

*UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA*

*INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA EL CUIDADO DE UNA
PACIENTE CON PROBLEMA DE VIAS URINARIAS*

*QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:*

*ANDREA NOEMÍ TREJO MONTALVO
DE CUENTA 088073916*

DIRECTORA DE TRABAJO

LICENCIADA EN ENFERMERIA REYNA HURTADO PONCE

ENERO DEL 2007



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.

INDICE

Introducción.....	4
Justificación.....	6
Objetivo general.....	7
I. Marco teórico.....	8
1.1 Definición de enfermería.....	8
1.2 Definición el proceso atención enfermería.....	8
1.2.1 Objetivos.....	8
1.2.2 Características.....	9
1.2.3 Beneficios.....	10
1.3 etapas de el proceso atención enfermería.....	10
1.3.1 Valoración.....	10
1.3.2 Diagnostico.....	14
1.3.3 Planeación	15
1.3.4 Ejecución.....	17
1.3.5 Evaluación.....	18
1.4 Generalidades del modelo Virginia Henderson.....	19
1.4.1 Concepto de enfermería de Virginia Henderson.....	19
1.4.2 Meta paradigma.....	19
1.4.3 Independencia y dependencia.....	23
1.5 Patología (infección de vías urinarias).....	26
1.5.1 Historia natural de vías urinarias.....	28
1.5.2 Signos y síntomas.....	30

II. Metodología.....	33
2.1 desarrollo metodológico de la elaboración del trabajo.....	33
III. Aplicación del proceso atención enfermería.....	35
3.1 presentación del caso clínico.....	35
3.2 Valoración de enfermería.....	38
3.3 Historia clínica de enfermería.....	39
3.4 Tablas.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	53
ANEXOS.....	.56
GLOSARIO.....	57

INTRODUCCION

El proceso atención enfermería (PAE) ,es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería en forma individualizada, se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. Consta de cinco etapas que son : valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas a corto, mediano y largo plazo, caracterizado por su humanidad ya que se desarrolla y se pone en práctica de manera que los intereses de las personas reciban la mayor consideración.

El PAE se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia, satisfacción y progreso del paciente, para lograr los objetivos últimos de enfermería que son:

- ❖ Promover, mantener y recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- ❖ Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- ❖ Proporcionar cuidados de enfermería eficientes y de mejor calidad.

Basado en los principios de la buena solución de problemas, el PAE promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente y guía a la enfermera para realizar los pasos intencionados que eviten las omisiones y las conclusiones prematuras. Esta filosofía del humanismo promueve una conducta cuidadora y ayuda a identificar los problemas y a estimular la identificación y utilización de las capacidades evitando que estas pasen por alto los recursos.

La documentación de enfermería precisa y es la clave para determinar lo que ha sucedido a un paciente específico o grupo de pacientes sin ella la evaluación es casi imposible y los datos requeridos para llevar los estudios que hagan avanzar la ciencia de enfermería y mejoren la calidad de los cuidados de salud no existirían.

El presente trabajo contiene un caso individualizado de una paciente, con infección de vías urinarias a la cual se le aplicara el proceso atención enfermería (PAE); aplicando sus etapas y el enfoque al modelo de Virginia Henderson, contemplando las 14 necesidades. Incluye un marco teórico con los apartados de definición de lo que es enfermería, la definición del proceso atención enfermería, los objetivos, características, beneficios así como las etapas del PAE, las generalidades del modelo de Virginia Henderson, la metodología para la elaboración del PAE, la aplicación del proceso atención enfermería, las conclusiones, sugerencias, bibliografía y anexos.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se realizó con la finalidad de adquirir conocimientos y habilidad para la realización del proceso atención enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson y sus catorce necesidades , ya que estamos convencidas de que este modelo es aplicable en todos los pacientes, como enfermeras es importante ya que servirá para realizar nuestro trabajo profesional de una mejor manera y sera eficiente realizando siempre una evaluación final de nuestras acciones específicas en cada paciente.

Para el paciente es benéfico la aplicación del proceso atención enfermero ya que este debe realizar en forma individualizada, cada paciente es diferente y no reacciona de la misma forma que los demás ante determinadas situaciones o enfermedades, debemos tener en cuenta que se debe realizar una historia clínica de enfermería con formato de Virginia Henderson y en base a este vamos a detectar cada una de las necesidades del paciente y al mismo tiempo vamos a conocerlo mas por medio de la interrogación, así mismo el paciente se sentirá reconfortado y con más confianza al percatarse que estamos preocupados por su bienestar.

OBJETIVO GENERAL

- ❖ REALIZAR UN PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA COMO REQUISITO BÁSICO PARA TITULACIÓN.

I MARCO TEORICO

1.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

Es el arte y la ciencia de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo familia y comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales así como la elaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.(1)

1.2 DEFINICION PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA

El proceso de atención de enfermería es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración , diagnostico planificación ,ejecución y evaluación. El PAE configura un numero de pasos sucesivos que se relacionan entre si.

1.2.1 OBJETIVOS

El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia, satisfacción y progreso del paciente para lograr los objetivos últimos de enfermería son:

- Promover, mantener y recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades
- Proporcionar cuidados de enfermería de mejor calidad y eficiencia posibles.

Sin embargo el objetivo principal del proceso atención enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad también:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar enfermedades.

1.2.2 CARACTERISTICAS

- Tiene una finalidad se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: responde a un cambio continuo
- Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesivamente o conjuntamente.

- Tiene una base teórica: el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar cualquier modelo teórico de enfermería.(1)¹

1.2.3 BENEFICIOS

- Acelera el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales reduciendo la incidencia de las estancias hospitalarias.
- Crea un plan con un costo efectivo, tanto en términos de sufrimientos humanos como de gastos económicos.
- Tiene requerimientos de documentación precisos y diseñados para mejorar la comunicación y prevenir errores y repeticiones innecesarias.
- Promueven la flexibilidad y pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo.
- Ayuda a los pacientes y personas significativas para ellos a darse cuenta de que su aportación es importante y a fijar puntos fuertes.
- Las enfermeras obtienen satisfacción de ver resultados²

1.3 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA

1.3.1 VALORACION

La obtención de datos es el fundamento de el proceso atención enfermería. Una valoración exacta conduce a la identificación del estado de salud del paciente. De

¹ Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso Atención Enfermería. Guía práctica 3ª. Ed. Madrid Mos By Doyma 1996.

² Alfaro Rosa Linda. Aplicación del proceso Atención de Enfermería. Guía practica 3ª ed. Madrid Mos by.

este modo se logra conocer la dirección para la implementación y para mejorar las condiciones del paciente.(2)

Es la primera etapa del proceso de enfermería en la cual se recolectan, analizan y seleccionan los datos que serán necesarios para la segunda etapa y se puede realizar a través de diferentes fuentes como son el paciente o cualquier otra persona que de atención al paciente.

Una valoración exacta conduce a la identificación del estado de salud del paciente, a los temas de importancia de la enfermera y el diagnóstico de la misma, tiene tres etapas interacción, observación y medición.(3)

INTERACCION: se define como un intercambio continuo entre enfermera y paciente en donde es importante llevar una relación armoniosa a fin de obtener la mayor información posible, lo cual se logra a través de la entrevista.

La entrevista indirecta es aquella en que se obtienen datos del paciente a través de otras personas, familiares, archivo etc.³

OBSERVACIÓN: se define como la utilización detallada del sentido de la vista aunque intervienen los demás sentidos. El sentido de la vista se emplea para obtener los siguientes datos: características generales como apariencia y actividad física, color forma, equilibrio vestido, movimientos corporales, gestos, contacto visual y el entorno donde se encuentra el paciente.

³ Janet W. Griffit. Proceso Atención de enfermería aplicación de las tertias guías y modelos. Manual moderno.México D.f 1993. p. 30 y 34.

MEDICIÓN: es una manera de obtener datos exactos sobre cifras propias del paciente, incluyendo exámenes de laboratorio, peso talla , signos vitales entre otros, la medición se utiliza para ratificar duración, dimensiones, frecuencia, ritmo y cantidad o tamaño en ocasiones se requiere de instrumentos de apoyo.

❖ VALORACIÓN FÍSICA DE LA ENFERMERA

La valoración física se puede realizar conjuntamente con la entrevista de enfermería se logra mediante un examen completo y sistemático del paciente, utilizando los siguientes métodos.

