

179



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

APLICADO A UN PACIENTE DE APENDICECTOMIA
COMPLICADA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

REYES BRAVO MARIA DEL CARMEN BLANCA

No. CUENTA 0-9761025-0

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Magdalena Mata Cortes".

DIRECTOR DE TRABAJO: LIC. MA. MAGDALENA MATA CORTES



MEXICO, D. F., A 18 DE ENERO DEL 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mis Padres

*Que me enseñaron mis primeras
letras abriendo ante mi un mundo
lleno de satisfacciones.*

A mis hermanos

*Como muestra de que podemos lograr
Cada uno de nuestros propósitos u objetivos,
Solo es cuestión de querer.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

1 MARCO TEORICO

1.1 GENERALIDADES

1.2 CONCEPTO DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

1.3 OBJETIVOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.4 ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.4.1 VALORACIÓN

1.4.2 DIAGNOSTICO

1.4.3 PLANEACIÓN

1.4.4 EJECUCIÓN

1.4.5 EVALUACIÓN

1.5 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1.6 APENDICITIS

1.6.1 CONCEPTO

1.6.2 ETIOLOGIA

1.6.3 CLASIFICACIÓN

1.6.4 DIAGNOSTICO

1 6 5 TRATAMIENTO

1 6 6 COMPLICACIONES

1 6 7 PRONOSTICO

2 METODOLOGÍA

3 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3 1 PRESENTACIÓN EL CASO CLINICO

3 2 VALORACION DE ENFERMERIA

3 2 1 OBSERVACIÓN

3 2 2 ENTREVISTA DE ENFERMERIA

3 2.3 EXAMEN FISICO DE ENFERMERIA

3 2 4 HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

3 3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

3.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

3.5 EJECUCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

3 6 EVALUACION DEL PLAN DE CUIDADOS

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

GLOSARIO

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

La elaboración del presente caso tiene como propósito aplicar las actividades que establece el Proceso de Atención de Enfermería, según Virginia Henderson, en la atención de un paciente post operado de apendicectomía complicada

La cual inicia por la obstrucción de la luz del apéndice originada por un fecalito, inflamación o cuerpo extraño

Su incidencia entre varones y mujeres es de 2 a 1 entre los 15 y 25 años y mayores de 30 años de 1:1

Con la finalidad de planear e implementar técnicas y procedimientos oportunos y precisos conduciendo al paciente a un estado óptimo de independencia en la satisfacción de sus necesidades e incrementando así el nivel de calidad de atención y favoreciendo su pronta recuperación reduciendo en lo posible los días de hospitalización para reintegrarlo a la sociedad.

El presente caso clínico se establecerá en cuatro capítulos

El primero comprende el marco teórico donde se expondrán las bases teóricas que dan fundamento a la investigación los apartados que se desarrollan son. generalidades del proceso de atención de enfermería; el proceso de atención de enfermería con sus etapas de valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación; generalidades del modelo de Virginia Henderson y el desarrollo de la patología de apendicitis.

El segundo capítulo contempla la metodología a utilizar de la implementación del proceso de atención de enfermería.

El tercer capítulo desarrolla la aplicación del proceso de atención de enfermería y sus diferentes etapas.

En el cuarto capítulo se desarrollan las conclusiones, sugerencias, glosario y bibliografía

OBJETIVO GENERAL

Evaluar mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería a una paciente de apendicectomía complicada, para integrar un marco de conocimientos, técnicas y habilidades que satisfagan sus necesidades.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Proporcionar cuidados específicos a un paciente con apendicectomía complicada.
- Conocer la historia clínica del paciente post operado con complicaciones
- Conocer con fundamentos científicos la calidad y calidez que se le da a un paciente post operado.
- Proponer estrategias para mejorar la atención en pacientes con complicaciones.

1. MARCO TEORICO

1.1 GENERALIDADES

Enfermería es una disciplina práctica, en la que la calidad de la misma depende de las actitudes, los conocimientos y la habilidad para el cuidado efectivo del paciente que lo solicite en la salud o en la enfermedad.

En la actualidad la práctica de enfermería incluye la promoción de la salud, en los cuidados preventivos, curativos, en la asistencia en la rehabilitación y en la muerte. Este enfoque está orientado a las necesidades humanas que lo requieran. Los Cuidados de Enfermería, se apoyan en un marco conceptual que lo orienta hacia la dimensión de la realidad elegida por la enfermera.

- Los conocimientos científicos son una metodología efectiva y rigurosa, sirve como base para la comprensión del ser humano en sus dimensiones físicas, intelectuales y afectivas, también aportan explicaciones sobre su medio físico y sociológico.
- Las nociones y las habilidades técnicas son procedimientos metódicos y ordenados científicamente que ayudan a preservar la salud y combatir la enfermedad.
- Los conocimientos de la relación, estimulan la capacidad de la enfermera para establecer con sus pacientes lazos de relación con el entorno del paciente y su familia, creando un clima propicio, una comunicación cálida y significativa con ellos.
- Los conocimientos éticos se relacionan con el conjunto de normas y principios que el plano de los valores morales regulan el comportamiento correcto de la enfermera.
- Los conocimientos legales se refieren a los reglamentos y directivas que *contemplan protección de la enfermera y el paciente en las leyes* (1)

1 Hernández Ramírez Luz María "Proceso de Enfermería Antología", Editorial UNAM / ENEO, México, 2000, pág 16

Dentro de las funciones de enfermería , la ausencia de un marco conceptual y la existencia de los más variados conceptos dificultan la identificación de las funciones de enfermería por lo que se deducen funciones técnicas, administrativas y funciones docentes y de investigación.

FUNCIONES TÉCNICAS

Las acciones de enfermería tienen su base en la satisfacción de las necesidades del paciente como son

- Necesidad básica de respiración esto implicaría
 - a) Colocar oxígeno por mascarilla, catéter, tienda de oxígeno, croupette o
 - b) Poner en posición fowler, semifowler, rosierre y otras que faciliten la aspiración y expiración, así como drenajes de flemas
 - c) Observación y notación de signos y síntomas de problemas relacionados con la respiración
 - d) Toma de signos vitales y notación.
 - e) Administración de medicamentos.

- Necesidades básicas de alimentación y eliminación
 - a) Aplicación de sonda nasogástrica, vesical, sifón, lavados gástricos, sello de agua y otros.
 - b) Alimentación por sonda, gotero, biberón, cuchara, etc.
 - c) Notación y control de líquidos
 - d) Ministración de medicamentos
 - e) Informe de dietas o Ayuno.
 - f) Orientación nutricional a pacientes y familiares

- Necesidades de higiene y movilización .
 - a) Proporcionar diferentes posiciones y movilizaciones
 - b) Tendidos de cama, cambios de ropa, baños aseos parciales, corte de uñas, y de pelo.

- c) Supervisión de pacientes ambulatorios
- d) Cuidados de rehabilitación

- Necesidades básicas de descanso y ejercicio
 - a) Respeto al descanso y al sueño
 - b) Ayuda en la ejecución del ejercicio y masajes
 - c) Movilización para prevenir úlceras por decúbito
 - d) Colaborar en las terapias recreativas y ocupacionales
 - e) Orientar al paciente y su familia sobre ejercicios especiales

- Necesidades básicas de circulación
 - a) Observación de signos y síntomas de alarma que requieran atención de urgencia.
 - b) Toma de signos vitales.
 - c) Posiciones para mejorar la circulación y colocación de vendajes
 - d) Participación en tratamientos especiales
 - e) Aplicación de transfusiones, sangrías y otros

- Necesidades básicas de termorregulación
 - a) Toma de signos vitales, manejo de anotaciones y formas especiales
 - b) Control de temperatura por medios físicos , en caso necesario
 - c) Administración de medicamentos
 - d) Aplicación de calor y frío.

- Necesidades de hidratación:
 - a) Identificación de signos y síntomas de deshidratación
 - b) Control de líquidos.
 - c) Aplicación de venoclisis, soluciones y otras.
 - d) Ministración de medicamentos
 - e) Educación a familiares y pacientes

- Procedimientos de enfermería en el diagnóstico y tratamiento de su padecimiento

- a) Administración de medicamentos por vía oral, intramuscular, intravenosa, subcutánea, rectal, tópica e intradérmica
- b) Curación y aplicación de vendaje
- c) Manejo de tiras reactivas
- d) Colaboración en la visita médica
- e) Participación en tareas de punciones, diálisis, reanimación, suturas, rayos X, cateterismo y otros tratamientos especiales
- f) Aplicación de calor y de frío
- g) Manejo de equipo especial
- h) Empleo de técnicas asépticas
- i) Esterilización de material y equipo
- j) Manejo de formas y expediente del paciente
- k) Colaboración en el examen físico
- l) Atención a pacientes inconscientes, agónicos y post mortem

- Necesidades Psicosociales

- a) valoración del estado del paciente
- b) Colaborar con el estudio físico
- c) Orientar en la planificación familiar.
- d) Orientar y prevenir enfermedades venéreas
- e) Atención que propicie el desarrollo de la seguridad y autoestimación del paciente.
- f) Identificar problemas de ansiedad, tensión depresiones y angustias.
- g) Ofrecer terapias de apoyo para disminuir tensiones y angustias
- h) Dar orientación para una mejor utilización de sus recursos en bien de su salud.

FUNCIONES ADMINISTRATIVAS

Acción integradora

- a) La enfermera constituye el enlace entre el paciente y el sistema de salud organiza coordina y administra la atención de enfermería
- b) Participa en la elaboración de planes y programas del departamento de enfermería
- c) Enuncia normas y técnicas administrativas en los procedimientos de enfermería
- d) Formula políticas del departamento de enfermería
- e) Participa en la definición de funciones y responsabilidades del personal de enfermería
- f) Organiza la atención de enfermería.
- g) Planea y programa la atención de enfermería
- h) Organiza y controla el sistema de informes y registros de enfermería
- i) Dirige y toma decisiones
- j) Colabora en el desarrollo del personal de enfermería.
- k) Delega funciones y asigna actividades
- l) Participa en la evaluación de servicios de salud.
- m) Supervisa y valora las acciones de enfermería.
- n) Lleva el control de material y equipo necesario en la atención al paciente
- o) Discute problemas del servicio y presta soluciones
- p) Calcula el personal necesario en los servicios.

FUNCIONES DOCENTES Y DE INVESTIGACION

- a) Participa en la enseñanza a individuos, grupos o ambos
- b) Colabora en la enseñanza de estudiantes de enfermería y otros profesionales de la salud en prácticas clínicas sanitarias o asistenciales.
- c) Colabora en los programas de enseñanza en servicio.
- d) Da orientación y educación para la salud.
- e) Proporciona enseñanza en tratamientos especiales.

- f) Aplica métodos de investigación científica con el propósito de mejorar la atención de enfermería, innovando técnicas, procedimientos e incluso concepto y acciones
- g) Sugiere y participa en estudios o investigaciones que se efectúen en los servicios
- h) Realiza estudios de investigación relativos a las diferentes áreas de enfermería
- i) Participa en los estudios de investigación y control epidemiológico (2)

1.2 CONCEPTO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Es un método sistemático y organizado que brinda cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados como son: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, con los cuales se realizan acciones pensadas para maximizar los resultados, satisfaciendo las necesidades del paciente.

Es un proceso mental, una herramienta para la toma de decisiones intelectuales basadas en los conocimientos. El uso del proceso de enfermería ayuda a que el personal organice su trabajo y amplíe el campo de sus conocimientos y práctica.

Henderson afirma que el proceso de enfermería es un proceso analítico que debe ser utilizado por todos aquellos que prestan asistencia sanitaria cuando su actuación o la ayuda que ofrecen van encaminadas a resolver un

2 Balderas Ma. de la Luz, "Administración de los Servicios de Enfermería", Editorial Interamericana, Mc Graw-Hill, México, 1988, pág 177.

problema El propósito del proceso de enfermería radica en identificar los problemas sanitarios reales y de alto riesgo que sirve como base para planificar la asistencia, llevarse a cabo y valorar sus resultados en el paciente

También proporciona al paciente cuidados con calidad por medio de técnicas y procedimientos oportunos, precisos, exactos en el momento y sitio indicado en el menor tiempo posible para reintegrar al hombre a la sociedad con el mínimo de secuelas contando con el apoyo de su familia (3)

1.3 OBJETIVOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN

- El objetivo se orienta a la satisfacción de necesidades que requieren atención de enfermería, para que el paciente reciba atención de calidad
- Permitir al paciente manejar sus propios cuidados de salud.
- Proporcionar cuidados de calidad a un costo mínimo

1.4 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

1.4.1 VALORACIÓN

1.4.2 DIAGNOSTICO

1.4.3 PLANEACIÓN

1.4.4 EJECICIÓN

1.4.5 EVALUACION

2 Fernández Ferín Carmen y Novel Martí Gloria," Proceso de Atención de Enfermería", Editorial Masson- Salvat, México, 1ª Edición, 1993, pág. 26.

1.4.1 VALORACIÓN

Es la recogida de datos , es la fase inicial del proceso de cuidados. Consiste en reunir toda la información disponible, necesaria para el cuidado del paciente. La enfermera no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a cada uno de los clientes.

La recogida de datos deben ser objetivos, observados por la enfermera en el paciente que cuida y datos subjetivos facilitados por ella misma. Estos datos pueden contener informaciones pasadas y actuales, informaciones relativas al propio paciente, a su vida sus hábitos, su entorno, y su medio ambiente.

La valoración se subdivide a su vez en

OBSERVACIÓN: Es la capacidad intelectual de captar a través de los sentidos los detalles del mundo exterior. Es una atención especial que proyecta el pensamiento hacia el objeto de observación, manteniendo alerta la inteligencia y los sentidos.

Surge en primer lugar de un análisis de las percepciones que realiza la inteligencia a la luz de las experiencias del pasado, pero este proceso se basa en la atención y en la concentración.

Se fundamenta por tanto en la subjetividad del observador, es un proceso selectivo que nos impulsa a ver lo que hemos aprendido a ver y lo que esperamos ver.

La enfermera utiliza la vista, el oído, el tacto, y el olfato.

La vista nos aporta información en relación con las características físicas de una persona (su fisonomía , su mirada, su comportamiento, etc) nos informa sobre determinados signos y síntomas que traducen una necesidad insatisfecha o un problema de salud (por ej. un rostro triste o que denote sufrimiento, agitación o abatimiento, erupciones en la piel , edemas, ictericia. etc)

El oído a través de este sentido nos llegan las palabras, las flexiones de voz los quejidos o determinados ruidos que produce el paciente (latidos del corazón, emisión de gases, escalofríos, etc) o provocados por el (ruidos de una de una caída, o agitación)

El tacto desempeña un papel esencial en la exploración física o en la palpación, de ciertas partes del cuerpo, que permiten conocer determinados detalles (endurecimiento, grosor de una masa, textura de la piel, calor de los miembros etc.)

El olfato este sentido nos permite detectar olores que revelan el grado de limpieza del paciente, o determinados procesos patológicos, como infección de una úlcera, que produce un olor nauseabundo, o el aliento dulzón de un diabético en un momento de elevación de la tasa de azúcar (acidosis).

LA ENTREVISTA: Es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud. Se sobre entiende que el objetivo de este encuentro es recoger información que permita descubrir las necesidades que permanecen insatisfechas en el paciente y las distintas manifestaciones de dependencia que las determinen.

La enfermera debe escoger el momento oportuno para llevar a cabo la entrevista determinado los objetivos, seleccionar las técnicas. Fijar el lugar, sitio privado respetando la hora de sus alimentos, momentos de fatiga, de reposo e igualmente los periodos en que más sufre y el tiempo lo suficiente- mente largos para que así permita al paciente expresarse cómodamente. Debe mostrar cortesía, interés por la entrevista, escuchar con atención , mantener dominio en si mismo y tener discreción y tacto

El éxito de la entrevista depende de la habilidad de la enfermera para establecer una comunicación clara y eficaz permitiéndole conseguir los objetivos que se ha fijado (4)

4 Ibidem, Hernández, pág 89.

La entrevista es oral, se realiza cara a cara y se subdivide en Entrevista Dirigida o guiada. Consiste en una serie de preguntas y respuestas que siguen una guía previamente elaborada, se limita a la iniciativa del entrevistador y no se establece interacción. Sus ventajas son

- Se pueden reunir datos precisos
- Ahorra tiempo
- Se evitan desviaciones
- Facilita la evaluación
- Normaliza el procedimiento

La técnica que se utiliza es mediante

- Planear cuidadosamente la entrevista
- Formular guías o cuestionarios
- Establecer un buen conducto interpersonal
- Definir claramente el propósito
- Controlar la entrevista y evitar desviaciones
- Mostrar interés y aliento a las respuestas sinceras
- Que sea individual e interpretar reacciones psicológicas
- Anotar los datos más importantes
- Evaluar imparcialmente
- Formular conclusiones.

Entrevista de Presión : Es intentar colocar al entrevistador en un papel defensivo y confundirlo deliberadamente conforme progresa la entrevista.

Las preguntas se hacen abruptamente, cortantes, agresivas y el entrevistador se muestra abiertamente hostil hacia el entrevistador.(5)

5 Pérez Sosa Artemio, " Supervisión de los Servicios de Enfermería", Editorial Prado, México, 1997, pág. 84

HISTORIA CLINICA

Esta etapa se realiza mediante el método de interrogatorio, es de suma importancia ya que la información obtenida dependerá de la realización oportuna y adecuada de las siguientes etapas del examen clínico

El interrogatorio es el procedimiento que consiste en la recolección de datos de un paciente determinado, para estructurar la historia ordenada de su enfermedad

En el ejercicio profesional en el área de la salud, se ha utilizado a la historia clínica como un documento que registra los antecedentes del paciente, su padecimiento actual y los datos correspondientes a la exploración física

El objetivo es establecer una relación interpersonal con el paciente y sus familiares, obtener información indispensable e insustituible para la elaboración de un diagnóstico.

El interrogatorio puede ser:

Directo: Cuando se obtiene la información directamente del paciente

Indirecto: Cuando se obtiene información indirecta del paciente a través de sus familiares o terceras personas

Toda información debe abarcar identificación, antecedentes individuales, perfil del paciente y estado actual. Incluyendo los siguientes datos.

Datos de Identificación y Antecedentes Individuales

- Nombre completo.
- Grupo étnico.
- Edad cronológica real y aparente
- Sexo.
- Estado civil
- Religión
- Ocupación.
- Lugar de procedencia, residencia o ambas.
- Datos en relación al servicio, número de cama, registro en caso de estar hospitalizado el paciente y diagnóstico de ingreso.

- Datos de la persona responsable⁽⁶⁾

Perfil del Paciente:

- Ambiente físico
- Hábitos higiénicos.
 - Aseo
 - Alimentación
 - Eliminación
 - Descanso.
 - Sueño
 - Deportes
 - Estudio y trabajo
- Composición familiar
 - Dinámica familiar.
- Rutina cotidiana.

Estado Actual

- Problema o padecimiento actual.
- Manifestaciones clínicas
- Antecedentes hereditarios

En el ejercicio de la profesión médica se ha utilizado a la historia clínica como un documento que registra los antecedentes del paciente, su padecimiento actual y los datos correspondientes a la exploración física.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Es el examen sistemático del paciente para encontrar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional.

