



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**“APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD
DE MITIGAR EL DOLOR RELACIONADO CON SINDROME
COMPARTIMENTAL POSTERIOR A UN ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO”.**

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

PRESENTA:

ANA YOLANDA LUNA GARCIA

No. de Cta. 0-9661863-1

ASESORA:

LIC. ENF. MA. MAGDALENA MATA CORTÉS

MÉXICO D. F. 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

PORTADA.....	1
INDICE.....	2
DEDICACIONES.....	4
INTRODUCCIÒN.....	5
JUSTIFICACIÒN.....	7
OBJETIVOS.....	9
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
1.- MARCO TEÓRICO.....	11
1.1 PROCESO ATENCIÒN DE ENFERMERÍA.....	11
1.2. OBJETIVOS DE PROCESO ATENCIÒN DE ENFERMERÍA	13
1.3. ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO.....	14
1.4. GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON....	25
2.- METODOLOGÍA.....	34
3.- APLICACIÒN DEL PROCESO ATENCIÒN DE ENFERMERÍA.....	34
3.1.- PRESENTACIÒN DEL CASO CLÍNICO.....	36
3.2 - VALORACION.....	37
3.3-DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	37
3.4.- PLANEACIÒN.....	44
3.5.- EJECUCIÒN.....	46
3.6.- EVALUACIÒN.....	46
3.7.-PLAN DE ALTA.....	53
4.- CONCLUSIONES.....	54
5.- SUGERENCIAS.....	56

6.- ANEXOS.....	57
6.1.- GENERALIDADES DE LA PATOLOGIA.....	63
MANEJO DEL PACIENTE TRAUMATIZADO.....	66
6.2.- RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL DOLOR.....	68
7.-GLOSARIO.....	69
8.-BIBLIOGRAFÍA.....	72

DEDICACIONES.

A MI ESPOSO:

Por ser el crisol de la familia que formamos, por soñar conmigo 20 años, por caminar hacia las metas compartidas siempre teñidas de amor, te agradezco tu tiempo y gracias por esperar las ausencias que dejan esta carrera y por suplir mis tiempos y dejar en nuestros hijos el amor unisonó que les profesamos. Para ti por siempre.

A MI HIJOS:

A ustedes mis cómplices, Gracias por dejarme crecer y mostrarles con el ejemplo, la gratitud que deja aferrarse a una meta, agradezco su admiración y profundo amor sobre todo gracias por su autonomía para dejarme crecer como persona. los amo.

A MIS MAESTROS:

Por darme la oportunidad de conocer las grandes cosas que deja la enfermería y lo valioso de sentir las gracias de alguien sin siquiera escucharlo, por conocer la vida de todos sus modos y sentir la satisfacción del deber cumplido de un trabajo solo por pasión y un camino hermoso de grandes crecimientos profesionales y personales.

A TI MADRE:

Gracias a tus ausencias y horas de trabajo que hicieron de mi una persona emprendedora e independiente con una visión de triunfo incansable y darme a mi hermana Julia, la gran culpable y autora de mi destino, gracias a su enfermedad que sembró en mi desde niña la curiosidad de hacer algo por una persona que sufre y asegurar sin saber el nato compromiso de ser enfermera.

A JUAN JOSE, ANGELICA, ROSARIO Y ANGELES.

A mis traviesos hermanos, los más locos amigos y las más bellas compañías de mi vida que saben que amogracias por su amor, respeto y admiración.

A TI CECI:

Doy gracias a Dios de haberte conocido, por compartir lo hermoso de esta carrera, la afinidad mutua por ser enfermeras, por tu fraternidad y tu corazón. Gracias sin duda por tu insistencia.

I.- INTRODUCCIÓN.

El dolor es una manifestación objetiva, subjetiva, real o potencial que se presenta desde el inicio de cualquier enfermedad por simple que esta sea, inclusive los pacientes manifiestan que el dolor los acompaña durante la enfermedad y porque no decirlo hasta el día en que se presenta la muerte. de ahí la importancia que la enfermera, deberá contribuir con el equipo interdisciplinario y reconocer la razón de mitigarlo, brindando cambios de pensamientos para actuar en este sufrimiento del paciente interactuando con el equipo de salud partiendo de planear cuidados y determinar los propósitos de la práctica de enfermería basándolos en la teoría de Henderson; aplicando los cuidados específicos al dolor por simples que parezcan y realizar una valoración profunda de las manifestación que este signo le provocan al paciente después de sufrir un accidente automovilístico así mismo la necesidad de resolverlo y evitar la presencia crónica del dolor durante su enfermedad, estableciendo prioridades de atención de acuerdo a sus limitaciones familiares, sociales y espirituales que le provoca este único signo denominado “dolor”.

El presente proceso atención de Enfermería se realiza con la finalidad de dar a conocer la importancia de las necesidades de salud de una persona que requiere un cuidado más individualizado; todo esto mediante el modelo de atención de Virginia Henderson, donde conceptualiza que el ser humano es el objetivo principal de atención pues debemos de analizar, las necesidades que él requiera, estas a través de las 14 necesidades básicas que ella propone para el individuo, satisfacer su integridad física, psicológica, biológica y espiritual empleando como herramienta de diagnostico a las establecidas por la NANDA que permita a futuro recuperar satisfactoriamente su salud.

Es por ello que se aplica el proceso atención de Enfermería a un adulto mayor del sexo masculino de 46 años el cual sufrió un accidente automovilístico y presenta síndrome compartimental en la pierna izquierda posterior un accidente automovilístico y le manifiesta incomodidad en su necesidad de reintegrarse a su vida cotidiana, siendo el dolor su principal malestar presentándose no solo como problema médico si no también presenta problemas psicológico, económico y sociales por su incapacidad para realizarse como individuo, situaciones que involucra directamente al personal de Enfermería durante su estancia hospitalaria, la enfermera licenciada en enfermería y obstetricia aplicara sus conocimientos de manera profesional y científica por medio del proceso enfermero, para cubrir las necesidades que el paciente demande de forma oportuna, llevando a cabo lo planeado en el proceso atención de enfermería con la finalidad de aliviar el dolor y evitar complicaciones agudas y crónicas posteriores hasta la integración a su vida cotidiana.

Los pacientes con dolor requieren de mayor cuidado de acuerdo a su tipo de lesiones durante las diversas fases e intensidad de dicho malestar desde su ingreso en urgencias, hospitalización y ambulatorio hasta su egreso hospitalario.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que obedece a una o varias lesiones reales o potenciales; es la causa que con mayor frecuencia ocasiona que las personas soliciten servicios asistenciales y que el personal de las instituciones hospitalaria le dan poca credibilidad a la manifestación de este signo subjetivo y que inician su tratamiento cuando ya el paciente presenta signos tardíos que ponen en riesgo órganos corporales o hasta la vida y es de ahí que considero la importancia de un tratamiento oportuno a dicha manifestación previendo complicaciones irreversibles en un paciente con dolor por simple que parezca.

La enfermera es la persona que pasa más tiempo con el paciente que sufre dolor que cualquier otro profesional de la salud y tiene la oportunidad de ayudar al enfermo a aliviar el dolor. Así como administrar los medicamentos para aliviarlo.

La enfermera no solo colabora con otros profesionales del campo de la salud. Sino que además proporcionar la mayor parte de las intervenciones y aboga por el paciente cuando la intervención es ineficaz. Así mismo, instruye al enfermo y a su familia, les indica la forma en que pueden administrar los analgésicos o el régimen de alivio contra el dolor cuando se requiere.

Es la piedra angular en el equipo interdisciplinario y de ella depende directamente mantener a un paciente en un estado de confort a pesar de su padecimiento y la enfermera profesional es la persona idónea que puede planear y llevar a cabo el proceso de atención de enfermería planeado basándose en el método científico y aplicar así mismo, sus dotes docentes para brindar atención de enfermería de calidad satisfaciendo oportunamente las necesidades básicas de sus usuarios

II.- JUSTIFICACIÓN.

La enfermería ha evolucionado a través de la historia partiendo de proporcionar cuidados de enfermería basados en conocimientos empíricos, hasta la más revolucionaria transición de los tiempos modernos, “el proceso atención enfermería” hoy “método enfermero”, que nos ha imbuido actualmente a todo el gremio de enfermeras, situación que nos coloca vulnerables para las grandes exigencias de nuestros usuarios y nos compromete a ejercer la profesión con un gran nivel de exigencia de calidad basadas en un método científico con resultados objetivos en la integración holística de un individuo para restablecer su salud.

En México desde hace décadas las enfermedades predominantes de muerte, han sido los accidentes automovilísticos, las enfermedades cardiovasculares, transmisibles entre otras y todas ellas de un modo o de otro, se manifiestan por dolor de inicio o tardíamente durante la manifestación de una enfermedad, acompañado de otros signos y síntomas que también se tratan en conjunto, sin embargo el dolor puede desencadenar complicaciones agudas y/o crónicas que alteran al individuo que ingresa a un centro hospitalario y que requiere de preparación previa y de acciones oportunas para recuperar de manera óptima la salud. Previniendo que el paciente se enfrente a complicaciones leves, graves e inclusive la muerte, que va de la mano con esta manifestación como ejemplo: el dolor previo del infarto al miocardio, las fracturas múltiples o únicas relacionadas con dolor, además es un signo que nos da sorpresas, como el dolor inminente relacionado con la muerte súbita ó como la simple manifestación de un dolor de cabeza previamente a un accidente vascular cerebral, el dolor crónico de rodilla que imposibilita a un paciente para caminar, la lumbalgia que lo limita en las situaciones laborales o el rechazo social porque siempre manifiesta dolor de algún lado y le molesta e incapacita para realizar lo que otros hacen con tanta facilidad.

La enfermera en los servicios hospitalarios ya sea urgencias, hospitalización. Terapia intensiva se ve directamente involucrada en la asistencia de los pacientes que generalmente presentan facies de dolor y ansiedad de la situación que los aqueja.

Por todos estos hechos se demuestra la importancia de la intervención de la licenciada en enfermería y obstetricia de desarrollar un instrumento como el proceso atención de enfermería a un adulto mayor con alteración en la necesidad de quitar y prevenir el dolor relacionado a las secuelas que le dejó un accidente automovilístico.

Ya que es de vital importancia proporcionar cuidados oportunos de acuerdo a las necesidades que requiera el paciente.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Aplicar el proceso atención de Enfermería a una persona con dolor principalmente causado por un síndrome compartimental posterior a un accidente automovilístico que le presenta alteraciones en sus necesidades humanas, desarrollando conocimientos, habilidades y destrezas en el cuidado con el fin de proporcionar una buena atención de calidad, basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas, proporcionando un cuidado holístico y así mismo tratar de disminuir el tiempo estancia en el hospital para su pronto restablecimiento a la comunidad que pertenece en beneficio del paciente y su familia.

OBJETIVO ESPECIFICO.