- ✓ *INSPECCION*: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas, o los comportamientos específicos (tamaño, forma posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- ✓ *PALPACIÓN*: consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura, corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulso, vibraciones, consistencia y movilidad) Esta técnica se utiliza para la palpación de los órganos del abdomen, los movimientos corporales y la expresión facial, son datos que nos ayudaran en la valoración.
- ✓ *PERCUSIÓN*: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie. Los tipos de sonidos que podemos encontrar son: sordos aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos

sobre el pulmón normal lleno de aire y timpanicos se encuentra al percutir el estomago lleno de aire o un carrillo cara.

- ✓ *AUSCULTACIÓN*: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras, de pulmón ,corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

La exploración física se puede realizar desde la cabeza a los pies, por sistemas, aparatos corporales y por patrones funcionales.

“HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA”

Es un instrumento elaborado por la enfermera que le ayudara de manera sistémica en la obtención de datos, pretendiendo utilizar un enfoque holistico, orientado a las respuestas humanos y no solo hacia la enfermedad.(4)

El enfoque holistico permitirá obtener una información mas completa sobre el funcionamiento del paciente como unidad biopsicosocial.

Por ultimo la recolección de datos incluye dos tipos de valoración de enfermería:

- a) Valoración de los datos son básicos, la cual debe ser planeada para elaboración de la historia de enfermería a fin de no olvidar los datos importantes sobre la salud del paciente.

Esta información llamada base de referencia nos refiere como esta el paciente antes de la intervención y cuales serán las bases para identificación de las capacidades y problemas.

b) valoración localizada, realizada exclusivamente sobre el estado de un problema real o potencial es el principal método de valoración continua.(4)⁴

1.3.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Es un enunciado del problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta holística humana de un individuo o grupo que requiere la intervención de enfermería con el fin de resolverlo o disminuirlo, y que se debe tratar independientemente.

Durante esta etapa se ordenaran los datos obtenidos hasta el momento para la identificación de los problemas que serán la base para la planeación de los cuidados.(4)

TIPOS DE DIAGNOSTICOS:

- ❖ Diagnostico de enfermería real: se refiere a una situación que existe en el momento actual de la persona, familia y comunidad, una situación de salud,
- ❖ ⁵proceso vital, su identificación se apoya en la existencia de características definitorias que identifican su presencia en el momento de su valoración. El termino real no forma parte del enunciado en un diagnostico de enfermería

⁴ R Alfaro. Aplicación del proceso Enfermería. Guía Práctica 3ª ed. Mosby Doyma.

⁴ Ma Teresa Luis Rodrigo. Diagnósticos de enfermero su instrumento para la practica asistencial. Edición Marcout Brace. Madrid E. 1998 p.8

real. Consta de tres partes el formato PES: problema(P)+ etiología factores causales o contribuyentes(E)+signos / síntomas(S) estos últimos son los que validan el diagnóstico.

- ❖ Alto riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son mas vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar
- ❖ Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema(P) + etiología / factores contribuyentes(E)
- ❖ De bienestar: es un diagnóstico real que se realiza cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud, pero puede alcanzar un mayor nivel.

DIAGNOSTICO ENFERMERO

Para la NANDA el diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

Para utilizar los diagnósticos correctamente debemos reunir e interpretar y agrupar los signos y síntomas o sea los datos subjetivos y objetivos, tomar en cuenta los diagnósticos médicos pero no utilizarlos, analizar detalladamente los signos y síntomas y buscar los diagnósticos correctos y formular el problema y su etiología y enumerar las características definitorias para el paciente.(5)

1.3.3 PLANEACION

Al haber concluido la valoración e identificado los diagnósticos de enfermería se inicia la tercera etapa del proceso se procede a la fase de planeación de los cuidados⁶ o tratamiento enfermero, en esta etapa del proceso se determinara como brindar los cuidados de enfermería en forma individualizada y organizada.(6)

ESTABLECER LAS PRIORIDADES

En caso de que el paciente este consciente se debe tomar en cuenta su opinión acerca de lo que es mas importante para el, si se coincide en los criterios se deben aplicar pero si no explicarle cual es el mas importante y el porque.

Establecimiento de objetivos: ya determinadas las prioridades se establecen los objetivos que deben ser claros y reales, pueden ser a corto o largo plazo, los objetivos son un instrumento de medición del plan de cuidados, dirigen las intervenciones de enfermería y son factores de motivación.

DETERMINACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Son intervenciones que la enfermera realiza para controlar el estado de salud, prevenir, resolver y controlar un problema, ayuda a realizar al paciente las actividades de la vida diaria, y promover la máxima salud e independencia.(6))

Valoración:

⁶ Ma teresa Luis Rodrigo. Diagnósticos Enfermero su instrumento para la práctica asistencia. Ed. Marcout Brace. Madrid E. 1988.

Se planea para detectar o evaluar problemas concretos del paciente o para asegurarse que las intervenciones se realizan en forma segura y eficaz.

Educación sanitaria:

Se planea para aumentar los conocimientos de alguien sobre un problema específico, brindando asesoría hacer cambios o ajustes necesarios en su vida que le permitan cuidar y mejorar su salud, mediante técnicas de educación y comunicación terapéutica.

Anotación del plan de cuidados:

Se recomienda asegurarse que los problemas prioritarios están en el plan, estos requieren intervenciones de enfermería individualizadas no rutinarias también se recomienda ser breve y usar abreviaturas aceptadas por enfermería así como formular los objetivos y determinar la fecha límite para su logro.

La anotación tiene tres propósitos:

- Facilitar la comunicación entre los profesionales de los cuidados
- Dirigir los cuidados y las anotaciones
- Tener un registro escrito que posteriormente se pueda usar para la evaluación.

1.3.4 EJECUCION

Una vez que se han identificado los problemas y capacidades, se ha orientado un plan de acción orientado a logro de los objetivos se debe ya implementar el plan .

La ejecución incluye las siguientes actividades.

- Valoración y revaloración
- Establecimiento de prioridades diario
- Realizar las intervenciones de enfermería

- Evaluación continua y mantener el plan de cuidados actualizado.

Antes de realizar una intervención, se debe:

- revisar el plan y cerciorarse de que se conocen las razones de la intervención.
- Definir si se esta preparada con conocimientos, habilidades y autoridad para realizar las intervenciones.
- Investigar si en la institución existen protocolos o estándares que establezcan como deberían llevarse a cabo las intervenciones.
- Valorar nuevamente el estado del paciente y determinar si las intervenciones planeadas son las adecuadas.
- Plantearse lo que se va a realizar y pensar en lo que podrá suceder en caso de que las respuestas no sean las esperadas.
- Anticiparse a las posibles complicaciones o efectos secundarios y planear que hacer en caso necesario.
- Planear como evitar al máximo el estrés del paciente durante las intervenciones.
- Si es posible implicar al paciente y familia explicando a la familia lo que se va a hacer y cuanto tiempo se necesita.
- Contar previamente con el equipo y material que será necesario para las intervenciones de enfermería.

La realización de las actividades de enfermería incluye los siguiente:

Realizar las actividades directamente para el paciente, ayudar al paciente a realizar actividades por si mismo y supervisarlo para evitar posibles complicaciones.(7)

1.3.5 EVALUACION

Es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. En esta etapa se evaluará el logro de los objetivos examinando y entrevistando al paciente sobre su estado actual.(7)⁷

Verificar si el objetivo se ha logrado de manera completa o parcialmente, en caso de lograrse de manera parcial preguntarse que ha afectado al paciente o que se requiere para el logro total.

Se deben identificar variables para el logro de los objetivos, para saber si estos fueron realistas y si la intervención de enfermería fueron las adecuadas.

La evaluación final incluye un análisis completo de cada una de las etapas.

- Valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.⁸

1.4 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA.

1.4.1 CONCEPTO DE ENFERMERIA QUE MANEJA VIRGINIA HENDERSON.

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

⁷ R Alfaro Aplicación del proceso de Enfermería Guía Práctica 2ª Ed.

⁸ R Alfaro Aplicación del proceso de Enfermería guía práctica 2ª ed.

1.4.2 METAPARADIGMA

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones que ella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad fundamental es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservar física y mentalmente.