6 Rosales Barrea Susana, "Fundamentos de enfermería" Editorial Manual Moderno , México, 1991,pág.130

Su objetivo es confirmar los datos obtenidos a través del interrogatorio y detectar nuevos signos, mediante el método de exploración, en relación a la inspección, palpación, percusión, auscultación y medición

INSPECCIÓN es el método de exploración física que se efectúa por medio de la vista.

Su objetivo es detectar las características físicas significativas y observar y discriminar en forma precisa, los hallazgos anormales en relación con los normales

La inspección se divide de acuerdo a los siguientes criterios en:

- 1 Según la región a explorar:
 - Local: Inspección por segmentos.
 - General. Inspección de conformación, actitud, movimientos y marcha.
- 2 Según forma en que se realiza
 - Directa: Simple o inmediata (se efectúa mediante la vista).
 - Indirecta Instrumental armada o indirecta
3. Por el estado de reposo o movimiento
 - Estática: o de reposo de un órgano o cuerpo.
 - Dinámica: Mediante movimientos voluntarios o involuntarios.

PALPACIÓN: Es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto

Su objetivo es detectar la presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular, y movimiento, corroborando los datos obtenidos durante el interrogatorio e inspección

La palpación se divide en:

1. Según la forma en que se realiza:
 - Directa inmediata por medio del tacto y la presión.
 - Indirecta Armada o instrumental, mediante el empleo de instrumentos que permitan explorar conductos o cavidades naturales o accidentales (sondas acanaladas, catéteres, estiletes, etc.

2) Según el grado de presión

- Superficial con presión suave para obtener discriminaciones táctiles finas (textura de la piel, Tamaño de los ganglios linfáticos)
- Profunda con presión interna para producir depresión y así percibir órganos profundos
- Inidigital o Bidigital con el objeto de investigar puntos dolorosos, medir pánículo adiposo, estudiar movilidad de la piel, etc

3) Según el tipo de exploración

- Tacto mediante uno o dos dedos. Se utiliza para la exploración de cavidades rectales y vaginales.
- Manual sencilla o bimanual, en esta última se utilizan ambas manos, una para sentir la cual se coloca contra abdomen y la otra como mano activa, aplicando presión mediante las protuberancias blancas de la palma de la mano pasiva

PERCUSIÓN: Es el método de exploración física que consiste en golpear suavemente con la mano o instrumentos, cualquier segmento del cuerpo

La percusión debe ser suave, superficial y de igual intensidad.

Su objetivo es producir movimientos, dolor y obtener sonidos para determinar la posición, tamaño y densidad de una estructura subyacente y determinar la cantidad de aire o material sólido de un órgano. Se divide en :

Directa o Inmediata: Se golpea directamente la superficie del cuerpo con los dedos en forma suave, breve y poca intensidad.

Digitodigital: Se realiza percutiendo con un dedo de la mano derecha sobre otro dedo de la mano izquierda, sobre la región a explorar.

Indirecta: Armada o instrumental mediante golpes sobre cualquier superficie osteomusculoarticular

AUSCULTACIÓN Se efectúa por medio del oído. Sus objetivos son valorar ruidos o sonidos producidos en los órganos (contracción cardíaca, soplos cardíacos, peristaltismo intestinal, sonidos pulmonares, etc.)

La auscultación se puede realizar por dos tipos

Directa o inmediata

Indirecta: mediata o instrumental por medio de fonendoscopio y estetoscopio

MEDICIÓN Es la comparación de una magnitud con una unidad previamente establecida y que se utiliza para dar valor numérico a algunos atributos del paciente. La medición está integrada por la somatometría y los Signos Vitales.

- **Somatometría:** Se ocupa de las mediciones del cuerpo humano. Sus objetivos son valorar el crecimiento del individuo, valorar su estado de salud-enfermedad, y ayudar a determinar el diagnóstico médico y de enfermería. Dentro de la exploración física las mediciones de importancia son: peso, talla, signos vitales y perímetro.

Medición de Peso y Talla: Es la serie de maniobras para cuantificar la cantidad de gramos de la masa corporal y la distancia existente entre la planta de los pies del individuo, a la parte más elevada del cráneo.

- **Signos Vitales:** Son las manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante, y son: temperatura, respiración, pulso y tensión arterial o presión sanguínea.

El conocimiento de los signos vitales en un individuo, permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico (7)

7 Ibidem, Rosales, pág. 134-139

1.4.2 DIAGNOSTICO

Es el análisis e interpretación de los datos ,que permiten clasificar los datos según las catorce necesidades, que manifiesta el paciente, clasificando el grado de dependencia e independencia, y definir las fuentes de dificultad y factores que contribuyen a ellas ⁽⁸⁾

El Diagnóstico Médico se refiere habitualmente a la identificación de un proceso, con el fin de determinar su tratamiento a una afección específica

El Diagnóstico de Enfermería se centra en la respuesta del paciente a ese proceso en la forma en que él vive, esta situación y en los factores que dañan la satisfacción de algunas de sus necesidades ante la presencia de dicho proceso.

El problema de dependencia es un cambio desfavorable en la satisfacción de una necesidad fundamental, que puede ser de orden bio-psico-social, cultural o espiritual y que se manifiesta a través de signos observables

El diagnostico es un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia o comunidad. El diagnóstico de enfermería proporciona la fase para la selección de actuaciones de enfermería que consignan los resultados de lo que es responsable la enfermera.

La NANDA propone los siguientes tipos de diagnósticos.

- 1 Diagnósticos Reales
- 2 Diagnósticos de Alto Riesgo
- 3 Diagnósticos Posibles

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL

Representa un estado que ha sido clínicamente valido mediante características identificables.

8 Ibidem, Hernandez, pag 100

Esta integrado por:

- a. Enunciado
- b. Definición.
- c. Características que lo definen.
- d. Factores relacionados.

El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y de las características que lo definen. Debe contener un calificador preciso como alteración, deterioro, déficit, inefectivo o disfuncional en lugar de un modificador vago y subjetivo, como inadaptado, escaso o inadecuado⁽⁹⁾

La definición debe ser conceptual y coherente con el enunciado y las características que lo definen. Ayuda a diferenciar un diagnóstico particular de otros similares.

Características que lo definen, hacen referencia a los datos clínicos que en conjunto apuntan a ese diagnóstico.

Factores relacionados, son factores etiológicos y otros factores concurrentes que han influido en el cambio en el estado de salud. Dichos factores pueden agruparse en cuatro categorías: fisiopatológicas, relacionados con el tratamiento, de situación (Ambientales o personales) y de maduración.

Las fuentes de dificultad o factores etiológicos son el origen del problema de dependencia del paciente, un impedimento mayor para la satisfacción de una o de varias necesidades fundamentales, originando el problema de dependencia el paciente o lo que contribuye a él. Puede estar relacionado con factores de orden físico, psicológico, sociológico, espiritual o con un déficit de conocimientos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE ALTO RIESGO

Es un juicio clínico de un individuo, familia o una comunidad a ser más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.

9 Carpenito, L. " Diagnóstico de Enfermería", 5ª Edición, Editorial Interamericana Mc grauw Hill, Mexico,1995, pág 18

La enfermera reúne los datos y luego los sintetiza, formulándolos en unos pocos términos concisos, con los que diseña una imagen útil y significativa que explica claramente la situación.

El enunciado, es la descripción del estado de salud alterado del paciente y va seguido por el termino Alto Riesgo

La definición, expresa un significado claro y conciso del diagnóstico. Debe ser conceptual y coherente a los factores de riesgo, para permitir diferencias entre los diagnósticos similares.

Factores de Riesgo: representan situaciones que aumentan la vulnerabilidad de un paciente o grupo

Factores Relacionados: son los mismos factores de riesgo que en diagnóstico de enfermería real

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA POSIBLES

Son enunciados que describen un problema sospechoso para el que se necesitan datos adicionales. La palabra posible se utiliza en muchos diagnósticos de enfermería para describir problemas que pueden existir pero que requieren datos adicionales para ser confirmados o descartados

Los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados de dos partes que constan del diagnóstico de enfermería posibles y los datos en relación con que llevan a la enfermera a sospechar el diagnóstico

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE BIENESTAR

Es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel más elevado. Para que una persona o grupo tenga un diagnóstico de bienestar, deben estar presentes dos hechos

El deseo de un mayor nivel de bienestar y estados o funciones eficaces

1.4.3 PLANEACION

La planeación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar y reducir las respuestas del paciente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase inicia después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados

Es una etapa orientada hacia la acción, basada en el diagnóstico de enfermería, establece un plan de acción, programa sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben de tomar.

La enfermera elabora de alguna manera, una prescripción que puede tener efectos positivos sobre el estado físico y mental del paciente pudiendo reducir los efectos del problema de dependencia

A esta etapa se le conoce también como plan de intervención o plan de cuidados, está compuesto de dos elementos: los objetivos de cuidados y las intervenciones. OBJETIVOS indican lo que será capaz de hacer el paciente como objeto de las acciones de enfermería. El plan de cuidados es el que orienta todas las actividades de la enfermera.

El plan de intervención, relacionado con un paciente, permite a la enfermera juzgar la urgencia de sus necesidades y la importancia de sus problemas de dependencia. Le permite hacer una comparación con la situación de los demás pacientes, estableciendo prioridades para cada uno de ellos y decidir cuáles son las prioridades que debe respetar en el curso de su jornada de trabajo

El objetivo principal de los cuidados, dentro del marco conceptual de las necesidades fundamentales, consiste en conducir al paciente a un grado óptimo de independencia en la satisfacción de estas necesidades promoviendo que el paciente colabore en la preparación de su plan de intervención.

Las características de los objetivos

1. Deben expresar su objetivo de forma específica

2. En función del comportamiento del paciente
3. En función de la meta y grado de implicación que se espera de él.

Para que un objetivo sea específico debe orientarse hacia un solo sujeto cada vez, es decir, hacia el mismo paciente. respondiendo a la siguiente pregunta ¿ Quien realiza la acción ?.

En función del comportamiento , utiliza un verbo en voz activa que expresa un solo comportamiento cada vez p. ej. levantarse , comer, etc. y cuando hay varias acciones se suelen realizar al mismo tiempo pueden juntarse en un solo objetivo p. ej. El paciente se levantara y dará algunos pasos por la habitación. Estos verbos representan acciones objetivamente observables, y responde a la pregunta: ¿ Qué tiene que hacer el paciente ?

Cuando el objetivo adquiere un carácter más pasivo, el paciente es siempre el sujeto. Se expresa en función de la urgencia o de las necesidades de la situación. Por ejemplo Ana será vigilada cada hora en relación con los signos y síntomas de hipo o hiperglucemia. Respondiendo a la presunta ¿Qué se ha de hacer para el paciente ? Sin olvidar que en estos casos, el objetivo debe ser evaluable y expresado con toda precisión

Dentro de los elementos descriptivos de la acción, el objetivo debe expresar de que forma se realiza la acción del paciente ¿Con o sin asistencia? ¿ Con que medios?. Por ejemplo El paciente caminará con ayuda.

Este objetivo responde a la pregunta: ¿Cómo se hace la acción ?

El objetivo debe expresar criterios de observación, es decir , determinar en que momento y en que medida debe realizarse la acción. Por ej. El paciente caminará con ayuda, tres veces al día, durante cinco minutos

El objetivo responde a la pregunta ¿ En que medida se realiza la acción ?

Los campos a los que pueden pertenecer los objetivos de cuidados son

- a) De naturaleza *psicomotriz* , cuando lo que se esta implicando es el movimiento
- b) De naturaleza *cognitiva*, cuando se refiere al conocimiento
- c) De naturaleza *afectiva* Cuando están interesadas las sensaciones, las

emociones y los sentimientos.

Los objetivos describen cambios esperados en el comportamiento del paciente, pero el plazo previsto para que se lleve a cabo no tiene por que ser en mismo para todos. Puede ser a corto plazo, en horas, o en pocos días y a largo plazo, que puede requerir otro a corto y medio plazo.

INTERVENCIONES: Permiten a la enfermera determinar el tipo de acción y la forma para conseguir el comportamiento esperado en el paciente para corregir su problema de dependencia. Lo constituyen los gestos (acciones) que realiza ella misma, para conseguir el bienestar del paciente y su mejoría. Involucra a su vez las acciones que ella hace ejecutar al paciente.

A estas acciones se añaden intervenciones de comunicación, de relación de ayuda y enseñanza al paciente.

Las intervenciones de la enfermera se orientan a aumentar y completar lo que el paciente puede realizar por sí mismo y en determinados casos a suplir aquello que él no puede hacer por sí mismo. Por lo que sus acciones tienen

como objeto esencial conservar un grado óptimo de independencia en la persona.

Características de las intervenciones

- Innovadoras: emanar de un auténtico esfuerzo de creatividad por parte de la enfermera.
- Personalizadas: de acuerdo con las necesidades de la persona, su edad, su cultura y la gravedad de su problema de salud.
- Observables: de forma precisa.
- Medibles: las intervenciones deben ser igualmente evaluables (10)

10 Ibidem, Hernandez pág 129-141

1.4.1 EJECUCIÓN

La ejecución de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervenciones. Antes de ejecutar cuidados es esencial evaluar que puede hacer el paciente por si mismo , a fin de procurar que conserve toda su autonomía posible .

En algunas situaciones puede ocurrir que se imposible que el paciente realice una independencia más completa , en este caso los roles deberán ser compartidos. Igualmente pueden ocurrir situaciones en las que el agravamiento del problema de salud obliguen a la enfermera hacerse cargo de una forma casi total de la satisfacción de las necesidades del paciente .

La fase de ejecución inicia después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir objetivos deseados

La ejecución se lleva acabo mediante tres etapas

1. Preparación .
2. Intervención
3. Documentación.

PREPARACION: Durante está etapa se pondrá el plan de acción lo que implica las siguientes actividades: la persona que cuida al paciente debe comunicarse con él en múltiples circunstancias. Al llegar al hospital , al realizar la entrevista para la recogida de datos, y en todo el proceso de la ejecución de los cuidados diarios, explicándole la rutinas de la unidad, informándole de los tratamiento de las exploraciones y de las intervenciones a que ha de someterse

Esta comunicación debe ser clara eficaz y expresiva es lo que da a los cuidados este clima capaz de hacer que la estancia del paciente en el hospital sean satisfactorios

La comunicación verbal, no verbal y el tacto desempeñan aquí un papel importante la actitud de escuchar y hacer preguntas y responderlas, centrando la atención en el paciente.

INTERVENCIÓN La relación de ayudar a la persona en el proceso de su evolución personal, de su desarrollo, es la de ayuda o la comunicación terapéutica. Consiste en establecer un clima de confianza, de aceptación de respeto y de comprensión.

No consisten en aconsejar al paciente, sino en iluminarle y apoyarle en sus dificultades, aportarle el suficiente calor y comprensión para que él mismo pueda encontrar dentro de sí fuerzas para volver a tomar las riendas de su propia vida.

La relación de ayuda es un instrumento diario para la enfermera, frente al sufrimiento, a la tristeza, la soledad o la depresión que descubre en su paciente, la consideración positiva, el respeto caluroso y la comprensión empática, deben fundamentarse con sinceridad (11)

DOCUMENTACIÓN Consiste en seguir valorando al paciente, determinando las respuestas iniciales a sus reacciones o situaciones durante la ejecución de los cuidados, como es el caso de la ansiedad, el estrés, el miedo, el dolor, la soledad, la inmovilidad o la disminución de la actividad normal, la alienación, el sentimiento de importancia, la modificación del esquema corporal, la pérdida, el duelo y la muerte. Debido a que cada una de ellas manifiestan cambios físicos o la pérdida total del control de la persona sobre sí misma, se deberá comunicar cualquier cambio que pueda indicar la necesidad de un tratamiento adicional

11 Ibidem, Hernández, pag 158- 161

1.4.5 EVALUACION

Es la etapa que permite conocer los resultados del plan de intervenciones de enfermería y el logro de los objetivos en relación con la satisfacción de las necesidades y el estado de salud del paciente

Tomando como punto de referencia el objetivo de los cuidados, estos deben ser de forma clara y precisa, cuando la situación lo permita, indicar el espacio y el tiempo que exige su realización. El objetivo debe además redactar sus observaciones de forma concisa, indicar la fecha de la evaluación y firmar con su nombre.

La evaluación de los resultados es en cierto modo una recogida de datos más limitada que toca ciertos aspectos del problema de salud del paciente, para los que se habían planificado determinadas intervenciones. Esta etapa cierra la marcha del proceso de cuidados y a su vez pone de nuevo en marcha este mecanismo. Así cada vez que se añadan nuevos datos se ha de ir modificando el tratamiento sucesivamente⁽¹²⁾

El modelo de Henderson, lo definen los postulados y valores que sustentan el rol de la enfermera que en interacción con el paciente o persona dirige el cuidado hacia la satisfacción de las necesidades y un estado óptimo de independencia

Hace hincapié en el cuidado tanto de los individuos enfermos como de los sanos, es una de las primeras teóricas que incorporo los aspectos espirituales al cuidado enfermero. Para Henderson, la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud o la recuperación de la enfermedad o lograr una muerte tranquila

A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones

12 Ibidem, Hernandez, pág 169-177

y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

Henderson identifica catorce necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero, en el que la enfermera ayuda al paciente a satisfacer estas necesidades:

Necesidades Básicas de Henderson :

1. Necesidades de oxigenación
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación
- 4 Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5 Sueño y descanso
- 6 Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación
- 8 Mantenimiento de la higiene corporal y protección de la piel.
- 9 Necesidad de evitar peligros
- 11 Vivir de acuerdo con sus creencias y valores
- 12 Necesidad de Trabajar de forma que proporcione sensación de satisfacción
- 13 Necesidad de jugar y /o participar en varios tipos de actividades recreativas
- 14 Necesidad de aprendizaje ⁽¹³⁾

Henderson define cuatro conceptos del metaparadigma enfermero:

- 1 Persona
- 2 Entorno
3. Salud
- 4 Enfermería

13 Ibidem, Fernandez pag 16

PERSONA: Es considerada como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad, la persona y la familia son consideradas como una unidad. Se ve influenciada tanto por el cuerpo como por la mente.

Consta de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales, necesita fuerza de voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana.

ENTORNO: Implica la relación que uno comparte con su familia. Abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. Puede afectar a la salud, los factores personales (edad, entorno, cultura, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire y la temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona.

SALUD: Es la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, requiere fuerza de voluntad o conocimiento

ENFERMERIA. Es la asistencia fundamental al individuo sano o enfermo para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila Requiere un conocimiento de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar áreas de conflicto potencial o necesidades humanas inadecuadas.