- Dar a conocer el proceso atención de enfermería tomando como referencia el modelo de Henderson, así como los diagnósticos que establece la NANDA para el restablecimiento de la salud.
- Identificar, disminuir y evitar el dolor oportunamente para evitar la manifestación de complicaciones y el deterioro de su salud.
- Comunicar al equipo de salud la importancia de la aplicación del proceso enfermero a un paciente con dolor en él área de hospitalización y brindarle atención expedita y reintegrarlo a su vida cotidiana de acuerdo a sus capacidades físicas y su sostén emocional.

I.-MARCO TEÓRICO.

1.1 PROCESO DE ENFERMERO.

Es un proceso continuo integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tienen por objetivo fundamental la adecuada valoración, identificación, planificación y ejecución de cuidados oportunos orientados al bienestar de los pacientes.ⁱ

Cabe destacar que tales etapas, aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionadas y son ininterrumpida, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente no solo desde la dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológicas, sociológicas, cultural y espiritual.

A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases. Desde ese momento, el Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la enfermería.

La ANA (Asociación Americana de enfermería) utilizó el Proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia.

La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería.

De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso.

1.2 OBJETIVO DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad.

El proceso enfermero es:

Sistemático.- consta de 5 pasos en las que llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficacia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.

Dinámico.- A medida que adquiera mas experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre los distintos pasos del proceso, combinado en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.

Humanístico.- Planifica los cuidados considerando la mente, el cuerpo, y el espíritu.

Centrado en los objetivos (resultados).- los pasos del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en la persona que demanda los cuidados de salud y la obtención de los mejores resultados de la manera mas eficiente.

Características del proceso enfermería

El proceso de enfermería es un proceso cíclico y continuó que puede terminar en cualquier etapa si el problema está resuelto.

La evaluación de enfermería del cuidado llevará a cambios en la implementación del cuidado y es posible que las necesidades del paciente cambien durante su estadía en el hospital mientras su salud ya sea que mejore o se deteriore.

El Proceso de Enfermería no sólo se enfoca en formas de mejorar las necesidades fisiológicas del paciente, sino también en las necesidades de seguridad y protección, de amor y pertenencia, de autoestima y de autorrealización.

1.3 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

“Consta de cinco pasos, es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos de los abordajes enfermeros, el proceso promueve unas cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos, resultados eficaces. “¹

Los siguientes son los pasos o fases del proceso de enfermería.

- ❖ Valoración (de las necesidades del paciente)
- ❖ Diagnóstico (de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir)
- ❖ Planificación (del cuidado del paciente)
- ❖ Implementación (del cuidado)
- ❖ Evaluación (del éxito del cuidado implementado)

Valoración

Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencia de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud también pueden buscar evidencias de los recursos con que cuenta el cliente.

- Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno.
- Recogida continua de datos sobre problemas de salud y factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición de los mismos.
- El profesional de enfermería debe llevar a cabo una [valoración de enfermería](#) completa y holística de cada una de las necesidades del paciente.

La recolección de la información se lleva a cabo basada en:

Fuente directa:

- En la observación
- entrevista con el paciente.

Fuentes indirectas:

- entrevistas con familiares.
- Registros de enfermería anteriores.
- Expediente clínico.

Para llevar a cabo la entrevista para la obtención de datos la enfermera puede aplicar las siguientes recomendaciones:

- Asegure la intimidad.
- Dedique el tiempo suficiente.
- Mantenga centrada la atención.
- Recolectar datos objetivos. (los que se observan)
- Subjetivos (los que dice el paciente).

OBJETIVOS	SUBJETIVOS
SIGNOS VITALES	MANIFESTACION DE DOLOR
CLAUDICACION AL CAMINAR	SIENTO MIEDO- ANGUSTIA
SANGRADO	NADIE ME QUIERE
OBESO O DESNUTRIDO	SIENTO UN HUECO EN LA PANZA

- Verificar si la información es verídica. (es esencial el pensamiento crítico)
- Evitar omitir información importante.
- Usar un instrumento para recopilar la información del paciente (historia clínica de enfermería)

- Recolectar la información general de carácter general.

NOMBRE
EDAD
SEXO
ESTADO CIVIL
RESIDENCIA

- Características personales.

IDIOMA
RAZA
RELIGION
NIVEL SOCIOECONOMICO
NIVEL EDUCATIVO
OCUPACION
ESTILO DE VIDA
TIPO DE ALIMENTACION
HABITOS DE DEFECACION
TIPO DE EJERCICIO
HABITOS DE SUEÑO
HIGIENE PERSONAL
ACTIVIDADES RECREATIVAS
ANTECEDENTES HEREDO
FAMILIARES
CONSTANTES VITALES
SOMATOMETRIA
ESTUDIOS DE LABORATORIO
DATOS PSICOSOCIALES

Diagnóstico

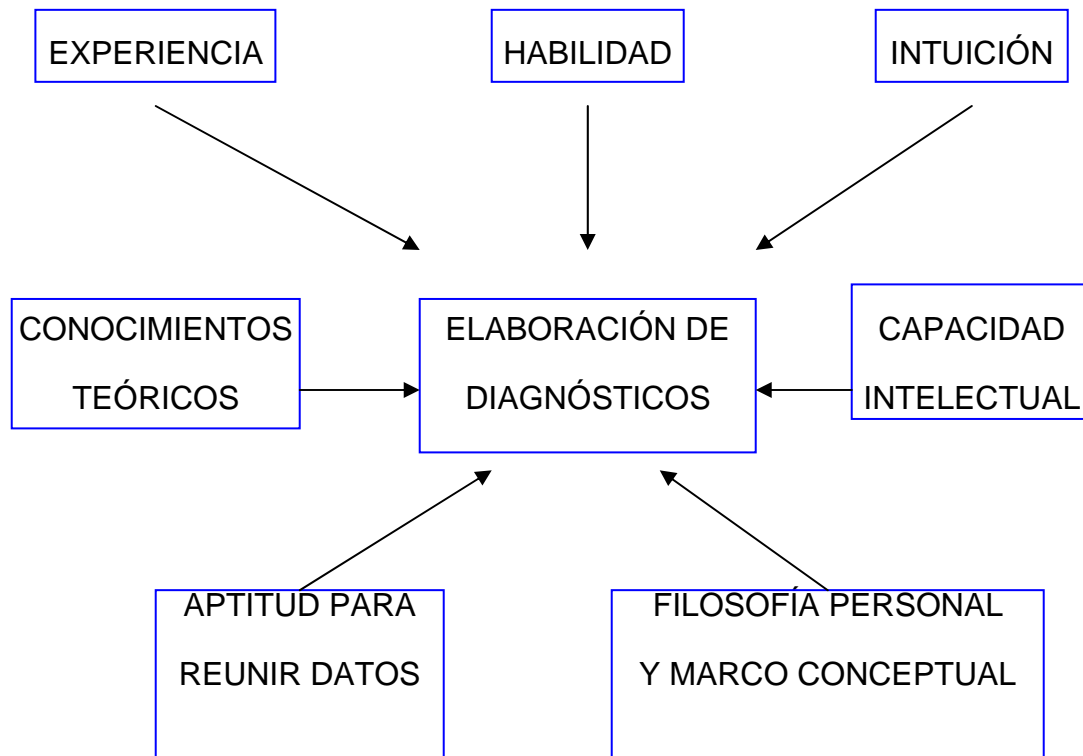
(Identificación de los problemas) analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados. También hay que identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.

- Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados.
- Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencia.
- El propósito de esta fase es identificar los problemas de enfermería del cliente.
- Análisis de los datos para identificar problemas de salud reales y potenciales y recursos de que disponemos.
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Se implementara el modelo de Virginia Henderson para determinar problemas y necesidades relacionadas con las independencias.

El diagnostico de enfermería es el juicio que se va obtener de la valoración de enfermería ya se real o potencial para proporcionar la intervención de enfermería y así su solución ya se ha para el individuo, familia y/o comunidad.

Para la elaboración de los diagnósticos la enfermera deberá tener como base:

- conocimientos teóricos previos.
- Capacidad intelectual.
- Establecer la filosofía que va usar
- Realizar el marco conceptual
- Aplicar su experiencia.
- Utilizar la intuición.
- Aptitud para reunir los datos del paciente.



Gordón planteó el formato Pts. para anunciar y confirmar diagnósticos.

Existe diversos diagnósticos y la enfermera debe conocer cuales son como a continuación se indican:

DIAGNOSTICO REAL: Son las evidencias clínicas que describen una serie de conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica. Las características definitorias son concretas y pueden recogerse mediante la observación o los informes de la persona o grupo.

FACTORES RELACIONADOS: Factores que parecen mostrar algún tipo de relación con el diagnóstico y puede describirse como antecedente, asociado, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes al mismo.

EJEMPLO:

Déficit nutricional en relación con la anorexia, náuseas y vómitos. Manifestado por fatigas y desequilibrio electrolítico.

DIAGNOSTICO DE RIESGO: Factores ambientales, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad a la aparición de una respuesta poco saludable.

EL RAZONAMIENTO PARA DETERMINAR UN DIAGNOSTICO LO BASAREMOS EN LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS:

- 1.- tener la mente abierta.
- 2.- apoyar el diagnostico con evidencias.
- 3.- no apoyarlos con la intuición.
- 4.- No etiquetar un problema mal si no lo hay. (Dx erróneo)
- 5.- reconoce nuestras capacidades y limitaciones.
- 6.- apoyarse de la taxonomía de la NANDA.

Una vez que realizamos lo anterior.

DIAGNOSTICAR LOS PROBLEMAS DE SALUD.

1. con la valoración completa.
2. hacer la lista de problemas reales y potenciales.
3. buscar evidencias que sustenten el problema.
4. incluir y excluir los problemas.
5. identificar las etiquetas relacionados con el problema
6. verificar si los problemas identificados corresponden a la resolución de enfermería.
7. identificar si es un problema real o potencial.
8. determinar la causa del problema.
9. si son potenciales no registrar la sintomatología.

Los diagnósticos de enfermería se deben desarrollar e ir perfeccionando para el diseño acertado de estrategias e intervenciones de enfermería para prevenir, reducir o eliminar problemas de salud que se hayan eliminado o identificado durante el diagnóstico y nos sirven para:

1. identificar los conocimientos de enfermería que se tienen.
2. tener mayor responsabilidad
3. manifiestan autonomía profesional.

Planificación

- En acuerdo con el cliente, el profesional de enfermería realiza el tratamiento de cada uno de los problemas identificados en esta fase de planificación.
- Determinar los resultados esperados (objetivos específicos) e identificación de intervenciones para lograrlos.
- Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Determinar las prioridades inmediatas.
- Determinar las intervenciones.
- Anotar o individualizar el plan de cuidados.
- Registrar el plan de cuidados.