Al elaborar su modelo conceptual, Virginia Henderson define 14 necesidades fundamentales:⁹

1. respirar
2. alimentarse e hidratarse
3. eliminar
4. moverse, conservar una buena postura(y mantener una circulación adecuada)
5. dormir y descansar
6. elegir prendas de vestir-vestirse y desvestirse
7. mantener la temperatura corporal en los límites normales.
8. estar limpio, aseado, aseado y proteger los tegumentos.
9. evitar los peligros(y mantener la integridad física y mental)
- 10.comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades temores u opiniones.
- 11.realizar practicas religiosas según la fe de cada uno.
- 12.trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
- 13.jugar o participar en alguna actividad recreativa.

⁹ Marriner Tomey Teorías y modelos en enfermería 3ª edición. Mosby Doyma 1994. p. 102

14.aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales. Y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

Cada una de estas necesidades esta relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. En cada una de ellas pueden descubrirse las dimensiones biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual. La enfermera que desee prestar cuidados personalizados ha de considerar estos cuidados en su conjunto y planificar intervenciones apropiadas que tengan en cuenta estas diferentes dimensiones.

Henderson supone que una definición de enfermería debería llevar implícito el principio de equilibrio fisiológico, también afirma que era obvio que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico una vez comprendido que una emoción es en realidad una interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones de la composición química de los fluidos intercelulares..

Los cuidados básicos de enfermería, considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos los seres humanos tienen necesidades comunes, sin embargo varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera esas necesidades. En otras palabras , la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades e idiosincrasia de cada persona.

Henderson inicialmente no pretendió realizar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era tal motivo de especulación.

LA PERSONA Y LAS CATORCE NECESIDADES BÁSICAS

De acuerdo con la definición propia de la enfermera, y a partir de ella Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona objeto de los cuidados. Así cada persona configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que deben satisfacer para mantener su integridad física y promover su desarrollo y crecimiento.

A partir de la definición de Henderson se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos :

1)PERSONA:

necesidades básicas

2)SALUD:

independencia

dependencia

causas de dificultad o problema

3)ROL PROFESIONAL:

cuidados básicos de enfermería

relación con el equipo de salud

4)ENTORNO:

factores ambientales

factores socioculturales.

FUNCION DE ENFERMERIA

Si las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponda a la

enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo otro de actuación:

- ❖ la dimensión dependiente de la practica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del medico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento medico prescrito.
- ❖ La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- ❖ Dimensión independiente de la enfermera es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los diagnósticos de enfermería.

1.4.3 INDEPENDENCIA

Virginia Henderson desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que según Henderson a tres causas que identifica como falta de fuerza, falta de conocimiento, o falta de voluntad.

El concepto de independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación. El modo de satisfacer las propias necesidades de manera individual.

La dependencia puede ser considerada una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por cada persona con el fin de satisfacer sus catorce necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Las causas de la dificultad son los obstáculos y limitaciones personales o de entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

La dependencia se manifiesta en el paciente por medio de ciertos cambios observables, en la satisfacción de una necesidad fundamental. Este cambio desfavorable constituye el problema de dependencia. Puede afectar a aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales o espirituales del individuo.

Si, debido a la presencia de determinadas predisposiciones o de ciertos factores ajenos al sujeto, puede presentarse un problema, habrá de considerarse la dependencia como potencial, y tendrá que planificarse una acción orientada a evitar su instalación inminente.

Cuando el problema está ya instalado, nos encontramos ante un caso de dependencia actual, y han de emprenderse acciones correctoras para intentar reducir o limitar sus consecuencias.

Cuando el paciente se recupera, su dependencia comienza a ser decreciente, y el rol de la enfermera, en este momento, consiste en mantener esta progresión descendente y ayudar al cliente a recuperar un grado óptimo de autonomía, a pesar de que en ocasiones subsistan ciertas limitaciones.

Si, a pesar de los cuidados apropiados prestados por la enfermera, el problema no puede ser corregido, la dependencia se convierte en este momento en permanente o crónica. El rol de la enfermera en este caso se convierte en un rol de suplencia, en todo lo que no puede hacer por si mismo, y en ayudar a adaptarse a sus limitaciones.

La dependencia puede ser considerada una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por cada persona con el fin de satisfacer sus catorce necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades. Las causas de dificultad son los obstáculos y limitaciones personales o de entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, Henderson las agrupa en tres probabilidades:

- *Falta de fuerza*: interpretamos por fuerza, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a termino las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado con el resultado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual etc.

- *Falta de conocimientos*: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

- *Falta de voluntad*: entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en la decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

La presencia de estas tres causas o alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, estos aspectos deberán ser valorados para planificar las intervenciones correspondientes.

1.5 **PATOLOGIA(infección de vías urinarias)**

DEFINICIÓN: el termino infección urinaria denota una amplia variedad de entidades patológicas en las cuales el común denominador es la presencia de mas de 100,000 colonias de microorganismos, afectando cualquier porción del sistema urinario y provocando cambios estructurales en el tejido afectado. Pueden ser agudas o crónicas.

ETIOLOGÍA: los gérmenes que mas frecuentemente infectan el tracto urinario son los gramnegativos, la escherichia coli en un 80 a 90 %, seguida de enterobacterias como los diferentes proteus, pseudomonas, klebsiellas, streptococcus faecalis y en menor frecuencia los cocos grampositivos como el staphylococcus aureus.

En la uretra anterior es mas frecuente la infección por cocos grampositivos(por estafilococo y estreptococo), y como agente causal de infección venérea mas frecuente es el gonococo(diplococo gramnegativo).

Los mecanismos por los cuales se presenta una infección son:¹⁰

- **VIA ASCENDENTE.** Propiciada por problemas obstructivos bajos, inmunológicos, ginecológicos, por reflujo vesiculouretral y/o manipulación Iatrogénica (sondeos endoscopias , dilataciones).

¹⁰ Harrison-Adams Principios de medicina interna México 1996.

- *VIA HEMATÓGENA*. La presencia de bacterias en la sangre puede llevar la infección a cualquier órgano del aparato genitourinario, principalmente a los riñones, próstata y testículos.

- *VIA LINFOGENA*. La propagación linfática de las bacterias hacia las vías urinarias es la mas rara, sin embargo se ha comprobado que bacterias procedentes del colon, especialmente en pacientes en los que se ha agredido la flora con antibióticos de amplio espectro, pueden atravesar la mucosa intestinal llegando a los linfáticos hasta llegar a las vías urinarias.

DIAGNOSTICO CLINICO:

clínicamente las infecciones de las vías urinarias altas debido a la sintomatología propia del órgano(riñón, uréter),dan dolor lumbar o dolor en el ángulo costovertebral e hiperestesia, mas la sintomatología de las vías urinarias bajas(disuria, polaquiuria) ataque al estado general(fiebre,nausea,vomito, diarrea o estreñimiento) y síntomas generales(hiporexia,hipostenia,hipodinamia),etc...Como en los casos de pielonefritis, absceso renal o perirrenal.

Las infecciones de vías urinarias bajas darán como sintomatología un síndrome urinario irritativo bajo, disuria, polaquiruria,tenesmo vesical, dolor suprapubico, urgencia para orinar, prostatitis, orquitis. El cuadro clínico puede ser agudo o crónico.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

Se solicitara básicamente examen general de orina(en donde se podrá encontrar bacteriuria, piuria, proteinuria, leucocituria de mas de 10 por campo y hematuria),

urocultivo con mas de 100 000¹¹ colonias de microorganismos, biometría hemática completa, en donde se podría encontrar anemia, leucocitosis con neutrofilia mas frecuente en las infecciones de vías urinarias altas y en fase aguda, que en las crónicas, química sanguínea encontrándose quizá alteraciones con elevación en las cifras de azoados, y frotis de la secreción uretral.

En las radiografías simples de abdomen se podrán encontrar alteraciones que propician la infección como litiasis, tumores etc.

La urografía excretora nos indica el lugar y la extensión de la lesión así como la morfología del aparato urinario.

BASES TERAPEUTICAS:

Dentro de las medidas generales es el reposos que va de acuerdo a la severidad del cuadro: control a termino, ingesta abundante de líquidos, sediluvios.

Antibioticoterapia.- ampicilina, gentamicina, kanamicina, tetraciclina, sulfas, quimioterapicos (nitrofurantoina, metenamina, acido nalidixico, acidificantes de la orina: ácido ascórbico, mandelamina.)

Manejo sintomático.- analgésicos urinarios(fenazopiridina) antipiréticos, antiespasmódicos.

¹¹ Armando Valle González. Rogelio Barajas González. Manual de medicina General, Editorial trillas, México 1993.

