



ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA A.C. INCORPORADA A
LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CLAVE 8723

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA INTRADOMICILIARIO

APLICADO A USUARIA CON:

CARDIOPATIA ESCLEROSA E HIPERTENSIVA LEVE,
DISFUNCION DIASTOLICA MODERADA ASOCIADA A
CARDIOMEGALIA Y ANSIEDAD SENIL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBTETRICIA

P R E S E N T A:

MARIA ELENA RODRIGUEZ GARCIA.

Nº DE CUENTA 404528702



ASESORA: L. E. O. IGNACIA ESCALERA MORA

ZAMORA MICHOACAN, SEPTIEMBRE DE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA:

Agradezco primeramente a Dios por haberme permitido terminar satisfactoriamente mis estudios.

Así mismo, a mis maestros, familiares, personas y amigos, que contribuyeron de una u otra forma en mi formación profesional.

Los objetivos y las metas que nos proponemos en la vida no podemos resolverlos solos, siempre necesitamos del apoyo de los demás. Es hermoso compartir con los otros nuestros triunfos y saber que contamos con alguien que nos comprende cuando las cosas no salen bien.

Gracias a mi comunidad religiosa que siempre estuvo conmigo en esos momentos de dificultades, por alegrarse conmigo en mis logros e impulsarme a continuar en medio de las adversidades.

Por esto y por otras muchas cosas, dedico este logro en mi vida a mi familia religiosa y a mi familia consanguínea, gracias por todo su cariño y apoyo incondicional.

INDICE

INTRODUCCION.....	5
JUSTIFICACION.....	7
OBJETIVOS.....	8
METODOLOGÍA.....	9

CAPITULO I

1.-MARCO TEORICO:

1.1. Antecedentes de la historia de la Enfermería.....	11
1.2. Evolución del proceso de atención de enfermería.....	13
1.3. Definición del proceso de atención de enfermería.....	15
1.4. Cinco fases del proceso de enfermería	
1.5 Valoración.....	16
a) Pasos de la valoración.....	18
b) Métodos para obtener los datos.....	19
c) Validación de la información.....	20
1.6 Diagnostico.....	21
a) Tipos de diagnósticos.....	22
b) Formulación de diagnósticos.....	23
c) Estructuración de problemas interdependientes	
1.7 Planeación.....	24
a) Planeación de los cuidados de enfermería.	
1.8 Ejecución.....	27
1.9 Evaluación.....	28

INDICE

CAPITULO II

2.1.- TEORIAS DE ENFERMERIA	
2.2.- Marjory Gordón, patrones funcionales.....	29
2.3.- Teoría del auto cuidado de Dorotea Orem.....	31
2.4.- Modelo de la adaptación de Roy.....	32
2.5.- Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	33
2.6.- Supuestos del modelo conceptual de Virginia Henderson.....	35

CAPITULO III

3.1.- Historia Natural de la enfermedad.....	39
3.2.- Aplicación del proceso de Atención de Enfermería.....	43
a) Historia Clínica.	
b) Valoración según las 14 necesidades.....	46
c) Familia grama.....	53
d) Clasificación de datos objetivos y subjetivos.....	54
e) Jerarquización de necesidades y diagnósticos de enfermería.....	61
f) Plan de cuidados.....	64
g) Plan de alta.....	75
3.3.- Conclusiones.....	81
3.4.- Propuestas de trabajo.....	82
3.5.- Bibliografía.....	83
3.6.- Anexos.....	86

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad también se han desarrollado la ciencia y el arte de proporcionar cuidados a las personas sanas y enfermas.

En efecto, nos referimos a la enfermería que, en la actualidad sigue luchando por consolidarse como disciplina científica, tanto en México como en el resto del mundo.

Como es bien sabido, los cuidados se iniciaron intuitivamente y eran reservados a la mujer en el hogar, pero con el paso de los años y gracias a mujeres destacadas, se fueron asentando en bases científicas que, cada vez van ofreciendo mayor calidad y profesionalismo en su ejercicio.

Es cierto que nos falta mucha senda por recorrer como profesionales de enfermería, sin embargo, la aplicación del Proceso de Atención es una forma de convertir este anhelo en realidad, ya que nos ofrece la oportunidad de llevar a cabo una serie de actividades bien fundamentadas y encaminadas al restablecimiento y conservación de la salud.

El proceso enfermero sigue un orden lógico de las actividades que realiza el profesional de enfermería, para proporcionar los cuidados holísticos a la persona, familia y comunidad.

Dentro de los pasos o etapas que lo conforman tenemos la valoración, el diagnóstico, la planeación, ejecución y evaluación, mismas que describiremos en los capítulos siguientes.

Este proceso de Atención se aplica a una usuaria con diagnóstico médico de Cardiopatía esclerosa e hipertensiva leve, más disfunción diastólica moderada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica asociada a cardiomegalia y ansiedad; cuyo principal objetivo es brindarle una atención profesional, mediante un plan de cuidados en base al modelo de Virginia Henderson, de las 14 necesidades.

La información se obtuvo a través de la recopilación de datos, por medio de la investigación documental y sintomatología de la usuaria, posteriormente se elabora el plan de cuidados exclusivo para la usuaria, realizando un seguimiento detallado por 4 meses.

El trabajo se divide en 3 capítulos; Incluye parte de historia, evolución del proceso de atención, teorías más importantes de enfermería, aplicación del proceso de enfermería, así como resultados, conclusiones y anexos, esperando que sea de interés y ayuda para el lector.