Para la formulación y planeación de las intervenciones de enfermería se deben individualizar, deberán ser realistas, se debe considerar el tiempo de estancia del paciente, con que recursos se cuenta, el tiempo de realización y quien es el responsable.

LA REALIZACION DE PLANES DE CUIDADO CON NIC Y NOC

El PAE - Proceso de Atención de Enfermería), es el origen de los Planes de Cuidado.

La tendencia universal en la Atención de Enfermería es realizarla a través de los Planes de Cuidado al objeto de unificar los criterios de Atención y procurar el máximo de calidad de la misma.

De esa manera, no solo se garantiza la calidad en la atención, sino que a la vez se puede cuantificar tanto los tiempos de atención como los costes que estos suponen.

Dada la dificultad que entrañaría la realización de Planes de Cuidado individualizados, en la práctica se realizan de forma estandarizada. Así, cada Proceso de Atención de Enfermería debe de estar asociado a un GDR al objeto de establecer las mismas Actividades enfermeras derivadas de los Diagnósticos establecidos.

La estructura correcta para la realización de un Plan de Cuidados es la siguiente:

Diagnósticos Enfermeros

Los Diagnósticos enfermeros, son los problemas de Salud o necesidades detectados en la Valoración y que entran dentro de la competencia de Enfermería.

Estos problemas, pueden ser tratados por el profesional de Enfermería de forma totalmente independiente.

Existen varias definiciones de Diagnósticos Enfermeros.

Existen dos tipos fundamentales de Diagnósticos Enfermeros:

Potenciales o de Riesgo

Reales

Un Diagnóstico enfermero Real está compuesto de tres partes:

Problema de salud

Factores etiológicos o relacionados

Características definitorias

Un diagnóstico enfermero Potencial está compuesto de dos partes:

Problema de salud

Factores de riesgo

Criterios de Resultados NOC

Una vez definido un diagnóstico, deberemos de planificar qué pretendemos que ocurra con ese problema de salud, cual será, por lo tanto, nuestro Objetivo respecto a ese problema.

Este Objetivo no es sólo del profesional de Enfermería, sino que debe de estar marcado hacia el paciente en un tiempo determinado.

Los objetivos deben de ser medibles, basados en la valoración y realistas.

En la actualidad se utiliza el término Criterios de Resultados para sustituir al de Objetivos.

Los Criterios de Resultado son los objetivos que se plantea conseguir por la Enfermería y por el paciente y/o familia.

NOC cuenta con 330 Criterios de Resultado y cada uno de ellos posee unos indicadores específicos, está dividida en 31 clases y 7 dominios.

INTERVENCIONES (ACTIVIDADES) NIC-CIE

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

*Se define como una Intervención Enfermera a " **Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente**".*

Las **Intervenciones** (actividades enfermeras), son las acciones encaminadas a conseguir un objetivo predeterminado, de tal manera que en el **Proceso de atención de Enfermería**, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente.

Las Intervenciones son genéricas y cada una de ellas llevará aparejadas varias acciones.

- Las siglas del término inglés para esta denominación es **NIC**.
N.I.C.(Nursing Interventions Classification)

- La traducción del NOC al idioma español, se ha denominado CIE.
C.I.E.(Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

- La estructura de taxonomía de la CIE (Clasificación de las Intervenciones Enfermeras) tiene tres niveles:
 - Campo
 - Clases
 - Intervenciones.

Ejecución.-

Para llevar a cabo el plan, no solo hay que actuar- piense y reflexione sobre lo que se va a realizar.

- En esta fase también se registran los métodos por el cual se alcanzará la meta.
- Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo.
- La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo el cuidado de la enfermería.
- Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Valorar el estado actual de la persona antes de actuar.
- Llevar a cabo las intervenciones y volver a valorar para determinar la respuesta inicial.
- Informar y registrar.

Evaluación

- El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos.
- En cambio, si la meta ha sido alcanzada entonces el cuidado puede cesar.
- Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez.
- Valoración del logro de los resultados y decisión sobre la necesidad de introducir cambios.
- Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

1.4. GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

VIRGINIA HENDERSON (su historia)

Nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, originaria de Kansas City Missouri.

En la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la Enfermería.

En 1918 ingreso a ala escuela de Enfermería del ejercito en washintong.

En 1921 se graduó y acepto un puesto como Enfermera en el Henry street visiting nurse service de nueva york.

En 1948 hasta 1953 realiza la revisión la quinta edición del Textbook of the principles and practice of Nursing de Berta Harmer publicado en 1939.

En 1953 ingresa ala universidad en donde aporto una valiosa colaboración en la investigación de enfermería.

En 1959 a 1971 dirige el proyecto Nursing Studies Index por la universidad Yale fue diseñado como índice de anotaciones en 4 volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

Virginia Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora.

En 1988 de la American Nurse Asociación (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la Enfermería a lo largo de toda la vida.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años.

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

Para entender mejor esta definición recordaremos los siguientes conceptos.

TEORÍA

Es el conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones con una articulación coherente, organizada y sistemática que establece relaciones específicas entre ellos para describir, explicar, predecir y controlar los hechos. Para enfermería la utilidad de la teoría consiste en proporcionar conocimientos que mejoren la práctica profesional y desarrollen la capacidad analítica. Es importante recordar que nuestras teorías se desarrollan, articulan y comprueban a partir de 1.950.

MODELO

Es la representación de la realidad, abstracción, imagen mental que nos ayuda a comprender algo que no se puede ver o de lo que sabemos poco. Para algunos autores, el modelo es un referente ideal que representa de manera simplificada una teoría.

MODELOS Y CLASIFICACIÓN:

Los modelos de enfermería han sido agrupados y clasificados por diferentes autores en función de diversos criterios que recogen sus similitudes y sus diferencias.

A) Clasificación por tendencias en la prestación de cuidados:

. Naturalista y ecologista: los cuidados facilitan la acción de la naturaleza sobre las personas. (Florence Nightingale).

. Suplencia y ayuda: los cuidados son las acciones que las personas no pueden llevar a cabo en un momento determinado. Fomenta la independencia y autonomía. (Virginia Henderson y Dorothea Orem).

. Interrelación: la base de los cuidados se establece en la relación entre enfermera, persona y ambiente. (Hildegard Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Mira Levine).

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

Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya que desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.

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

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

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

PERSONA.

SALUD.

ROL PROFESIONAL.

ENTORNO.

LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BASICAS.

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

Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.
3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de moverse y Mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.

LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE SU TEORÍA SON:

- ❖ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- ❖ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- ❖ Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados Enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- ❖ Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow :
- ❖ las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología.
- ❖ la 8ª y 9ª relacionadas con la seguridad.
- ❖ la 10ª relacionada con la propia estima.
- ❖ la 11ª relacionada con la pertenencia
- ❖ la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

La persona y las 14 necesidades básicas

Persona

Pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables.

Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad.

Influirle por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente).

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- ❖ Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- ❖ Variables: estados patológicos :
- ❖ Falta aguda de oxígeno.
- ❖ Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- ❖ Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- ❖ Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- ❖ Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- ❖ Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- ❖ Una enfermedad transmisible.
- ❖ Estado preoperatorio.
- ❖ Estado postoperatorio
- ❖ Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- ❖ Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

LA RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE:

Se establece 3 niveles en la relación muy dependiente a la práctica independiente.

SUSTITUTA DEL PACIENTE

AUXILIAR DEL PACIENTE

COMPAÑERA DEL PACIENTE

La Enfermera debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades del paciente si no también las condiciones y estados patológicos que las alteran.

La Enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo. Ya sea la independencia o una muerte tranquila.

Virginia Henderson. Desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido. Buscan tratar de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua con el fin de mantener en estado optimo de la propia salud.

El concepto de INDEPENDENCIA puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir llevar acabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

La DEPENDENCIA puede ser considerada con una doble vertiente por un lado la ausencia de las actividades llevadas acabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realice actividades que no resulten adecuadas o sea insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Cuando esto es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifican como:

- falta de fuerza.
- Falta de conocimiento.
- Falta de voluntad.

FALTA DE FUERZA

Interpretamos por FUERZA no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de la personas, si no también la capacidad del individuo para llevar a termino las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendría determinando por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas capacidad intelectual. Etc.

FALTA DE CONOCIMIENTO

En lo relativo en las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situaciones de enfermedad. La propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

FALTA DE VOLUNTAD

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

rol profesional .cuidados básicos de enfermería y equipo de salud.

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva acabo la enfermera en el desarrollo de su función propia. Actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificando en la persona.

Los cuidados básicos de enfermería considerados como en servicios derivados del análisis de las necesidades humanas son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes: sin embargo varían considerablemente por cada persona interpreta a su manera estas necesidades.

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

El Modelo de Henderson menciona unas veces de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familiar grupo, cultural, aprendizaje, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

No dio definición propia. Acudió en collegiate dictionary en 1961 define como: el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo. Lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

2.- METODOLOGIA.

2.1. APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de enfermería.

1.- En las ETAPAS de VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO. Sirve de guía en la recogida de datos y el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina.

- El grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en la satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2.- En las ETAPAS DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a causas de la dificultad detectadas, en la elección de modo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado.

3.- Finalmente en la etapa EVALUACION el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha de plan de cuidados , la autora dice que es nuestra meta es ayudar al individuo o conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades.

EL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA que se realizo en el hospital militar de Acapulco Gro. En el servicio de terapia intensiva

Eligiendo a un adulto mayor de 46 años con alteración en la necesidad de mitigarle el dolor relacionado a un síndrome compartimental en la pierna izquierda causados en un accidente automovilístico.

Para la realización de este proceso fue necesario aplicar las etapas del proceso que son: La Valoración, el Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación; Para llevar a cabo esto, se realizaron las técnicas de la observación, la entrevista, el interrogatorio directo e indirecto, para la recopilación de los datos y obtener una

información básica para el desarrollo del trabajo, utilizando la información de La familia, el entorno y del expediente clínico para el planteamiento de actuaciones y decisiones en beneficio del paciente.

Se consulto los diagnósticos de enfermería elaborados por la NANDA DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES 2007-2008.para recabar las categorías que se dieron como resultados de la valoración.

Tomando cada uno de los diagnósticos de enfermería se inicio la planeación utilizando las categorías (NOC) y la ejecución de los cuidados basados en las intervenciones (NIC), Utilizando la clasificación estandarizada, finalizando con la evaluación para refrendar los objetivos planteados o bien definir y replantear los objetivos por alcanzar retomando el MODELO de VIRGINIA HENDERSON y sus 14 necesidades, y ajustar un nuevo plan de cuidados con las metas alcanzadas y los resultados obtenidos, así mismo re identificar las necesidades del paciente que surjan como indicadores para la elaboración de un nuevo proceso.

3.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

3.1.- PRESENTACION DEL CASO.