En la infección de vías urinarias altas dentro del proceso infeccioso se recomienda en casos graves: 7 días con antibióticos parenterales y 10 días con quimioterapicos. En infección de vías urinarias bajas, 5 días con antibióticos por vía bucal y 10 días con quimioterapeuticos.¹²

1.5.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

- *FACTOR DEL AGENTE*

- en un 80 a 90 % escherichiacoli
- enterobacterias como proteus,klebsiella,pseudomona,streptococcus faecalis.
- en menor frecuencia los cocos grampositivos

- *FACTOR DEL HUÉSPED*

- sexo
- desnutrición
- deficiencia inmunológica
- convalecencia
- estados patológicos que afecten la resistencia corporal del individuo
- presencia de cuerpos extraños(sondas)
- disfunciones vesicales
- litiasis.

- *FACTOR DEL MEDIO AMBIENTE*

- físicos: hábitos higiénicos, uso de ropa de nylon.
- biológicos: sexo, retención urinaria.

¹² Harrison-Adams principios de medicina interna, 1996.

- *NIVEL SOCIOECONÓMICO*

-indistinto.

- *CAMBIOS TISULARES*¹³

-hay cambios inflamatorios en las vías urinarias

-puede haber grumos de bacterias

-la inflamación causa retención urinaria y estasis de orina en la vejiga. Puede haber flujo retrogrado hacia los riñones por los uréteres.

-hay alteraciones inflamatorias en la pelvis renal y en todo el riñón, cuando se afecta este órgano.

-el riñón puede crecer y estar tumefacto

-en infecciones crónicas hay cicatrización del parénquima renal que impide su función, en particular la capacidad de concentración de la orina.

-el riñón se hace pequeño, se puede destruir el tejido y llegar a la falla de la función renal.

1.5.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

- *SIGNOS Y SÍNTOMAS INESPECÍFICOS*

-cefalea

-nausea

-vomito

-diarrea o estreñimiento

-fiebre

-dolor lumbar

¹³ Harrison Adams, principios de medicina interna,1996.

- *SIGNOS Y SÍNTOMAS ESPECIFICOS*

- disuria
- polaquiuria
- ataque al estado general
- hipodinamia
- síndrome urinario irritativo bajo
- tenesmo vesical
- dolor suprapubico
- urgencia para orinar

- *COMPLICACIONES*

- la infección mas grave es la septicemia
- los abscesos perirrenales
- hipertensión nefrogena
- insuficiencia renal crónica

- *MUERTE*

- insuficiencia cardiaca congestiva secundaria a una insuficiencia renal crónica.

- *PERIODO PREPATOGENICO*

- ❖ **PREVENCIÓN PRIMARIA**

- PROMOCION A LA SALUD: difusión acerca de lo que es la enfermedad, educación higiénico - dietéticas.

-PROTECCION ESPECIFICA: platicas de información acerca de esta enfermedad a las personas de alto riesgo.

-educación acerca del aseo adecuado en la región anal principalmente en las mujeres.

- *PERIODO PATOGENICO*

- ❖ **PREVENCIÓN SECUNDARIA**

- DIAGNOSTICO PRECOZ: examen general de orina

- radiografía simple de abdomen para descartar litiasis

- urografía excretora

- y en caso de ser necesario exámenes mas especializados como cistoscopia, cistografía, pielografía ascendente, angiografía etc.

- ✓ **TRATAMIENTO OPORTUNO:** reposo de acuerdo a la severidad del daño, control a termino, ingesta abundante de líquidos, sediluvios, tratamiento con antibióticos dependiendo del agente causal, manejo sintomático analgésicos urinarios.

- ✓ **LIMITACIÓN DEL DAÑO.** Mediante el tratamiento oportuno se lograra la limitación importante del daño renal así como motivar a la ingesta abundante de líquidos y al termino del tratamiento, nuevamente realizar examen general de orina para determinar si ya cedió la infección.

- ❖ **PREVENCIÓN TERCIAARIA**

- ✓ **REHABILITACIÓN:** iniciar programas de ecuación higiénico-dietéticas sobre todo para corroborar el buen aso perianal de la paciente y estimular la abundante ingesta de líquidos , así como procurar no ingerir

refresco,café y sustancias que pueden ser factores predisponentes para tener una recaída.

II METODOLOGÍA

2.1 DESARROLLO METODOLOGICO DE LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO

El siguiente caso clínico se va a realizar en base al modelo de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas., donde inicialmente se realizó una revisión bibliográfica para que el presente trabajo tenga un soporte.

El presente caso clínico fue elegido porque este tipo de pacientes no es frecuente debido a la edad. Este paciente se acercaba a mi junto con su mamá a consultarme acerca de algunos malestares que presentaba, es mi vecina en la misma calle donde yo vivo, me pareció importante debido a que es una adolescente que presento infección de vías urinarias e hipertensión arterial.

De acuerdo a los cinco pasos del proceso atención enfermero se fue dando este trabajo

Realice mi valoración basándome en la historia clínica de enfermería según el formato de Virginia Henderson, después realizando la exploración física en forma cefalocaudal por medio de:

Inspección : consistió en realizar un examen visual cuidadoso y global de la paciente, para así determinar su estado o respuestas normales o anormales. Se centro en las características físicas, o los comportamientos específicos (tamaño, forma, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).¹⁴

¹⁴ Henderson A virginia La naturaleza de la enfermería, 4ª edición. Editorial interamericana-Mc. Graw Hill.

Palpación: En esta se utilizo el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel(tamaño,forma,textura,temperatura,pulsos Humedad, vibraciones, consistencia y movilidad), la utilice para la palpacion de los órganos abdominales, los movimientos corporales.

Percusión: implica en dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie, los tipos de sonidos que se encuentran son: sordos,mates,hipersonoros y timpanicos lo utilice para valorar pulmones, estomago y abdomen.

Auscultación: consistió en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utilizo el estetoscopio y se determinaron las características sonoras del pulmón, corazón e intestinos.(15)

Al terminar esta recolección de datos se realizo el análisis para así poder elaborar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades básicas que presento la paciente .

Al identificar las necesidades, se partió de estos puntos para así elaborar los diagnósticos de enfermería con base a la NANDA, al ya haber elaborado los diagnósticos se implementaron los objetivos los cuales son medibles y alcanzables(como, cuando y cuanto) y que son por cada diagnostico de enfermería uno o mas objetivos. Al ya haber elaborado los objetivos se empezó a investigar y analizar cuales son las intervenciones de enfermería tanto dependientes, como interdependientes y dependientes de acuerdo a la necesidad de la paciente. Posteriormente se implemento también la justificación científica de acuerdo a las

intervenciones y posteriormente se realizo la evaluación final por cada una de las necesidades.¹⁵

¹⁵ Henderson A. Virginia La naturaleza de la Enfermería. 4ª Edición. Editorial Interamericana-Mc. Graw Hill-

III APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

3.1 VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERIA

Se trata de paciente del sexo femenino en la etapa de la adolescencia de 14 años de edad, a la cual se le realiza una exploración en forma cefalocaudal por medio de la inspección, palpación, percusión y auscultación para poder realizar una valoración y esta presentación del caso, cabeza y cráneo normo cefalo, cabello bien implantado, hidratado y brillante, ojos simétricos y pupilas isocóricas, con nariz sin alteraciones, con dentadura completa, ubicada en sus tres esferas(tiempo ,lugar y espacio) con ligera palidez de tegumentos, mucosas orales bien hidratadas, con campos pulmonares bien ventilados y sin datos patológicos aparentes, con ruidos cardíacos sin alteraciones, abdomen blando no doloroso a la palpación con peristaltismo presente, a la exploración de vías urinarias a nivel de uréteres con ligero dolor principalmente en flanco derecho refiriendo disuria esporádicamente sin otros datos agregados, miembros superiores e inferiores aparentemente normales, genitales externos de acuerdo a su edad . A la medición de los signos vitales se encuentra hipertermica con una temperatura corporal de 38.2 su respiración y frecuencia cardíaca dentro de límites normales, presenta una hipertensión de 140/95 por lo que la situación se hace preocupante debido a la edad de la paciente, ella refiere sentirse angustiada y aprensiva cuando se sabe enferma debido a padecimientos anteriores que ha sufrido, es una persona sociable, con facilidad de palabra, buenas notas aprobatorias en la escuela donde cursa el tercer grado de secundaria, le gusta bromear con sus compañeras y cumplir con sus trabajos, no le gusta realizar actividades físicas, no practica deporte, prefiere

descansar por las tardes después de comer y leer algún libro o ver televisión, le gustaría estudiar la licenciatura en gastronomía.¹⁶

En el aspecto familiar tenemos que la paciente es la 2ª de dos hermanas, siendo ella menor y teniendo antecedentes patológicos importantes ya que presento crisis convulsivas durante su infancia fue valorada y tratada por medico neurólogo,asi como un psicólogo y se ha podido identificar que durante esta etapa su mama sufría angustia constante por el padecimiento de su hija tratando de compensar a su hija con comida y sobreprotegiéndola

Actualmente la paciente no ha presentado crisis convulsivas durante cuatro años, sin embargo es notable que hay secuelas de importancia a nivel psicológico en ella y su mamá ya que se refleja la preocupación constante y el temor de que las crisis se presenten en cualquier momento.

