buen tono requiere menos oxígeno, doblar los brazos con los codos hacia abajo, doblar los codos con los brazos hacia arriba, levantar los brazos sin doblarlos hacia fuera y adentro, flexión dorsal y plantar del pie, levantar las piernas sin doblar. 	<p>Los ejercicios de movimiento activo o pasivo mientras el paciente está en cama, se realizan para mantener las articulaciones flexibles y los músculos con buen tono.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El usuario va teniendo progresivamente mejor tolerancia en los cambios de posición realizados.

NECESIDAD AFECTADA: Moverse y mantener una buena postura.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Intolerancia a la actividad r/c trastornos en la perfusión tisular miocárdica m/p debilidad, aumento de la frecuencia cardiaca en los cambios posturales, cambios electrocardiográficos indicadores de isquemia.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>- La frecuencia cardiaca retorna al valor basal a los 5 minutos de haber finalizado la actividad</p>	<p>- Ausencia de dolor isquémico con la actividad. - Tolerancia subjetiva a la actividad.</p>	<p>- Fomentar los ejercicios de movimiento activo o pasivo mientras el usuario está en cama - Enseñarlo a abstenerse de aguantarse la respiración mientras hace ejercicios, evitando la maniobra de valsalva.</p> <p>DEPENDIENTE: - Deambulación progresiva, PREVIA VALORACIÓN MÉDICA. - Aplicación de nivel de rehabilitación, con base en las normas de la Unidad de Cuidados Coronarios, y acuerdo a prescripción médica.</p>	<p>- El fomentar la realización de ejercicios que mantengan el tono muscular por lo menos tres veces al día se deben llevar a cabo porque un músculo con buen tono utiliza menos oxígeno cuando trabaja que un músculo laxo.</p>	<p>- El músculo del usuario se mantiene con buen tono muscular y estabilidad de los valores basales con la actividad.</p>

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE: EGA

FECHA: 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA: Termorregulación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Hipotermia **r/c** enfermedad isquémica miocárdica **m/p** reducción de la temperatura corporal por debajo de los límites normales.

OBJETIVO:

Mantener la temperatura corporal del usuario dentro de los límites normales en todo momento.

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE		ROL DE AYUDA	INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID) *
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	*	ROL DE SUPLENCIA	INTERV. DEPENDIENTE	(I D) *
			ROL DE ACOMPAÑAMIENTO	INTERV. INTERDEPENDIENTE	(IITD) *

NECESIDAD AFECTADA: Termorregulación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Hipotermia r/c enfermedad isquémica miocárdica m/p reducción de la temperatura corporal por debajo de los límites normales.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>En los primeros 30 minutos recupera la temperatura normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Temperatura corporal central superior a 35°C - Usuario con ausencia de arritmias cardiacas. - Equilibrio ácido- base normal. - Pupilas normorreactivas 	<p>INDEPENDIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control continuo de la temperatura central con termómetro y de los demás signos vitales, asegurando la exactitud de la medición. - Vigilar el estado de la piel, mantenerla en todo momento seca y limpia; evitar la humedad y sobre todo la exposición al frío con la piel húmeda - Tener presente que el calentamiento debe ser progresivo, evitando siempre el contacto directo de la piel con las fuentes de calor (bolsas de agua caliente, esterillas eléctricas, etc.) <p>INTERDEPENDIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultar con el médico la instauración de un tratamiento de curación/control. 	<ul style="list-style-type: none"> - Debido a que la producción de dióxido de carbono es baja, no se debe hiperventilar a los pacientes hipotérmicos porque esto puede inducir una alcalosis grave y desencadenar una fibrilación grave. 	<p>El usuario mantiene la temperatura corporal dentro de parámetros normales.</p>

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE: EGA

FECHA: 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA: Protección de la piel

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: : Riesgo de infección r/c La existencia de un lugar de acceso y procedimientos invasivos.

OBJETIVO:

- Proteger al usuario durante su estancia hospitalaria de los factores de riesgo que pueden provocar o contribuir a la infección, mediante la aplicación efectiva de las medidas de bioseguridad.