Se Trata de un paciente adulto en la cuarta década de su vida del sexo masculino, originario del ocotito Gro. trasladado por sus familiares al servicio de urgencias, refiere el familiar que el día 1 de junio sufrió un accidente automovilístico y fue llevado a la cruz roja para su valoración proporcionan un diagnostico inicial de traumas múltiples. Llevado en la ambulancia que lo traslado al hospital del sureste estuvo de 3 a 4 días, de donde lo dan de alta por no encontrar datos de importancia proporcionando analgesia oral e indicaciones para cuidados domiciliarios estuvo en su casa con manifestaciones de dolor intolerable que lo llevan 14 días después asistir nuevamente al medico con toma de estudios y tratamiento medico nuevamente por una semana mas, cursa inquieto con dolor mas agudo e intolerable iniciando con datos de dificultad respiratoria situación por la que ingresa a esta sala, encontrando:

- Dificultad para respirar.
- Traumas costales.
- Datos de deshidratación por mal aporte nutricional;
- Dolor principalmente el la pierna izquierda
- Angustia.

A su ingreso el 14 de junio se encuentra en su cama con dolor en la pierna izquierda, fascies de sufrimiento, desesperación, datos de dificultad respiratoria datos que se satisfacen con el apoyo de ventilación mecánica, manteniéndolo orointubado, sedado y relajado; resolviendo la situación de emergencia. Se integra a la familia informando y proporcionando apoyo emocional con respecto a su diagnostico y tratamiento actual para facilitar su recuperación rápida y disminuir la estancia en el hospital como prioridad ya que sus recursos económicos son bajos.

El diagnostico medico que se establece basado en la clínica y exámenes de laboratorio y gabinete es: SINDROME COMPARTIMENTAL EN LA PIERNA IZQUIERDA.

3.2.- VALORACIÓN.

INGRESA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

SE INICIA CON LA REALIZACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA PARA SU ATENCIÓN HOSPITALARIA.

SE REALIZA LA OBTENCIÓN DE DATOS ENTREVISTANDO A LA FAMILIA POR LA SITUACION QUE GUARDA EL PACIENTE POR SU SITUACION RESPIRATORIA INESTABLE Y SE INICIA LA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES POR MEDIO DE LA OBSERVACIÓN DIRECTA DEL PACIENTE.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: JESUS SALMERON.MANRIQUEZ. EDAD: 46 AÑOS PESO: 90 KILOS

TALLA: 1.75 CMS FECHA DE NACIMIENTO: 29-JUNIO SEXO: MASCULINO

OCUPACIÓN: COMERCIANTE ESCOLARIDAD: 2/o DE SECUNDARIA

FECHA DE ADMISIÓN: 14-JUNIO-2008HORA:09:00 HRS PROCEDENCIA: OCOTITO GRO.. FUENTE DE INFORMACIÓN:INDIRECTA MIEMBRO DE LA FAMILIA / PERSONA SIGNIFICATIVA: ESPOSA.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

- **SUBJETIVO**

DISNEA DEBIDO A: DIFICULTAD RESPIRATORIA. TOS PRODUCTIVA / SECA: NO DOLOR ASOCIADO CON LA RESPIRACIÓN: SI FUMADOR: SI DESDE CUANDO FUMA /CUANTOS AL DIA/VARIA LA CANTIDAD SEGÚN SU ESTADO EMOCIONAL:DOS CIGARROS, DESDE LOS 15 AÑOS.

- **OBJETIVO**

REGISTRO DE SIGNOS VITALES Y CARACTERISTICAS: 34 DE F.RESP. 115 DE F.C. 90/70.TEMP.37.7 ESTADO DE CONCIENCIA: 7 DE GLASGOW

COLORACIÓN DE PIEL/LECHOS UNGUEALES / PERIBUCAL: PALIDEZ GENERALIZADA MALA OXIGENACIÓN Y COLORACIÓN DE TEGUMENTOS. CIRCULACIÓN DEL RETORNO VENOSO: SIN COMPLICACIONES APARENTES A LA OBSERVACION

2.- NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

- **SUBJETIVO**

DIETA HABITUAL (TIPO): NORMAL 4500 CAL. HIPERPROTEICA FIJA EN 85 % DE PROTEINAS

NÚMERO DE COMIDAS DIARIAS: 3 TRANSTORNOS DIGESTIVOS: SI INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS/ALERGIAS: NO PROBLEMAS DE LA MASTICACION Y DEGLUCIÓN: SI PATRÓN DE EJERCICIO: NINGUNO.

- **OBJETIVO**

TURGENCIA DE LA PIEL: LESION DE BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA MEMBRANAS MUCOSAS HIDRATADAS/SECAS: SIN MALA HIDRATACION CARACTERISTICAS DE UÑAS/CABELLO:BIEN IMPLANTADO Y COLORACION DE UÑAS CIANOTICAS FUNCIONAMIENTO NEUROMUSCULAR Y ESQUELETICO: LIMITADO POR LAS LESIONES ASPECTO DE LOS DIENTES Y ENCIAS: DENTADURA COMPLETA CON BUENA HIGIENE HERIDAS, TIPO Y TIEMPO DE CICATRIZACIÓN: LESIONES DESDE MANDIBULA ,ESPALDA, TÓRAX, BRAZO, PIERNA IZQUIERDA, CICATRIZACIÓN DE ESCORIACIONES.

3.- NECESIDADES DE ELIMINACIÓN

- **SUBJETIVO**

HABITOS INTESTINALES: NULOS DESDE HACE 20 DIAS CARACTERISTICAS DE LAS HECES, ORINA Y MENSTRUACIÓN: NULAS ORINA CON COLORACION CONCENTRADA .HISTORIA DE HEMORRAGIAS/ENFERMEDADES RENALES, OTROS: NO USO DE LAXANTES: NO HEMORROIDES: NO DOLOR AL DEFECAR / MENSTRUAR / ORINAR: NO COMO INFLUYEN LAS EMOCIONES EN SUS PATRONES DE ELIMINACIÓN: NO INFLUYEN

- **OBJETIVO**

ABDOMEN CARACTERISTICAS: BLANDO RUIDOS INTESTINALES: BUENA PERISTALSIS PALPACIÓN DE LA VEJIGA URINARIA: LLENA

4.- NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

- **SUBJETIVO**

ADAPTABILIDAD DE LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA: NO
EJERCICIO/TIPO Y FRECUENCIA: NO TEMPERATURA AMBIENTAL QUE
LE ES AGRADABLE: TODAS LAS ESTACIONES

- **OBJETIVO**

CARACTERISTICA DE LA PIEL: SECA Y PALIDA TRANSPIRACIÓN:
SUDORACIÓN CONDICIONES DEL ENTORNO FISICO: BUENA

5.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA.

- **SUBJETIVO**

CAPACIDAD FÍSICA COTIDIANA: LIMITADA ACTIVIDADES EN EL TIEMPO
LIBRE: NINGUNO HABITOS DE DESCANSO: DUERME POR LAS NOCHES
HABITOS DE TRABAJO: 12 HORAS DIARIAS EN UN NEGOCIO DE COMIDA
RAPIDA

- **OBJETIVO**

ESTADO DEL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO. FUERZA: DISMINUIDA
CAPACIDAD MUSCULAR. TONO/RESISTENCIA / FLEXIBILIDAD: LIMITADA
POSTURA: LIMITADA POR DOLOR NECESIDAD DE AYUDA PARA LA
DEAMBULACIÓN: SI DOLOR CON EL MOVIMIENTO: SI PRESENCIA DE
TEMBLORES: NO ESTADO DE CONCIENCIA: ESTUPOROSO ESTADO
EMOCIONAL: SEDACION Y RELAJACION (VECURONIO Y DIACEPAM).

6.- NECESIDADES DE DESCANSO Y SUEÑO

- **SUBJETIVO**

HORA DE DESCANSO: 4 HRS HORARIO DE SUEÑO: DOS HORAS DE
DESCANSO: NO TIENE HORAS DE SUEÑO: DE 2 A 4 HRS SIESTA:
AVECES AYUDAS: NO INSOMIO: SI DEBIDO A: DOLOR Y ESPASMOS
DESCANSADO A LEVANTARSE: NO

- **OBJETIVO**

ESTADO MENTAL. ANSIEDAD/ESTRÉS/LENGUAJE: ANSIEDAD, ESTRÉS
OJERAS: SI ATENCIÓN: SI BOSTEZOS: SI CONCENTRACIÓN: NO
APATIA: NO VALORABLE CEFALEAS: NO RESPUESTA A ESTIMULOS: SI

7.-NECESIDADES DE USAR PRENDAS VESTIR ADECUADAS

- **SUBJETIVO**

INFLUYE SU ESTADO DE ANIMO PARA LA SELECCIÓN DE SUS PRENDAS DE VESTIR: NO SU AUTOESTIMA ES DETERMINANTE EN SU MODO DE VESTIR: NO SUS CREENCIAS LE IMPIDEN VESTIRSE COMO A USTED LE GUSTA: NO NECESITA AYUDA PARA LA SELECCIÓN DE SU VESTUARIO: NO

- **OBJETIVO**

VISTE DE ACUERDO A SU EDAD: SI CAPACIDAD PSICOMOTORA PARA VESTIRSE Y DESVESTIRSE: NO VESTIDO INCOMPLETO: SI SUCIO: NO INADECUADO: NO OTROS: LE GUSTA CAMBIARSE TODOS LOS DIAS

8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- **SUBJETIVO**

FRECUENCIA DEL BAÑO: DIARIO MOMENTO PREFERIDO PARA EL BAÑO: POR LA MAÑANA CUANTAS VECES SE LAVA LOS DIENTES AL DIA: 2 A 3 VECES AL DIA ASEO DE MANOS ANTES Y DESPUES DE COMER: SI DESPUES DE ELIMINAR: A VECES TIENE CREENCIAS PERSONALES O RELIGIOSAS QUE LIMITEN SUS HABITOS HIGIENICOS: NO

- **OBJETIVO**

ASPECTO GENERAL: BUENO OLOR CORPORAL: LIMPIO HALITOSIS: NO ESTADO DEL CUERO CABELLUDO: COMPLETO, BIEN IMPLANTADO SEQUEDAD LESIONES DERMICAS. TIPO: ESCORIASIONES

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- **SUBJETIVO**

QUE MIEMBROS COMPONEN LA FAMILIA DE PERTENENCIA: NUEVE
COMO REACCIONA ANTE SITUACIÓN DE URGENCIA: ESTRÉS Y
TEMOR CONOCE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES: SI
HOGAR: SI TRABAJO: NO TODAS REALIZA CONTROLES PERIODICOS
DE SALUD RECOMENDADOS EN SU PERSONA: NO FAMILIARES: NO