JUSTIFICACION

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte a nivel mundial y nuestro país se encuentra con esta misma problemática. En los últimos años casi el 40 por ciento de las muertes se debe a las enfermedades cardiovasculares. Los ataques al corazón y paros cardíacos son peligrosos y pueden ser letales

El corazón es una bomba, del tamaño aproximado de su puño, bombea la sangre a través del cuerpo, las arterias coronarias llevan la sangre al corazón.

Las arterias coronarias son “tubos” que llevan sangre al corazón, y los depósitos de grasa pueden obstruir o bloquear estos tubos, teniendo como resultado un ataque al corazón.

El siguiente proceso fue aplicado a una usuaria con cardiopatía esclerosa e hipertensiva leve, con disfunción diastólica moderada, más enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asociada a cardiomegalia y ansiedad senil.

La ansiedad es un trastorno psíquico y emocional que en nuestros días se ha incrementado debido a factores muy diversos y en diferentes grupos de edades, incluyendo en ellos a los adultos mayores.

Considero de gran importancia la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por parte del personal, ya que en la medida que se ejercita, crece la capacidad de observación, el juicio crítico y la aptitud para resolver problemas reales así como prevenir los potenciales, asegurando una atención de calidad a los usuarios.

OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar a la usuaria atención holística y de calidad, mediante conocimientos científicos, técnicos y humanitarios, en base a los diferentes criterios de las teorías de enfermería, para otorgarle, dentro de lo posible, bienestar e independencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Aplicar las guías de valoración de Virginia Henderson con la usuaria, de manera que me permita obtener una información más real y completa, para brindarle una atención integral.

Elaborar los diagnósticos de enfermería en base a las necesidades de la usuaria y los criterios establecidos por la NANDA, dando prioridad a los que comprometen la vida de la paciente.

Elaborar un plan de cuidados que responda a las necesidades de la usuaria, para lograr su independencia lo más pronto posible.

Llevar a cabo las actividades de enfermería con bases científica, consultando la bibliografía para obtener mejores resultados.

Aplicar la evaluación pertinente diariamente para revalorar el estado de salud de la usuaria y determinar la eficacia del plan de cuidados, o modificarlo a la brevedad.

METODOLOGIA

TIPO Y DISEÑO

Se trata de un proceso enfermero que es considerado descriptivo, ya que narra de forma detallada la patología, actividades planeadas y ejecutadas con la usuaria durante el tiempo de trabajo. Así como la teoría utilizada, problemas que se encontraron y conclusiones a que se llegaron después del término del mismo.

OBSERVACIONAL Y A CORTO PLAZO

Se dice que es observacional y a corto plazo porque se aplicó la observación directa a la usuaria, en un periodo que comprende del 3 de marzo al 28 de julio del año en curso.

MODELO DE RELACIÓN

Es un trabajo de continuidad, realizado en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson, para obtener la validación de los datos, mediante la aplicación de las guías de valoración que propone la misma teórica en el desarrollo del proceso enfermero.

GUÍAS DE VALORACIÓN

Se utilizan guías de valoración de acuerdo al modelo propuesto por Virginia Henderson, obtenidas de la antología de fundamentos de enfermería tomo I, mismas que se anexan al final del trabajo.

TECNICA DE TRABAJO

Para complementar la valoración se emplearon la entrevista y la exploración física.

ENTREVISTA

Se complementa la valoración con la entrevista directa a la usuaria, mediante preguntas sencillas que se fueron estructurando y aplicando de lo general a lo particular, logrando con esto la participación activa y dinámica de la paciente. Más la forma indirecta, con la opinión de los diferentes médicos que la estuvieron tratando y colaboración de los familiares.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se llevó a cabo la inspección, palpación, auscultación y percusión con la usuaria, de forma cefalocaudal, para que la valoración resultase más completa, además de haber consultado la opinión de otros profesionales para valorar los estudios de laboratorio y gabinete, anteriores y recientes con que la usuaria contaba.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES DE LA HISTORIA DE ENFERMERÍA

La enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud.

Se inicio con la etapa de los cuidados; por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal, para transmitir bienestar.

Así fueron surgiendo etapas características de cada tiempo con distinguidas representantes, como Florencia Nightingale (1852), con la cual se fundó la base de la enfermería moderna, Dorotea Orem con su teoría del auto cuidado, que se menciona más adelante, Virginia Henderson (1966), con su modelo complementario-suplementario; Myta Levy (1973) con el modelo de conservación y promoción de la totalidad;¹ entre otras más; hasta llegar a nuestros días donde la enfermería lucha por seguir solidificando sus bases científicas por medio de la investigación y la aplicación del proceso de atención de Enfermería.

¹ Antología de fundamentos de enfermería, tomo I PP. 290.

El Proceso de Atención de Enfermería sigue los mismos pasos que el método científico; ambos tuvieron que pasar por muchas variaciones y modificaciones para llegar a consolidar las etapas que en la actualidad conocemos.

Antes de que se desarrollara el proceso de atención de enfermería, las enfermeras se limitaban a prestar los servicios basándose en las órdenes del médico, se guiaban con frecuencia por la intuición y la experiencia, más que el método científico.²

Las representantes de la enfermería moderna, basadas en la observación, la experiencia clínica y la investigación científica, nos muestran el desarrollo que, gracias al aporte de cada una con su pensamiento crítico, y razonamiento diagnóstico, se logra la aplicación de dicho proceso en beneficio de los usuarios.