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE		ROL DE AYUDA	INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID) *
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	*	ROL DE SUPLENCIA	INTERV. DEPENDIENTE	(I D) *
			ROL DE ACOMPAÑAMIENTO	INTERV. INTERDEPENDIENTE	(IITD) *

NECESIDAD AFECTADA: Protección de la piel

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Riesgo de infección r/c La existencia de un lugar de acceso y procedimientos invasivos.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Durante su estancia hospitalaria (72 horas) mantener al usuario libre de riesgos</p>	<p>Se mantendrá libre de infección en todo momento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El usuario se mantiene afebril - Se mantiene con frecuencia cardiaca dentro de límites basales. - Los puntos de inserción de catéteres están limpios y secos. 	<p>INDEPENDIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducir la entrada de microorganismos en el organismo mediante la aplicación de las medidas de bioseguridad. - Monitoreo de los signos vitales. - Proporcionar cuidados cutáneos e higiene oral diariamente. - Manejo de vías invasivas como son catéter central y sonda foley con técnica aséptica, cuidados y curación respectivamente. - Mantener higiene corporal y ambiental estricta. - Curación de sitios de inserción de líneas invasivas con técnica estéril. 	<p>Según los criterios estandarizados nacionales apoyados por la investigación, el fundamento de cada una de las intervenciones estriba en evitar la contaminación y colonización de las vías de acceso.</p> <p>La bioseguridad tiene como principio básico: no me contagio y no contagio; por lo tanto, debe entenderse como:</p> <p>Una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo de adquirir infecciones.</p>	

NECESIDAD AFECTADA: Protección de la piel

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Riesgo de infección r/c La existencia de un lugar de acceso y procedimientos invasivos.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
	<p>El usuario se mantiene libre de infección en todo momento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar diariamente durante el manejo del usuario si hay presencia de datos de infección, identificar: tipo, localización y causa de la infección. - Mantener lesiones limpias, secas y evitar contaminación con otros líquidos o sustancias corporales. - Prevenir la irritación cutánea por contacto con: cinta adhesiva, sustancias desinfectantes de la piel, jabones agresivos, etc. 	<p>Al ingresar a un hospital, los pacientes muchas veces aumentan la vulnerabilidad a adquirir infecciones, por los procedimientos invasivos, el estrés, la cercanía a otros pacientes con infecciones y al manejo inadecuado de las técnicas asépticas. Los agentes infecciosos son numerosos y variados; se clasifican de acuerdo a sus características morfológicas y composición en los siguientes grupos: Virus, bacterias, Rickettsias, Parásitos, Hongos.</p>	<p>- En la prevención de la infección, se aplican las medidas de bioseguridad con los cuidados de enfermería correspondientes y hasta el momento no muestra datos de infección.</p>

NECESIDAD AFECTADA: Protección de la piel

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Riesgo de infección r/c La existencia de un lugar de acceso y procedimientos invasivos.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<p>Realizar lavado de manos antes y después de tocar al paciente.</p> <p>INDEPENDIENTES: Administración de antibióticos en caso de estar prescritos. Monitoreo de los resultados de laboratorio (leucocitosis, infección urinaria, hemocultivo positivo).</p> <p>INTERDEPENDIENTES: Ante la aparición de cualquier signo indicador de infección, comunicárselo al médico responsable y al comité de higiene y control de la infección del hospital.</p>	<p>El lavado de manos es un proceso de eliminación de la mayor parte de los microorganismos residentes de la piel (flora normal), así como de otros organismos transitorios.</p>	

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE: EGA

FECHA: 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA: Vivir según sus creencias y valores

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Sufrimiento espiritual r/c incapacidad para participar en las prácticas religiosas habituales m/p expresiones de preocupación por temor a morir, búsqueda de ayuda espiritual al solicitar la presencia de un sacerdote, ansiedad.

OBJETIVO: Favorecer a que el usuario experimente sentimientos de bienestar espiritual durante su estancia hospitalaria, fomentando las relaciones importantes y atendiendo sus inquietudes relacionadas con la espiritualidad.

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE	*	ROL DE AYUDA	INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID) *
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	*	ROL DE SUPLENCIA	INTERV. DEPENDIENTE	(I D) *
			ROL DE ACOMPAÑAMIENTO	INTERV. INTERDEPENDIENTE	(IITD) *

NECESIDAD AFECTADA: Vivir según sus creencias y valores

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Sufrimiento espiritual r/c incapacidad para participar en las prácticas religiosas habituales m/p expresiones de preocupación por temor a morir, búsqueda de ayuda espiritual al solicitar la presencia de un sacerdote, ansiedad.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>En los primeros 15 minutos disminución de sus inquietudes relacionadas con la espiritualidad</p>	<p>El usuario manifiesta estar en paz consigo mismo. La familia respeta los valores y creencias del paciente.</p>	<p>INDEPENDIENTE: - Proporcionar referencia al consejero espiritual. - Identificar los factores causales y relacionados”recursos de apoyo” ¿Con quién vive?, ¿Con quién habla?, ¿Quién lo visita? - Fomentar la interacción social: animar a la persona a hablar de sus sentimientos de soledad y de las causas. - Proporcionar un entorno tranquilo y privado para que el usuario exprese su fe, su identidad y su significado de la vida.</p>	<p>La aclaración de los valores religiosos ayudará al usuario a su mejor desarrollo espiritual.</p> <p>El bienestar y sufrimiento espiritual pueden diferir de un día a otro, en relación al ejercicio espiritual.</p>	<p>El usuario manifiesta satisfacción y bienestar espiritual, ya que recibió la visita del sacerdote poco antes de ser intubado y sedado.</p> <p>- El apoyo emocional brindado por la enfermera y su familia favoreció significativamente que el usuario exprese un incremento de su sentido de la esperanza y el bienestar así como actitud positiva, lo cual se considera como en elemento fundamental para su pronta recuperación.</p>