- **OBJETIVO**

DEFORMIDADES CONGENITAS: NO CONDICIONES DEL AMBIENTE EN
SU HOGAR: ARMONICO TRABAJO: SEGURO

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

- **SUBJETIVO**

ESTADO CIVIL: CASADO AÑOS DE RELACION: 20 AÑOS VIVE CON: SU
FAMILIA PREOCUPACIONES/ESTRÉS: A VECES FAMILIA: SI OTRAS
PERSONAS QUE PUEDAN AYUDAR: HERMANOS ROL EN ESTRUCTURA
FAMILIAR: PADRE COMUNICA PROBLEMAS DEBIDO A LA
ENFERMEDAD/ESTADO: SI CUANTO TIEMPO PASA SOLO: 8 HORAS
FRECUENCIAS DE LOS CONTACTOS SOCIALES DIFERENTES EN EL
TRABAJO: NO MUCHA

- **OBJETIVO**

HABLA CLARO: NO CONFUSA: NO DIFICULTAD. VISIÓN: NO AUDICION:
NO COMUNICACIÓN VERBAL/NO VERBALCON LA FAMILIA/CON OTRAS
PERSONAS: ES POCO COMUNICATIVO.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- **SUBJETIVO**

CREENCIA RELIGIOSA: CRISTIANO SU CREENCIA RELIGIOSA LE
GENERA CONFLICTOS PERSONALES: NO PRINCIPALES VALORES EN
LA FAMILIA: HONRADEZ, LEALTAD, GRATITUD PRINCIPALES VALORES
PERSONALES: LEALTAD, HONRADEZ SINCERIDAD Y LA FAMILIA ES
CONGRUENTE SU FORMA DE PENSAR CON SU FORMA DE VIVIR: SI

- **OBJETIVO**

- **HABITOS ESPECIFICOS DE VESTIDO. (GRUPO SOCIAL RELIGIOSO):** A
SU EDAD PERMITE EL CONTACTO FÍSICO POCO PRESENCIA DE
ALGUN OBJETO INDICATIVO DE DETERMINADOS VALORES Y
CREENCIAS: NO

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- **SUBJETIVO**

TRABAJA ACTUALMENTE: SI TIPO DE TRABAJO: COMERCIO RIESGOS: SI CUANTO TIEMPO LE DEDICA AL TRABAJO: 12 HRS. ESTA SATISFECHO (A) CON SU TRABAJO: SI SU RENUMERACIÓN LA PERMITE CUBRIR SUS NECESIDADES BÁSICAS Y/O LAS DE SU FAMILIA: SI ESTA SATISFECHO (A) CON EL ROL FAMILIAR QUE JUEGA: SI

- **OBJETIVO**

ESTADO EMOCIONAL /CALMADO/ ANSIOSO/ ENFADADO/ TEMEROSO/ IRRITABLE/ INQUIETO/ EUFÒRICO: INQUIETO, ANSIOSO

13.-NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR

- **SUBJETIVO**

ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE: ESCUCHA MUSICA LAS SITUACIONES DE ESTRÉS INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DE ESTA NECESIDAD: POCO RECURSOS EN SU COMUNIDAD PARA LA RECREACIÓN: PARQUE, TEATRO, CINE HA PARTICIPADO EN ALGUNA ACTIVIDAD LÚDICA O RECREATIVA: NO

- **OBJETIVO**

INTEGRIDAD DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR: DETERIORADO RECHAZO A LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS: NO ESTADO DE ÁNIMO. APÀTICO/ ABURRIDO/ PARTICIPATIVO: PARTICIPATIVO OTROS: CRUCIGRAMAS

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- **SUBJETIVO**

NIVEL DE EDUCACION: TERCERO DE SECUNDARIA PROBLEMAS DE APRENDIZAJE: SI LIMITACIONES COGNITVAS:NO. PREFERENCIAS.LEER/ ESCRIBIR: LE GUSTA ESCRIBIR CONOCE LAS FUENTES DE APOYO PARA EL APRENDIZAJE EN SU COMUNIDAD: SI SABE COMO UTILIZAR ESAS FUENTES DE APOYO: SI INTERES EN EL APRENDIZAJE PARA RESOLVER PROBLEMAS DE SALUD: SI

- **OBJETIVO**

ESTADO DEL SISTEMA NERVIOSO: REGULAR ORGANOS DE LOS

SENTIDOS: BUENO ESTADO EMOCIONAL. ANSIEDAD, DOLOR:
 MUCHO DOLOR MEMORIA RECIENTE: BUENA MEMORIA
 REMOTA: SI

3.4.- PLANEACION

DETERMINACION DE NECESIDADES

NECESIDAD ALTERADA	GRADO DE DEPENDENCIA	MANIFESTACION
Necesidad de moverse y mantener buena postura	Dependiente	limitación en sus cambios de posición y necesidades básicas
Necesidad de descanso y sueño.	Dependiente	requiere de apoyo de medicamentos para dormir
Necesidad de termorregulación.	Relativamente dependiente	el dolor le causa escalofríos.
Necesidad de comunicarse.	Independiente	realiza de manera natural solo con el personal pero no con su familia
Necesidad de vivir según sus creencias y valores.	Independiente	creer en dios
Necesidad de oxigenación.	dependientes	disnea, palidez, diaforesis e hipotensión.
Necesidad de nutrición e hidratación.	dependientes	nauseas limitación para alimentarse
Necesidad de eliminación.	dependientes	dificultad para realizarlo
Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.	Independientes	limitado para vestirse aunque lo realiza solo
Necesidad de higiene y protección de la piel.	Independientes	deficiente y limitado en su autocuidado
Necesidad de evitar peligros.	Independientes	conciencia de posible daño
Necesidad de trabajar y realizarse.	Independientes	limitada por dolor
Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas.	Independientes	no le interesan.
Necesidad de aprendizaje.	Independientes	de información sobre su padecimiento

VALORACION ESTANDARIZADA DE NECESIDADES

NECESIDADES	MANIFESTACIONES
DEPENDIENTES	
NECESIDAD DE OXIGENACION	DISNEA, PALIDEZ, DIAFORESIS E HIPOTENSION.
NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION	NAUSEAS LIMITACION PARA ALIMENTARSE
NECESIDAD DE ELIMINACION	DIFICULTAD PARA REALIZARLO
NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	DEFICIENTE Y LIMITADO EN SU AUTOCUIDADO
NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE	LIMITADA POR DOLOR
INDEPENDIENTES	
NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSTURA	LIMITADA POR DOLOR
NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO	LIMITADO POR ANSIEDAD
NECESIDAD DE USAR PRENDAS ADECUADAS	LIMITADO PARA VESTIRSE AUNQUE LO REALIZA SOLO
NECESIDAD DE TERMOREGULACION	ALTERADO POR EL DOLOR
NECESIDAD DE SEGURIDAD	ANGUSTIA, MIEDO, ANSIEDAD, ESTRÉS, TEMOR, DOLOR, PREOCUPACION.
NECESIDAD DE COMUNICACIÓN	DIFICIL POR SU PADECIMIENTO
NECESIDAD DE VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES	CREER EN DIOS
NECESIDAD DE APRENDIZAJE	DE INFORMACION SOBRE SU PADECIMIENTO
NECESIDAD DE JUEGOS Y ACTIVIDADES RECREATIVAS	NO LE INTERESAN.

3.5.- EJECUCION

PLAN DE CUIDADOS.

NECESIDAD:	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:
Oxigenación.	Disminución del gasto cardiaco, r/c dificultad respiratoria m/p taquipnea, taquipnea, diaforesis e hipotensión.
Definición: La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.	
<p>Efectividad de la bomba cardiaca.</p> <p>Definición: adecuación del volumen de sangre expulsado por el ventrículo izquierdo para apoyar la presión de perfusión sistémica.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas. • Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas. • Supervisa cambios en el estado de salud. <p>Escala de medición</p> <p>1.- Nunca demostrado.</p> <p>2.- Raramente demostrado.</p> <p>3.-En ocasiones demostrado.</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado.</p> <p>5.-Constantemente demostrado.</p>	<p>Enseñanza actividad / Ejercicio Prescripto:</p> <p>Definición: mejora de la frecuencia, la precarga, la poscarga y contractilidad cardiaca.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se Explican los procedimientos a realizar. ➤ Se pregunta al paciente por sus signos y síntomas o problemas recientes. ➤ Se valoran los signos y vigilan los síntomas de bajo gasto. ➤ Se registrar la frecuencia, el ritmo cardiaco y los pulsos. ➤ Se colocar oxigeno por puntas nasales. ➤ Se minimizan / eliminar los factores ambientales estresantes. ➤ Se valora el nivel de conciencia. ➤ Se logra controlar el estado emocional. ➤ Continuar con la administración de sus medicamentos (Analgésicos) con horario.
EVALUACION	(4) se logra mantener un nivel de analgesia adecuado para mitigar la




	taquipnea que origina el dolor y la alteración hemodinámica.
--	--

PLAN DE CUIDADOS.

NECESIDAD:		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:	
Seguridad		Ansiedad R/C con el padecimiento actual manifestado por facies de dolor	
Definición: Sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por el dolor.			
NOC		NIC	
Afrontamiento a problemas.		Apoyo emocional, aumentar el afrontamiento.	
Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • Elimina precursores de la ansiedad. • Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad • Controla la respiración la de ansiedad. 		Definición: Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro adelantado. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se utilizo un enfoque sereno para darle seguridad. ➤ Se explican todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que puede experimentar durante la estancia en el servicio. ➤ Se proporciono información objetiva respecto al diagnostico, tratamiento. ➤ Se permaneció con el paciente para promover seguridad y reducir el miedo. ➤ Se escucho al paciente con atención. ➤ Se pudo crear un ambiente con el cual se facilito la confianza. ➤ Se anima al Sr. Jesus para que manifestara sus miedos, percepciones y miedos. ➤ Se ayudo al Sr. Jesus a identificar las situaciones que precipitan su ansiedad. ➤ Se instruye al Sr. Jesus sobre técnicas de relajación. ➤ Se observo al Sr. Jesus si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. 	
Escala de medición		Se a la familia sobre la importancia de permanecer con el Sr. Jesus durante su estancia en el servicio.	
1.- Nunca demostrado.			
2.- Raramente demostrado.			
3.-En ocasiones demostrado.			
4.-Frecuentemente demostrado.			
5.-Constantemente demostrado.			

EVALUACIÓN: (4) Se logra minimizar su estado de ansiedad durante la estancia en el servicio, ya que pudo expresar sus emociones y sentirse mas tranquilo. ¹

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD:		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:
Vivir según sus creencias y valores.		Temor R/C mal pronostico de su padecimiento actual M/P expresión verbal.
Definición: Sentimiento de miedo relacionado con un origen identificable que se percibe como una amenaza o peligro para el yo.		
NOC	NIC	
Autocontrol del miedo. Definición: Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable. Indicadores:  Expresa sentimientos.  Busca información para reducir el miedo.  Controla la respuesta al miedo. Escala de medición 1.- Nunca demostrado. 2.- Raramente demostrado. 3.-En ocasiones demostrado. 4.-Frecuentemente demostrado. 5.-Constantemente demostrado.	Enseñanza actividad / integrarlo a su vida cotidiana Definición: disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Al identificar el motivo de su temor se identificaron a sus seres queridos cuya presencia ayudo al paciente. ➤ Se ofreció tranquilidad, hablándole y mirándolo a los ojos. ➤ Se permitió que se le proporcionaran objetos que simbolicen seguridad (escapularios e imágenes religiosas). ➤ Se mostró calma, se escucharon los miedos y se permaneció con el paciente fomentando seguridad. ➤ Se instruyo al paciente sobre métodos relajación (respiración) que disminuyan su ansiedad. ➤ Se le ofrecieron líquidos. ➤ Se mantuvo la calma de una forma deliberada durante el turno. Se le permitió al señor marco la oportunidad de hacer preguntas y clarificar los malos entendidos.	