El término de proceso de enfermería y el método de trabajo que implican, son relativamente nuevos.

En 1955, Hall creó el término y Johnson (1959), Orlando (1961) y Hiedenbach (1963), fueron las primeras que lo utilizaron para referirse a la serie de fases que describen el proceso de enfermería.

Desde entonces, varias enfermeras lo describen, ordenando sus etapas de diferente manera.

A continuación mostramos las aportaciones que cada teórica fue implementando, para la formulación y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

² Kozier, B, et al. Fundamentos de enfermería. 5ª Ed, vol 1 Conceptos, procesos y practica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1999

1.2. EVOLUCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Paplau, H (1952) Identificó cuatro fases en las relaciones interpersonales: Estas fases son secuenciales y se ocupan de las relaciones mutuas de carácter, terapéutico entre las personas.

HALL, L. (1955). A ella se debe la creación del término proceso de enfermería.

Kreuter, (1957). Describió las fases del proceso de enfermería, como coordinación, planificación y evaluación de los cuidados enfermeros, además de orientar a la familia y a la auxiliar de enfermería en la prestación de sus servicios.

Se consideró que eso mejoraba la práctica profesional.

Jonson, D (1959), Consideró al proceso enfermero como valoración de las situaciones, toma de decisiones, realización de un conjunto de acciones diseñadas para resolver y evaluar los problemas de enfermería.

Orlando, LI (1961) Considero que el proceso de enfermería era interactivo. Sostuvo que el proceso tenía tres fases: Comportamiento del cliente, reacción y acción de la enfermera.

Henderson, V (1965) Afirio que el proceso de enfermería comprendía las mismas etapas, del método científico.

Heidgerken, L. (1965). Describió las fases del cuidado profesional enfermero como: evaluación de los comportamientos y las situaciones; reconocimiento de los sistemas físicos; diagnósticos de planificación, identificación de las necesidades y coordinación del régimen del cliente a través de todas las fases del cuidado.

Mc. Cain, RA (1965). Fue la primera en emplear el término valoración en el artículo publicado en 1965. Utilizó las capacidades funcionales del cliente como marco para la valoración.

Recogió y registró los datos objetivos y subjetivos de la valoración.

Knowels, L. (1967). Introdujo un modelo de proceso llamado de las “5 D”, descubrir, profundizar, decidir, hacer y discriminar. Señaló que las enfermeras recogían los datos sobre la salud del cliente en las dos primeras fases.

Catholic University of EE UU (1967). Propuso cuatro componentes del proceso de enfermería: Valoración, planificación, intervenciones de enfermería y evaluación

Wiedenbach, E (1970), Introdujo el modelo de los tres pasos en el proceso de enfermería; Identificar la ayuda necesaria, prestar esa ayuda y verificar que la ayuda fue proporcionada.

Ana Standard of Nursig Practice, (1973). Hizo referencia a las 5 etapas del proceso que actualmente conocemos. Valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.³

Como podemos observar, el Proceso de atención de Enfermería es el fruto de muchos años de investigación, mediante la interrelación y colaboración de especialistas en la materia, por ello decimos sin temor a equivocarnos, que la aplicación del mismo, es el método indicado para que el profesional de enfermería otorgue cuidados de calidad y calidez al individuo, familia y comunidad.

³ Ob. Cit.

1-3. DEFINICIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

El proceso de Atención de enfermería es un método racional, sistemático para planificar y prestar los cuidados individualizados de enfermería, a los individuos, familia y comunidad.

Su finalidad es reconocer el estado de salud de un cliente, y los problemas o necesidades reales o potenciales de los mismos.

Tiene las siguientes características:

Es cíclico y dinámico: pues cuenta con propiedades exclusivas que le permiten responder a los cambios que sufre el estado de salud del cliente.

Es interpersonal y de colaboración, ya que para asegurar la calidad de los cuidados, la enfermera debe compartir con los clientes las inquietudes y problemas, participando continuamente en la evaluación del plan, esto depende de una comunicación abierta, eficaz, y la compenetración enfermera-paciente.

Es universal: Se puede aplicar a cualquier edad y en cualquier momento en relación con la salud-enfermedad. Es útil en varios ámbitos, como el colegio, hospitales, clínicas, asistencias sociales a domicilio.

Es interdisciplinario: se hace ayudar de varias disciplinas, se puede considerar como un proceso paralelo, aunque separado del proceso médico, mientras éste se centra en la enfermedad, el proceso de enfermería se dirige a las respuestas de un cliente a las enfermedades y alteraciones de la salud.⁴

El proceso de atención de enfermería ésta estructurado siguiendo cinco fases que están relacionadas y son independientes entre sí, las mencionamos detalladamente en las siguientes páginas.

⁴ Ob. Cit.

1.5. FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA

VALORACIÓN.

Es la primera fase del proceso de enfermería, puede definirse como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos, que nos ayuda a reconocer la importancia de los mismos mediante la validación, orden y registro de todo lo referente al estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes:

PRIMARIA O DIRECTAS: Éstas incluyen a la persona.