NECESIDAD AFECTADA: Vivir según sus creencias y valores

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Sufrimiento espiritual r/c incapacidad para participar en las prácticas religiosas habituales m/p expresiones de preocupación por temor a morir, búsqueda de ayuda espiritual al solicitar la presencia de un sacerdote, ansiedad.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar con atención, comprensión, disponibilidad y ser sensible a las necesidades del usuario de expresar sus sentimientos de sufrimiento y conflictos internos. - Observar y ser consciente de su comportamiento no verbal, sus ideas preconcebidas y sus juicios. - Permitir y estimular la libre elección y toma de decisiones, apego a la normatividad de consentimiento informado en todo momento. - Favorecer la comunicación efectiva y con calidad de tiempo durante el tiempo de visita de sus familiares, favoreciendo un entorno de comodidad y comprensión. 		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Sufrimiento espiritual r/c incapacidad para participar en las prácticas religiosas habituales m/p expresiones de preocupación por temor a morir, búsqueda de ayuda espiritual al solicitar la presencia de un sacerdote, ansiedad.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> - Brindar terapia psicológica a sus familiares, explicarles la necesidad de apoyo emocional a su familiar, haciéndolos sentir confortados y respetados, por el interés de la enfermera de incluirlos en el proceso de recuperación de su ser querido. - Permitir el paso al guía espiritual (sacerdote), el cual fue solicitado por el usuario a su ingreso. <p>INTERDEPENDIENTE: Coordinación con trabajo social para permitir el paso del guía espiritual.</p>		

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE: EGA

FECHA: 08/09/05

NECESIDAD AFECTADA: Higiene y protección de la piel

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la higiene corporal r/c hospitalización y reposo forzado m/p incapacidad de asearse por sí mismo.

- **OBJETIVO:** Disminuir el riesgo de infecciones intrahospitalarias.
- Prevenir la aparición de infección en los sitios de entrada de líneas invasivas
- Asegurar la comodidad, seguridad, bienestar y confort del usuario.

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE		ROL DE AYUDA	INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID) *
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	*	ROL DE SUPLENCIA	INTERV. DEPENDIENTE	(I D) *
			ROL DE ACOMPAÑAMIENTO	INTERV. INTERDEPENDIENTE	(IITD) *

NECESIDAD AFECTADA: Higiene y protección de la piel

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la higiene corporal r/c hospitalización y reposo forzado m/p incapacidad de asearse por sí mismo.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Durante su estancia hospitalaria se mantendrá limpio y seco.</p>	<p>Usuario con líneas de acceso invasivas limpias y secas.</p> <p>Se mantiene usuario cómodo, seguro sin riesgos de infección.</p> <p>Métodos invasivos como sonda de foley funcional y sin datos de inflamación en sitio de entrada.</p>	<p>INDEPENDIENTE</p> <p>-Verificar, posicionamiento y funcionalidad de la S.F., inspeccionar fugas de la misma, anotar cantidad y características de lo drenado.</p> <p>- Baño de esponja en su cama, respetando la individualidad del usuario y protegiéndolo de agentes externos.</p> <p>- Aseo de manos antes de cada alimento y después de defecar.</p>	<p>Los métodos invasivos como la sonda foley, son una vía de entrada debido a que la integridad de la piel y mucosas son la primera línea de defensa del organismo contra la invasión de agentes infecciosos y la funcionalidad adecuada de la misma disminuye el desarrollo de los mismos.</p> <p>El baño de esponja al paciente imposibilitado para el aseo por sí mismo, favorece la comodidad, seguridad y bienestar del cliente cuando se toman las precauciones contra los riesgos de infección.</p>	<p>- Se proporcionaron los cuidados generales de higiene y específicos de líneas invasivas, se observa en el usuario limpieza y satisfecho con los cuidados brindados.</p>