EVALUACIÓN: (4) Se facilito la comunicación abierta con el paciente, familiares y se redujeron los sentimientos de aprensión y tensión.

PLAN DE CUIDADOS.

NECESIDAD:	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:
Nutrición e hidratación.	Falta de apetito R/C por efecto secundario al padecimiento. M/P dolor
Definición: Sentimiento de miedo relacionado con un origen identificable que se percibe como una amenaza o peligro para el estado nutricional del paciente.	

Definición: Sensación desagradable ocasionada por dolor que bloquea la sensación de apetito.

NOC	NIC
Ministración de alimentos Definición: acciones para brindar alimentos. Indicador: <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza medidas preventivas. • Informar de la importancia de la nutrición. Escala de medición 1.- Nunca demostrado. 2.- Raramente demostrado. 3.-En ocasiones demostrado. 4.-Frecuentemente demostrado. 5.-Constantemente demostrado.	Enseñanza actividad / brindar alimentación Definición: es la ministración de alimentos al cuerpo. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se le balancea su dieta de acuerdo a sus necesidades ➤ Se mitiga el dolor e inicia una alimentación progresiva. ➤ Se controlaron los factores ambientales que pudieran evocar su falta de apetito (teniendo una dieta a complacencia que lo motive). ➤ Se fomento el descanso y el sueño adecuados para facilitar paz emocional. ➤ Se administraron líquidos fríos transparentes, sin olor. ➤ Se proporciono información acerca de la alimentación, causas, duración e importancia. ➤ Se proporciona apoyo emocional.

EVALUACIÓN: (4) Se logra mejorar el aporte nutricional y con ello su situación emocional en mejora de su padecimiento.

¹ Interrelaciones NANDA NOC y NIC Pág. 17

PLAN DE CUIDADOS.

NECESIDAD:		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:
Eliminación.		Deterioro de la eliminación urinaria R/C la posición de decúbito dorsal en la que se encuentra M/P expresión verbal.
Definición: es la excreción de los desechos metabolicos..		
NOC	NIC	
<p>Definición: Recogida y descarga de la orina.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón de eliminación. • Vacía la vejiga completamente. <p>Escala de medición</p> <p>1.- Nunca demostrado.</p> <p>2.- Raramente demostrado.</p> <p>3.-En ocasiones demostrado.</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado.</p> <p>5.-Constantemente demostrado.</p>	<p>Enseñanza actividad / Ejercicio Prescrito:</p> <p>Definición: Ayudar a aliviar la distensión de la vejiga.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Se proporciono intimidad para la eliminación. ✚ Se estimulo el reflejo de la vejiga con la aplicación de calor en el abdomen. ✚ Se proporciono el tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga. ✚ Se Vigilo periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación y percusión. ✚ También se hizo correr agua del lavabo para la estimulación. ✚ Se anoto la ultima hora de eliminación urinaria sus características consistencia, volumen, color y olor. 	

EVALUACIÓN: (5) El señor jesus presenta micción sin ningún problema.

¹ Interrelaciones NANDA NOC y NIC Pág. 26

PLAN DE CUIDADOS.

NECESIDAD:		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:
Evitar peligros.		Riesgo de infección.
Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.		
NOC	NIC	
<p>Curación de la herida por primera intención.</p> <p>Definición: Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un procedimiento invasivo (cateterismo cardiaco).</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas. • Utiliza los sistemas de apoyo personal para el control de riesgo. • Reconoce factores de riesgo. <p>Escala de medición</p> <p>1.- Nunca demostrado.</p> <p>2.- Raramente demostrado.</p> <p>3.-En ocasiones demostrado.</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado.</p> <p>5.-Constantemente demostrado.</p>	<p>Enseñanza actividad / Ejercicio Prescripto:</p> <p>Definición: Prevención de infección.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se brinda al Sr Jesus la información sobre la vigilancia de la piel y los cambios de coloración. ➤ Se instruye a la familia sobre los signos y síntomas de infecciones. ➤ Se hace hincapié de la importancia del baño diario. ➤ Se explica como debe llevar acabo el monitoreo de la glucosa. ➤ Se fomenta la importancia de apegarse a su régimen alimenticio adecuado. ➤ Se explica al paciente y familiar de la importancia de llevar un control adecuado de la ministración de sus medicamentos. 	

EVALUACIÓN: (5)El Sr Jesus coopera con los cuidados y actividades personales para evitar infecciones.

PLAN DE CUIDADOS.

NECESIDAD:		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:
Evitar peligros.		Riesgo de síndrome de stress por traslado r/c cambio ambiental, sentimientos de impotencia, falta de asesoría previa al traslado, experiencias negativas anteriores
Definición: Riesgo de sufrir alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro.		
NOC	NIC	
<p>Adaptación del paciente a la hospitalización.</p> <p>Definición: gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de soporte profesional. • Orientado a los cuidados al nuevo servicio. • Acepta el traslado al nuevo servicio. <p>Escala de medición</p> <p>1.- Nunca demostrado.</p> <p>2.- Raramente demostrado.</p> <p>3.-En ocasiones demostrado.</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado.</p> <p>5.-Constantemente demostrado.</p>	<p>Enseñanza actividad / Ejercicio Prescripto:</p> <p>Definición: Ayudar a disminuir el estrés.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se explica a el señor Jesus que se encuentra en el servicio de terapia y el equipo que lo conforma para ayudar en la recuperación de su salud ➤ Se realizo una valoración inicial de necesidades del señor Jesus e inicar su planeación de cuidados. ➤ Se brinda información sobre los procedimientos a realizar. ➤ Se orienta al paciente sobre su tratamiento. ➤ Se explica la importancia que tiene el que el coopere con su tratamiento indicado. ➤ Se solicita al familiar interactuar con el señor Jesus y el equipo en su tratamiento. ➤ Se brinda información sobre su dieta prescrita. ➤ Se brinda información sobre los medicamentos que tiene prescritos. 	

EVALUACIÓN: (4) Se logra disminuir el estrés, así como la identificación de la comprensión de los conocimientos de los cuidados posteriores de acuerdo a su tratamiento.

3.7.- PLAN DE ALTA:

OBJETIVOS:

- Reincorporar al paciente a su medio habitual, procurando la continuidad de los cuidados.
- Proporcionar al paciente la dieta prescrita y conseguir un buen estado nutricional según sus necesidades, situación de salud y creencias religiosas y administrar los cuidados necesarios en la ingesta.
- Ayudar a satisfacer su necesidad de movimiento.
- Mejorar circulación sanguínea y adquirir tonicidad y fuerza muscular.
- Mejorar autoestima del paciente.
- Establecer una relación de confianza y participación mutua, manteniendo cierto distanciamiento que le permita tomar decisiones.
- Establecer una comunicación continua entre profesional y paciente para lograr el bienestar y mejorar.
- Enseñar a los familiares a comprender y aceptar la enfermedad, así como la identificación de síntomas.
- Administrar un medicamento por vía oral por prescripción facultativa

Material:

- Comprobar que el paciente se lleva el informe, las recetas y entiende la medicación a tomar.
- Comprobar que se entregue un informe por escrito de todos los cuidados que debe de llevar acabo el paciente en su domicilio, así como los signos y síntomas de alarma.

PROCEDIMIENTO

1. Informar al paciente y familia del alta con suficiente antelación.
2. Cursar impreso de ambulancia, si precisa.
3. Entregar informe de Enfermería al alta, revisando con el paciente y familia los cuidados de Enfermería que deberá continuar fuera del hospital.
4. Entregar medicación y material necesario, si precisa, para la continuidad del tratamiento durante las primeras 24 horas.
5. Despedir al paciente y su familia.
6. Anotar el Alta en el libro de Registro de la Unidad y en la Hoja de Evolución de Enfermería.
7. Cursar impreso de Alta al Servicio de Admisión.
8. Recoger la historia clínica para enviar al Servicio de Archivos.
9. Complementar la información enviando al familiar a que acuda a los servicios de nutrición y Farmacia (si los hubiera).
10. Recoger y limpiar habitación.

4.- CONCLUSIONES.

Los profesionales de la enfermería estamos obligados a prestar cuidados de la máxima calidad, el convencimiento de que la utilización de los diagnósticos de enfermería aumentará esa calidad, debe persuadirnos para su utilización, pero esto es una decisión que nadie puede tomar por nosotros. El éxito de esta empresa no sólo nos afecta a los profesionales, sino que abre nuevas perspectivas al desarrollo del derecho a la mejor salud de nuestros clientes, vuestro compromiso es el único que puede conducir a esta profesión al lugar que se merece en la sociedad.

La aplicación del proceso de atención de Enfermería mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson nos permitió observar la evolución de Rafael. En donde el emplear los diagnósticos y cuidados de Enfermería se observa una notable mejoría en la movilidad y evolución de sus heridas, así como en su estado emocional, notamos que dialoga más con el personal de enfermería y sus compañeros del cubículo y su familia.

Consideramos que el apoyo psicológico por parte de la alumna de la licenciatura de enfermería de obstetricia, ayudo al paciente a una recuperación mas rápida para la disminución su rehabilitación. Además del cuidado que se esta brindando de manera profesional, se logro cumplir los objetivos previamente señalados además consideramos que los tiempos de estancia en el hospital fueron acortados.

Los profesionales de la enfermería estamos obligados a prestar cuidados de la máxima calidad posible, el convencimiento de que la utilización de los diagnósticos de enfermería. Aumentará esa calidad, debe persuadirnos para su utilización, pero esto es una decisión que nadie puede tomar por nosotros.

El éxito del trabajo de calidad profesional, abre nuevas perspectivas al desarrollo del derecho de la mejor salud de nuestros clientes, nuestros compromisos es el único que puede conducir a esta profesión al lugar que se merece en la sociedad.

Los profesionales, por vivir cotidianamente con el dolor, la sobrecarga y rutina del trabajo, no reconocemos la necesidad de atención especial que requiere un signo

tan simple y algunas veces se creen exageradas la manifestación de sentimientos de resistencia al sufrimiento de los pacientes.