INDIRECTAS: Como fuente indirectas podemos considerar a la familia, el expediente clínico o a cualquier otra persona que dé atención al usuario que está a nuestro cuidado; Pueden ser revistas profesionales o textos de referencia. A través de la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista al paciente, así como otras fuentes que sean de utilidad, se pretende contar con todo aquello referente a la persona que esta siendo cuidada, que aporte información importante sobre sus características, dificultades o padecimiento actual, así como sus hábitos, entorno y la relación que existe en su familia.

Es primordial seguir un orden en la valoración de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. Uno de los criterios de orden en la valoración es la secuencia de las 14 necesidades, comenzando por los datos generales, luego la valoración focalizada en cada una de ellas, y posteriormente con la exploración física que corresponde a cada necesidad.

El profesional de enfermería debe poseer los siguientes requisitos para la elaboración adecuada de una valoración completa:

A) **CONVICCIONES DEL PROFESIONAL:** Conformer la actitud y motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree, sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, entre otras. Pues estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

B) **CONOCIMIENTOS SÓLIDOS**

Deben de tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, familia y comunidad. Los conocimientos deben abarcar la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

C) **HABILIDADES:** Se adquieren en la valoración con la utilización de métodos y procedimientos, que hacen posible la toma de datos.

D) **COMUNICARSE DE FORMA EFICAZ.** Conociendo la teoría de la comunicación, nos adaptamos al nivel de cada usuario.

E) **OBSERVAR SISTEMÁTICAMENTE:** Implica la utilización de formularios o guías que identifiquen los tipos específicos de datos que se necesitan recabar.

F) **DEFERENCIAR ENTRE SIGNOS E INFERENCIAS Y CONFIRMAR LAS IMPRESIONES:** Un signo es un hecho que se percibe a través del uso de los sentidos, y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

Es de vital importancia seguir un orden en la valoración, de forma que se haga el hábito de rescatar todos los datos posibles sin olvidar ninguno, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN:

1-Se ha de realizar de manera céfalo-caudal.

2-Por aparatos y sistemas.

3-De preferencia con un modelo propuesto por alguna de las teóricas reconocidas y aceptadas por la NANDA, algunas de ellas son:

Marjory Gordón con sus libros de diagnósticos y los patrones funcionales.

Virginia Henderson con su modelo de las 14 necesidades.

Dorotea Orem, con su teoría del auto cuidado.

a) PASOS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

Desde que se pone en marcha este instrumento, la recolección de datos se convierte en un proceso continuo de recopilación de información. Por consiguiente, a lo largo del trabajo, la enfermera debe observar, cuestionar y recopilar información del usuario en forma continua.

RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN:

Cosiste en reunir la información sobre el estado del usuario, mediante las fuentes que ya se mencionaron anteriormente: Directa e indirecta, éstas nos darán cuatro tipos de datos, que son los siguientes:

Datos subjetivos: No se pueden medir y son los que expresa la persona. Lo dice sentir o percibir. Solamente el afectado los describe y verifica (Sentimientos).

Datos objetivos: están constituidos por información real, observable, se pueden medir por cualquier escala o instrumento.⁵

Datos históricos: antecedentes, son hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

Datos actuales: información sobre el problema de salud actual.

b) MÉTODOS PARA OBTENER DATOS.

ENTREVISTA CLÍNICA: tiene como objetivo obtener información sobre la persona. Existen dos tipos de entrevista, formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, utilizando formularios ya establecidos, la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista, Es una técnica que tiene como finalidad, obtener información específica y necesaria para el diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados, facilitar la relación enfermera/persona, permitir a la persona informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos, además de ayudar a la enfermera a determinar qué otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La observación, Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información de la persona, como de cualquier otra fuente significativa de su entorno. La observación es una habilidad que precisa la práctica y disciplina.

La exploración física, determina la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, se obtienen datos para comparar y valorar la eficacia de las actuaciones, se confirman los datos subjetivos de la entrevista. Para ello se utilizan cuatro técnicas:

- 1) **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos.

⁵ Marriner, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería. 4ª Ed. editorial Harcourt Brace, España, 1999. pp. 555

- 2) Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio.
- 3) Palpación: se utiliza el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel
- 4) Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos, con la palma o el puño, sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos que permitan diagnosticar alguna patología en el paciente.⁶

c) VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, por ello se dice que es un doble examen o inspección de los datos para confirmar que son exactos y objetivos.

La validación ayuda a la enfermera a percatarse que la información obtenida sea completa.

Que los datos objetivos y subjetivos sean congruentes.

Obtener información adicional que sea valiosa y haya pasado desapercibida.

1.6. DIAGNÓSTICO

Es la segunda fase del proceso de enfermería, la etapa crucial en la que la enfermera interpreta los datos de la valoración e identifica los factores favorables con los que cuenta el paciente y los problemas que pueden resolverse mediante intervenciones de enfermería.

La NANDA lo define de la siguiente forma: “El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o comunidad, a problemas y procesos reales o potenciales.” Proporciona la base para seleccionar las intervenciones enfermeras, y conseguir los objetivos de los que es responsable el profesional de enfermería.⁷

⁶ Ob. Cit.

⁷ Ob. Cit.

Los diagnósticos de enfermería están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional, pues se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independiente, siendo ella la responsable del logro de los resultados deseados.

Al igual que en la valoración, el diagnóstico tiene pasos a seguir, estos son:

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS:

Esto se logra mediante el análisis de los datos significativos, bien sea de los datos o de la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.

Formulación de problemas: detectar y diferenciar entre diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE:

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatología del organismo a problemas reales o de riesgo, en donde la enfermera es corresponsable de su predicción, prevención y tratamiento, en colaboración con el equipo sanitario.