Ayuda al paciente a satisfacer las catorce necesidades básicas a través de la Formación de una relación enfermera paciente ⁽¹⁴⁾

Henderson identifica tres niveles de funciones de enfermería

- 1 Sustitutas (compensa lo que le falta al paciente)
- 2 Ayudante (establece las interacciones clínicas).
3. Compañera (fomenta una relación Terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud)

14 Weqley R L, "Teorías y Modelos de Enfermería", 2ª Edición, Editorial Mc Graw- Hill interamericana, Mexico, 1997, pag 25-27

1.6 APENDICITIS.

- 1.6.1 Concepto.
- 1.6.2 Etiología
- 1.6.3 Signos y síntomas
- 1.6.4 Diagnóstico
- 1.6.5 Tratamiento
- 1.6.6 Complicaciones.
- 1.6.7 Pronóstico

1.6.1 CONCEPTO

Inflamación aguda o crónica del apéndice cecal con reacción peritoneal más o menos intensa. Se inicia por obstrucción de la luz del apéndice por un fecalito, inflamación, cuerpo extraño o neoplasia

1.6.2 ETIOLOGIA

Aunque la apéndice aguda es la enfermedad más frecuente de este órgano hay otros trastornos que pueden ser causados por cuerpos extraños deglutidos, oxiuros, fecalitos, tumores carcinoides, cánceres y adenomas vellosos. La obstrucción es seguida de infección, edema y frecuentemente infarto de la pared del apéndice. La tensión intraluminal aumenta rápidamente y tiende a producir necrosis temprana de la pared y perforación.

1.6.3 SIGNOS Y SINTOMAS

Inicia con dolor epigástrico o periumbilical, constante y moderado que cambia en término de 4 a 6 hrs a un dolor penetrante en el cuadrante inferior derecho del abdomen, seguido de breves, náuseas y vómito (de 1 a 2 episodios), presenta taquicardia breve e incremento de la temperatura en 1°C (37.7 a 38.3°C)

El síndrome se caracteriza por dolor a la palpación directa en el cuadrante inferior derecho, dolor a la descompresión en el mismo y espasmo de los músculos abdominales de esta zona, y leucocitosis ($10\,000$ - $18\,000/\text{mm}^3$)

Hay anorexia y malestar general moderado, es habitual la presencia de estreñimiento pero en ocasiones hay diarrea.

Piuria: cuando la apéndice esta cerca del uréter o de la vejiga.

El dolor a la palpación en el cuadrante inferior derecho se localiza en el punto de Mc Burney (punto de unión de los tercios medios y externos de la línea que une al ombligo con la espina anterosuperior). El signo de Rovsing (dolor en el cuadrante inferior derecho al palpar el cuadrante inferior izquierdo) sugiere la posibilidad de una apendicitis. El signo de Psoas (aumento del dolor con la extensión pasiva de la cadera derecha que distiende el músculo psoasílico) o el dolor del Aductor (el producido por la rotación interna pasiva del músculo flexionado).

El dolor puede no ser localizado, en especial en lactantes y niños . El dolor a la palpación puede ser difuso o producirse sólo con el tacto rectal o vaginal, en ocasiones no hay dolor a la palpación, sino que los únicos signos son el dolor abdominal, la fiebre persistente y la leucocitosis. Los movimientos intestinales suelen estar disminuidos o ausentes; si hay diarrea debe sospecharse un apéndice retrocecal. puede haber pocos hematíes en orina.

1.6 4 DIAGNOSTICO

Habitualmente el diagnóstico se establece en la exploración clínica EL vómito y la diarrea son más frecuentes, la fiebre y la leucocitosis pueden aumentar bruscamente y estar desproporcionadas con los signos abdominales

La localización del dolor espontáneo, esta poco definida y es poco cambiante

Se palpa una masa dolorosa y blanda al tacto rectal o en el cuadrante inferior derecho ⁽¹⁵⁾

Deben considerarse otros posibles diagnósticos alternativo

15 A Krupp Marcus A Steven. " Diagnostico Clínico y tratamiento", 23ª Edición, Editorial Moderna, Mexico 1988, pag 386

La gastroenteritis aguda es la alteración que con mayor frecuencia se confunde con apendicitis, en casos raros puede ocurrir al mismo tiempo con la apendicitis.

La adenitis mesentérica puede producir signos y síntomas idénticos a los de la apendicitis.

El Divertículo de Meckel puede simular apendicitis, se presenta en ambos sexos se examina el intestino delgado distal hasta una distancia de 2 mts. para descartar un divertículo de Meckel o una ileítis.

1.6.5 Tratamiento

El tratamiento es siempre quirúrgico porque la obstrucción del calibre inferior del apéndice no cederá con los antibióticos sólo

El tratamiento de apendicitis aguda es la apendicectomía. La operación debe ir precedida de la administración de antibióticos por vía IM o IV que deben repetirse durante la intervención y mantenerse durante 48 hrs. Se utiliza por lo general penicilina o gentamicina, pero de preferencia se administran las cefalosporinas de 3ª generación.

Pueden ser necesarias intervenciones alternativas, cuando se encuentra una masa inflamatoria grande que afecta el apéndice, el íleon terminal y el ciego.

El tratamiento quirúrgico, en la fase temprana bien conducida tiene una mortalidad menor de 1%

Pueden ser necesarias intervenciones alternativas, cuando se encuentra una masa inflamatoria grande que afecta el apéndice, el íleon terminal y el ciego

El tratamiento quirúrgico, en la fase temprana bien conducida tiene una mortalidad menor de 1%

La tasa de mortalidad relacionada con esta enfermedad refleja la perforación que ocurre cuando la operación es retardada

En casos de apendicitis no complicada.

- La ambulación se inicia el primer día del postoperatorio

- La dieta varía desde líquidos claros a dieta blanda progresivamente, durante el 2º al 5º día, dependiendo la rapidez con que se reinicie el peristaltismo y la función gastrointestinal.
- El tratamiento con antibióticos como son Penicilina 5 000 000 C/6 hrs Clindamicina 300mg C/ 6 hrs. Cefotaxima 1 gr, C/ 8hrs es recomendable durante 5-7 días o más tiempo, si durante la cirugía el líquido abdominal se encontró purulento o de mal olor, o si el cultivo resulto positivo, o si había signos de gangrena en el apéndice.
- La actividad normal puede iniciarse de 2 a 3 semanas después de la cirugía en enfermos sin complicaciones. ⁽¹⁶⁾

1.6.6 COMPLICACIONES

Dentro de la complicaciones podemos encontrar, temperaturas sépticas, la infección de la incisión obliga a volver abrir la incisión cutánea y predispone a la dehiscencia. Los abscesos intraabdominales pueden surgir por contaminación peritoneal después de gangrena y perforación, la fistula fecal es consecuencia de necrosis de la pared del ciego por un absceso o una ligadura emboisa de tabaco demasiado ajustada o de un nudo que se cerro

La obstrucción intestinal puede surgir con abscesos localizados y formación de adherencias, con obstrucción mecánica y hernia ⁽¹⁷⁾

LA PERFORACIÓN La apéndice puede ceder espontáneamente, sin embargo El ílio paralítico, la fiebre el malestar general y la leucocitocis se acentúan El diagnostico puede ser difícil si ya ha ocurrido la perforación con formación de absceso o peritonitis generalizada

¹⁶ Ibidem, Krupp, pág. 338

¹⁷ Schwartz Seymour, "Manual de Principios de Cirugía", 6ª Edición, Editorial Mc Graw- Hill Interamericana, México, 1999, pág 575.

El tratamiento de la apendicitis perforada es la apendicectomía a menos que haya formado un absceso en el cuadrante inferior derecho en la pelvis incluyendo el apéndice.

- 1) Peritonitisnitis Generalizada: es una secuela frecuente después de la perforación.
- 2) Absceso Apendicular: es una complicación de la apendicitis no tratada, el malestar general, los signos de intoxicación, fiebre y leucocitosis pueden ser mínimos o marcados. A la exploración física revela una masa dolorosa en el cuadrante inferior derecho o en la pelvis.

El absceso pélvico tiende a hacer prominencias en el recto o la vagina.

tratamiento con antibióticos puede retardar su aparición.

PIELOFLEBITIS: La tromboflebitis supurativa del sistema porta con formación de absceso hepático es una complicación rara pero altamente mortal. Debe sospecharse cuando se desarrolle fiebre de tipo séptico, escalofríos, hepatomegalia e ictericia, después de la perforación del apéndice

En estos casos esta indicado el tratamiento intensivo, combinando con antibióticos con drenaje quirúrgico de los abscesos.

Otras complicaciones pueden ser. el absceso subfrénico, y otros focos sépticos intra abdominales. Puede ocurrir obstrucción intestinal por adherencias.

1.6.7 PRONOSTICO

Con una intervención temprana el paciente es dado de alta en pocos día y la convalecencia normalmente es completa

Cuando hay complicaciones (rotura y formación de abscesos o peritonitis que pude ser local o generalizada) el pronostico es más grave aunque los antibióticos han reducido la mortalidad, en algunas ocasiones son necesarias repetidas intervenciones y una convalecencia prolongada (19)

18 Ibidem, Schartz, pág 575

19 Robert Berkow." El Manual Merck", 9ª Edición, Editorial Océano / Centrum, España 1994, pág.881

LAPAROTOMÍA

Es la incisión quirúrgica en la cavidad abdominal, por el flanco o lomo. Impropiamente pero de modo habitual se aplica a la incisión y abertura de la cavidad abdominal en cualquier punto, como primer tiempo de muchas operaciones sobre los órganos abdominales

SEPTICEMIA

Es una infección difusa en la cual aparecen bacterias y sus toxinas en el torrente sanguíneo. Puede ser resultado directo de microorganismos en la sangre, pero por regla general se debe a la presencia de un foco infeccioso corporal. Los mecanismos de penetración de las bacterias en la corriente sanguínea son.

- a) Por extensión directa, en un vaso abierto
- b) Liberación de émbolos infectados.

20 "Diccionario Terminológico de las Ciencias Médicas", 13ª Edición, Editorial Salvat, México, 1993, pag. 678

21 Ibidem, Schwartz, páq. 58

2. METODOLOGIA

El presente estudio se realizará en el Hospital General de Zona 1-A los Venados en el servicio de Cirugía General a un paciente masculino de 70 años de edad con diagnóstico inicial de apendicectomía y que culmina en apendicectomía complicada

Con este estudio se pretende determinar, conocer y aplicar los cuidados que se deben proporcionar a un paciente post operado de apendicectomía complicada.

La metodología que se utilizara es con la aplicación del proceso de atención de enfermería, desarrollando cada una de sus etapas: Valoración, diagnostico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación

2.1 VALORACIÓN

Es la recogida de datos, consiste en reunir toda la información disponible necesaria para los cuidados del paciente, en donde la enfermera no debe de cesar de observar consultar cuestionar y recopilar datos al paciente

Para el desarrollo de esta etapa se utilizará la valoración de acuerdo a la guía de necesidades de Virginia Henderson.

Esta etapa se llevará a cabo a través del siguiente instrumento

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidades básicas de : Oxigenación, Nutrición e Hidratación , Eliminación y Termorregulación

a) Oxigenación

Subjetivo.

Usted fuma: _____ Desde cuando fuma: _____ Cuantos cigarrillos al día: _____ Varía la cantidad según su estado emocional: _____

En que circunstancias _____ Presenta sensación de ahogo al subir escaleras,
caminar de prisa o al realizar algún ejercicio _____
Conoce o utiliza técnicas que cree que le mejoraran su respiración. _____ ¿Cuál
_____ Presenta cambios de temperatura en las
extremidades que no guardan relación con la temperatura ambiental _____.

Objetivo

Registro de signos vitales. TA _____ FC _____ FR _____ T _____
Tos productiva / seca _____ Características _____
Coloración de la piel _____ Lechos ungueales / peribucal _____
Circulación del retorno venoso _____

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo

Dieta habitual (tipo) _____
Numero de comidas que realiza al día _____ Que horarios _____
Que cantidad y tipo de líquidos bebe al día _____
Conoce las necesidades de alimentación e hidratación en relación a su edad y
actividad que realiza _____
A tenido cambios recientes en el peso _____ Conoce la causa _____
Tiene en la actualidad algún problema digestivo _____

Objetivo

Turgencia de la piel _____ Membranas mucosas _____
Características de uñas/ Cabello _____
Funcionamiento neuromuscular y esquelético _____

Aspecto de los dientes y encías _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización _____

c) Eliminación

Subjetivo

Cuales son sus hábitos intestinales (frecuencia) _____

Características de las heces, orina y sudoración _____

Presenta dolor al defecar/ orinar _____

El cambio del entorno modifica sus hábitos de eliminación _____

En la actualidad tiene algún problema relacionado con la necesidad de evacuar _____

Como influyen la emociones en sus patrones de eliminación _____

Objetivo.

Abdomen / características _____

Ruidos intestinales _____

Palpación de la vejiga urinaria _____

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura _____

Qué temperatura le produce sensación de bienestar _____

Objetivo:

Características de la piel _____

Transpiración_____

Condiciones del entorno físico_____

2.- Necesidades básicas de moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, higiene y protección de la piel, de evitar peligros, de comunicarse, de vivir según sus creencias y de aprendizaje

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo

Ocupación_____ Actividades en el tiempo_____

Cuántas horas al día permanece sentado_____ Deambulando_____

De pie_____ Acostado_____ Se considera una persona activa / sedentaria_____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza_____

Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad_____

Necesita ayuda para deambular_____

Presencia dolor con el movimiento_____

Presencia de temblores_____ Estado de conciencia_____

Estado emocional_____

b) Descanso y Sueño

Subjetivo:

Horas de descanso _____ Horas de sueño _____

Tiene necesidad de levantarse durante la noche _____

Los cambios en el entorno modifican o alteran su patrón de sueño _____

¿Cuáles? _____ ¿Cómo? _____

Hay algo que interfiera en su descanso en este momento _____

Se siente cansado al levantarse _____

Utiliza algún medio con el fin de facilitar el sueño _____

Objetivo

Estado mental ansiedad / estrés / lenguaje _____

Ojeras _____ Atención _____ Bostezos _____ Concentración _____

Apatía _____ Cefaleas _____ Respuesta a estímulos _____

c) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo _____

Momento preferido para el baño _____

Cuántas veces se lava los dientes al día _____

Aseo de manos antes y después de comer _____ Después de eliminar _____

Qué significado tiene para Usted la limpieza _____

Le afecta el hecho de que sus necesidades de higiene sean satisfechas con ayuda de otra persona _____ Como _____
Existen condiciones en su entorno que limiten o imposibiliten sus hábitos de higiene _____

Objetivo

Aspecto general _____

Olor corporal _____

Estado del cuerpo cabelludo _____

Lesiones dérmicas / qué tipo _____

(Anote su ubicación en el diagrama)

d) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia _____

Si necesita algún tipo de ayuda la utiliza _____

Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su auto imagen _____

Cómo ha reaccionado la familia ante sus problemas actuales de salud _____

Realiza controles periódicos de salud recomendados _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida _____

Objetivo:

Deformidades congénitas _____

e) Necesidad de comunicarse

Subjetivo

Estado civil _____ Qué posición ocupa en el seno familiar _____

Tiene a menudo cambios de humor _____

Qué tipo de vivienda habita _____

Número de habitaciones _____ Le afecta en su necesidad de comunicación _____

Tiene algún tipo de mascota o animal domestico _____ De qué manera le ayuda en su necesidad de comunicación _____

Ante situaciones causantes de estrés o conflictos se afecta su necesidad de comunicación _____ Como _____

Objetivo:

Habla claro _____ Confusa _____ Dificultad en la visión _____

Audición _____

f) Necesidad de vivir según sus creencias

Subjetivo

Qué religión profesa _____

Objetivo

De acuerdo a su religión permite el contacto físico _____

g) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo

Nivel de educación _____

Tiene problemas de aprendizaje _____

Limitaciones cognitivas _____ Tipo _____

Desearía incrementar su aprendizaje en el aspecto relativo a su salud /
enfermedad _____

Objetivo

Estado del sistema nervioso _____

Órganos de los sentidos _____

Estado emocional _____

Memoria reciente _____

Memoria remota _____

Otras manifestaciones _____

2.2 DIAGNOSTICO

Es el análisis e interpretación de los datos, que permiten clasificar los datos según las catorce necesidades, que manifiesta el paciente, clasificando el grado de dependencia e independencia, y definir las fuentes de dificultad y factores que contribuyen a ellas. El formato que se utilizara, para la elaboración de los diagnósticos será el de NANDA:

ETIQUETA DIAGNOSTICA	FACTORES CONTRIBUYENTES	FACTORES RELACIONADOS
----------------------	----------------------------	-----------------------

2.3 PLANEACIÓN

Esta etapa inicia después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

La planeación consiste en la elaboración de estrategias hacia la acción basada en el diagnóstico de enfermería, establece un plan de acción, programa sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben de tomar.

Posterior a la determinación se jerarquizaran estas y se establecerán sus objetivos.

2.4 EJECUCIÓN

La fase de ejecución inicia después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir objetivos deseados.

La ejecución de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervenciones

Antes de ejecutar cuidados es esencial evaluar que puede hacer el paciente por sí mismo, a fin de procurar que conserve toda su autonomía posible

Posterior a cada intervención de enfermería, se realizará su fundamentación científica

NECESIDAD: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: OBJETIVOS.	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

2.5 EVALUACIÓN

La evaluación se lleva a cabo por medio de una reflexión y un cuestionamiento sobre la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería. Tomando como punto de referencia el objetivo de los cuidados. Estos objetivos deben de ser de forma clara y precisa cuando la situación lo permita, indicar el espacio y el tiempo que exige su realización

3 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

Nombre: López Serrano Bernardino **Edad:** 70 años **Sexo:** Masculino

Domicilio: Trípoli No 43 **Colonia:** Portales

Estado civil: Casado **Religión:** Católico **Escolaridad:** Primaria

Ocupación: Jubilado **Nacionalidad:** Mexicano

Lugar de procedencia: Guanajuato

Diagnostico: Apendicectomía más Laparotomía

Paciente masculino de 70 años de edad quien inicia con dolor abdominal en fosa iliaca derecha con irradiación a región lumbar derecha acompañada de náuseas, cefalea, vomito de contenido alimenticio en una ocasión agregándose posteriormente constipación por lo que acudió a la U M F, donde se inician analgésicos sin mejora, agregándose al cuadro disuria, poliaquiuria y orina amarillenta. Motivo por el cual acude al servicio de urgencias.

Clínicamente: Orientado, hidratado abdomen globoso, blando y doloroso en epigastrio sin datos de irritación peritoneal, giordano derecho positivo y relevante, peristalsis presente.

En su segundo día de hospitalización el paciente presenta dolor a la palpación en flanco derecho y fosa iliaca derecha , acompañada de vomito de contenido gástrico, giordano importante derecho. A nivel de la cicatriz umbilical, se palpa masa de apariencia líquida, lo que hace pensar en una colección de líquido seroso

por debajo de la aponeurosis del ombligo. Por lo que se decide drenar absceso el cual presenta salida de líquido de 500 ml., de color ámbar y fétido.

Después de drenar absceso, se incrementa la distensión abdominal y se presenta ausencia de peristalsis y rebote dudoso, por lo que Cirugía General decide realizar Laparotomía Exploradora.

DIAGNOSTICO MÉDICO

Apendicitis Aguda y complicada por sepsis abdominal.