Como ya lo había mencionado anteriormente el saber reconocer las necesidades o sentimientos de los pacientes es de suma importancia por que la verdadera presencia de la enfermera profesional se basa en aplicación oportuna y correcta del método enfermero y la transmisión de información al paciente, equipo de salud y familia para fomentar el respeto humano como un ser realmente satisfecho en sus cuatro esferas biopsicosocial y espiritual.

5.- SUGERENCIAS.

- Que el personal de Enfermería de las área hospitalarias tenga la suficiente dedicación para identificar oportunamente a los pacientes que se encuentran con dolor y realicen oportunamente las acciones de enfermería y favorable la recuperación y evitar un alargamiento en el hospital.
- La alumna de la licenciatura de enfermería deberá de proporcionar todos los conocimientos que adquirió al personal que se encuentra dentro del área de la sala de hospitalización para asegurar que tengan el conocimiento para brindar cuidados de calidad al paciente que diagnostico y planeo sus cuidados.
- La alumna de la licenciatura deberá establecerle un plan de control del dolor y ejercicios para mejorar las posturas así como su mejor manejo en su domicilio.
- Que el equipo interdisciplinario le de mayor importancia a las manifestaciones de dolor que presentan los paciente ya que un manejo oportuno previene grandes complicaciones físicas y emocionales en los pacientes.

6.- ANEXOS.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

VALORACIÓN DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

SUBJETIVO:

Disnea debido a: _____ Tos productiva /seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____ Desde cuando fuma, cuantos cigarrillos al día y si varía la cantidad de acuerdo a su estado de animo: _____

OBJETIVO:

Registro de S.V. y características: Pulso: _____ Respiración: _____ Temperatura: _____ Presión Arterial: _____ F.C.: _____ Estado de conciencia _____ Coloración de piel /lecho ungueal /peribucal: _____ Circulación del retorno venoso: _____

NECESIDAD DE NUTRICION / HIDRATACION

SUBJETIVO:

Dieta habitual: _____ Número de comidas diarias _____ Trastornos digestivos: _____ Intolerancia alimentaria / Alergias: _____ Problemas de la masticación y deglución: _____

OBJETIVO:

Turgencia de la piel: _____ Mucosas hidratadas /secas: _____ Características de unas y cabello: _____ Aspecto de los dientes y encías: _____ Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

NECESIDAD DE ELIMINACION

SUBJETIVO:

Hábitos intestinales: _____ Características de las evacuaciones: _____ Orina: _____
Menstruación: _____ Historia de hemorragias, enfermedad renal otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____
Dolor al defecar, orinar o menstruar: _____
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

OBJETIVO:

Abdomen, características: _____ Ruidos intestinales: _____ Palpación de vejiga urinaria: _____

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

SUBJETIVO:

Capacidad física cotidiana: _____ Hábitos de trabajo: _____ Postura en la que se sienta mas cómodo: _____

OBJETIVO:

Estado del sistema músculo esquelético: _____ Valoración muscular: _____

Posición Adecuada: _____ Ayuda para la deambulación: _____
Dolor al movimiento: _____ Presencia de temblores: _____
Estado de conciencia: _____ Estado emocional: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____
Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____
Toma siesta: _____ Requiere de ayudas : _____
Padece insomnio y desde cuando: _____
Se siente descansado al levantarse: _____

OBJETIVO:

Estado mental: ansiedad, estrés, lenguaje: _____ Ojeras: _____ Bostezos: _____
Concentración: _____ Respuesta _____
a estímulos: _____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

SUBJETIVO:

Influye su estado de animo para la selección de sus prendas de vestir: _____ Su autoestima es determinante en su modo de vestir: _____ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: _____ Necesita ayuda para la selección de su vestuario: _____ Cada cuando realiza el cambio de ropa personal: _____

OBJETIVO:

Viste de acuerdo a su edad y el sitio donde se encuentra: _____ Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____
Vestido incompleto _____ Sucio: _____
Inadecuado _____

NECESIDAD DE TERMOREGULACION

SUBJETIVO:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____
Temperatura ambiente que le es agradable: _____

OBJETIVO:

Características de la piel: _____ Transpiración: _____
Condiciones del entorno físico: _____ Requiere de
ropa de cama extra durante la noche: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A LA PIEL

SUBJETIVO:

Frecuencia de baño: _____ Momento preferido para el baño: _____ Cuantas veces al día
se lava los dientes: _____ Aseo de manos antes y después de comer: _____ después de eliminar:
_____ Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: _____
_____ Tiene fragilidad capilar o de la piel: _____

OBJETIVO:

Aspecto general: _____ Olor corporal: _____
Halitosis: _____ Estado del cuero cabelludo: _____
Lesiones dérmicas de que tipo: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVO:

Como reacciona ante una situación de urgencia: _____ Conoce las
medidas en caso de siniestro: _____ Realiza controles periódicos
de salud: _____ Como canaliza las situaciones de tensión en su
vida: _____

OBJETIVO:

Requiere de supervisión para realizar movilización: _____ Requiere
asistencia para ir al sanitario o realizar baño: _____ Cuales son las condiciones
del entorno que ameriten vigilancia estrecha: _____

NECESIDAD DE COMUNICACION

SUBJETIVO:

Con _____ quien vive: _____ Preocupaciones _____ / estrés: _____
Comunica sus problemas debido a la enfermedad: _____
Cuanto tiempo pasa sola: _____

OBJETIVO:

Habla claro: _____ Confuso: _____ Dialecto: _____ Idioma: _____ Dificultad en la
visión: _____ Audición: _____ Comunicación verbal y no
verbal con la familia o con otras personas: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

SUBJETIVO:

Creencia religiosa: _____ su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____
Principales valores en su familia: _____ Principales valores personales: _____
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: _____

OBJETIVO:

Permite el contacto físico: _____ Tiene algún objeto: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO:

Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____ Riesgos: _____
Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____ Esta satisfecho con su trabajo: _____ su sueldo le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia _____
Esta satisfecho con el rol familiar que juega: _____

OBJETIVO:

Estado emocional en que se encuentra por estar internado: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO:

Que actividades realiza en su tiempo libre: _____ Que actividad le gustaría realizar durante su estancia : _____

OBJETIVO:

Se muestra apático, aburrido o participativo: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

SUBJETIVO:

Nivel de educación: _____ Problemas de aprendizaje : _____ Limitaciones cognitivas: _____ tipo: _____ Preferencias. Leer/escribir: _____ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: _____ Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: _____ interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: _____

OBJETIVO:

Se muestra apático, aburrido o participativo: _____

PLAN DE MANEJO DEL DOLOR

En casa tomare las siguientes medicinas para controlar el dolor :

medicamentos	Como tomarlo	Cuanto	Con que frecuencia	Comentarios

Medicamentos que puede usted tomar para ayudar en el tratamiento de efectos colaterales.

Efecto Colateral	Medicina	Como tomarla	Cuanto	Con que frecuencia	Comentarios

El estreñimiento es un problema muy común cuando se ingieren opioides. Si esto ocurre, hacer lo siguiente.

- Aumentar el consumo de líquidos (8 a 10 vasos de liquido)
- Realizar ejercicio con regularidad.
- Aumentar el consumo de fibras en la dieta (salvado, frutas y verduras).
- Tomar un laxante suave, como leche de magnesia o senosido A-B

Metodo para el control de dolor sin medicamentos:

Instrucciones adicionales:

Si el dolor se presenta nuevamente asista de inmediato al hospital.

6.1.- GENERALIDADES DE LA PATOLOGÍA

SINDROME COMPARTIMENTAL.

Es el aumento de la presión arterial en los compartimentos de la pierna después de un traumatismo; dentro de los compartimentos existen músculos, vasos sanguíneos y nervios y cualquier presión interna (traumatismos, cirugía, edema, hemorragia) o presión externa (apósitos, férulas, infiltraciones) pueden afectar a la circulación, lesionar los nervios y producir debilidad muscular; si pasa desapercibido puede producir necrosis y pérdida de la extremidad, insuficiencia renal, acidosis y shock (síndrome de aplastamiento).

Las crisis de dolor tiene un inicio súbito generalmente tras la realización de un esfuerzo o un movimiento brusco del tronco, con dolor muy intenso localizado en la zona inferior de la pierna.

La irritación de los nervios espinales provoca una contractura de defensa de los músculos de la zona. El dolor disminuye con el reposo y mientras el enfermo mantiene la postura adoptada espontáneamente, y si se acentúa requiere un tratamiento especial para aliviar correctamente el dolor.

En ciertas ocasiones, el dolor lo experimentan virtualmente un adulto que sufrió un accidente automovilístico relacionado con este signo causado por la cinemática del accidente y a las posibles lesiones a las que se pudieron haber ocasionado, siendo por tanto el síntoma más frecuente que tiene relación con el sistema músculo-esquelético. Sin embargo, no puede afirmarse en modo alguno que todo dolor sea producido por una artropatía o discopatía, Por lo tanto, cualquier paciente a quien se aqueje de algia. Merece un cuidadoso estudio en el que deberá tenerse en cuenta, la historia clínica, el examen físico, los exámenes radiológicos. El equipo interdisciplinario deberá tener presente la multiplicidad de posibilidades de causas de dolor.

Cómo se clasifican el dolor.

Es muy útil la siguiente clasificación de las causas propuestas por Macnab:

1.- Viscerogeno. Las lesiones de las vías genitourinarias y de los órganos pélvicos así como las lesiones, intra o retroperitoneales que irritan el peritoneo posterior pueden producir lumbalgia. Sin embargo, es característica del dolor producido por tales procesos que no se agraven con la actividad ni mitigue con el reposo.

2.- Vascùlogeno. Las anomalías de la aorta descendente y de las arterias iliacas, tales como la oclusión vascular y los aneurismas expansivos o discantes, pueden producir dolor referido a la espalda.

3.- Neurogèno. Las infecciones y neoplasias que afectan a la medula espinal o a la cola de caballo pueden remedar una hernia discal.

a) Lesiones óseas.

Traumatismos: efectos residuales de fracturas y dislocaciones.

Infecciones: osteomielitis piógenas, osteomielitis tuberculosa.

Inflamaciones inespecíficas;

Neoplasias: primarias y secundarias.

Osteopatías metabólicas, osteoporosis.

Deformidades óseas.

b) Lesiones de los tejidos blandos.

Lesiones miofasciales: esguinces musculares, tendinitis.

Esguince sacro-ilíaco.

Lesiones de los discos intervertebrales: inestabilidad segmentaría, hiperxtensión segmentaría, estrechamiento segmentario, hernia discal.

c) Psicógeno.

El hecho de que un determinado paciente a quien aqueje dolor y sea emocionalmente inestable o "neurótico" no significa que su dolor sea imaginario; no hay duda de que en tal paciente existe a menudo una base orgánica subyacente que explica el dolor y que esta combinada con una exageración psicógena de gravedad y significado del mismo (fondo funcional). De este modo, aunque el dolor a veces es una enfermedad psicósomática, siempre debe pensarse que el dolor tiene como base una causa orgánica. Sin embargo, en todo caso se ha de dar satisfacción a las necesidades psicológicas del paciente.