Los problemas interdependientes se relacionan con la patología y con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico.

En la relación de los problemas interdependientes se utiliza terminología médica. Por lo tanto podemos deducir que el diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, en donde la enfermera tiene la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente; y en cambio, un problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable.

a) TIPOS DE DIAGNÓSTICOS

Si se considera el diagnóstico enfermero según su virtualidad, se puede decir que existen cuatro tipos:

- Real: el problema es actual y las manifestaciones son observables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores
-

relacionados. “El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen.”⁸

- Alto Riesgo: es un juicio clínico, de que es más probable que una persona sea más vulnerable a desarrollar el problema que otros en situación similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La prescripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término “alto riesgo”.
- Posible: son enunciados que describen un problema que se sospecha, por lo cual se necesitan datos adicionales y la enfermera debe confirmar o excluir.
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. No contienen factores relacionados.

b) FORMULACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Para redactar un diagnóstico, el primer paso es utilizar el nombre que corresponda a la respuesta humana según la categoría de la NANDA.

En el caso de **diagnóstico real** se utilizan tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S) también llamados datos subjetivos y objetivos.

Para el **diagnóstico de alto riesgo** se emplean dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores de riesgo (E), ya que no existen datos objetivos ni subjetivos. Los factores de riesgo son aquellos que predisponen al individuo o comunidad a un acontecimiento nocivo.

En **diagnóstico de salud** lleva un solo elemento, que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le interponen las palabras “POTENCIAL DE AUMENTO DE” O “POTENCIAL DE MEJORA”.

⁸ Gordon”, 1990

ESTRUCTURA DE LOS PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Los problemas interdependientes precisan del empleo de terminología médica, como se mencionó anteriormente, y de la participación conjunta de los integrantes del equipo sanitario.

En la redacción de los problemas interdependientes reales, se requiere del PROBLEMA, ETIOLOGÍA DEL PROBLEMA Y LA SINTOMATOLOGÍA.

Los problemas interdependientes de riesgo, únicamente requieren del PROBLEMA Y ETIOLOGÍA, así como de las PALABRAS DE RIESGO, al inicio de la formulación.

Para unir el problema a la etiología se recomienda usar la palabra: SECUNDARIO A, y para integrar la sintomatología se emplean las palabras: MANIFESTADO POR.

PLANEACION:

Esta corresponde a la tercera fase del proceso de atención de enfermería. Al igual que las etapas antes mencionadas, la planeación tiene actividades muy peculiares, las cuales mencionamos con detalle en los siguientes renglones.

PLANACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Una vez concluida la valoración e identificación de las necesidades reales o complicaciones potenciales, con sus respectivos diagnósticos enfermeros, procedemos a realizar la planeación de los cuidados.

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar las necesidades. Incluye cuatro etapas:

- 1.-Establecer prioridades en los cuidados.
- 2.-Planteamiento de los objetivos.

3.-Elaboración de las acciones de enfermería.

4.- Documentación y registro.

Según la prioridad de los diagnósticos se agrupan en tres categorías:

- Alta Prioridad: problemas de riesgo vital, por ejemplo paro cardiaco.
- Mediana Prioridad: suponen una amenaza para la salud.
- Baja Prioridad: surge de necesidades normales del desarrollo, requiere apoyo mínimo de enfermería.⁹

Establecer prioridades en los cuidados. Es el proceso en el que se determina un orden jerárquico de las necesidades afectadas. Todas las necesidades, raras veces pueden ser abordadas al mismo tiempo, por lo que pueden agruparse en tres categorías:

Prioridad alta, media o baja. Las prioridades asignadas no son inmutables, van cambiando a medida que cambian las respuestas del paciente, los problemas y el tratamiento.

Planteamiento de los objetivos: Describe lo que lo enfermera espera conseguir al realizar las intervenciones. Una vez que hemos jerarquizado las necesidades o problemas a tratar, debemos definir los objetivos a cumplir con respecto a cada problema, teniendo presente que el fin de los objetivos son:

- Dirigir los cuidados.
- Proporciona un plazo para las actividades planificadas
- Servir como criterio para evaluar el progreso del paciente
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Normas generales para la descripción de objetivos:

- La formulación debe ser simple, clara y concisa.
- El objetivo debe ser propio de una persona
- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- La formulación debe indicar un plazo preciso para la realización del objetivo.
- Debe evolucionar con la situación.

⁹ Ob. Cit.

- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar.
- Elaborar objetivos cortos.

Existen dos Tipos de Objetivos:

Objetivos de enfermería: Lo que se espera que logre la enfermera. Van dirigidos a encontrar los puntos fuertes de la persona y sus familiares; de su comprensión de los cambios biofisiológicos, que experimenta la persona y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a corto, mediano y largo plazo, así como objetivos del paciente.

- **Objetivos a corto plazo:** son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando las personas son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- **Objetivos a mediano plazo:** requieren semanas o meses, podemos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- **Objetivos a largo plazo:** son los resultados que requieren de un tiempo más prolongado.¹⁰
- **Objetivos del paciente.** Los cambios que logre el paciente, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados, estos deben ser alcanzables, medibles y específicos.