Presentando las siguientes necesidades:

- La necesidad de sueño y descanso, relacionada con la ansiedad presentada por la distensión abdominal y el dolor de la herida quirúrgica.
- La necesidad de eliminación asociada a vómitos, drenajes, sonda T, penrose, sonda nasogástrica y estreñimiento.
- La necesidad de oxigenación asociado a dificultad para respirar por la permanencia y molestia de la sonda nasogástrica y distensión abdominal.
- La necesidad de hidratación relacionada por la presencia de vómitos, salida de líquido serohemático por la herida quirúrgica y penroses.
- La necesidad de moverse y mantener una buena postura, por presencia de herida quirúrgica y drenajes.
- La necesidad de termorregulación asociada a fiebre de 39 a 40°C.
- La necesidad de higiene y protección de la piel relacionada por la salida de líquidos corporales y diaforesis.
- La necesidad de aprendizaje relacionado a la solicitud del paciente hacia su tratamiento.

- La necesidad comunicación asociada a la poca confianza con el personal medico y paramédico
- La necesidad de evitar peligros relacionada por la edad del paciente y su cirugía.

3.2 VALORACIÓN DE ENFERMERIA

Esta etapa se lleva a cabo a través del siguiente instrumento

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1 - Necesidades básicas de : Oxigenación, Nutrición e Hidratación , Eliminación y Termorregulación

a) Oxigenación.

Subjetivo

Usted fuma: ***Sí***, desde cuando fuma. ***hace 30 años***. Cuantos cigarrillos al día ***de 4 a 5 cajetillas***. Varía la cantidad según su estado emocional: ***Sí***. En que circunstancias: ***por stress*** . Presenta sensación de ahogo al subir escaleras, caminar de prisa o al realizar algún ejercicio: ***Sí*** .Conoce o utiliza técnicas que cree que le mejorarán su respiración ***No*** ¿Cuál?_____ Presenta cambios de temperatura en las extremidades que no guardan relación con la temperatura ambiental: ***Sí***.

Objetivo

Registro de signos vitales: TA: ***130/80*** FC: ***100 X'*** FR:***28 X'*** T: ***38⁵***

Tos ***productiva con expectoraciones blancas características: espesas.***

Coloración de la piel: ***Morena*** Lechos ungueales / peribucal: ***cianóticos.***

Circulación del retorno venoso: ***ingurgitación yugular.***

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo

Dieta habitual (tipo). **Variada con predominio de carbohidratos**. Numero de comidas que realiza al día: **4**. Con que horarios. **9, 12, 16, 20**. Que cantidad y tipo de líquidos bebe al día. **dos refrescos familiares** Conoce las necesidades de alimentación e hidratación en relación a su edad y actividad que realiza: **No**. A tenido cambios recientes en el peso: **Si** .Conoce la causa. **No**. Tiene en la actualidad algún problema digestivo: **No**.

Objetivo

Turgencia de la piel: **seca**. Membranas mucosas: **rosadas**

Características de uñas/ Cabello: **quebradizo**.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: **normal**.

Aspecto de los dientes: **con caries** y encías: **con gingivitis**

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: **En proceso de cicatrización de una semana**.

c) Eliminación

Subjetivo:

Cuales son sus hábitos intestinales (frecuencia): **Urinaria 3 veces al día, Intestinal cada 3 días**. Características de las heces, orina y sudoración: **Heces duras y escasas; orina concentrada, Sudoración profusa**. Presenta dolor al defecar u orinar: **No**. El cambio del entorno modifica sus hábitos de eliminación: **Si**. En la actualidad tiene algún problema relacionado con la necesidad de evacuar: **Si**. Como influyen la emociones en sus patrones de eliminación: **de ninguna forma**.

Objetivo:

Abdomen / características **globoso duro sin dolor a la palpación.**

Ruidos intestinales. **Normoactivos**

Palpación de la vejiga urinaria: **normal.**

d) Termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: **Buena**

Qué temperatura le produce sensación de bienestar: **templada.**

Objetivo.

Características de la piel **seca.**

Transpiración: **no**

Condiciones del entorno físico: **Acceptables**

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, higiene y protección de la piel, de evitar peligros, de comunicación, de vivir según sus creencias y de aprendizaje

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo.

Ocupación: **Jubilado.** Actividades (en tiempo) **ninguna.**

Cuántas horas al día permanece sentado: **30 minutos**. Deambula: **No**. Tolera estar de pie. **No**. Cuánto tiempo permanece acostado **La mayor parte del tiempo**. Se considera una persona activa / sedentaria: **sedentaria**

Objetivo.

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: **se encuentra con debilidad**

Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad **Con buen tono**.

Necesita ayuda para deambular: **No deambula** Presenta dolor con el movimiento: **No** Presencia de temblores: **No**. Estado de conciencia **somnoliento**. Estado emocional: **ninguno**.

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horas de descanso **las 24 hrs**. Horas de sueño: **permanece la mayor parte del tiempo somnoliento**. Tiene necesidad de levantarse durante la noche:

No. Los cambios en el entorno modifican o alteran su patrón de sueño: **Si**

¿Cuáles? **El ruido de las máquinas de escribir**.

Hay algo que interfiera en su descanso en este momento. **No**.

Se siente cansado al levantarse: **Si**.

Utiliza algún medio con el fin de facilitar el sueño: **No**.

Objetivo:

Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: **somnoliento**.

Ojeras: **No** Atención. **esporádica**. Bostezos: **frecuentes**.

Concentración: **no valorable en el momento**.

Apatía. *ninguna*. Cefaleas No Respuesta a estímulos *reflejos neuromusculares conservados*.

c) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo

Frecuencia de aseo *Diario con esponja*. Momento preferido para el baño: *por la mañana*. Cuántas veces se lava los dientes al día: *una vez (usa placa dental)*. Aseo de manos antes y después de comer: *Si*. Después de eliminar, *Si*. Qué significado tiene para Usted la limpieza: *de relajación*. Le afecta el hecho de que sus necesidades de higiene sean satisfechas con ayuda de otra persona. *No*. Existen condiciones en su entorno que limiten o imposibiliten sus hábitos de higiene: *Si*. ¿Cuál? *la presencia y movilización continua de los familiares de los pacientes (compañeros de habitación)*.

Objetivo:

Aspecto general : *Limpio*.

Olor corporal: *Ninguno*

Estado del cuerpo cabelludo: *semigraso*.

Lesiones dérmicas / qué tipo: *ninguna*.

d) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo

Qué miembros componen su familia: *Esposa, tres hijos varones y una*

mujer. Cómo reacciona ante una situación de urgencia **con alarma.**

Si necesita algún tipo de ayuda la solicita **Si.** Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su auto imagen: **No** Cómo ha reaccionado la familia ante sus problemas actuales de salud **con aceptación y apoyo en mi persona.** Realiza controles periódicos de salud recomendados: **Si con el médico familiar.** Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida **con serenidad.**

Objetivo

Deformidades congénitas: ninguna.

e) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: **casado.** Qué posición ocupa en el seno familiar: **abuelo.**

Tiene a menudo cambios de humor: **Si.** Qué tipo de vivienda habita **propia de concreto.** Numero de habitaciones **3.** Le afecta en sus necesidades de comunicación: **No.** Tiene algún tipo de mascota o animal domestico. **Si un perro.** De que manera le ayuda en sus necesidades de comunicación **de compañía.** Ante situaciones causantes de estrés o conflictos se afecta su necesidad de comunicación: **Si .** Como: **por aturdimiento.**

Objetivo

Habla claro: **No**

Confusa: **Si.**

Dificultad en la visión: **Si**

Audición: **ocasionalmente.**

f) Necesidad de vivir según sus creencias

Subjetivo

Qué religión profesa: **Católica.**

Objetivo

De acuerdo a su religión permite el contacto físico: **Si.**

g) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo

Nivel de educación: **Primaria**

Tiene problemas de aprendizaje: **No**

Limitaciones cognitivas: **No. Tipo: ninguna.**

Desearía incrementar su aprendizaje en el aspecto relativo a su salud / enfermedad: **Si.**

Objetivo

Estado del sistema nervioso **Conservado**

Órganos de los sentidos. **Intactos.**

Estado emocional: **Tranquilo.**

Memoria reciente: **Conservada.**

Memoria remota: **Conservada.**

Otras manifestaciones **ninguna.**

3.3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- 3.3.1 Alteración del sueño y descanso asociado al dolor de la herida quirúrgica , drenajes de penroses, sonda T, y sonda nasogástrica manifestados por salida de líquidos serohemáticos purulentos y heces fecales

- 3.3.2 Eliminación: Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos asociado a vómito, diaforesis, drenajes de sonda T, foley, nasogástrica y penroses (derecho e izquierdo) manifestado por la salida de líquidos corporales

- 3.3.3 Oxigenación Ineficaz limpieza de las vías aéreas, asociada a la permanencia de sonda nasogástrica, manifestada por la dificultad respiratoria.

- 3.3.4 Hidratación: Alto riesgo del déficit de volumen de líquidos asociado a la salida de líquidos serohemáticos purulentos por herida quirúrgica, y heces fecales por penroses.

- 3.3.5 Termorregulación Hipertermia asociada a proceso infeccioso por herida quirúrgica y manifestado por fiebre de 39 a 40°C.

- 3.3.6 Moverse y mantener buena postura. Intolerancia a la actividad asociada a complicaciones de cirugía por laparotomía manifestada por abdomen globoso, presencia de drenajes sonda T, penroses (derecho e izquierdo) y herida quirúrgica
- 3.3.7 Higiene y protección de la piel: Alto riesgo del deterioro de la integridad cutánea, manifestada por la salida de líquidos corporales serohemático y purulentos, de herida quirúrgica y heces fecales por penroses (derecho e izquierdo)
- 3.3.8 Aprendizaje. Déficit de conocimientos, acerca de su padecimiento y tratamiento a seguir, manifestado por petición del paciente al autocuidado post cirugía y por inquietud.
- 3.3.9 Evitar los peligros. Alto riesgo de traumatismo asociado a desconocimiento del tratamiento y autocuidado
- 3.3.10 Comunicación: Deterioro de la integridad social, asociado a la falta de confianza con el personal médico y paramédico de sus temores, manifestado por la permanencia hospitalaria prolongada y angustia.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

NECESIDAD	DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
1 Oxigenación		X
2 Hidratación	X	
3 Termorregulación	X	
4 Eliminación	X	
5 Sueño y descanso	X	
6. Higiene y protección de la piel	X	
7 Movilización y buena postura	X	
8. Comunicación		X
9. Aprendizaje	X	
10 Evitar peligros		X

3.4 PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

NECESIDADES DETECTADAS	NECESIDADES JERARQUIZADAS	OBJETIVOS
Sueño y descanso	1 - Oxigenación	1 -Evaluar la dificultad respiratoria al realizar actividades cotidianas
Eliminación	2.- Hidratación	2.- Mantener un equilibrio electrolítico.
Hidratación	3 - Termorregulación	3 - Mantener una regulación térmica
Moverse y mantenimiento de la postura	4 - Eliminación	4.- Restablecer un balance hídrico.
Termorregulación	5.- Sueño y descanso	5 - Propiciar un ambiente confortable, regulando el patrón de sueño
Evitar peligros	6.- Higiene y protección de la piel	6.- Evitar el deterioro de la integridad cutánea
Oxigenación	7 - Moverse y mantener buena postura	7 - Analizar el riesgo de lesión aumentando la fuerza y resistencia de los miembros.
Higiene y protección de la piel	8.- Comunicación	8.- Identificar el deterioro de la comunicación verbal.
Aprendizaje	9 - Aprendizaje	9.- Orientar al paciente a asumir la responsabilidad de autocuidado.
Comunicación	10.- Evitar peligros	10.-Prevenir accidentes de acuerdo a las limitaciones sensoriales y corporales que presenta el paciente

3.5 EJECUCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

NECESIDAD: Oxigenación. - Riesgo de alteraciones en la función respiratoria, estado en que el individuo presenta riesgo de experimentar una amenaza al paso del aire a través del aparato respiratorio y el intercambio de gases, entre los pulmones y el sistema vascular⁽²²⁾.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Ineficaz limpieza de las vías aéreas, asociada la permanencia de la sonda nasogástrica, manifestada por dificultad respiratoria

OBJETIVO Evaluar la dificultad respiratoria al realizar actividades cotidianas

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>1. Examina las posibles causas físicas, emocionales y los métodos de adaptación eficaz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distraer a la persona para que no piense en su estado de ansiedad haciendo que mantenga el contacto ocular con uno mismo, o con algún familiar, “ decirle ahora míreme y respire conmigo lentamente así”. • Quedarse con la persona e instruirle para que haga respiraciones más lentas y eficaces. <p>2. Favorecer las respiraciones lentas y profundas haciendo pausas cuando deambula por primera vez, después de una inmovilidad o cirugía.</p> <p>3. Para la afectación neuromuscular, variar la posición de la cama, cambiando gradualmente la</p>	<p>1 La ventilación requiere movimientos sincrónicos de las paredes del tórax y abdomen (la coordinación y el control consistente de la respiración son elementos claves para enseñar a respirara a una persona eficazmente). Con la inspiración el diafragma se mueve hacia abajo, los músculos intercostales se contraen, la pared torácica se eleva hacia arriba y hacia fuera, la presión intra torácica descende, y el aire penetra. La espiración se produce cuando se expulsa el aire fuera de los pulmones, mediante el retroceso elástico de estos y la relajación del tórax y diafragma La espiración está disminuida en los ancianos y la enfermedad pulmonar crónica.</p> <p>2. Hay dos fases de respiración : externa que se produce en los</p>

22 Carpenito Linda Jual R N , MSN. “Diagnóstico de Enfermería Aplicación a la Práctica Clínica”.3ª Edición, Ed Interamericana Mc Graw Hill. España. 1991,pág.672.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

posición horizontal y vertical del tórax a menos que esté contraindicado.

- Ayudarle a cambiar de postura girándole frecuentemente de un lado a otro (horariamente si es posible).
 - Animarle a que respire profundamente y haga ejercicios controlados cinco veces cada hora
 - Auscultar los campos pulmonares cada 8 hrs y aumentar la frecuencia si hay ruidos alterados
4. En caso de un nivel de conciencia disminuido:
- Cambiarle de lado de forma programada (p. ej. sobre el lado izquierdo en horas impares y sobre el derecho en las horas pares) no dejar que la persona se quede acostada sobre la espalda.
 - Colocarle sobre el lado derecho después de las comidas (alimentación por sonda nasogástrica, gastrostomía) para impedir la regurgitación y aspiración.
 - Mantener la cabecera de la cama elevada a 30° a menos que este contraindicado.
5. Prevenir las complicaciones⁽²⁴⁾

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

pulmones a nivel alveolar (aire externo hacia el torrente sanguíneo)

La respiración interna se produce entre los capilares y el líquido intersticial (del torrente sanguíneo a los tejidos, se necesita una perfusión óptima

- 3 La tos (guardián de los pulmones) se realiza mediante el cierre de la glotis y la explosión explosiva del aire de los pulmones, mediante el trabajo de músculos abdominales y torácicos.
- 4 El estar acostado hace que los órganos abdominales se desplacen hacia el torax, comprimiendo los pulmones y haciendo más difícil la respiración.
5. El contener la respiración puede tener como resultado una maniobra de valsava, un marcado aumento en la presión intratorácica e intraabdominal, con profundos cambios circulatorios (disminución de la frecuencia cardíaca, gasto cardíaco y tensión arterial).
- 6 La hiperventilación (expulsión del CO₂) producen un desequilibrio ácido-base y puede dar como resultado una pérdida temporal de conciencia (desmayo)
7. Los términos taquipnea, hiperpnea, hiperventilación, bradipnea e hipoventilación, se confunden frecuentemente⁽²³⁾

23 Op.cit Carpenito pág 675

24 Ibidem Carpenito pag. 677-678

NECESIDAD Hidratación - Es el estado en que el individuo que no está en dieta absoluta experimenta o está en riesgo de experimentar deshidratación vascular intersticial o intracelular(25)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos asociado a salida de liquido serohemático purulento por herida quirúrgica y heces fecales por penroses

OBJETIVO Mantener un equilibrio electrolítico

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>1. Valorar los signos de deshidratación</p> <p>a) Piel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mucosas (labios, encías), (secos) • Lengua (con surcos / seca) • Turgencia (disminuida) • Color (pálido o sonrojado). • Humedad (seco o sudoración profusa) • Globos oculares (hundidos). <p>b) Diuresis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad (diversa, cantidad muy grande o mínima). • Color: (ámbar, muy oscuro o muy claro). • Densidad (aumentada o disminuida). • Ingesta frecuente a pérdidas. <p>c) Peso (pérdida/ aumento).</p> <p>d) Venas del cuello (colapsadas cuando se acuesta).</p> <p>2 Estudios de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hemoglobina /hematocrito. • Electrolitos. 	<p>1 Ingesta de líquidos se regula principalmente, mediante la sensación de sed la diuresis se regula, principalmente mediante la capacidad del riñón para concentrar la orina</p> <p>2 El promedio de pérdidas diarias de líquidos en un individuo normal es.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Orina. 1 500 ml * Heces 200 ml. * Respiración de 1000 a 1300 ml (pérdidas insensibles) <p>3 El cuerpo obtiene agua de dos maneras: de la comida y bebidas absorbidas por el tracto gastrointestinal (es la mayor fuente) y de la oxidación celular de los nutrientes.</p> <p>4 Los líquidos excretados por el cuerpo arrastran electrolitos con ellos, lo que ocasiona una pérdida electrolítica de Orina ($K^+ Na^+$) Jugos gástricos (k^+, H^+) Respiración ($Na^+ Cl^-$) Heces (k^+).</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Nitrógeno ureico (BUN)
- Análisis de orina
- Creatinina

3. Eliminar o reducir los factores causales

a Vómitos

b Fiebre

- Mantener la temperatura por debajo de 38.4 ° C mediante compresas de agua tibia y medicación (p ej ácido acetilsalicílico o acetaminofén)
- Eliminar el exceso de ropa y mantas
- Mantener fría la temperatura de la habitación
- Animar a tomar líquidos fríos y ligeros cuando la medicación está en el punto álgido de efectividad y la temperatura es más baja.
- Si la temperatura es extremadamente alta, superior a 39.5 ° C aplicar bolsas de hielo, en los puntos de pulso (ingles, axilas).

c) Aspiración gástrica (nasogástrica u otras)

- Utilizar sólo solución salina normal para la irrigación de las sondas gástricas, a fin de minimizar el desequilibrio electrolítico.
- En el caso del individuo sediento que tiene aspiración gástrica, a menos que esté contraindicado por cirugía o fracaso renal, consultar con el médico en lo referente a la

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

- 5 Es necesario un equilibrio entre el agua y el sodio para que exista un nivel de líquidos normales en el cuerpo. El agua proporciona del 90 al 93% del volumen de líquidos corporales, mientras que el sodio proporciona del 90 al 95 % del soluto del líquido extracelular
- 6 Puede esperarse una pérdida excesiva de líquidos durante
 - Fiebre o aumento del índice metabólico.
 - Ejercicio extremo (calor / sequedad).
 - Vómitos excesivos o diarrea.
- 7 La sangre es el líquido refrigerante del cuerpo. La deshidratación (y la disminución del volumen sanguíneo) produce un aumento en la temperatura corporal, pulso y respiraciones.
8. El agua normalmente se encuentra en tres espacios del cuerpo: Dentro de los vasos sanguíneos y dentro de los espacios intersticiales (extracelular) y de las propias células (intracelular). Puede producirse deshidratación dentro del árbol vascular, mientras que el agua de los espacios intersticiales puede ser excesiva (edema). Los cambios anormales entre los compartimientos del cuerpo pueden causar exceso o déficit de líquido.
9. La densidad de la orina refleja la capacidad del riñón para

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

ingestión de sorbitos medidos de agua

- Restar siempre todos los líquidos ingeridos (por sonda o por boca) el drenaje gástrico total, para obtener el drenaje neto.
- Llevar un registro cuidadoso y claro de la ingesta y las pérdidas: cantidad, tipo y color.
- Proporcionar cuidados bucales frecuentes.