El padre de la paciente traba en una pequeña empresa textil de la cual es socio, por cual su estado económico actual es medio, viven en una casa de una planta la cual consta de 3 recamaras ,sala,comedor,cocina y baño, zotehuela, patio trasero y cochera, esta hecha de tabique con techo de cemento, piso de loseta, cuentan con agua potable, drenaje, luz publica, línea telefónica y las calles están pavimentadas y cuenta con los servicios básicos dentro de la colonia. Es importante mencionar que el padre actualmente cursa con hipertensión arterial y sobrepeso.

La madre es secretaria en la misma empresa donde labora su esposo y trabaja medio tiempo para no descuidar a sus hijas, desempeña el papel de ama de casa en

¹⁶ Henderson A. Virginia la naturaleza de la enfermería, 4ª edición, editorial interamericanaMc Graw Hill México. 1994.

todos los aspectos y procura incluir una dieta balanceada y les da tres comidas al día.

La paciente cuenta con una hermana menor la cual cursa el primer grado de preparatoria se encuentra dentro de su peso y talla de acuerdo a su edad se llevan bien la mayor parte del tiempo teniendo de vez en cuando sus diferencias, pero refiere que la paciente es difícil de carácter con ella y sus papas a veces es muy voluble y ellos tratan de sobrellevarla para evitar conflictos.

La paciente presenta los siguientes diagnósticos.

- 1.- Hipertermia relacionada con proceso infeccioso, manifestado por aumento de temperatura corporal por encima del límite normal, calor al tacto, cefalea y malestar general.
- 2.-Alteración de la presión arterial 140/90, relacionado con la retención de líquidos e infección en las vías urinarias manifestado por náusea, cefalea y vértigo.
- 3.-Alteración de la eliminación urinaria relacionada con infección de vías urinarias por E. Coli, manifestado por disminución del volumen total de orina producida en 24 horas en proporción a la ingesta y retención de líquidos.
- 4.-Nutrición alterada menor a los requerimientos corporales manifestado por náusea, vómito y falta de interés en los alimentos.
- 5.-Falta de conocimientos relacionado a la infección de vías urinarias manifestado por mala interpretación de la información y desconocimiento.

- 7.-Alteraciones sensovisuales con la disminución de la agudeza visual.

3.2 VALORACION DE ENFERMERIA

Fecha: 24 de octubre del 2003

servicio : consulta externa

Paciente: Maria José Reyes Uriel

Edad: 14 años

Religión: católica edo. civil: soltera

Escolaridad: tercer año de secundaria

Se trata de paciente adolescente cursando su 9º día con su actual padecimiento presentando un exceso de volumen de líquidos relacionada con un fallo de los mecanismos compensadores secundaria a un riesgo de infección de vías urinarias, se encuentra tranquila consciente ubicada en sus tres esferas (tiempo, lugar y espacio) con ligera palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas, con cráneo normo cefalo, cabello bien implantado brillante e hidratado, ojos simétricos con pupilas isocóricas, nariz sin alteraciones y limpia, dentadura completa sin presencia de caries, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos normales, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación con perístasis presente, con dolor en uréteres refiriendo mayor dolor en flanco derecho y presentando disuria ocasionalmente, con genitales externos de acuerdo a su edad, a la medición de signos vitales se encuentra hipertermica con 38.2 grados centígrados, con frecuencia respiratoria de 20 por minuto, frecuencia cardíaca 78 por minuto y una hipertensión de 140/90.

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Maria José Reyes Uriel EDAD: 14 años PESO: 54 Kg. TALLA: 1.45
SEXO: femenino OCUPACIÓN: estudiante ESCOLARIDAD: 3o secundaria
PROCEDENCIA: Domicilio FECHA DE ADMISIÓN: HORA: 19:20
FUENTE DE INFORMACIÓN: directa

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BASICAS

1. OXIGENACION:

Subjetivo:

¿esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo? Si

¿fuma usted? no

¿hay en su casa uno o varios fumadores? Si, uno.

¿ha tenido dificultades respiratorias o molestias? en alguna ocasión

objetivo:

registro de signos vitales: frecuencia respiratoria: 20 por minuto frecuencia cardiaca: 78 por minuto

temperatura corporal: 38.2 grados centígrados T/A : 140/90

estado de conciencia: consciente coloración de piel / lechos

ungueales/peribucal/: ligeramente pálida circulación de retorno venoso: adecuado

2. NUTRICION

Subjetivo:

No. De comidas diarias : 3 ¿come a horas regulares? si

Si la respuesta es SI precise: 7:00 hrs.,15:00 hrs. Y 20:00 hrs. ¿sigue alguna dieta especial?

Actualmente si. ¿de que tipo? Hiposodica y baja en grasas.

¿sufre usted alguna alergia alimentaria o intolerancia? No por el momento

¿tiene algún trastorno alimentario? no

¿tiene problemas de masticación y deglución? no

¿que cantidad de líquidos toma al día? Agua 2 litros al día

¿ingiere bebidas alcohólicas? no

¿sabe que tipo de alimentación debe llevar para favorecer tu crecimiento y desarrollo? No

¿cantidad de líquidos? si

Dieta habitual.

Alimentos	diario	C/3er día	C/8 días	esporádica	nunca
Leche	x				
Carnes		x			
Pescado			x		
Huevo		x			
frutas	x				
verduras		x			
legumbres		x			
cereales	x				
pan	x				
tortillas					x
chatarra		x			

Objetivo.

Membranas mucosas: hidratadas

Características de: uñas normales cabello bien implantado, hidratado, sin daño aparente.

Funcionamiento muscular y esquelético adecuado para su edad.

Aspecto de: dientes: dentadura completa, sin caries encías: con buena coloración y sin gingivitis

Heridas : ninguna

3. ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacuación: Normal

Diarrea frecuente? No ¿toma algún laxante? no

Orina: Normal ¿con dolor? Actualmente si hay dolor menstruación: frecuencia 4 x 28

Historia de hemorragias / enfermedades renales: no

¿el estrés le ocasiona diarrea? no

¿se siente incomoda a causa de una sudoración abundante? En alguna ocasión

¿por secreciones vaginales? No

Objetivo.

Ruidos intestinales: perístasis presente palpacion del globo vesical: por el momento se siente globoso debido a la orina presente y con ligera molestia a la palpacion.

4. TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

¿la casa que habita es? templada

¿tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?no

¿es usted sensible a los cambios de temperatura? no

¿cuándo cree que tiene fiebre ¿cómo se la mide? Axilar

objetivo:

Temperatura corporal : 38.2 °C

Características de la piel: hidratada, con ligera palidez

Condiciones del entorno físico: adecuado

5. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana

¿qué deporte o actividad física practica? ninguna

Actividades en su tiempo libre : en ocasiones caminar

¿Da algún paseo fuera de casa? : en ocasiones

Objetivo:

Estado del sistema esquelético/ fuerza : adecuada

Posturas:ligeramente encorvada ayuda para deambulacion: no

Dolor con el movimiento: si últimamente en la región lumbar

Estado emocional : preocupada y demuestra ansiedad.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia de aseo : baño diario

Momento preferido para el baño: por la mañana

Frecuencia de aseo dental: tres veces al día

Prótesis dentales : no

Fecha de ultima visita al dentista: hace 3 meses

Aseo de manos: antes y después de comer: si y después de eliminar

Objetivo:

Aspecto general : bueno

Olor corporal : a limpio halitosis: no

Estado del cuero cabelludo: hidratado, brillante, limpio.