Elaboración de acciones de enfermería. Son estrategias concretas o actividades necesarias para favorecer, mantener o restablecer la salud de la persona; ésta y los familiares deben participar siempre que sea posible en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. El plan se individualiza enfocándolo en el factor relacionado, con las fuerzas y debilidades del paciente, así como en la gravedad y urgencia de su estado. Para lo cual se realizan diferentes intervenciones contando con el equipo de salud. Para llevarlo a cabo se requieren:

¹⁰ Ob. Cit. Kozier,

- Intervenciones independientes: es toda acción reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.
- Intervenciones dependientes: incluye problemas que son responsabilidad directa del médico, el designa las intervenciones que debe realizar la enfermera.
- Intervenciones interdependientes: trabajan y colaboran en el tratamiento las enfermeras y otros profesionales de la salud.¹¹

Documentación y registro: El plan de cuidados de enfermería, es un método de comunicación de la información importante sobre la persona, su objetivo es servir como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería, coordina y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales.¹²

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria.

EJECUCIÓN:

Cuarta fase del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocado al inicio de aquellas intervenciones que ayudan al usuario a conseguir los objetivos deseados.

Los pasos para llevar a cabo la ejecución son los siguientes:

PREPARACIÓN:

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados, se debe hacer lo siguiente:

Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario.

Analizar si se tienen los conocimientos y habilidades para realizar las actividades planeadas.

Tener en cuenta las complicaciones que puedan presentarse al realizar las actividades.

Reunir el material y equipo para llevar a cabo cada intervención.

¹¹ Ibidem.

¹² Iyer, W, Taptich, B, etal. Proceso y diagnóstico de enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1995. 437 pp.

INTERVENCIONES.

Una vez realizada la preparación, podemos llevar a cabo las intervenciones planeadas.

DOCUMENTACION DEL PLAN DE ATENCION:

Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los demás miembros del equipo de salud.

EVALUACIÓN

Es la última fase del proceso de atención de enfermería, se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Significa emitir un juicio sobre un objeto, una acción, un trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Debe ser interpretada, con el fin de poder establecer conclusiones que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudios.

Vemos las tres posibles conclusiones: Resultados esperados.

1. El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
2. El paciente está en proceso de lograr resultados, esperando que puede conducirnos a plantearse otras actividades.
3. El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. Si esto llegara a ocurrir, sólo se hace una nueva valoración del problema y de los resultados esperados.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

CAPITULO II

TEORÍAS DE ENFERMERÍA

MARJORY GORDON, PATRONES FUNCIONALES

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD:

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación. Incluye las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc). Mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO:

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta. Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN:

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control, producción y características de dichas eliminaciones.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO:

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO:

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTUAL:

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección.

En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO:

Describe el patrón de auto concepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc.)

PATRÓN 8: ROL – RELACIONES:

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN:

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS:

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la

propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS:

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.¹

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTEA OREM

Ella nos propone 8 requisitos universales del autocuidado:

- 1- Mantener una suficiente entrada de aire.
- 2- Mantener unos ingresos suficientes de agua.
- 3- Mantener un consumo suficiente de alimentos.
- 4- Prestar los cuidados que exigen los procesos de eliminación de excretas.
- 5- Mantener un equilibrio entre actividad y reposo.
- 6- Mantener el equilibrio entre soledad e interacción social.
- 7- Prevenir los riesgos para la vida humana, las funciones corporales y el bienestar de los seres humanos.
- 8- Fomentar el mantenimiento y desarrollo del ser humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con las posibilidades humanas, las limitaciones del conocimiento y el deseo de ser una persona normal. (en el sentido de lo básicamente humano y que está de acuerdo con las características y aptitudes genéticas y constitucionales de los individuos)²

¹ B. Alicia Rodríguez Sánchez, *Proceso de Atención de Enfermería*, Mex.

² Orem, Nursig: *Concepts of Practice* 4º ed. Louis: Mosby-Year Book, 1991, pág. 126.

MODELO DE LA ADAPTACIÓN DE ROY.

CLASES DE ADAPTACIÓN:

1-Necesidades fisiológicas:

- Actividad y reposo.
- Nutrición.
- Eliminación.
- Líquidos y electrolitos.
- Oxigenación
- Protección.
- Regulación de la temperatura.
- Regulación de las sensaciones.
- Regulación del sistema endocrino.

2-Autoconcepto:

- El yo físico.
- El yo personal.

3-Papel funcional.

4-Interdependencia.³

VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri), durante la Primera Guerra Mundial despertó su interés por la enfermería, así en 1918 ingreso a la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente.

En 1955 publico en su libro *The Nature Nursing* por primera vez su definición de enfermería: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo,

³ C. Roy y HA Andrés, , the Roy Adaptation Model, Appketon Lange, 1991, pág. 15-17.

en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que llevaría acabo sin ayuda, si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesario haciéndolo de tal forma que se le ayude a ser independiente lo antes posible"⁴, Ella nos propone el modelo de las 14 necesidades que se mencionan a continuación.

MODELO DE LAS 14 NECESIDADES

1. Respirar normalmente: Es la función por medio de la cual el organismo inspira del exterior oxígeno para mantener la vida y elimina del interior los gases nocivos
2. Comer y beber adecuadamente. Es necesidad de cada organismo el consumir una dieta que sea completa, equilibrada, suficiente, adecuada para mantenerse en buen funcionamiento.
3. Eliminar los desechos corporales: El organismo debe desechar los residuos acumulados por el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elemento no útiles, por medio de la orina y las heces
4. Moverse y mantener posturas deseables: El mantener una buena postura y realizar ejercicio físico permite tener una mejor circulación permitiendo así mejorar las funciones del cuerpo
5. Dormir y descansar: Es una necesidad básica para el ser humano debe cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacerla, a fin de tener un funcionamiento óptimo.
6. Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse: La forma de vestir es parte importante de la personalidad de un individuo, un aspecto de su cultura y un rasgo que lo hace diferente de los demás.