4. Diarrea / deposiciones blandas.

5 Drenaje de heridas (pus, serosos, etc).

- Llevar registros de la cantidad y el tipo de drenado (sonda nosogástrica, tubos de tórax / toracocentesis, drenajes / parasintesis, tubos en T, deposiciones líquidas o blandas, poliuria, drenaje de heridas, pérdida de peso)
- Pesar los apósitos, si es necesario, para valorar la pérdida de líquidos (pesar los apósitos húmedos; pesando previamente un apósito seco del mismo tipo y compara la diferencia).
- Pesar a la persona diariamente si el drenado es excesivo y difícil de medir (p. ej., sábanas empapadas).
- Sustituir la pérdida de líquidos (puede estar contraindicado en insuficiencia cardiaca, fracaso

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

concentrarla, el índice de esta densidad varía con el estado de hidratación y los sólidos que deben ser excretados (la densidad es alta cuando existe deshidratación, lo que significa una orina concentrada)

Los valores son:

Normal: 1. 010 – 1. 025

Concentrada: superior a 1. 025

Diluida inferior a 1. 010

10 Los electrólitos séricos se utilizan en cuatro importantes funciones:

- Ayudan a regular el equilibrio de líquidos.
- Ayudan a las relaciones enzimáticas
- Participan en la regulación ácido base para mantener el PH normal.
- Juegan un papel esencial en la en la actividad nerviosa y muscular.

11. El potasio es el catión fundamental del flujo intracelular que influye sobre el equilibrio ácido-base y la hidratación celular. El potasio alto o bajo interfiere con la con la conducción del impulso nervioso a través del músculo esquelético liso y cardíaco, esto puede manifestarse por irritabilidad o flaccidez cardiaca y muscular, lo que a su vez puede producir arritmias que amenacen la vida.

12. Las condiciones que aumentan la incidencia de hipokalemia (potasio bajo) son:

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- 6 Iniciar la educación sanitaria según resulte indicado
- Valorar la comprensión de la persona sobre la pérdida de líquidos que experimenta (que electrolitos se pierden) y los líquidos sustitutivos
- Dar instrucciones verbales y escritas para la reposición de líquidos (p. ej. beba al menos 3lts. del líquido al día.
- Enseñar a la persona a evitar exposición repentina y excesiva al calor / sol / ejercicio.
- Aumentar gradualmente la exposición y actividad cuando hace calor
- Tomar tres comidas equilibradas al día.
- Aumentar la ingesta de líquidos en días calurosos.
- Disminuir la actividad durante el tiempo de extremo calor⁽²⁶⁾

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

- Terapia con diuréticos(pérdida de potasio por la orina)
 - Ascitis (perdida de potasio por acumulación de líquidos en el abdomen).
 - Malos hábitos dietéticos (ingesta pobre de potasio)
 - Sudoración profusa (perdida de sodio y potasio)
 - Diarrea prolongada / síndrome de mala absorción (perdida de potasio por las heces)
 - Aspiración gástrica prolongada (pérdida celular de potasio).
13. Las personas que sufren una cirugía abdominal larga o cirugía torácica pierden grandes cantidades de líquidos por evaporación directa, en el quirófano,(la pérdida insensible adicional puede ser la responsable del déficit de líquidos en el post- operatorio inmediato).
 14. La ingesta de líquidos en el adulto requiere como promedio 2.000 a 3.000 ml. de ingesta de líquidos al día En condiciones normales, un adulto que no sude necesita 1.500 ml diarios de líquido. Una cantidad adicional de 1.000 ml. provienen de las heces sólidas y de la oxidación durante el metabolismo.

26 Ibidem, Carpenito,pág.387-389,496-502.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

- 15 Para valorar correctamente las posibilidades que una persona tiene de sufrir un desequilibrio de líquidos, es necesario examinar detallada - mente la ingesta y diuresis - de las 24 a 72 hrs. anteriores.(en una nefropatía o cardiopatía, puede ser necesario considerar la ingesta y diuresis de los 5 a 7 últimos días, además del peso corporal)
- 16 Entre las personas de sufrir un alto desequilibrio de líquidos, se encuentran:
 - Quienes toman una medicación para la retención de líquidos, hipertensión, convulsiones o ansiedad (tranquilizantes)
 - Las personas que sufren de diabetes, cardiopatía, excesiva ingesta de alcohol, desnutrición, obesidad o trastornos gastrointestinales.
 - Los adultos por encima de 60 años y niños por debajo de 6 años
 - Las personas confusas, deprimidas, comatosas o aletargadas (sin sensación de sed).
17. Es necesaria una ingesta adecuada de proteínas para mantener una presión osmótica normal.
- 18 Las personas que se alimentan por sonda corren un alto riesgo de deshidratación, porque la elevada concentración del

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

soluto de los alimentos, puede producir diarrea y diuresis. La alimentación por sonda debe ser complementada con cantidades específicas de agua para mantener una hidratación adecuada.

19. Una ingesta de sodio elevada produce un aumento en la retención de agua (estos se encuentran en alimentos con alto contenido en sodio o en algunos fármacos como son el bicarbonato de sodio, antiácidos y antitusígenos.
20. Entre los alimentos con alto contenido en potasio se encuentra el plátano, dátiles, pasas, naranjas, tomates, cereal, papas e hígado⁽²⁷⁾

27 Ibidem, Carpenito, pág 497- 499.

NECESIDAD: Termorregulación - Es el estado en el cual la temperatura del individuo fluctúa entre la hipotermia y la hipertermia ⁽²⁸⁾

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA Hipertermia asociada a proceso infeccioso por herida quirúrgica y manifestada por fiebre de 39 a 40°C

OBJETIVO. Mantener una regulación térmica

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar las constantes vitales <ul style="list-style-type: none"> - hipertermia e hipotermia - Frecuencia cardiaca - Respiraciones (número, ritmo, presencia de retracciones, sonidos respiratorios) -Tensión arterial anormal 2 Valorar el estado mental. <ul style="list-style-type: none"> - alerta, somnoliento, confuso, orientado o comatoso 3. Valorar la piel y la circulación <ul style="list-style-type: none"> - Intacta. - Lesionada(especificar) - Exantema (especificar tipo y localización). - Turgencia: normal o deshidratada. - Temperatura. sensibilidad, caliente, templada, fría, húmeda - Aspecto: rubor o palidez - Calidad de los pulsos periféricos (radial, pedio). 4. Valora los posibles signos de infección. <ul style="list-style-type: none"> - Dolor: rubor, tumor (especificar la localización) - Orina: turbia. - Exudación o drenaje anormal. -Olor fétido (especificar localización) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La termorregulación implica equilibrar la producción y la pérdida de calor. 2. La perdida de calor está causada por el aumento del índice metabólico por medio de: <ol style="list-style-type: none"> a La actividad hipotalámica, que estimula: <ul style="list-style-type: none"> - El aumento de la actividad muscular (p.ej., tiritar) - La liberación de tirixina. - La noradrenalina y la termogénesis química simpática b La respuesta celular para producir calor. 3. La pérdida de calor está controlada por El sistema aislante (piel, tejido, subcutáneo , grasa). Y la respuesta celular para conservar el calor (vasoconstrucción). Los ancianos tienen un compromiso en su capacidad para reaccionar a los cambios en la temperatura ambiental, debido a <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de los tejidos subcutáneos aislantes. - Disminución de la tiroxina circulante

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- 5 Valora los signos de deshidratación.
- Boca reseca, lengua arrugada, labios secos.
 - Determinar la ingesta y eliminación de líquidos
6. Analizar las pruebas de laboratorio pertinentes.
- Recuento de leucocitos: Dentro de los límites normales, elevado, disminuido (especificar)
 - Hemoglobina y hematocrito: Dentro de los límites normales, elevado, disminuido (especificar)
 - Electrolitos séricos: Dentro de límites normales, anormales, (especificar).

En el caso de la Hipertermia

- Proporcionarle cambios frecuentes de las sábanas (algodón absorbente de preferencia) y tejidos que reduzcan al mínimo la humedad.
- Proporcionarle baños frecuentes
- Mantener las barras de la cama subidas.
- Ayudar a la persona cuando camine.

En el caso de la Hipotermia:

- Mantener la temperatura de la habitación entre 21 a 23° C.
- 2 Para los ancianos durante una experiencia intra operatoria:
- Aumentar la temperatura ambiente del quirófano previamente.
 - Utilizar una lámpara de calefacción por radiación portátil, para proporcionar calor añadido durante

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

- Termogénesis lenta

En el caso de la HIPERTERMIA

1. Colocar ropa o mantas sobre la persona , inhibe la capacidad natural el cuerpo para reducir la temperatura corporal.
- 2 La traspiración es un signo del esfuerzo del hombre para reducir la temperatura corporal.
- 3 El aumento del índice metabólico aumenta la temperatura corporal y viceversa (el aumento de la temperatura corporal produce un aumento del índice Metabólico)
4. Se requiere de un aumento de las calorías y los líquidos para mantener las funciones metabólicas cuando se presenta fiebre.
5. La fiebre es un signo principal de la aparición de infección , inflamación y enfermedad, el tratamiento con aspirinas o acetaminofén sin consultarlo al médico puede enmascarar síntomas importantes que deberían registrarse.
6. La fiebre asociada con inmunosupresores, rigidez de nuca, erupciones, infección, confusión mental, vómitos prolongados, dificultades respiratorias o distensión abdominal deben remitirse al médico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- la cirugía
- Tapar a la persona con mantas al llegar al quirófano
- Cuando sea posible utilizar un colchón que irradie calor
- Durante la preparación de la cirugía mantener cubierta toda la superficie corporal que sea posible.
- Mantener la cabeza bien tapada.
- Continuar con las actuaciones de conservación del calor en el postoperatorio.
- Enseñar los signos precoces de hipotermia Piel fría, palidez y enrojecimiento⁽²⁹⁾

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

- 7 La fiebre alta (38.8°C o más) en predispone a sufrir ataques o convulsiones
8. Las personas que padecen fiebres son, a menudo, susceptibles de irritabilidad, molestias generalizadas, dolores y malestar
- 9 Un bajo volumen sanguíneo debido a deshidratación predispone para la fiebre.

HIPOTERMIA:

- 1 La hipotermia reduce la tensión arterial y contribuye al shock.
2. La vasodilatación produce pérdida de calor y predispone para la hipotermia.
- 3 Los ancianos y los muy jóvenes requieren más calor para mantener la temperatura corporal normal (la temperatura de la habitación debe estar entre 21 y 23°C)
4. Durante el período postoperatorio inmediato, los pacientes son propensos a la hipotermia, relacionada con exposición prolongada al frío del quirófano y a la administración de grandes cantidades de líquidos intravenosos fríos.
- 5 Las personas con enfermedades vasculares periféricas conocidas deben reducirse al mínimo la exposición al frío, porque la hipotermia produce en el cuerpo un intento de conservar el calor, por medio de la vasoconstrucción

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

(que crea un compromiso vascular aún mayor)

6. La mayor cantidad de pérdida de calor ocurre a través de la cabeza, pies y manos.
- 7 La hipotermia grave puede causar arritmias cardiacas que pongan en peligro la vida del paciente y deben remitirse al médico
- 8 La capacidad de producir calor de los ancianos esta comprometida , debido a la disminución de la masa muscular y a un índice metabólico basal más bajo
- 10 La inmovilidad (p ej cirugía) reduce la actividad muscular, produciendo así menos calor ⁽³⁰⁾

30 Ibidem, Carpenito, pág 867

NECESIDAD: Sueño y Descanso - Es el estado en el que el individuo experimenta o esta en riesgo de experimentar un cambio en la cantidad o calidad del patrón de reposo que corresponde a sus necesidades ideológicas y emocionales⁽³¹⁾

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA Alteración del sueño asociado al dolor de la herida quirúrgica, drenajes de penrose , sonda T y nasogástrica manifestada por salida de liquido serohemático, purulento y heces fecales.

OBJETIVO Proporcionar un ambiente confortable regulando el patrón del sueño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Factores causales y concurrentes. <ol style="list-style-type: none"> a. Dolor. b. Temor. c. Estrés o ansiedad d. Inmovilidad o actividad disminuida. e. Embarazo. f Frecuencia urinaria o incontinencia. g Ambiente extraño o ruidoso. 2. Reducir o eliminar las distracciones ambientales e interrupciones del sueño <ul style="list-style-type: none"> • Cerrar la puerta de la habitación • Cerrar las cortinas. • Descolgar el teléfono. • Proporcionar música suave (p.ej. un radio con auriculares). • Eliminar la iluminación permanente. • Proporcionar luces de noche. • Disminuir la cantidad y clase de estímulos que se reciben (ej en conversaciones del personal). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El adulto medio necesita arox. de 20 minutos para quedarse dormido 2. La cantidad de sueño que necesita una persona varia con el estilo de vida salud y edad. 3 La cantidad media de sueño que se necesita según la edad es de. <ul style="list-style-type: none"> - Recién nacido 10 5 a 23 hrs - 6 meses 12 a 16 hrs. - De 6meses a 4 años. 12 a 13. hrs. - De 5 a 13 años 7 a 8.5 hrs. - De 13 a 21 7 a 8.5 hrs. - Adultos por debajo de 60 años. 6 a 9 hrs. - Adulto por encima de 60 años. 7 a 8 hrs. 4 La cantidad de sueño y la capacidad de quedarse dormido y permanecer dormido durante un periodo suficiente de tiempo, constituye un indicador de la salud fisiológica, psicológica, y espiritual del individuo.

31 Ibidem, Carpenito, pág.803

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Reducir el volumen de las alarmas y TV
 - Adjudicarse un compañero de habitación compatible, si es posible.
3. Interrupciones:
- Organizar los procedimientos para proporcionar el menor número de molestias durante el sueño (ej. cuando se despierta el individuo para la administrarle los medicamentos o en la toma de los signos vitales)
 - Evitar los procedimientos innecesario durante el periodo de sueño.
 - Limitar las visitas durante los periodos óptimos de sueño (p.ej. después de las comidas)
 - Si le interrumpe durante la noche el tener que orinar, hacer que la persona limite los líquidos por la noche y orine antes de acostarse.
4. Aumentar las actividades del día según resulte indicado
- Establecer con la persona una programación para las actividades diarias (caminar y fisioterapia).
 - Limitar la cantidad y duración del sueño durante el día
 - Fomentar la comunicación con otras personas para que le estimulen a estar despierto.
5. Proporcionar comodidad para inducir al sueño.
- Valorar con la persona la rutina habitual para dormirse (hora, higiene, rituales, leer, etc.) y ajustarse a ella tan estrictamente como sea posible

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

- 5 La edad influye sobre la cantidad de tiempo que se emplea en cada fase del sueño, así como sobre la cantidad de tiempo que uno necesita para dormir y recuperar las energías corporales
- 6 Los adultos maduros requieren ligeramente menos sueño que los jóvenes, pero pueden experimentar una disminución en la intensidad del sueño en relación con las veces que se despierta durante la noche
7. La privación moderada del sueño puede producir conductas de huida, depresión, lapsos de memoria, apatía irritabilidad, confusión y hasta alucinaciones
- 8 El temor (a pesadillas recurrentes y oscuridad) pueden interferir con el sueño o crear un rechazo a irse a dormir
- 9 La depresión influye generalmente en el sueño en forma de insomnio inicial (dificultad para dormirse) Los individuos deprimidos pueden aumentar sus horas de sueño durante el día y la noche.
10. El uso de sedantes para inducir al sueño inhiben también otras actividades mentales y físicas (respiración cognitiva, digestión y eliminación).
11. Insomnio crónico y el uso de hipnóticos reflejan la incapacidad individual de adaptación y requiere terapias intensivas
12. El uso de hipnóticos en los ancianos está generalmente

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Fomentar o proporcionar cuidados nocturnos como: baño o ducha general o parcial, higiene personal, cuidados de la boca, sábanas y ropa limpia
 - Utilizar ayuda para el sueño
 - Refrigerio que desea al acostarse (evitar los alimentos muy sazonados o con mucha fibra)
 - Material de lectura
 - Masaje de espalda
 - Música suave.
 - Utilizar almohadas para apoyo (miembros adoloridos).
6. Reducir el riesgo de lesión durante el sueño
- Utilizar barras de cama si es necesario.
 - Colocar la cama en posición baja.
 - Proporcionar la supervisión adecuada
 - Proporcionar luces de noche.
 - Colocar timbre de llamada al acostarse
 - Asegurase que los goteos son lo suficientemente largos para que se de la vuelta (p. ej. sistema de sonda de levine o control de soluciones parenterales).
7. Proporcionar educación sanitaria y facilitación de recursos según se indica:
- Enseñar la importancia del ejercicio regular mediante media hora o tres veces a la semana (si no esta

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

generalmente, contraindicado a causa de la disminución de la función renal, lo que hace aumentar la toxicidad del medicamento. Si se requieren sedantes, los antihistaminicos proporcionan la sedación necesaria con menos efectos colaterales.

13. No hay evidencias de que las siestas disminuyan el sueño nocturno. Algunos ancianos pueden necesitar la siesta para restaurar sus energías ⁽³²⁾.

32 Ibidem, Carpenito pág. 805

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

contraindicado), para reducir el estrés y promover el sueño (caminar, correr etc.)

- Explicar al paciente y familiares las causas de los trastornos del sueño / descanso y las formas posibles de evitarlos
- Explicar las actuaciones que alivian los síntomas .⁽³³⁾

NECESIDAD: Eliminación.- Es la expulsión de sustancias de desecho o porciones de tejido mortificado, que resultan del metabolismo ⁽³⁴⁾

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos asociado a vomito, diaforesis, drenajes, sonda T, foley, nasogástrica y penroses manifestado por la salida de líquidos corporales.