Lesiones dérmicas: no

9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVOS:

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION
José	papá	53 años	Técnico textil	empresario
Margarita	mama	51 años	Técnica comercial	secretaria
Alejandra	hermana	15 años	2° sem.preparatoria	estudiante

¿es usted alérgica a algún medicamento? no

¿a otra sustancia? no

¿conoce las medidas de prevención de accidentes: si

en el hogar y en la escuela

¿realiza controles periódicos de salud recomendados? si

Objetivo:

Deformidades congénitas: no

Condiciones de Ambiente en el hogar: adecuado

Condiciones del ambiente en la escuela: adecuado

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil soltera y vive con sus padres

Preocupaciones actuales: la enfermedad que actualmente padezco

Rol en la estructura familiar: soy la menor de dos hermanas

¿desde cuando vive en su actual domicilio? hace 10 años

¿existen buenas relaciones en su vecindario? si

¿cuánto tiempo pasa sola? 2 a 3 horas diarias

comunica sus problemas debidos a la enfermedad: en ocasiones

objetivo:

habla claro: si

dificultad en la visión: si

comunicación verbal / no verbal con la familia con otras personas significativa: con mi hermana y en ocasiones con una amiga.

11. NECESIDAD DE VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa: si católica

¿su creencia religiosa le genera conflictos personales? no

principales valores en su familia: amor, honestidad, respeto.

principales valores personales: amor, honestidad y respeto

¿es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? si

objetivo:

hábitos específicos de vestir(grupo social religioso): a la moda

¿permite el contacto físico? si

¿tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? no

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿trabaja actualmente? no

¿esta satisfecho con el rol que juega en su familia? si

objetivo:

estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:

ansiosa y estresada.

Otros: con miedo a la enfermedad que padece

13.NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: ninguna

¿las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? si

¿existen recursos en su comunidad para la recreación? si

¿ha participado en alguna actividad recreativa? Si anteriormente

objetivo:

integridad del sistema neuromuscular: adecuada

¿rechaza las actividades recreativas? si

¿su estado de animo es apático / aburrido participativo? apático

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

subjetivo:

nivel de educación: tercero de secundaria

problemas de aprendizaje: no

limitaciones cognitivas: ninguna

preferencias: leer/escribir: leer

¿conoce las fuentes de apoyo para aprendizaje en su comunidad? si

¿sabe como utilizar esas fuentes de apoyo? si

¿tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? si

objetivo;

estado del sistema nervioso: actualmente estable

órganos de los sentidos: normales

estado emocional / ansiedad /dolor: ansiedad, dolor.

memoria reciente: si

memoria remota: si¹⁷

¹⁷ Fernández ferrin Carmen, el Modelo de Henderson y el proceso atención enfermería, Editorial Masson- salvat.



Diagnóstico: hipertermia relacionada con proceso infeccioso, manifestado por aumento de temperatura corporal por encima del límite normal (38.2), calor al tacto, cefalea y malestar general

OBJETIVO	PLANEACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
Disminuir la hipertermia en un lapso de una hora posterior a la ministración de medicamentos antipiréticos.	<p>Se ministraran medicamentos específicos bajo prescripción médica.</p> <p>Se proporcionaran cuidados específicos para mantener la temperatura corporal en límites normales.</p>	<p>*Independientes</p> <p>1) Ministración de antipirético flanax una tableta cada 12 horas PRN.</p> <p>*Dependiente</p> <p>2)Control térmico por medios físicos.</p> <p>3)Proporcionar líquidos abundantes, si su dieta lo permite.</p> <p>4)Mantener al paciente en reposo relativo mientras persista la fiebre.</p> <p>5)Realizar la medición de</p>	<p>1)Este medicamento tiene funciones específicas como analgésico, antipirético y antiinflamatorio.</p> <p>2)La temperatura corporal es un equilibrio entre el calor producido por los tejidos y la perdida de calor hacia el ambiente, el centro regulador de la temperatura es el hipotálamo, la hipertermia puede producir daño cerebral permanente ya que las células nerviosas no se regeneran., al aplicar compresas de agua fría se permitirá la evaporación.</p> <p>3)Los líquidos abundantes sustituirán las perdidas por la fiebre.</p> <p>4)La hipertermia produce fatiga y malestar general, por lo que es necesario descansar y evitar al mismo tiempo alguna caída.</p> <p>5)La medición frecuente de la</p>	<p>Al termino de una hora la fiebre disminuyo progresivamente hasta llegar a 36.6 la paciente se observo más tranquila hidratada y mejoró su estado general.</p>

temperatura corporal cada treinta minutos mientras persista la fiebre.

temperatura nos ayuda a cerciorarnos de que el medicamento esta haciendo el efecto deseado en el paciente, así mismo nos permitirá tomar otras medidas necesarias si no responde adecuadamente

Diagnóstico: Alteración de la presión arterial (140/90), relacionando con la retención de líquidos e infección de las vías urinarias manifestado por náusea, cefalea y vértigo.

OBJETIVO	PLANEACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
La paciente mostrará mejoría en la tensión arterial al cabo de 30 minutos posterior a la ministración de medicamentos.	Se ministraran medicamentos específicos bajo prescripción médica.	*Independientes 1) Ministración de medicamentos antihipertensivos como el inderalici 10 mgs. V. o. Cada 8 hrs.	1)Este fármaco bloquea los adenoreceptores del sistema nervioso simpático tiene especificidad por los receptores que predominan en el corazón lo que da por resultado la reducción de la frecuencia de impulsos por el sistema de conducción de la frecuencia cardiaca y la fuerza de contracción, reducción del gasto cardiaco al stress y al ejercicio.	La paciente ha presentado disminución de la tensión arterial al cabo de 30 minutos 120/70 disminuyendo así la náusea, cefalea y vértigo.
	Se llevara a cabo un registro de la presión arterial indicando el horario para comparar y evaluar la mejoría de la paciente.	*Dependiente 2)Medición de signos vitales cada 30 minutos.	2)Los signos vitales son manifestaciones de vida que se presentan en forma constante en el individuo en base a ellos se puede valorar el estado de salud del paciente.	
	Mantener a la paciente en observación el mayor tiempo posible para identificar manifestaciones clínicas y así mismo cuestionarla sobre su estado.	3)Prevenir la retención de sodio y agua controlando la ingestión, vigilando el apego a las restricciones dietéticas.	3)La retención renal de sodio y agua parece ser la causa principal de la retención arterial por eso es importante la disminución de ingesta de sodio	

4) Vigilar la aparición de manifestaciones clínicas que indiquen complicaciones de la hipertensión arterial.

4) La hipertensión arterial prolongada grave, predispone al daño renal y a la hemorragia retiniana cerebral.

Diagnóstico: Alteración de la eliminación urinaria relacionado con infección de vías urinarias por e. Coli, manifestado por disminución del volumen total de orina producida en 24 horas en proporción a la ingesta y retención de líquidos.

OBJETIVO	PLANEACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
La paciente mejorará la eliminación urinaria al cabo de 72 hrs. Posterior al tratamiento médico de antibióticos.	*S e administraran antibióticos indicados por medico tratante. *Llevar a cabo control de líquidos.	*El antibiótico es la amikacina ampolletas 80 mgs. Intramuscular cada 12 hrs. */Cuantificación de ingresos y egresos de líquidos.	1)La amikacina es una amino glucósido que interfiere con la síntesis bacteriana de proteínas, es una agente bactericida de amplio espectro de inhibición de los microorganismos gramnegativos y algunos grampositivos. 2)El control de líquidos nos permite saber cuales son los ingresos y egresos en el paciente al cabo de 24 horas para poder evaluar si el balance de nuestra paciente es positivo o negativo.	La paciente ha presentado mejoría al cabo de 72 horas, ha incrementado la cantidad de eliminación urinaria.

Diagnóstico de enfermería: Nutrición alterada menor a los requerimientos corporales manifestado por nauseas , vomito y falta de interés a los alimentos.