⁴ Ob. Cit.

7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal, ajustando la ropa y modificando el entorno: La temperatura corporal es el grado de calor que genera el cuerpo en un determinado momento. La temperatura en un adulto mayor sano oscila entre los 36 y 36.5 °C
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel: La higiene corporal es una forma de conservar la salud física, además el cuidar la piel ayudará a impedir la entrada de cualquier microorganismo.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros: El ser humano debe protegerse de toda agresión externa o interna, para mantener así la integridad física.
10. Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones: La comunicación es un proceso en donde se transmiten y reciben ideas, emociones e informaciones entre personas, comprende todos los mecanismos por medio de los cuales una persona puede relacionarse con otra, utilizando como medio los sentidos
11. Rendir culto según la propia fe: Cada persona se desenvolverá en la sociedad de acuerdo a sus valores o educación recibida
12. Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro: El trabajar es una forma en la que el individuo desarrolla su capacidad creadora, es un medio para conseguir el sustento diario permitiéndole así satisfacer necesidades básicas.
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio: Es el realizar actividades con el fin de entretener al individuo ayudándolo a tener momentos de descanso.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles: El adquirir

conocimiento y habilidades, ayuda al ser humano a modificar comportamientos para alcanzar, mantener o recuperar su salud.⁵

SUPUESTOS DEL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

- Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla y desea ser independiente en cuestiones de salud; La salud se expresa en sensación de bienestar, al perderla se buscan los medios para recuperarla lo más rápido posible.
- Cada individuo es una totalidad completa que requiere satisfacer necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo en su integridad, ni es independiente.

VALORES

- La enfermera tiene una función propia, aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales.
- Cuando la enfermera desempeña el papel de médico, delega su función a otro personal preparado de forma inadecuada.
- La sociedad busca y espera que la enfermera brinde el servicio único y comprometido que ningún otro trabajador de la salud puede prestar

CONCEPTOS BÁSICOS

ENFERMERÍA.- Henderson definió la enfermería como “La función única de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas

⁵ Ob. Cit.

actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación o a una muerte tranquila y que éste podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario”.

SALUD.- Es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con mayor efectividad y alcanzar el nivel más alto de satisfacción en la vida.

ENTORNO.- Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

ROL PROFESIONAL.- Acciones que lleva acabo la enfermera, actuando según el nivel de dependencia identificados en el paciente.

Henderson identificó tres niveles en la relación enfermera paciente que van desde una independencia a la práctica independiente.⁶

INDEPENDENCIA – DEPENDENCIA

INDEPENDENCIA

Virginia Henderson, considera que todas las personas que tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua. A fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible, aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como: falta de conocimiento o falta de voluntad.

Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades son específicos y únicos para cada individuo, por lo tanto estos criterios deben ser considerados de

⁶ García, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1º Edición. Editorial Progreso, México, 1997.

acuerdo con las características de cada persona, variando según sus aspectos psicológicos, socioculturales y espirituales.

DEPENDENCIA

Se presenta cuando una necesidad no está satisfecha por la presencia de alguna dificultad, apareciendo así manifestaciones de dependencia.

CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Son obstáculos, limitaciones personales o problemas del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades que son:

- a) **Falta de fuerza.-** no sólo se refiere a la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, si no también a la capacidad para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, tomando en cuenta el estado emocional e intelectual.
- b) **Falta de conocimiento.-** se refiere a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y la enfermedad.
- c) **Falta de voluntad:** La persona no se compromete o no está capacitada para satisfacer sus necesidades.

CAPITULO III
HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD
CARDIOMEGALIA

La cardiomegalia es el término que define un agrandamiento anormal del corazón o hipertrofia cardíaca. Se trata de un síntoma que aparece en personas con insuficiencia cardíaca sistólica crónica o diversos tipos de miocardiopatías.¹

CLASIFICACIÓN

La cardiomegalia puede afectar a uno o ambos ventrículos o aurículas. Habitualmente se clasifica de la siguiente manera:

- Cardiomegalia por dilatación, que se deriva de un daño que debilita el músculo cardíaco, como un ataque al corazón.²
- Cardiomegalia por hipertrofia: lo más habitual es que la hipertrofia sea del corazón izquierdo, o en casos más graves, de todo el corazón.
- Sin embargo, existen determinadas patologías en las que existe una hipertrofia aislada de alguna de las cámaras cardíacas:
 - Hipertrofia auricular, ya sea izquierda o derecha.
 - Hipertrofia ventricular:³
 - Hipertrofia ventricular izquierda, que puede derivarse de hipertensión arterial prolongada.
 - Hipertrofia ventricular derecha, que se puede producir por hipertensión pulmonar, o en casos de hipertrofia ventricular izquierda de años de evolución.

SÍNTOMAS:

¹ National Library of Medicine - Medical Subject Headings.

² American Heart Association

³ Cardiomegalia en Medciclopedia: Diccionario ilustrado de términos médicos

Típicamente relacionados con el catarro o la gripe: escalofríos, fiebre, dolor generalizado y cansancio.