TRATAMIENTO MEDICO.

1. Analgésicos.
2. Antibióticos,
3. Comprobación neurovascular cada 30 min.
4. Vigilancia de la presión tisular.
5. Fasciotomía.
6. Manejo integral al paciente traumatizado.

MANEJO AL PACIENTE TRAUMATIZADO.

El manejo inicial del paciente con politraumatizado se debe de seguir los lineamientos de ACLS y del ATLS.

Se debe de corroborar que la cinemática del trauma para deducir las lesiones potenciales provocadas. Una vez que se logro esto debe de seguir con una agresiva reanimación cardiopulmonar si fuese necesario tomando en cuenta que la lesión muscular y cardiaca están asociadas al politraumatismo.

- 1.- Seguir los principios del ATLS y ACLS para la reanimación inicial.
- 2.- Reanimación hídrica agresiva monitorizado estrechamente función renal y estado cardiopulmonar.
- 3.- Cultivos a todos niveles y uso apropiado y oportuno de antibióticos.
- 4.- Protección de la vía aérea y apoyo ventilatorio mecánico en caso necesario.
- 5.- Monitoreo continuo para síndrome compartimental.
- 6.- Monitoreo electrocardiográfico para diagnostico de arritmias o bloqueos de conducción, así como realización de ecocardiografía para valorar de manera integral la función cardiaca.

7.- Manejo del dolor.

- 8.- Profilaxis antitetánica.
- 9.- En caso de trauma con afección de labios y cavidad oral de se debe de vigilar estrechamente la deglución, la función de la vía aérea superior así como la presencia de sangrado.
- 10.- Manejo quirúrgico de las áreas lesionadas siguiendo los principios generales de manejo del paciente traumatizados.
- 11.- Para valorar la extensión de las lesiones se debe de realizar en estas personas resonancia magnética, gamagrama musculares y óseos con la

finalidad de poder delimitar bien la extensión de la lesión y el tratamiento quirúrgico que debe de seguir con la finalidad e no realizar debridaciones extensas o amputaciones innecesarias.

- 12.- De acuerdo a la evolución del enfermo y a las características del área Lesionadas se valorara la técnica de reconstrucción a seguir.
- 13.- Tomar en cuenta la alta frecuencia de daño vascular con trombosis asociadas debe de utilizarse de manera temprana y una vez estabilizado al paciente heparina de bajo peso molecular.
- 14.- La función neurológica debe valorarse estrecha y continuamente mediante el estudio clínico del paciente así como con tomografía axial computada del cráneo, y estudio electro y neurofisiológico.
- 15.- El apoyo nutricional mediante inmunonutrición por vía enteral debe de iniciarse de manera temprana y es fundamental para la sobrevivencia y evolución adecuada de estos enfermos.
- 16.- La rehabilitación física, psicológica es parte fundamental en el manejo de estos pacientes.

6.2.- RECOMENDACIONES PARA MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR

Consideraciones de enfermería.

- 1.- tranquilice al paciente, teniendo presente que el dolor se incrementa con la ansiedad.
- 2.- respétese la posición antialgica que adapte espontáneamente el paciente, excepto indicación medica. Cuando las molestias ceden,
- 3.- procure mantener una correcta alineación corporal.
- 4.- alíviese el dolor con la pauta de medicación indicada y solicítense instrucciones cuando la medicación no lo alivie suficientemente las molestias, ya que puede ser preciso recurrir a una infiltración anestésica.

5.- el dolor mejora con la aplicación de calor local en la región lumbar mediante compresas calientes, onda corta, infrarrojos etc.

6.- controle la fuerza muscular y la función motora de los miembros inferiores . La detección de parálisis constituye un motivo de alerta y debe ser comunicada inmediatamente al medico.

7.- bríndese al paciente una educación sanitaria dirigida a preservar la higiene postural y prevenir la repetición de las crisis.

A.- dormir sobre superficies duras.

B.- no dormir en decúbito prono.

C.- agacharse con la espalda recta. Flexionando las piernas.

D.- no forzar la extensión de la columna.

E.- girar con todo el cuerpo en vez de hacerlo con la cintura.

F.- no cargar con mucho peso en una sola mano repartirlo y mantenerlo pegado al cuerpo.

G.- no empujar objetos pesados frontalmente.

H.- evitar las actividades que requieren la flexión forzada de la columna.

1. GLOSARIO.

- Angustia.** (Del lat. *angustĭa*, angostura, dificultad). f. Aflicción, congoja, ansiedad. || **2.** Temor opresivo sin causa precisa. || **3.** Aprieto, situación apurada. || **4.** Sofoco, sensación de opresión en la región torácica o abdominal. || **5.** Dolor o sufrimiento. ||
- Analgesia.** (Del gr. ἀναλγησία). f. *Med.* Falta o supresión de toda sensación dolorosa, sin pérdida de los restantes modos de la sensibilidad.
- Antibiótico, ca.** adj. *Biol.* Se dice de la sustancia química producida por un ser vivo o fabricada por síntesis, capaz de paralizar el desarrollo de ciertos microorganismos patógenos, por su acción bacteriostática, o de causar la muerte de ellos, por su acción bactericida. U. t. c. s. m. || **2.** Se dice de la acción de dichas sustancias.
- Cardiovascular.** adj. Perteneciente o relativo al corazón o al aparato circulatorio.
- Crisis.** (Del lat. *crisis*, y este del gr. κρίσις). f. Cambio brusco en el curso de una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya para agravarse el paciente.
- Cinemático, ca.** (Del gr. κίνημα, -ατος, movimiento). adj. Perteneciente o relativo al movimiento. || **2.** *Fís.* Perteneciente o relativo a la **cinemática**. || **3.** f. Parte de la física que estudia el movimiento prescindiendo de las fuerzas que lo producen.
- Diagnóstico.** (Del gr. διαγνωστικός). adj. *Med.* Perteneciente o relativo a la diagnosis. || **2.** m. *Med.* Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos. || **3.** *Med.* Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte.
- Dolor.** (Del lat. *dolor*, -ōris). m. Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior.

|| **2.** Sentimiento de pena y congoja. || ~ **de corazón.** m. Sentimiento, pena, aflicción de haber ofendido a Dios. || ~ **de costado.** m. p. us. **pleuresía.** || **latente.** m. **dolor sordo.** || ~ **nefrítico.** m. El causado por piedras o arenas en los riñones. || ~ **sordo.** m. El que no es agudo, pero molesta sin interrupción. ||

- Edema.** (Del gr. οἰδημα, hinchazón). m. *Med.* Hinchazón blanda de una parte del cuerpo, que cede a la presión y es ocasionada por la serosidad infiltrada en el tejido celular.
- Emocional.** adj. Perteneiente o relativo a la emoción. || **2.** **emotivo** (|| sensible a las emociones).
- Enfermero, ra.** m. y f. Persona dedicada a la asistencia de los enfermos.
- Infección.** (Del lat. *infectio, -ōnis*). f. Acción y efecto de infectar o infectarse.
- Neoplasia.** (Del fr. *néoplasie*). f. *Med.* Multiplicación o crecimiento anormal de células en un tejido del organismo. || **2.** *Med.* Tumor así formado.
- Necesidad.** (Del lat. *necessitas, -ātis*). f. Impulso irresistible que hace que las causas obren infaliblemente en cierto sentido. || **2.** Aquello a lo cual es imposible sustraerse, faltar o resistir. || **3.** Carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida. ||
- Oportuno, na.** (Del lat. *opportūnus*). adj. Que se hace o sucede en tiempo a propósito y cuando conviene. || **2.** Ocurrente y pronto en la conversación.
- Objetivo, va.** adj. Perteneiente o relativo al objeto en sí mismo, con independecia de la propia manera de pensar o de sentir. || **3.** *Fil.* Que existe realmente, fuera del sujeto que lo conoce. || **4.** *Med.* Dicho de un síntoma: Que resulta perceptible. ||
- Pulso.** (Del lat. *pulsus*). m. Latido intermitente de las arterias, que se percibe en varias partes del cuerpo y

especialmente en la muñeca. || **2.** Parte de la muñeca donde se siente el latido de la arteria. || Variedad de **pulso** debida a una expansión arterial en anchura, mayor que la normal. ||

Postura. (Del lat. *positūra*). f. Planta, acción, figura, situación o modo en que está puesta una persona, animal o cosa. || **2.** Posición o actitud que alguien adopta respecto de algún asunto. ||

Sensorial. (De *sensorio*). adj. Perteneiente o relativo a la **sensibilidad** (|| facultad de sentir). *Órganos sensoriales.*

Salud. (Del lat. *salus, -ūtis*). f. Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. || **2.** Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado. ||

Terapia. (Del gr. *θεραπεία*). f. *Med. terapéutica* (|| tratamiento). || ~ **intensiva.** f. *Arg., Cuba y Ur. unidad de cuidados intensivos.*

Traumatismo. (Del gr. *τραυματισμός*, acción de herir). m. *Med.* Lesión de los órganos o los tejidos por acciones mecánicas externas.

Subjetivo, va. (Del lat. *subiectīvus*). adj. Perteneiente o relativo al sujeto, considerado en oposición al mundo externo. || **2.** Perteneiente o relativo a nuestro modo de pensar o de sentir, y no al objeto en sí mismo.

Urgencia. (Del lat. *urgentia*). f. Cualidad de urgente. || **2.** Necesidad o falta apremiante de lo que es menester para algún negocio. || **3.** Caso urgente. *Lo necesito para una urgencia. El hospital quedó saturado por las urgencias.* || **4.** Inmediata obligación de cumplir una ley o un precepto. || **5.** Sección de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos.

8.- BIBLIOGRAFÍA.

- R. Alfaro "APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA" Ed. DOYMA 1986.
- C. Campbe11 "DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA" Ed. DOYMA 1984.
- J.H. Carlson "DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA" Ed. PIRÁMIDE 1982.
- L. Carpenito "DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA" Ed. INTERAMERICANA 1983.
- L. Carpenito "DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA (39 EDICIÓN) " Ed. INTERAMERICANA 1990.
- J.W. Griffith "P.A.E. APLICACIÓN DE TEORÍAS GUÍAS y MODELOS" Ed. MANUAL MODERNO 1986.
- N.M. Holoway "PLANES DE CUIDADOS EN ENFERMERIA MEDICO-QUIRÚRGICA". Ed. DOYA 1988.
- M.J. Kim. "DIAGNOSTICOS EN ENFERMERIA" Ed INTERAMERICANA 1986.
- M.J. Kim. "MANUAL DE DIAGNÓSTICAS DE ENFERMERIA" Ed. INTERAMERICANA 1989.
- P.W. Iyer. "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA" Ed. INTERAMERICANA 1986.
- Merck. "CLINICA DEL DOLOR".