OBJETIVO	PLANEACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
La paciente mostrará una mejoría en el equilibrio nutricional al aceptar su dieta balanceada y nutritiva al cabo de 8 horas posterior a la ministración de medicamentos que disminuirán la hipertensión arterial que es la causa de la falta de apetito.	Medir frecuentemente la presión arterial y cuestionar a la paciente sobre su estado físico.	1)Vigilar frecuentemente los signos vitales a y cuestionar a la paciente constantemente acerca de su estado.	1)Con la medición de signos vitales nos daremos cuenta si ha disminuido la cefalea ya que estos son los factores principales para provocar las nauseas y que la paciente no ingiera alimentos.	La paciente ha mejorado la ingesta de alimentos nutritivos.
	Orientar a la madre acerca de la dieta y la importancia que tiene la presentación e incluir los alimentos que a la paciente le apetezcan.	2)Proporcionar a la paciente una dieta balanceada, nutritiva y variada que sea compatible con los gustos de ella, de acuerdo a las ordenes dietéticas, evitando el exceso de sodio.	2)El proporcionar una dieta balanceada y presentable será favorable para que la paciente apetezca comer.	
	Proporcionar información a la paciente acerca de la importancia de alimentarse adecuadamente para mejorar su estado de salud	3)Estimular a la paciente que ingiera alimentos de su preferencia y hacerle saber la importancia de ingerir su dieta.	3)Durante los procesos infecciosos se presentan cuadros de hipertermia lo que produce una perdida de energía, por lo que deberá alimentarse mejor.	

Diagnóstico de enfermería: Falta de conocimientos de relacionado a la infección de las vías urinarias manifestado por mala interpretación de la información y desconocimiento.

OBJETIVO	PLANEACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
Proporcionar información acerca de su problemática a través de artículo, bibliografías y fisiología de los riñones de una manera sencilla.	*Reunir información acerca del padecimiento de la paciente. *Mostrar dibujos del aparato urinario para explicar la anatomía del mismo.	1)Asistir al domicilio de la paciente con la información específica mostrarlo y explicarle de forma sencilla cual es su padecimiento.	1)La información específica y oportuna disipara cualquier duda, evitando confusión y disminuyendo los temores y miedos que estos producen.	La paciente se encuentra más tranquila después de escuchar la información y disipar sus dudas.

Diagnóstico de enfermería: Alteraciones sonsovisuales relacionado con la disminución de la agudeza visual.

OBJETIVO	PLANEACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
Sensibilizar a la paciente para que continúe con el uso de anteojos.	*Interrogar a la paciente, observar y examinar a la paciente en busca de signos y síntomas que involucren a la visión.	1)Informar a la paciente la importancia que tiene el utilizar los anteojos con la graduación indicada por el oftalmólogo, así como recomendarle la visita frecuente a su oftalmólogo.	1)El lograr que la paciente sea consciente del beneficio de utilizar sus anteojos con la graduación indicada, disminuirá el riesgo de que en un futuro su visión se deteriore aun más.	La paciente ha aceptado adecuadamente utilizar nuevamente sus anteojos y ante cualquier alteración en su vista acudirá a su oftalmólogo y si no es así, acudirá a sus citas indicadas.

4.3. BIBLIOGRAFÍA

Alfaro Rosa Linda
aplicación del proceso de enfermería guía practica
3ª edición
editorial. Madrid Mos by Doymna.1996

Colliere,Marie -Franciose.
Encontrando el sentido original de los cuidados de enfermería
Editorial, Panamericana
Rev. 1999.

Griffith W. Janet.Proceso de atención de enfermería de teorías, guías y mode-
Los.
Editorial el manual moderno
México. 1994.

Goodman y Gilman. Las b ases farmacológicas de la terapéutica.
8ª edición
Editorial panamericana
México. 1993.

Henderson A. Virginia La naturaleza de la enfermería.
4ª edición
editorial interamericana-Mc. Graw Hill.
Mexico. 1994.

Janet W Griffith.
Proceso atención de enfermería aplicación de teorías y modelos.
Editorial. Manual moderno
México. 1994

Leslie D. Atkinson y Murray L. Marie.
Proceso atención de enfermería
Editorial el manual moderno
México. 1993.

Marriney Tomey.
Teorías y modelos en enfermería
3ª edición. Editorial Mosby
Doyma 1994.

Luis Rodrigo, Maria Teresa.
Diagnósticos enfermeros un instrumento para la practica asistencial
Editorial Marcourt Brace
Madrid 1998.

Armando Valle Gonzalez.Rogelio Barajas González.
Manual de medicina General
Editorial trillas.
México. 1993.

Margaret Havard.
Fármacos en enfermería
Editorial manual moderno
México 1993.

Nordmark-Rohweder
Bases científicas de la enfermería
Editorial la prensa medica Mexicana.
México 1992.

Harrison- Adams.
Principios de m medicina interna
México 1996.

Blakiston
diccionario breve de medicina
la prensa medica Mexicana
México. 1992.

Jhon A. Bevan
fundamentos de Farmacología.
México 1993.

Roger C. Crafts
Anatomía humana Funcional
Noriega editores
México. 1995

Jacob Francone Lossow
anatomía y fisiología humana
editorial interamericana
México 1994.

D.S. Suddarth - L.C. Brunner
Tratado de enfermería Brunner
Editorial interamericana
México. 1996.

A N E X O S

GLOSARIO

Cuidado: que concierne o se interesa en otro.

Comunicación. Es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos o a utilizar los servicios.

Diagnostico: enunciado claro ,conciso, y definitivo del estado de salud del paciente que puede ser afectado por la intervención de enfermería.

Dependiente: que confía en otros o requiere de su apoyo para la autoridad o para la ejecución de actividades.

Evaluación del proceso: examen de las acciones e interacciones de enfermería.

Holistico: punto de vista de que la integración de un todo tienen una realidad independiente de la suma de sus partes y mayor que ella.

Independiente: asumir una autoridad autónoma para realizar actividades.

Infección: invasión de un huésped por microorganismos como bacterias, hongos, virus, protozoarios, helmintos o insectos, con o sin el desarrollo de una enfermedad aparente.

Medición: uso de todos los sentidos así como de instrumentos que permiten valorar en forma cuantitativa las observaciones.

Micción: emisión de orina

Observación: uso de todos los sentidos para obtener información acerca de un paciente.

Paciente: individuo, familia, un grupo o la comunidad.

ANATOMIA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO URINARIO

ANATOMIA MACROSCOPICA.

Los riñones son dos órganos en forma de habichuela en posición retroperitoneal, situados sobre los músculos de la pared abdominal posterior, a nivel de la duodécima vértebra dorsal y de las tres primeras lumbares. El riñón derecho está ligeramente más abajo que el izquierdo.

Tres cápsulas renales rodean el riñón: cápsula propiamente dicha, grasa perineal y aponeurosis renal.

ESTRUCTURA EXTERNA

El hilio es una escotadura en la superficie cóncava del riñón, donde los vasos y nervios renales entran y salen del parénquima renal.

ESTRUCTURA INTERNA

- a) capa interna llamada medula
- b) capa externa llamada corteza.
- c) Las pirámides renales son conos de forma triangular de medula, con vértices que se proyectan en forma de papilas y terminan en los cálices de la pelvis de cada uréter.
- d) Las columnas renales son proyecciones internas de corteza entre las pirámides.

RIEGO SANGUÍNEO

- a) los vasos renales entran al hilio y se dividen en vasos interlobulares que atraviesan la corteza y se transforman en vasos arqueados.
- b) vasos interlobulillares se extienden desde los vasos arqueados hacia la corteza.

ANATOMIA MICSROSCOPICA

La sangre arterial penetra en la cápsula de Bowman por medio de una arteriola aferente, para formar un penacho capilar llamado glomérulo. La cápsula de Bowman junto con el glomérulo constituye el corpúsculo renal.

La unidad funcional completa del riñón es la nefrona, compuesta del corpúsculo renal y sus extensiones tubulares- tubulo contorneado, proximal, asa de Henle, tubulo contorneado distal, y tubulo colector.

La sangre sale del glomérulo por medio de una arteriola eferente que da origen a los capilares peritubulares.

FORMACIÓN DE ORINA

1. la orina se forma en dos etapas:
 - a) filtración glomerular
 - b) resorción y secreción tubular

2. unos 125 ml por minuto de los 650 ml de plasma que fluyen por minuto a través de los glomérulos se filtran en las cápsulas de Bowman. El filtrado es casi idéntico al plasma en composición excepto por la ausencia de proteínas plasmáticas.
3. la resorción y la secreción tubulares, con base en las necesidades corporales, cambian notablemente la composición del filtrado, la resorción a un grado mayor que la secreción, rige la composición final de la orina.
4. la resorción de sodio por transporte activo va seguida por resorción pasiva de agua. La glucosa y aminoácidos normalmente son resorbidos por completo en virtud de procesos activos. La urea se resorbe pasivamente, pero tiene una concentración de 60 a 70 veces mayor en la orina que el plasma.
5. el potasio, unas 12 veces mas concentrado en la orina que en el plasma, es resorbido y secretado, la secreción (por un proceso que incluye intercambio de sodio-potasio) explica la elevada concentración de la orina. Algunos productos de desecho y medicamentos son eliminados por secreción activa.