NECESIDAD AFECTADA: Higiene y protección de la piel

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la higiene corporal r/c hospitalización y reposo forzado m/p incapacidad de asearse por sí mismo.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none">- Protección de la piel, mantenerla limpia, seca y lubricada.- Curación y manejo de catéter con apego a la normatividad institucional.- Cambio de ropa de cama diario, o las veces que lo requiera, manteniendo el entorno del usuario limpio, seco y agradable.- Durante el baño y manejo del usuario, observar las características de la piel, reportar cualquier dato de infección o cambios anormales en la misma.	<p>Los microorganismos para multiplicarse, necesitan de un ambiente propicio. Su tasa de crecimiento está directamente relacionada con su metabolismo. Para la reproducción se requiere un número de enzimas y proteínas, moléculas de ácido nucleico, lípidos y carbohidratos. La tasa de crecimiento significa doblar en número la cantidad de ellos y depende de:</p>	

NECESIDAD AFECTADA: Higiene y protección de la piel

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la higiene corporal r/c hospitalización y reposo forzado **m/p** incapacidad de asearse por sí mismo.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
			<p>La condición del medio humedad, presencia de oxígeno, etc.</p> <p>Cantidad y accesibilidad de los nutrientes, temperatura adecuada.</p> <p>las medidas protectoras: lavado de manos.</p> <p>Uso y manejo de la ropa hospitalaria</p>	

BIBLIOGRAFÍA

- ⇒ ALFARO. R. Aplicación del Proceso de Enfermería Ed. Doyma pp. 6 – 9
- ⇒ CARPENITO L.J. Manual de Diagnósticos de Enfermería 5ta. Edición Mc. Graw Hill Interamericana. España 1997 pp. 272
- ⇒ Código de Ética para los Enfermeros de México.
www.codigodeeticaparaenfermerosdemexico.ssa.gob.mx.activa.
- ⇒ COLLIERE. F. M. Disposiciones Sobre la Naturaleza de los Cuidados de Enfermería. Antología Fundamentación Teórica para el cuidado ENEO- UNAM 2004 pp. 37.
- ⇒ DICCIONARIO DE MEDICINA Océano. Grupo Editorial. S. A. 4ta. Edición. Barcelona. España. Pp. 893
- ⇒ DURÁN de Villalobos M. Ciencia de Enfermería En Antología teórica y Modelos para la atención de Enfermería ENEO – UNAM 2002 PP 139.
- ⇒ GARCÍA G. El "Procesode Enfermería por el Modelo de Virginia Henderson una Propuesta para Orientar la Enseñanza en la Práctica de Enfermería. Ed. Progreso. S. A. México, D.F.
- ⇒ GRIFFITH, J. et. Al. Práctica de la Enfermería con base teórica.Universidad. Estatal Wright. Enero de 1980. pp. 3 – 4
- ⇒ GUADALAJARA. Cardiología pp. 41
- ⇒ IYER W. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Mc. Graw Hill Interamericana España. Pp 3 – 5.
- ⇒ KEROUAC, S. el. Al. Grandes Corrientes del Pensamiento En antología,
Sociedad, Salud y Enfermería ENEO – UNAM Agosto 2002 pp94

- ⇒ KOZIER, B. ERB. Glenora. BLAIS. K Fundamentos de Enfermería Concepto, Proceso y Práctica Ed Mc Graw-Hill de España S.A. 5ª Ed México, D.F. 1999 Vol. I pp 4 -6
- ⇒ LATARJET-RUIZ LIARD Anatomía Humana 3ª Edición volumen II ED. Médica Panamericana 2000 pp 1004
- ⇒ LUIS RODRIGO MA. TERESA. Diagnósticos Enfermeros Un instrumento para la práctica asistencial 3ª edición ED. Harcourt Brace 1998 adrid España pp. 15, 16, 20, 23, 30, 54, 55
- ⇒ PROPUESTA PARA ORIENTAR LA ENSEÑANZA EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA. El Proceso de Enfermería por el Modelo de Virginia Henderson Una 1ª Edición ED. Progreso, S.A.México DF. pp330
- ⇒ REVISTA DE ENFERMERÍA IMSS 2004. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson 12 (2): 61-63
revista enfermeria@imss.gob.mx
- ⇒ SHAPIRO M. MARTÍNEZ SÁNCHEZ J. Arritmias Cardiacas. Ed. Méndez Editores, S.A.de C.V. 1999 México, DF pp. 51
- ⇒ SILES. M. J. L. Fundamentos Históricos de Enfermería. Antología Fundamentación Teórica para el cuidado. ENEO. UNAM 2004. pp. 15.
- ⇒ URDEN- LOUGH-STACY Cuidados Intensivos en Enfermería ED Harcourt Brace de España, S.A. 1999 pp. 503, 510, 511
- ⇒ WATSON .J. (1988) en Modelos y teorías en enfermería Harcourt Brace pp.8
- ⇒ WESLEY Rubí. L. Teorías y Modelos de Enfermería. ED. Mc Graw – Hill, Interamericana 2da ED. México DF. pp. 129 – 130.