OBJETIVO: Restablecer un balance hídrico

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>ELIMINACIÓN URINARIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Valorar el patrón de micción. <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y registrar la ingesta y diuresis. • Hora y cantidad de la ingesta de líquidos. • Tipo de líquidos 2 Cantidad de incontinencia, medirla si es posible o apreciar la cantidad como pequeña, moderada o grande 3. Valorar la sensación de orinar 4. Mantener una hidratación óptima: <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la ingesta de líquidos hasta 2.000- 3000ml al día, amenos que este contraindicado • Espaciar los líquidos a cada 2 h • Disminuir la ingesta de líquidos después de las 7 de la tarde y proporcionar sólo los líquidos mínimos durante la noche • Reducir la ingesta de café, té, zumo de uva, a causa de su efecto diurético. 5. Mantener una nutrición adecuada para asegurar la eliminación intestinal al menos una vez cada tercer día. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La eliminación puede estar dada por <ul style="list-style-type: none"> • Sudoración profusa (hipertermia). • Drenajes corporales aumentados. (Aspiración por sonda T, diálisis, sonda nasogástrica, parasentesis, toracocentesis) • Vómito. • Diarrea • Poliuria. • Drenaje de herida 2. El promedio de pérdidas diarias de líquidos en un individuo normal es <ul style="list-style-type: none"> Orina: 1 500 ml. • Heces: 200 ml • Respiración (pérdidas insensibles) de 1 000 – 1300 ml 3 El cuerpo obtiene agua de dos maneras: de la comida y bebidas absorbidas por el tracto gastrointestinal (es la mayor fuente) y de la oxidación celular de los nutrientes 4. Los líquidos excretados por el cuerpo arrastran electrolitos con ellos, lo que ocasiona una pérdida

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

- Valora en la ingesta dietética diaria si cubre los requerimientos de fibra, los cuatro grupos básicos de alimentos y líquidos adecuados
6. Promover la micción
- Asegurar la intimidad y la comodidad del paciente.
 - Utilizar el retrete, si es posible en lugar de utilizar el cómodo u orinal
 - Proporcionar a los varones la oportunidad de ponerse de pie, si es posible.
 - Ayudar a la persona a flexionar las rodillas y apoyar la espalda cuando tenga el cómodo u orinal
 - Enseñar la evacuación postural (inclinarse hacia delante mientras se está sentado en el retrete)
 - Asegura un acceso seguro al cuarto de baño.
 - Reducir los obstáculos para ir al cuarto de baño (que el camino este bien iluminado y libre de obstáculos, la cama al nivel más bajo)
7. Estimular la superficie cutánea para producir el reflejo de la micción.
- Poner agua caliente sobre el perine.
 - Darle a beber agua mientras está en el retrete, o utiliza el orinal.
8. Promover la integridad personal y proporcionar motivación para aumentar el control de la vejiga.
- Animar a la persona a que exprese sus sentimientos sobre

- electrolítica de
- Orina ($K^+ Na^+$)
 Jugos gástricos (k^+, H^+)
 Respiración ($Na^+ Cl^-$)
 Heces (k^+)
5. La densidad de la orina refleja la capacidad del riñón para concentrarla, el índice de esta densidad varía con el estado de hidratación y los sólidos que deben ser excretados (la densidad es alta cuando existe deshidratación, lo que significa una orina concentrada). Los valores son Normal: 1. 010 – 1. 025.
 Concentrada: superior a 1 025
 Diluida. inferior a 1.010
6. Los electrólitos séricos se utilizan en cuatro importantes funciones
- Ayudan a regular el equilibrio de líquidos.
 - Ayudan a las relaciones enzimáticas.
 - Participan en la regulación ácido base para mantener el PH normal.
 - Juegan un papel esencial en la actividad nerviosa y muscular.
7. Para valorar correctamente las posibilidades que una persona tiene de sufrir un desequilibrio de líquidos, es necesario examinar detallada - mente la ingesta y diuresis de las 24 a 72 h. anteriores.
8. Los riñones producen la orina, y el resto del sistema urinario sirve como drenaje o almacenamiento hasta que la orina es excretada.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- la incontinencia y a determinar su efecto patrones sociales
- Transmitirle que la incontinencia puede ser curada o al menos controlada para mantener su dignidad .
- 9 Promover la integridad de la piel
- Identificar a los individuos con rasgo de desarrollar úlceras de presión
 - Lavar la zona, enjuagar y secar bien después del episodio de incontinencia.
 - Utilizar una pomada protectora si es necesario (usar crema con hidrocortisona, para las irritaciones por hongos, usar una pomada antifúngica).
10. Promover la higiene personal.
- Tomar duchas para impedir que entren bacterias en la uretra

ELIMINACIÓN POR VOMITO:

1. Valora Los episodios de vómito y náuseas.
- Duración.
 - Frecuencia.
 - Vómitos(cantidad / aspecto).
 - Asociados con: medicación, comidas, postura, actividad, hora del día, dolor (cefalea, dolor de oído, estreñimiento).
2. Reducir o eliminar los estímulos nocivos:
- a. Dolor:
- Planificar los cuidados de forma que los procedimientos desagradables o dolorosos no tengan lugar antes de las comidas

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

- 9 Los componentes del aparato urinario inferior que ayudan a mantener la continencia son
- El músculo detrusor de la pared de la vejiga, que permite su expansión para aumentar el volumen de la orina
 - El esfínter interno o uretra proximal, la cual cuando se contrae, previene la salida de la orina
 - El esfínter externo, el cual mediante control voluntario, proporciona un apoyo adicional durante las situaciones de estrés (p ej. vejiga sobre distendida)
- 10 La intervención de la vejiga surge de la médula espinal a los niveles sacros 2,3 y 4 La vejiga esta bajo control parasimpático.
11. El control voluntario sobre la micción está influido por la corteza cerebral , mesencéfalo y médula.
- 12 La uretra femenina tiene de 3 a 5 cm de largo La masculina tiene aproximadamente 20cm.
13. La continencia se mantiene principalmente por la uretra , pero la corteza cerebral es el área principal para la supresión del deseo de orinar.
14. La capacidad de la vejiga normal (sin experimentar molestias) es de 250 a 400ml.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Proporcionar un ambiente agradable y relajado para las comidas
 - Adecuar el plan de cuidados para reducir o eliminar los olores o procedimientos malolientes cerca de al hora de las comidas.
- b. Fatiga:
- Enseñar o ayudar a la persona a que descanse antes de las comidas.
 - Enseñar a gastar el mínimo de energía en la preparación de las comidas.
- c. Olores de las comidas.
- Enseñar a evitar los olores de las comidas , fritos, café, si es posible.
 - Sugerir el consumo de alimentos que requieran poca preparación durante los periodos de náusea.
3. Disminuir la estimulación del centro del vómito.
- Reducir los olores y visiones desagradables
 - Proporcionar un buen cuidado oral después de vomitar
 - Enseñarle a practicar respiraciones profundas y a tragar voluntariamente para suprimir el reflejo del vómito.
 - Indicarle que se siente después de comer, pero que no se acueste.
 - Animarle a tomar comidas más pequeñas y a comer lentamente.
 - Restringir los líquidos con las comidas para evitar la excesiva distensión del estómago.

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

15. La cantidad de orina residual (es la cantidad que queda en la vejiga después de una micción voluntaria o provocada manualmente, también se le llama orina residual pos miccional
16. La incontinencia urinaria afecta del 5 al 15% de la población anciana que vive en la comunidad, y su prevalencia aumenta hasta cerca del 40% en los pacientes hospitalizados. Uno de los mayores problemas de la incontinencia en ancianos es que pueden ser pasados por alto y no ser adecuadamente evaluados por los profesionales de la salud, y como resultado, se les niega el tratamiento adecuado. Los mismos ancianos pueden no admitir el problema a causa de actitudes hacia complicaciones inevitables propias de la incontinencia
17. La incidencia de la incontinencia aumenta con la edad, y según aumenta la edad, habrá mayor probabilidad de que existan causas neurológicas para la incontinencia.
18. Haya o no presencia de incontinencia, el aparato genitourinario del anciano estará fisiopatológicamente alterado de cuatro formas:
- La capacidad de al vejiga está disminuida.
 - Aumenta la cantidad de orina residual
 - Se inhiben las contracciones de la vejiga.
 - El deseo de orinar se retrasa.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- También evitar los líquidos una hora antes y después de las comidas.
- Si es posible evitar los olores de la preparación de las comidas
- Intentar tomar comidas frías que tienen menos olor
- Aflojarse la ropa
- Sentarse al aire libre.
- Evitar acostarse por lo menos 2 hrs después de comer

ELIMINACIÓN POR DRENAJES

- 1 Llevar EL registro de la cantidad y tipo del drenado y color.
2. Pesar los apósitos si es necesario, para valorar la pérdida de líquidos, (pesar los apósitos húmedos, y pesar un apósito seco del mismo tipo y compara la diferencia).
3. Pesar a la persona diariamente si el drenado es excesivo y difícil de medir (p. ej. cuando las sabanas están empapadas).
4. Aspiración gástrica (por sonda nasogástrica u otras).
- 5 Restar siempre todos los líquidos ingeridos (por sonda o por boca) del drenaje gástrico total, para obtener el drenaje neto ⁽³⁶⁾

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

- 19 Otros componentes fisiológicos de la edad que contribuyen a la incontinencia son
 - La disminución de la capacidad de los riñones para concentrar la orina.
 - La disminución del tono de los músculos pélvicos
 - La capacidad de retrasar la micción
- 20 La inestabilidad de los músculos detrusores es la causa más común de incontinencia en los ancianos, se combina frecuentemente con causas funcionales y atrógenas
- 21 La micción frecuente fuera del patrón contribuye frecuentemente a la urgencia en los ancianos, ya que la vejiga rara vez se expande completamente.
22. La disminución de la visión, afectación de la movilidad y disminución del nivel de energía que pueda acompañar a la ancianidad, significan un aumento en el tiempo que se necesita para localizar el retrete, lo cual requiere que la persona sea capaz de retrasar la micción. ⁽³⁵⁾

35 Ibidem, Carpenito, pág. 497

36 Ibidem, Carpenito, pág.504.

NECESIDAD : Moverse y Mantener una Buena Postura - Afección de la movilidad física Es el estado en el que el individuo experimenta o esta en riesgo de experimentar una limitación del movimiento físico ⁽³⁷⁾

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Intolerancia ala actividad asociada a complicaciones de cirugía de lapatotomia , manifestada por abdomen globoso, presencia de drenajes ,penrose y herida quirúrgica

OBJETIVO Evitar el deterioro muscular o de algún miembro favoreciendo una buena circulación

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar los factores causales: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento quirúrgico (p.ej. prótesis de cadera, reducción de fracturas, cirugía vascular). 2 Reducir o eliminar los factores concurrentes: <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la movilidad de miembros • Realizar los ejercicios de movilización (la frecuencia debe estar determinada por la situación del paciente). • Sostener la actividad con almohadas, para prevenir o reducir la inflamación. • Dar medicación para el dolor según se necesite, especialmente ante la actividad. • Aplicar calor o frío para reducir el dolor, la inflamación y el hematoma. • Aplicar frío para reducir la inflamación poslesión (generalmente, en las primeras 48 horas) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar el tipo de movilización, pasiva, activa, y funcional. <ul style="list-style-type: none"> • La movilización pasiva: mantiene flácidos los músculos y articulaciones. Una persona mueve pasivamente los músculos de otra (p,ej el ayudante levanta y mueve las piernas de la persona). • La movilización activa: ejercita los miembros y robustece los músculos y articulaciones. La persona utiliza activamente sus músculos (p ej. la persona mueve las piernas mientras están acostadas. • La movilización funcional robustece los músculos y articulaciones mientras se realiza la actividad necesaria (p.ej. caminar). Realizada por el propio individuo 2. Nunca hacer movilizaciones pasivas si el individuo puede hacerla pasivamente.

37 Ibidem, carpenito, pág.514.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Animar a la persona a realizar ejercicios para articulaciones específicas, según lo prescriba el médico o fisioterapeuta
- 2 Colocar a la persona con el cuerpo alineado para prevenir complicaciones.
 - Evitar las almohadas bajo las rodillas, colocarlas mejor bajo las pantorrillas.
 - Dirigir la punta de los pies y rodillas hacia el techo, cuando el paciente esté en posición supina.
 - Evitar períodos prolongados de flexión de cadera (es decir, posición de sentado)
 - Para colocar las caderas, situar una toalla enrollada en posición lateral a la cadera, para prevenir la rotación externa.
 - Cambiar la posición cada 15 minutos a 2 hrs, dependiendo de la tolerancia de la piel del individuo a la presión.
 - 3 Durante la movilización, las piernas y los brazos del individuo se deben mover suavemente, dentro de los límites de su tolerancia al dolor, realizar la movilización lentamente, para dar tiempo a que se relajen los músculos
 - 4 Sostener la extremidad por encima y por debajo de la articulación.
 - 5 Para la movilización pasiva, la posición en decúbito supino es la más eficaz. el individuo que realiza la movilización por sí mismo puede utilizar esta posición o la de sentado.
 - 6 Hacer movilizaciones diariamente durante el baño en la cama, 3ó 4

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

- 3 Una vez que el individuo pueda realizar movilización activa, progresar hacia la actividad funcional
- 4 Prestar atención a las complicaciones de la movilidad
 - Flebitis (p ej enrojecimiento, sensibilidad, hinchazón de pantorrillas)
 - Ulceras por decúbito / llagas por presión (p, ej palidez de la piel, enrojecimiento, prurito y dolor)
 - Infección después de la cirugía del miembro (p.ej dolor hinchazón, enrojecimiento)
 - Compromiso neurovascular (p ej. entumecimiento, hormigueo, dolor, palidez, calidad del pulso disminuida, frialdad de la piel)
- 5 Casi uno de cada diez ancianos no ingresados informan de alguna limitación en la movilidad y de los ingresados, cerca de 90% son dependientes al menos en una actividad de la vida diaria. Los problemas con la movilidad son a menudo la razón para el ingreso en la residencia o cuidados domiciliarios extensos. La valoración de la movilidad determina la cantidad de afectación funcional como resultado de una enfermedad o incapacidad.
6. Los efectos de la inmovilidad de los ancianos son especialmente peligrosos. Aparece pronto debilidad muscular, atrofia y disminución de la resistencia y es importante tener en cuenta los efectos bioquímicos y fisiológicos, tales como pérdida de

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

durante el baño en la cama, 3 ó 4 veces al día, si hay problemas en zonas específicas, intentar incorporarlas a las actividades de la vida diaria

TRASLADOS :

1. Antes de trasladar a un paciente, la enfermera debe valorar cuánto personal se necesita para ayudar
2. El individuo debe ser colocado a un lado de la cama. Sus piernas deben tocar el suelo y debe llevar unos zapatos estables con suelas antideslizantes.
3. Para mantenerle o sacarle de la cama, cargar el peso sobre el lado no afectado o más fuerte
4. Debe frenarse al silla de ruedas antes del traslado. Si se utiliza una silla normal, asegurarse de que no se moverá.
5. Se debe instruir a la persona para que utilice el brazo de la silla más cercano a él para apoyarse mientras se levanta
6. La enfermera debe colocar sus brazos alrededor de la caja torácica de la persona, su espalda debe estar derecha y las rodillas ligeramente flexionadas.
7. Se le debe decir a la persona que coloque sus brazos alrededor de la cintura o caja torácica de la enfermera, no de su cuello.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

fisiológicos, tales como pérdida de nitrógeno e hipercalcemia. La pérdida funcional permanente es más probable con la inmovilidad prolongada y además, las personas ancianas son vulnerables a nuevas enfermedades como neumonía, úlceras de presión, caídas y fracturas, osteoporosis, incontinencia, confusión y depresión. Deben realizarse todos los esfuerzos para la prevención y movilización

7 El dolor y la depresión están unidos en los ancianos, a veces, es necesario un tratamiento efectivo de ambos. Un dolor inoportuno puede ser un factor principal que conduzca a la depresión en algunos pacientes, pero la depresión no debe ser relegada como un hecho secundario al dolor. La depresión puede requerir un tratamiento agresivo incluyendo fármacos y otros tratamientos. ⁽³⁸⁾

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

8. La enfermera debe sostener las piernas de la persona enlazándose con las suyas (mientras está de frente a la persona debe bloquearle las rodillas con las suyas).
9. Para individuos con debilidad de miembros inferiores o parálisis, pueden utilizar un tablero deslizante
 - La persona debe tener suficiente fuerza en las extremidades superiores para ser capaz de deslizar su glúteos, desde la cama hasta la silla de ruedas
 - Cuando los brazos de la persona son bastante fuertes, debe progresar hasta sentarse , si se pueden levantar los glúteos lo suficiente para despegarse de la cama y el asiento de la silla
 - Si las piernas de la persona flaquean, la enfermera debe llevarle suavemente al suelo y buscar ayuda adicional.

CAMBIOS POSTURALES :

1. La enfermera debe valorar con que frecuencia de cambiarse la posición de (15 a 20 min. a 2 hrs., dependiendo del estado del paciente).
2. Las personas deben ser cambiadas de posición , teniendo siempre presente el objetivo de la deambulaci3n
3. La enfermera debe valorar las 3reas del problema : cabeza, articulaciones y extremidades

FUNDAMENTACI3N CIENTIFICA

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Si es posible, sólo debe utilizarse una almohada bajo la cabeza para prevenir la contractura del cuello. La posición de los hombros debe cambiarse a lo largo del día (aducción, abducción, hiperextensión de la cabeza).
 - Los brazos deben ser abducidos con los codos en ligera flexión. La muñeca debe estar en posición neutral, con los dedos ligeramente flexionados y el pulgar ligeramente abducido y flexionado. Deben elevarse los brazos y manos para prevenir el edema.
 - Deben evitarse los períodos prolongados de flexión de la cadera (p.ej. cuando la cabecera de la cama esta elevada) Debe favorecerse la posición de prono si el paciente la tolera
 - Debe prevenir la rotación externa de las piernas colocando una pequeña toalla lateral a la pierna.
 - No deben colocarse almohadas bajo las rodillas. Si la extremidad inferior tiene que elevarse, deben colocarse almohadas bajo la pantorrilla.
 - Los tobillos deben estar en posición de 90°. Es esencial el movimiento activo del tobillo durante el día.
4. Pueden utilizarse almohadas , toallas o mantas enrolladas para proteger de la presión de la zonas específicas

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

(p ej llenar el vacío bajo el tobillo o mantas enrolladas, previendo el peso del talón.