FORMACIÓN DE LA ORINA CONCENTRADA

1. Dependencia de ADH

a) el ADH hace que el tubulo contorneado distal y el tubo colector sean permeables al agua.

b) cuando la pérdida del liquido concentra el plasma, los osmorreceptores hipotalámicos estimulan la liberación de ADH por la neurohipofisis.

2. la impermeabilidad de la rama ascendente del asa de Henle al agua, concentra el liquido intersticial medular. El sistema de intercambio por contracorriente de los vasos rectos descendentes y ascendentes conserva la hipertonía del liquido medular, permitiendo que se concentre la orina.

ACCIÓN REGULADORA DE LA ALDOSTERONA

La aldosterona, una hormona secretada por la corteza suprarrenal, aumenta la resorción de sodio y, en consecuencia, de agua. Su liberación tiene lugar en la siguiente forma:

- a) un volumen sanguíneo bajo estimula la liberación de renina, enzima que proviene del aparato yuxtaglomerular del riñón.
- b) La renina inicia la formación en la sangre de la angiotensina II, que desencadena la secreción de la aldosterona.

REGULACIÓN RENAL DEL EQUILIBRIO ACIDOBÁSICO

La acción de anhidrasa carbónica en las células tubulares logra la formación de iones de hidrógeno y bicarbonato. El hidrógeno es secretado en intercambio de sodio y el bicarbonato restablece la concentración sanguínea del mismo. Los iones de hidrógeno secretados reaccionan con:

- a) bicarbonato, que forma bióxido de carbono y agua.
- b) fosfato dibásico, que forma fosfato monobásico.
- c) amoníaco, formando iones de amonio.

URÉTERES

1. localización y estructura

- a) en la localización retroperitoneal, pasando de los riñones a la parte posterior de la vejiga.
- b) Los uréteres comienzan en el riñón como unión de varios cálices que se unen para formar la pelvis.
- c) Las paredes son de músculo liso con una cubierta mucosa y una capa externa fibrosa.

2. función.

la orina se colecta y es transportada hacia la vejiga.

Vejiga urinaria

1)Localización y estructura

a)posterior a la sínfisis del pubis

b)la vejiga consta de trígono, con tres aberturas(una uretral, dos para los uréteres) y músculo detrusor.

2. función

a)almacenamiento de orina

b)reservorio que expulsa orina del cuerpo. El proceso de vaciamiento se llama micción. Esto sucede como sigue:

1)cuando el volumen de liquido en la vejiga llega a unos 150 ml, se transmiten señales al centro del reflejo de la micción en la región sacra de la medula espinal.

2)cuando se suprime la inhibición cerebral, los impulsos de retorno desencadenan la relajación de los esfínteres centrales y la contracción del músculo detrusor.

Uretra

1)Localización y estructura

a)tubulo músculo membranoso situado detrás de la sínfisis del pubis y que atraviesa la próstata, el ligamento triangular y el pene en el varón.

b)situado por delante de la vagina en la mujer.

2)Función

a)varón: vía para expulsión de orina y semen.

b)mujer: vía para expulsión de orina fuera del cuerpo.

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: EDAD: PESO TALLA:
 SEXO: OCUPACIÓN: ESCOLARIDAD: PROCEDENCIA: FECHA DE ADMISIÓN:
 HORA: FUENTE DE INFORMACIÓN:

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BASICAS

1. OXIGENACION:

Subjetivo:

¿esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo

¿fuma usted?

¿hay en su casa uno o varios fumadores?

¿ha tenido dificultades respiratorias o molestias

objetivo:

registro de signos vitales frecuencia respiratoria: frecuencia cardiaca:

temperatura corporal: T/A :

estado de conciencia coloración de piel/lechos ungueales/peribucal/:

circulación de retorno venoso:

2. NUTRICION

Subjetivo:

No. De comidas diarias : ¿come a horas regulares?

Si la respuesta es SI precise: . ¿ sigue alguna dieta especial? . ¿de que tipo?.

¿sufre usted alguna alergia alimentaria o intolerancia?

¿tiene algún trastorno alimentario?

¿tiene problemas de masticación y deglución ¿que cantidad de líquidos toma al día?

¿ingiere bebidas alcohólicas?

¿sabe que tipo de alimentación debe llevar para favorecer tu crecimiento y desarrollo? ¿cantidad de líquidos?

Dieta habitual.

Alimentos	diario	C/3er DIA	C/8 días	esporádica	nunca
Leche					
Carnes					
Pescado					
Huevo					
frutas					
verduras					
legumbres					

cereales					
pan					
tortillas					
chatarra					

Objetivo.

Membranas mucosas

Características de cabello .

Funcionamiento muscular y esquelético .

Aspecto de: dientes: encías:

Heridas :

3. ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales:

Diarrea frecuente? ¿toma algún laxante?

Orina: ¿con dolor?

Historia de hemorragias / enfermedades renales:

¿el estrés le ocasiona diarrea

¿se siente incomoda a causa de una sudoración abundante?

¿por secreciones vaginales?

Objetivo.

Ruidos intestinales:

palpacion del globo vesical:

4. TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

¿la casa que habita es?

¿tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

¿es usted sensible a los cambios de temperatura?

¿cuándo cree que tiene fiebre ¿cómo se la mide?

objetivo:

Temperatura corporal :

Características de la piel:

Condiciones del entorno físico:

5. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana _____

¿qué deporte o actividad física practica?

Actividades en su tiempo libre :

¿Da algún paseo fuera de casa? :

Objetivo:

Estado del sistema esquelético/ fuerza :

Posturas: ayuda para deambulacion:

Dolor con el movimiento:

Estado emocional :

6. DESCANSO Y SUEÑO

¿Tiene hábitos que favorecen el sueño?

horario de descanso :

.horas de sueño:

¿padece insomnio?

¿siente cansancio al levantarse :

Objetivo:

Estado: ansiedad: estresada:

Respuesta a estímulos:

7. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

¿influye su estado de animo para la selección de prendas de vestir?

¿su autoestima es determinante en su forma de vestir?

¿sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad ?

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia de aseo :

Momento preferido para el baño:

Frecuencia de aseo dental:

Prótesis dentales :

Fecha de ultima visita al dentista:

Aseo de manos:

Objetivo:

Aspecto general :

Olor corporal :

halitosis:

Estado del cuero cabelludo:

Lesiones dérmicas:

9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVOS:

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION

¿es usted alérgica a algún medicamento?

¿a otra sustancia?

¿conoce las medidas de prevención de accidentes en el hogar y en la escuela?

¿realiza controles periódicos de salud recomendados?

Objetivo:

Deformidades congénitas:

Condiciones de Ambiente en el hogar:

Condiciones del ambiente en la escuela:

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil

Preocupaciones actuales:

Rol en la estructura familiar

¿desde cuando vive en su actual domicilio?

¿existen buenas relaciones en su vecindario?

¿cuánto tiempo pasa sola?

comunica sus problemas debidos a la enfermedad:

objetivo:

habla claro:

dificultad en la visión:

comunicación verbal / no verbal con la familia con otras personas significativa: .

11. NECESIDAD DE VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa:

¿su creencia religiosa le genera conflictos personales?

principales valores en su familia:

principales valores personales:

¿es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?

objetivo:

hábitos específicos de vestir(grupo social religioso):

¿permite el contacto físico?

¿tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿trabaja actualmente?

¿esta satisfecho con el rol que juega en su familia?

objetivo:

estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:

Otros:

13.NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:

¿las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?

¿existen recursos en su comunidad para la recreación?

¿ha participado en alguna actividad recreativa?

objetivo:

integridad del sistema neuromuscular:

¿rechaza las actividades recreativas?

¿su estado de animo es apático / aburrido participativo?

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

subjetivo:

nivel de educación:

problemas de aprendizaje:

limitaciones cognitivas:

preferencias: leer/ escribir :

¿conoce las fuentes de apoyo para aprendizaje en su comunidad?

¿sabe como utilizar esas fuentes de apoyo?

¿tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?

objetivo;

estado del sistema nervioso:

órganos de los sentidos:

estado emocional / ansiedad /dolor:

memoria reciente:

memoria remota