- 5 Deben minimizarse los esfuerzos de tracción cuando se cambia de posición a la persona. Durante los traslados, se deben levantar los glúteos del paciente, mejor que arrastrar, siempre que sea posible. Debe utilizarse una sábana entremetida para ayudar al paciente a cambiar su posición.
- 6 Proporcionar educación sanitaria cuando este indicado.
 - Enseñar a la persona los métodos para trasladarse de la cama a la silla o lavabo y para ponerse de pie.
 - Observar y enseñar el uso de Muletas, Andadores, Sillas de ruedas, bastones y Prótesis.
 - Al paciente sobre cómo soportar el peso. ⁽³⁹⁾

39 Ibidem, Carpenito, pág.518

NECESIDAD De Higiene y Protección de la Piel - Estado en el cual el individuo experimenta o está en riesgo de experimentar un daño en el tejido epidérmico y dérmico ⁽⁴⁰⁾

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea, manifestada por la salida de líquidos corporales serohemáticos y purulentos de herida quirúrgica y heces fecales por penroses (derecho e izquierdo)

OBJETIVO: Evitar el deterioro de la integridad cutánea.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>1 Reducir o eliminar los factores que contribuyen al desarrollo o extensión de las úlceras de presión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remitirse a riesgo de alteración de la integridad de la piel en relación con inmovilidad <p>2 Prevenir la extensión de la úlceras en los Estadios I, II y III</p> <p>a Lavar suavemente el área enrojecida con jabón suave, enjuagar completamente la zona para eliminar el jabón y secar convenientemente.</p> <p>b. Dar un masaje suave en la piel sana alrededor de la zona afectada para estimular circulación; no dar masaje en la zona enrojecida.</p> <p>c. Proteger la parte sana de la superficie cutánea con uno o varios de los siguientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar una capa delgada de copolímero líquido para sellar la piel. • Cubrir la zona con una película permeable a la humedad. 	<p>1 La presión es una fuerza compresiva en un área dada. si la presión ejercida contra el tejido blando es mayor que la presión sanguínea intercapilar (aproximadamente, 32mm / Hg), los capilares se ocluirán y el tejido se dañara como resultado de la hipoxia.</p> <p>2. El corte es un mecanismo por el cual una capa de tejido se mueve en una dirección y la otra capa se mueve en dirección opuesta. Si la piel toca las sábanas de la cama y el peso del cuerpo sentado hace que el esqueleto se hunda en la piel, los capilares subepidérmicos pueden angularse y oprimirse, dando como resultado una disminución de la perfusión del tejido</p> <p>3. La fricción es la descamación fisiológica del tejido Si la piel se frota contra las sábanas de la cama, la epidermis puede ser arrancada por abrasión.</p> <p>4. La maceración es un mecanismo por el cual el tejido se ablanda mediante</p>

40 Ibidem, Carpenito, pág. 823

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

3. Desarrollar un plan para tratar las úlceras de presión utilizando los principios de humedecer la herida para su cicatrización.
 - Valorar el estado de la úlcera de presión. Medir el tamaño de la herida para tener los datos básicos, valorar el color, olor, y la cantidad del drenado de la herida. Valorar también el color de la piel que rodea a la herida.
 - Desbridar el tejido necrótico (colaborar con el médico)
 - Lavar la base de la úlcera con una solución salina estéril. Evitar el uso de antisépticos fuertes.
 - Proteger el tejido de granulación de la herida
 - Cubrir la úlcera de presión con un vendaje estéril que mantenga un ambiente húmedo sobre la base de la úlcera (p ej. película sello hidractivo gasa húmeda).
 - Controlar los signos clínicos de infección de la herida.
 - Medir la úlcera de presión semanalmente, para determinar el progreso de la cicatrización.
4. Consultar con el médico el tratamiento de las úlceras en el Estadio IV.
5. Incontinencia de orinar o heces
 - Mantener una ingesta de líquidos suficiente para una adecuada hidratación (aproximadamente, 2.500ml. diariamente, a menos que este contraindicado).

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

- un prolongado humedecimiento o remojo. Si la piel se encharca, la epidermis se erosiona fácilmente.
5. El alivio de la presión es una actuación eficaz que puede incluirse en todos los planes de tratamiento para las úlceras.
 6. La elección de productos que alivian la presión se hace mejor leyendo la presión intertissular entre una prominencia ósea y la superficie externa de apoyo. el producto debe reducir la presión externa por debajo de la cantidad de presión que se requiera, para mantener los capilares abiertos. Una superficie que alivie la presión, no debe ser totalmente comprimida por el cuerpo. Para que sea eficaz la superficie de apoyo debe ser capaz de formarse primero y luego redistribuir el peso del cuerpo a través de su superficie. La comodidad no es un criterio válido para determinar un adecuado alivio de la presión.
 7. Las personas que pueden desarrollar úlceras de presión son:
 - a. Deficiencias óseas.
 - Sequedad
 - Edema
 - Obesidad
 - Delgadez.
 - Sudoración excesiva.
 - b. Afectación del transporte de oxígeno.
 - Edema.
 - Anemia.
 - Trastornos vasculares periféricos.
 - Arteriosclerosis

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Controlar las mucosas de la boca para ver la humedad y controlar la densidad de la orina.
 - Establecer una programación para el vaciado de la vejiga (empezar cada 2 hrs)
 - Si la persona esta confusa, determinar cuál es un patrón de incontinencia y actuar antes de que se produzca
 - Explicar el problema al paciente y asegurar su cooperación para el plan
 - Si hay incontinencia, lavar el periné con un jabón líquido que no altere el PH de la piel
 - Aplicar una barrera protectora en la región perineal (un atomizador de película para la incontinencia o torundas).
 - Controlar frecuentemente al paciente por si hay incontinencia, cuando este indicado
6. Inmovilidad:
- Fomentar los ejercicios de grado de movilidad y movilidad de peso, cuando sea posible, aumentar el flujo sanguíneo a todas las áreas
- 7 Promover una óptima circulación cuando esté en la cama
- Utilizar una programación de cambios posturales que alivien más o menos las áreas vulnerables (p.ej. si la zona vulnerable está en la espalda, los cambios posturales deben ser:
 - Del lado izquierdo de la espalda,

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

- Trastornos *cardiopulmonares*
 - c Irritantes químicos / mecánicos / térmicos
 - Radiación .
 - Incontinencia (heces, orina)
 - Escayolas, férulas, tracciones.
 - Espasmos
 - d Deficiencias nutricionales
 - Deficiencias proteínicas
 - Deficiencias vitamínicas
 - Deficiencias minerales.
 - Deshidratación
 - e Trastornos sistémicos.
 - Infección.
 - Diabetes mellitus
 - Cáncer
 - Trastornos hepáticos o renales.
 - f Deficiencias sensoriales.
 - Neuropatía.
 - Confusión.
 - Lesión craneal
 - Lesión medular.
 - g Inmovilidad.
8. Identificar el estadio de desarrollo de la úlcera de presión
- Estadio I : Eritema no blanqueable o ulceración limitada a la epidemia
- Estadio II : Ulceración de la dermis que no involucra a la grasa subyacente.
- Estadio III : Ulceración que involucra a la grasa subyacente.
- Estadio IV : Ulceración extensa que penetra en músculo y hueso. ⁽⁴¹⁾

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

al lado derecho, o del lado derecho al izquierdo, según sea el caso, colocar un horario de movilización en la cama).

- Cambiar a la persona o darle instrucciones para que se cambie de postura o cambie el peso del cuerpo cada 30 min. a 2 hrs. dependiendo de los otros factores causales y de la capacidad de la piel para recobrase de la presión.
- Se debe aumentar la frecuencia de los cambios posturales si hay zonas de enrojecimiento que no desaparecen una hora después del cambio.
- Colocar a la persona en una posición normal o neutral con el peso del cuerpo distribuido por igual.
- Mantener la cama tan lisa como sea posible para disminuir las fuerzas de corte, limitar la posición de Fowler a sólo 30 min. cada vez.
- Utilizar bloques o almohadas de goma espuma para proporcionar un efecto de puente que haga que el cuerpo se apoye por encima y por debajo de la zona ulcerada o de alto riesgo, de forma que el área afectada no toque la superficie de la cama. No utilizar rodetes de goma espuma, flotadores inflables, ya que aumentan las áreas de presión.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

- Alternar o reducir la presión en la superficie de la piel con:
 - Colchones de goma espuma.
 - Colchones de aire.
 - Camas de aire licuado.
 - Botas vasculares para suspender los talones.
- 8. Utilizar el suficiente personal para levantar a la persona hasta la cama o la silla en lugar de tirar de ella o hacer que se deslice con la superficie de la piel. Hacer que el paciente lleve mangas largas y calcetines para reducir la fricción en los codos y tobillos.
- 9 Para reducir las fuerzas de corte, poner una tabla de apoyo en los pies para impedir el deslizamiento.
- 10 Promover una circulación óptima cuando la persona este sentada.
 - Limitar el tiempo de estar sentado para paciente en alto riesgo de desarrollo de úlceras .
 - Dar instrucciones a la persona para que se levante, utilizando los brazos del sillón cada 10 a 20 min, dependiendo de los factores de riesgo.
 - No elevar las piernas amenos que las pantorrillas estén apoyadas para reducir la presión sobre la tuberosidad isquial
 - Almohadillar la silla con aparatos que alivien la presión.
- 11. Inspeccionar las zona que estén en riesgo de desarrollar úlceras con cada cambio postural.
 - Orejas.
 - Occipucio

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

- Talones.
 - Sacro
 - Escroto.
 - Codos.
 - Trocánter
 - Isquion
 - Escápula
12. Observar si hay eritema o blanqueo, y palpar por si hay calor y esponjosidad del tejido en cada cambio postural.
13. Efectuar un masaje suave sobre las áreas vulnerables en cada cambio postural, para evitar dañar los capilares, evitar una masaje profundo.
- 14 Estado de desnutrición :
- Aumentar la ingesta de proteínas y carbohidratos
 - Enseñar al paciente (con un espejo) y a los familiares a inspeccionar la piel.
15. Iniciar la educación sanitaria y la facilitación de los recursos según se indica.
- Dar instrucciones al paciente y al familiar sobre el cuidado de las úlceras de presión.
 - Enseñar la importancia de una buena higiene de la piel y de la nutrición optima .
 - Remitirle al centro de salud si se necesita ayuda adicional en casa. ⁽⁴²⁾

42 Ibidem, Carpenito, pág. 825-830

NECESIDAD Evitar peligros.- Es el estado en el cual el individuo esta en riesgo de infringir un daño directo ⁽⁴³⁾

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA Alto riesgo de traumatismo asociado al desconocimiento del tratamiento y autocuidado

OBJETIVO Prevenir accidentes de acuerdo a las limitaciones sensoriales y corporales que presente el paciente

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<ol style="list-style-type: none">1 Valorar los factores causales.<ul style="list-style-type: none">• Deficiencias visuales• Miembros afectados o perdidos.• Deficiencias cognoscitivas (edad, traumatismos, ACV)• Deficiencias auditivas.2 Valorar la capacidad del individuo<ul style="list-style-type: none">• Valorar el estado psicológico• Aislamiento / abandono.• Enojo hostilidad• Desamparo• Confusión /desorganización.• Cambios frecuente en la conducta3 Ofrecer opciones al individuo e implicarle en la planificación de su propio cuidado, reduce la sensación de impotencia, favorece los sentimientos de libertad, control , valoración y aumento del deseo de la persona a colaborar con los tratamiento.4. Proporcionar un medio ambiente y una rutina estructurada y coherente.5. Repetir instrucciones y tareas.	<ol style="list-style-type: none">1. El concepto de autocuidado pone de relieve el derecho de cada persona a mantener un control individual sobre su propio patrón de vida (esto se aplica tanto al individuo enfermo como al sano).2. Independientemente de la minusvalía se debe proponer a las personas intimidad y debe tratarse con dignidad mientras se lleva a cabo las actividades de autocuidado.3. La movilidad es necesaria para satisfacer las necesidades y mantener una buena salud y autoestima.4. La incapacidad para cuidarse produce sentimientos de dependencia y percepción negativa de sí mismo. Al aumentar la capacidad de autocuidado aumenta la autoestima.5. La incapacidad a menudo produce negación, enojo, frustración, estas son emociones válidas que deben reconocerse y dirigirse

43 Ibidem, Carpenito, pag.240.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

6. Proporcionar acceso al timbre para que el paciente obtenga ayuda rápida
7. Animar a la persona con diferencias visual a que use los lentes o gafas
8. Orientar a al persona respecto a la localización y propósito del equipo hospitalario.
9. Promover el uso de barras para apoyarse en las paredes (pasillos y baños) para facilitar la movilidad
10. Proporcionar un camino seguro y libre de obstáculos hacia el retrete
11. Actuaciones específicas para bañar a pacientes con diferencias cognitivas
 - Proporcionar una hora coherente para el baño, como parte de un programa estructurado para ayudar a disminuir la confusión
 - Dar instrucciones simples, evitar las distracciones y dar orientación sobre el propósito del equipo de baño.
 - Fomentar la atención durante la tarea para estar atento por sí se produce fatiga que pueda incrementar la confusión. ⁽⁴⁴⁾

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

6. Durante un periodo limitado el tiempo es aceptable, depender de los otros para que proporcionen las necesidades básicas, físicas y psicológicas.
7. El abandono de una extremidad se relaciona con el olvido de su presencia (p.ej. la persona que ha tenido un accidente cerebral o un traumatismo que le ha provocado una parálisis parcial, puede ignorar el brazo o pierna de la parte del cuerpo afectada).
8. La conducta autodestructiva oscila entre actos indirectos (obesidad, rechazo al tratamiento médico).
9. La conducta autodestructiva indirecta tiene el riesgo de producir daño y dar como resultado la muerte, sin embargo el paciente no es conciente de su riesgo.
10. La conducta destructiva suicida es un intento de escapar de factores de estrés intolerables que se han acumulado con el tiempo. Es una respuesta a sentimientos intensos de desesperación.
11. Están en un riesgo las persona que muestran un análisis de la realidad, delirios y escaso control de impulsos.
 - Los varones alrededor de 65 años tienen una tasa de suicidios de 4 a1.
 - La autoestima de los ancianos se afecta de forma negativa por la jubilación, la pérdida de vigor y la pérdida del significado rol de vida. ⁽⁴⁵⁾

44 Ibidem, Carpenito, pág. 240

45 Ibidem, Carpenito, pág.243.

NECESIDAD De Comunicarse. - Estado en el que el individuo experimenta o podría experimentar una disminución de la capacidad de emitir o recibir mensajes (es decir tiene dificultad para intercambiar pensamientos, ideas o deseos) ⁽⁴⁶⁾

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Deterioro de la interacción social, asociado a la falta de confianza con el personal médico y paramédico de sus temores y manifestado por la permanencia hospitalaria prolongada y la angustia

OBJETIVO: Identificar el deterioro de la comunicación verbal

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorara la capacidad de comprender, hablar leer y escribir. 2. Proporcionar métodos alternativos de comunicación : <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar papel y lápiz, letras del alfabeto, signos con las manos, parpadeos, señales con la cabeza, señales con el timbre. • Hacer tarjetas con dibujos o palabras que representen frases usadas frecuentemente (p.ej. "Humedéceme los labios", "Muéveme los pies", vaso de agua, etc.). • Animar a la persona a que señale, haga gestos o represente mediante mímica. • Consultar con un logopeda para que colabore en la obtención de tarjetas. 3. Identificar los factores que favorecen la comunicación. <ul style="list-style-type: none"> • Crear una atmósfera de aceptación e intimidad. • Proporcionar un medio ambiente sin ajetreo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La comunicación se ve afectada por los contactos con la mirada, el volumen y la entonación de la voz, la expresión facial y la proximidad de los que se comunican. 2. El discurso es la forma fundamental del hombre de expresar sus necesidades, deseos y sentimientos. Una comunicación deficiente puede causar sentimientos de frustración, enojo, hostilidad, depresión, temor, confusión y aislamiento. 3. La comunicación puede verse afectada por los contactos con la mirada, el volumen y la entonación de la voz, la expresión facial y la proximidad de los que se comunican. 4. Quienes se comunican bien saben también escuchar bien, atendiendo tanto a los hechos como a los sentimientos 5. El silencio puede significar aceptación , desafío, una dilatación del deseo de comentar o una interrupción necesaria para enlazar los pensamientos.

46 ibidem, Carpenito, pag 871.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Utilizar un tono de voz normal y hablar sin prisa, con frases cortas
 - Animar a la persona a que se tome tiempo para hablar y pronunciar las palabras cuidadosamente, con buenos movimientos de labios la expresión verbal.
 - Disminuir las distracciones externas.
 - Aplazar la conversación cuando la persona esté cansada.
4. Valorar la frustración del individuo y no apremiarle
- Dejar que pasen unos 30 segundos antes de proporcionar al individuo la palabra que intente hallar (excepto cuando la persona se siente frustrada o necesita lo que pide inmediatamente)
 - Hacer sugerencias mediante dibujos o gestos.
5. Utilizar las técnicas para aumentar la comprensión .
- Dar la cara al individuo y establecer un contacto con la mirada, si es posible
 - Usar órdenes y directrices sencillas y de un solo paso
 - Hacer que hable sólo una persona (es más difícil seguir una conversación entre varios)
 - Fomentar el uso de gestos y mímica
 - Unir las palabras a las acciones usar dibujos.
 - Terminar la conversación con una nota de triunfo (p ,ej Dirigirse hacia un tema más

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

- 6 Para asegurarse de que un mensaje se entiende, uno debe hacer que el receptor repita lo que se ha dicho Una contestación de "Si" o "Entiendo" puede no ser suficiente.
- 7 La gente debe vencer la tendencia a gritar o hablar al oído, a una persona que tiene una incapacidad verbal. Los trastornos de la comunicación verbal no implican, necesariamente, afección de la inteligencia o de la capacidad de oír y entender
8. La disartria es un trastorno del control muscular voluntario del discurso, causado por situaciones tales como la enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, miastenia gravis, parálisis cerebral o afectación del SNC. Se usan los mismos músculos para comer o para tragar. Las personas con disartria, generalmente, no tienen problemas de comprensión.
- PERDIDA AUDITIVA :**
1. La lectura de labios requiere gran habilidad y concentración. El dolor, el estrés o la fatiga pueden dificultar la capacidad de la persona para leer los labios.
2. La persona que sufre sordera tiende al aislamiento social, debido a su dificultad de comunicarse con personas que oyen normalmente.
3. Muchas personas mayores de 65 años sufren algún tipo de pérdida auditiva.
4. Utilizar la comunicación escrita ofrece, a menudo, un buen método alternativo para los que tiene

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- de triunfo (p. ej. Dirigirse hacia un tema más fácil).
6. Valorar la capacidad auditiva y el uso de aparatos para oír
 7. Valorar la capacidad de ver y animar a la persona a que se ponga las gafas.
 - Explicarle que ver mejor aumentará la comprensión de lo que sucede a su alrededor.
 - Aun cuando la persona sea ciega, mirarle cuando habla, para lanzar la voz en su dirección.
 8. Proporcionar una luz suficiente y eliminar las distracciones.
 9. Hablar cuando la persona este dispuesta a escuchar
 - Lograr un contacto con la mirada, si es posible.
 - Ganar la atención de la persona
 - tocándole suavemente el brazo y con un mensaje verbal de "Escúcheme" o "Quiero hablarle".
 10. Modificar el discurso propio
 - Hablar lentamente, pronunciando con claridad.
 - Usar palabras normales entre adultos.
 - No cambiar los temas, o preguntar muchas cosas seguidas.
 - Repetir o rehacer las frases.
 - No aumentar el volumen de la voz, a menos que la persona tenga un defecto de audición
 - Unir el comportamiento no verbal a las acciones verbales, para evitar una mala interpretación (p. ej. no te rías con un compañero mientras realizas una

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

- dificultades auditivas.
5. Los audífonos amplifican todos los sonidos , por lo que los sonidos extraños (crujir papel, pequeños chirridos) pueden inhibir la comprensión de los mensajes con voz
AFASIA .
 1. La afasia es una alteración de la capacidad de comunicarse debido a daño cerebral. Las alteraciones pueden ser verbales, de gesticulación, visuales o gráficas.
 2. La afasia de expresión es un trastorno de la capacidad para hablar, escribir o gesticular de forma comprensible
 3. La afasia de recepción es un trastorno de la capacidad para comprender el lenguaje hablado y escrito
 4. La persona con una afasia de recepción puede tener intacta la audición , pero no puede procesar o no puede percibir sus propios sonidos.
 5. Las personas con traumatismo craneal o con afasia, pueden tener dificultades en la retención y recuperación de la memoria. Pueden surgir primero los recuerdos antiguos recuperándose después los más recientes.
 6. La inestabilidad emocional oscila ente llorar y reír, es común en personas con afasia. Este comportamiento no es intencionado y disminuye con la recuperación .
- BARRERAS CULTURALES O DE IDIOMA EXTRANJERO.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- tarea).
 - Trata de usar las mismas palabras para la misma tarea (p ej. cuarto de baño vs. aseo, pastillas vs. medicación)
 - Hacer un registro de las palabras al lado de la cama para mantener la continuidad.
 - Según mejore la persona, permitirle que complete tus frases(p. ej. "Esto es una pastilla")
- 11 Utilizar técnicas que favorezcan la expresión verbal
- Hacer un esfuerzo concentrado para entender lo que dice la persona.
 - Permitir un tiempo suficiente para escuchar, si la persona habla lentamente.
 - Repetir su mensaje en voz alta para confirmarlo.
 - Responder a todos los intentos de hablar, aun cuando sea inteligible (p. ej " No sé le dice ¿Podría intentar repetirlo?").
 - Asistir cuando se entiende, y no preocuparse por una pronunciación imperfecta, al principio
 - Ignorar los errores y falta de conocimientos.
 - No pretender que se entienda si no es cierto.
 - Observar los signos no verbales de la persona para la confirmación (p.ej. él contesta sí y mueve su cabeza negativamente)

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

- 1 El conocimiento de un idioma extranjero depende de cuatro elementos
 - a El conocimiento de cómo hablar el idioma en una conversación.
 - b. La capacidad de entender el idioma en la conversación
 - c. La capacidad de leer el idioma
 - d. La capacidad de escribirlo.
- 2 Una respuesta de "Sí" por parte de un extranjero, puede ser un esfuerzo para agradar, más que una señal de entender lo que se ha dicho
3. Aun cuando la enfermera no sepa hablar el otro idioma, puede transmitir una clima de aceptación hablando en un tono de voz agradable y utilizando acciones para demostrar el significado (p. ej sonreír y reproducir el movimiento de sentarse mientras se dice " siéntese, por favor).
4. La gente debe vencer la tendencia humana a ignorar o gritar a quienes no hablan el idioma dominante
- 5 La distancia adecuada entre los comunicantes varía según las culturas. Hay quienes no pueden estar, normalmente, cara a cara, mientras que otros deben separarse varios metros para sentirse cómodos.
6. La comunicación mediante la costumbre de tocarse o agarrarse varía según las culturas. Por ejem ven el tocarse como un gesto en extremo familiar, otras evitan tocar determinadas partes del cuerpo (una caricia en la cabeza puede ser ofensiva) y algunos consideran

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Permitirle tiempo suficiente para que responda, no interrumpir, suministrar palabras, sólo de vez en cuando
12. Enseñar técnicas que mejoren el discurso
- Pedirle que hable despacio, y pronuncie cada palabra claramente, ala vez que se le da ejemplo.
 - Animarle a que hable con frases cortas.
 - Explicarle que sus palabras no son fáciles de entender(p ej
 - “ No puedo entender lo que me dice”).
 - Sugerir una velocidad de discurso más lenta o que tome aliento antes de hablar.
 - Animarle a que tome su tiempo y se concentre en formar las palabras.
 - Pedirle que escriba el mensaje o haga un dibujo, si la comunicación verbal es difícil.
 - Hacer preguntas que puedan ser contestadas con un sí o no.
 - Centrarse en la presente, evitar temas que sean controvertidos, emocionales, abstractos o largos.
13. Utilizar otros métodos de Comunicación, además del verbal.
- Usar la mímica.
 - Señalar.
 - Usar tarjetas.

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

adecuado que los hombres se besen y las mujeres se den la mano ⁽⁴⁷⁾

47 Ibidem, Carpenito, pag.874 –876.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Demostrarle lo que quieras decir (p.ej coger un vaso)
 - Escribir palabras claves en una tarjeta, para que pueda practicarlas cuando muestres el objeto (p.ej papel, aseo).
14. Demostrar respeto cuando se prestan cuidados.
15. Evitar discutir la situación de la persona en su presencia, ser conciente de que puede entender a pesar de su defecto
16. Controlar el respeto del personal.
17. Hablarle siempre que estés con él
18. Enseñar técnicas a los familiares y tratamientos repetitivos para mejorar la comunicación.
19. Animar a la familia a que exprese sus sentimientos respecto a los problemas de comunicación
- Explicar las razones de la inestabilidad emocional.
 - Explicar la necesidad de incluir a la persona en la toma de decisiones familiares.
 - Procurar consultar un logopeda en las primeras etapas del tratamiento.

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

NECESIDAD. Aprendizaje. El proceso enseñanza /aprendizaje es una combinación de actuaciones que incluyen el compromiso del paciente al autocuidado y la información sensorial preparatoria ⁽⁴⁹⁾

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Déficit de conocimientos acerca de su padecimiento y tratamiento a seguir, manifestado por petición del paciente al autocuidado post cirugía y por inquietud

OBJETIVO Orientar al paciente a asumir la responsabilidad de autocuidado

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>1 Valorar la necesidades de aprendizaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deben valorarse en cada persona los conocimientos y habilidades necesarios para controlar el estado de salud (p. ej. el control de la glicemia en casa para los diabéticos). Controlar o curar la enfermedad o prevenirla (p.ej. con dietas, tratamientos medicamentosos, cambios en el estilo de vida) y evitar la reaparición o las complicaciones (p.ej. ejercicios postoperatorios de piernas). <p>2. Valoración previa a la enseñanza contribuirá a la convivencia, la eficacia y éxito del proceso de enseñanza- aprendizaje. a definir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que contenidos debe ofrecerse. • Cómo debe darse el contenido. • Cuándo el paciente está dispuesto a aprender • Quién debe ser incluido en el proceso. • Cada persona aprende a su manera. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La enseñanza es una comunicación planeada, estructurada y distribuida en secuencias para producir aprendizaje 2. La enseñanza puede ser formal, con el empleo de ayudas audiovisuales, o informal produciéndose a la vez, que otras formas de cuidados de enfermería. 3. La participación activa por parte del paciente y familia, favorecen el aprendizaje y la retención y es esencial para que ambos se produzcan 4. El aprendizaje aumenta cuando los roles están claramente definidos, es decir , quién es el educado y quién el profesor. 5. El aprendizaje requiere energía. Se aprende más información con un menor gasto de energía, cuando la enfermera la presenta a un nivel acorde con la capacidad del paciente. Cuando existe una relación entre el contenido presentado y algo que el paciente

49 Ibidem, Carpenito, Pág. 770

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1. Cada persona aprende a su manera
 - El aprendizaje depende de la disposición física y emocional. Donde el paciente necesita verse realmente libre de dolor y ansiedad extrema para aprender
 - Una ansiedad elevada disminuye el aprendizaje mientras que una ansiedad leve puede aumentarlo
 - La motivación del paciente es una de las variables más importantes que afectan a la cantidad de aprendizaje que se consigue.
2. La enseñanza deberá incluirse de forma rutinaria como una parte integral de los cuidados de enfermería siempre que se produzca un nuevo diagnóstico o cambio en el plan, o cuando el paciente se enfrenta a una situación desconocida.
una de las variables más importantes que afectan a la cantidad de aprendizaje que se consigue.
3. La enseñanza deberá incluirse de forma rutinaria como una parte integral de los cuidados de enfermería siempre que se produzca un nuevo diagnóstico o cambio en el plan, o cuando el paciente, se enfrenta a una situación desconocida. ⁽⁵¹⁾

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

- ya sabe o ha expresado y cuando la información se da como respuesta a una necesidad expresada por el paciente y familia.
6. La retención de la información aumenta cuando el proceso de enseñanza- aprendizaje incluye el uso de diversos sentidos.
7. La repetición refuerza el aprendizaje
8. La retención es mayor cuando la información aprendida se pone en práctica inmediatamente, que cuando su aplicación se demora
9. El aprendizaje se hace más fácil cuando el educado es conciente de su progreso
10. El aprendizaje se ve favorecido en un medio libre de distracciones u otros obstáculos ⁽⁵⁰⁾

50 Ibidem, Carpenito, pág. 771.

51 Ibidem, Carpenito, pág. 770.

3.6 EVALUACION DEL PLAN DE CUIDADOS

Necesidad de Oxigenación: El paciente manifestaba dificultad respiratoria a causa de la sonda nasogástrica que tenía a permanencia, fue necesario convencer al paciente que la sonda nasogástrica no le impedía respirar , por lo que se le indico realizar respiraciones lentas y profundas, y que permaneciera en posición semifowler al estar recostado y que al deambular la sonda nasogástrica tampoco le causaría dificultad para realizarlo

Necesidad de Hidratación. Para llevar el control de hidratación fue necesario el registro periódico de los drenajes de líquidos por la sonda nasogástrica, sonda foley , penrose derecho e izquierdo, sonda T, y pesar los apósitos de la herida quirúrgica.

Valorar el estado de la piel en mucosas, turgencia, color y humedad (seca o sudoración profusa)

Diuresis en cantidad, frecuencia y color,

Vómitos en cantidad y características

Necesidad de Termorregulación. A causa del proceso infeccioso de la herida quirúrgica el paciente presento picos febriles de 39 y 40° C , para esto fue necesario vigilar los signos vitales, el estado mental del paciente, el estado de la piel, exudación , drenajes anormales y signos de deshidratación.

Se realizo el control de temperatura por medios físicos retirando el exceso de ropa, colocando bolsas de hielo o compresas húmedas frías, y baño de regadera (cuando el paciente lo permitía), así como la ministración de medicamentos e el informe periódico al médico.

Necesidad de Sueño y Descanso: El paciente presento alteraciones para conciliar el sueño debido al ruido que se escuchaba por las noches a causa de las maquinas de escribir cuando los médicos realizaban sus notas

medicas y a las actividades que realizaba el personal de enfermería, como era al administrar medicamentos, toma de signos vitales y el cambio de ropa de cama que se realizaba en algunas coacciones ya fuera para el mismo paciente o para alguno de sus compañeros de habitación. Para esto fue necesario cambiar de cama al paciente a un lugar mas alejado de ruido y se solicito al personal de enfermería su colaboración para organizar las actividades con el menor ruido y molestias que se originaban no solo en mi paciente sino con el resto de los demás pacientes.

También se oriento al paciente a limitar las actividades y duración de sueño durante el día

Necesidad de Eliminación: Fue necesario cuantificar los líquidos de los diferentes drenajes corporales como son :

- Sonda nasogástrica , sonda T, penrose y apositos, registrando la cantidad, color, olor y el tipo del drenado al que corresponde.
- Micción : cantidad, frecuencia , olor y consistencia.
- Sudoración profusa (hipertermia).
- Vómitos: frecuencia cantidad aspecto.
- Diarrea: frecuencia, características y numero de evacuaciones.
- Pesar al paciente diariamente

Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura: Se oriento al paciente y a sus familiares en la necesidad de cambios posturales y movilización en cama frecuentes, para prevenir úlceras de presión y escaras en las zonas vulnerables como son la espalda, glúteos, talones y codos.

Utilizando un programa de movilización cada dos horas de 15 a 20 minutos de duración de acuerdo a la prescripción médica. Estos ejercicios consisten en que el paciente realizara movimientos en los brazos de arriba abajo y de adentro hacia fuera , en las piernas encoger y estirar la pierna suavemente dentro de los límites de su tolerancia al dolor, proporcionarle percusión

torácica en espalda y talones

Necesidad de Higiene y Protección de la Piel. El paciente presentó excoriaciones de la piel en la periferia de los penrose derecho e izquierdo y herida quirúrgica a causa de la salida de líquido purulento y heces fecales.

Para prevenir la extensión de úlceras en las zonas de los penrose que presentaban eritema fue necesario lavar suavemente el área con isodine y agua estéril, posteriormente se aplicó una capa de caraya para sellar y proteger la piel del contacto con la bolsa recolectora y el líquido que se drenaba.

Por la herida quirúrgica que drenaba líquido purulento a causa de la dehiscencia que presentó fue necesario realizar periódicamente cambios de apósitos estériles y curaciones de dos a tres veces al día con isodine y agua estéril en colaboración con el médico. Promoviendo a su vez en el paciente la educación de una buena higiene de la piel.

Necesidad de Evitar Peligros: Se orientó al paciente y familiares sobre la ubicación de las instalaciones y material al que puede tener acceso como son orinales, cómodos, riñones, tripies y que al deambular hiciera uso de los pasamanos y barras en los pasillos y baños para facilitar la deambulación y el uso del timbre para que obtenga ayuda rápida.

Necesidad de Comunicación: Aunque el paciente no tenía problemas para comunicarse verbalmente, la comunicación se vio afectada por la falta de confianza hacia el personal médico y de enfermería y a la falta de información hacia el mismo paciente de su estado de salud, debido a que los informes solo se le proporcionan al familiar y no al paciente, provocando en él temor, angustia, enojo, depresión y aislamiento.

Para ganar su confianza se le informó por medio del médico su estado de salud, la evolución que tenía, y los posibles procedimientos que deberían continuar a causa de la infección y complicaciones que se estaban presentando.

Por parte del personal de enfermería, se le proporciono al paciente un medio ambiente en el que participara hablando sin interrumpirle y dándole tiempo suficiente para responder y escucharlo respetuosamente mirarle a la cara y establecer un contacto con la mirada, utilizando un tono de voz suave , sin prisa y con palabras que comprendiera, e informándole cada uno de los procedimientos que se realizaran en el momento

Necesidad de Aprendizaje. Dependiendo de la disposición física y emocional del paciente se solicita su participación en los cuidados de enfermería, cada vez que se produce un cambio en el diagnostico o en el plan de cuidados que enfrente el paciente ante una situación desconocida

En lo que respecta a mi paciente los días de hospitalización se prolongaron más por las complicaciones que presento considerándose un paciente con sepsis abdominal secundaria a apendicitis, quien fue enviado en cuatro ocasiones al quirófano para que le realizara un lavado quirúrgico en la herida dehiscente y que a causa de la ultima intervención presento reacción a la anestesia falleciendo en el quirófano a las 10:20 am por un paro cardiaco de acuerdo al reporte médico.

CONCLUSIONES

El proceso de atención de enfermería constituye nuevos conocimientos se basa en detectar oportunamente, el alto riesgo que puede presentar el paciente debido a su padecimiento, elevando a su vez el nivel de calidad y calidez de atención que enfermería proporciona

Mediante el proceso de atención de enfermería pude experimentar alguna diferencia en la atención del paciente post operado de apendicectomía , sin la aplicación del proceso de atención de enfermería y cuando ya se aplico.

El proceso de atención de enfermería constituye una forma determinada de actuar y proceder en el usos de técnicas y procedimientos oportunos ampliando el campo de conocimientos y practica para enfermería conduciendo al paciente a un estado de independencía y autocuidado, reduciendo las secuelas y días de hospitalización.

Por otra parte durante el desarrollo del caso clínico pude detectar que la sobrecarga de trabajo impide llevar a cabo la valoración de las necesidades que cada paciente requiere, debido a que en el Hospital General de Zona 1 A Los Venados cada enfermera labora con un promedio de ocho pacientes por lo cual no es posible ejecutar cada una de sus acciones, ya que existen ciertas acciones que no se pueden evaluar en el momento, debido a que los resultados no son inmediatos

SUGERENCIAS

Mediante este proceso de atención de enfermería , sugiero cubrir cada una de las necesidades que el paciente manifiesta, así como fomentar el uso de técnicas y procedimientos para satisfacer las necesidades básicas del paciente.

Promoviendo y educando a pacientes, familiares y personal del sector salud, a realizarlos y disminuir los riesgos , días de hospitalización y complicaciones que implican el deterioro físico y mental del paciente.

Sugerir a los directivos del Hospital General de Zona 1 A los Venados a revalorar el índice de pacientes- enfermera con el que se labora actualmente y poder brindar una atención de calidad hacia todos los pacientes satisfaciendo sus necesidades.

GLOSARIO

DEHISCENCIA: Abertura natural o espontánea de una parte u órgano.

ENFERMEDAD: Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de etiología generalmente conocida que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.

ENTONO: ambiente, lo que rodea, en lo que vivimos nuestras vidas

ENFERMERIA. Es la atención y el apoyo emocional que se brinda a las personas o pacientes que lo solicite no solo en la salud y la enfermedad

EVICERACIÓN: Salida de la masa intestinal fuera del abdomen, a consecuencia de un traumatismo, herida, o en el postoperatorio de laparotomías, por dehiscencia de la sutura de la pared.

HIPERPNEA: Exageración en la amplitud y profundidad de los movimientos respiratorios.

METAPARADIGMA: Es el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión, define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales, orienta la organización de los modelos y las teorías de una profesión.

MODELO: Describe un conjunto de ideas que están conectadas para ilustrar un concepto más general y amplio.

PARESIAS: Demencia paralítica o parálisis general.

PERFUSION: Circulación artificial en un órgano de un líquido de composición apropiada para mantener las funciones de aquél en la experimentación fisiológica

SALUD: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social de un individuo y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez.

TEORIA. Conjunto de principios o parte especulativa de una ciencia // hipótesis explicativa de un hecho// ley o sistema de leyes que se deducen de la observación de ciertos fenómenos y sirve para relacionarlos o explicarlos científicamente

VALSAVA: Tratamiento de los senos

BIBLIOGRAFÍA

Balderas Pedrero Ma. de la luz, "Administración de los Servicios de Enfermería", 2ª Edición , Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, México, 1988,pp 257.

Berkow Robert , " El manual Merck ", 9ª Edición, Editorial Océano/ Centrum, España, 1994,pág.3122.

"Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas", 13ª Edición, Editorial Salvat México, 1993,pág.1319

Fernández Ferrín Carmen, Novel Martí Gloria," El Proceso de Atención de Enfermería", 1ª Edición , Editorial Masson- Salvat, México, 1993,pág.115

Hernández Ramírez Luz Maria " proceso de Enfermería", Antología, Editorial UNAM, México. 2000. pág.187

Marcus A. Krup. , Steven A. Schroeder, "Diagnostico Clínico y Tratamiento", 23ª Edición, Editorial Manual Moderno, México, 1988, pág 1212.

Pérez Sosa Artemio, "Administración de los Servicios de Salud de Enfermería", 1ª Edición, Editorial Trillas, México, 1992, pág 197

Pérez Sosa Artemio, "Supervisión de los Servicios de Enfermería en los Tres Niveles de Atención", 1ª edición Editorial Prado, México, 1997, pág.190.

Planeuf Margot " El Proceso de Atención de Enfermería", 1ª Edición, Editorial Mc. Graw- Hill interamericana, Madrid,1993,pág. 155

Rosales Barrera Susana," Fundamentos de Enfermería", 1ª Edición, Editorial Manual Moderno, México, 1991,pág. 456

Ruby L. Wesley, RN, PHD, CRRN, "Teorías y Modelos de Enfermería", 2ª Edición, Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana, México, 1997, pág 173

Schwartz Seymour I, "Manual de Principios de Cirugía", 6ª Edición, Editorial Mc Graw- Hill Interamericana, México, 1996, pág 1200.