DIAGNÓSTICO

- Una radiografía de tórax muestra si el corazón está agrandado y si hay líquido en los pulmones.
- Un electrocardiograma (ECG) muestra las zonas dañadas del corazón.
- Una ecocardiografía muestra el tamaño del corazón y cuánto daño hay.

TRATAMIENTO:

El tratamiento consiste en aliviar los síntomas y el esfuerzo del corazón. Podrían ser necesarios cambios en el estilo de vida, medicamentos o tratamiento quirúrgico.

Los medicamentos pueden ayudar a controlar los síntomas y mejorar el funcionamiento del corazón.

- Los diuréticos reducen el exceso de líquido en el organismo.
- Los vasodilatadores, tales como los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA), relajan los vasos sanguíneos y ayudan a reducir la presión arterial.
- Los inotrópicos tales como los digitálicos, mejoran la acción de bombeo y normalizan el latido del corazón.
- Los bloqueantes cálcicos y los betabloqueadores normalizan el latido del corazón y reducen el esfuerzo del músculo cardíaco.

Para algunos pacientes, podría ser necesario tener oxígeno disponible en todo momento.

CARDIOPATÍA ESCLEROSA E HIPERTENSIVA:

La esclerosis en general es una patología productora de un daño cardíaco, así como de otros órganos, en la medida que es capaz de dañar los lechos vasculares de cualquier parte del organismo.

DEFINICIÓN

Se define como un padecimiento vascular degenerativo sistémico, básica y característicamente arteriotropo y que constituye la gran causa de cardiopatía al atacar las coronarias, sobre todo después de los 40 años de vida.

ETIOLOGÍA

En cuanto a la etiología, se cree relacionado, no única, pero sí importantemente, con un trastorno en el metabolismo de las grasas y en tal caso se trata de una variedad de lipoidosis, esencialmente angiotropas.

En lo anatómico, queda dicho que daña fundamentalmente las arterias, al producir engrosamientos y depósito de grasa en la capa íntima con complicaciones agregadas.

Tiende a la suboclusión u oclusión en los distintos niveles de los diversos lechos vasculares y con ello, a la hipoperfusión local e isquemia tisular.

CUADRO CLÍNICO

Evoluciona con un primer cuadro prodrómico o subclínico, asintomático, después, con manifestaciones y en un momento dado, diversos síndromes de insuficiencia arterial, según sea el área dañada (Insuficiencia coronaria, carotídea, vertebral, basilar, vascular-cerebral, axilar, radial, mesentérica, renal, de aorta abdominal, femoral, etc.)⁴

MEDIDAS PREVENTIVAS

De acuerdo con las estadísticas, se dice que hay signos suficientes que permiten predecir la predisposición del individuo.

FACTORES DE RIESGO

⁴ Ignacio Chávez Rivera, Cardioneumología fisiopatológica y clínica, México, Ed. 1993

Antecedentes familiares positivos de aterosclerosis o alguna otras lipoidosis, Hipertensión arterial, Diabetes, edad superior a los 40 años en hombres y de 45 en mujeres con sostenida colesterolemia sanguínea, superior a 250 mg% y tensión arterial superior a 145/95mmHg, obesidad, tabaquismo, vida sedentaria y exposición al estrés.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En términos estrictos, no deben confundirse aterosclerosis con arterosclerosis, aunque es común se usen como sinónimos, pero la diferencia la marcamos a continuación.

a) Aterosclerosis: Hay un daño en las arteria de grande (aorta), mediano (femoral) o pequeño calibre (coronarias cerebrales), tanto en las elásticas, como en las musculares, pero con un característico trastorno de la capa íntima, (fibrosis, engrasamiento con ateroma lipoideo, calcificación, necrosis, hemorragia).⁵

b) En la arteriosclerosis, (o mejor, “esclerosis calcificación de la media”), el daño radica en las arterias musculares de tipo medio (femorales, radiales, etc.) y en su capa media, donde característicamente aparece calcio, sin depósito lipoideo, sin degeneración o necrosis y sin oclusión luminal. La pared arterial se vuelve dura, pero pese a ello es débil y a veces aneurismática.

TRATAMIENTO:

En la etapa avanzada el tratamiento será el de mejorar el riesgo de la sección dañada, así como procurar evitar el avance del proceso arteroescleroso hasta donde sea posible. Para la primera se ha de intensificar la detección oportuna del individuo predispuesto y la profilaxis, vigilando los factores de riesgo evitando la obesidad, restringir la ingesta de grasas animales, tratar la hipertensión y en general los procesos generadores de esta patología. La dieta es muy importante, el ejercicio y una vida en la medida de lo posible sin estrés.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

⁵ Ob. cid.

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA:

NOMBRE: STP.

SEXO; Femenino.

EDAD: 82 años.

ESTADO CIVIL: Soltera.

OCUPACIÓN: el hogar.

RELIGIÓN: Católica.

ESCOLARIDAD: Primaria.

DOMICILIO: Reservado.

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL: Eventual.

MOTIVO DE LA VISITA O PRINCIPAL PROBLEMA: Dificultad para respirar más ansiedad asociada.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Cardiopatía esclerosa e hipertensiva leves, con disfunción diastólica moderada, más enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asociada a cardiomegalia; ansiedad.

Signos vitales, tensión arterial 130/80 mmHg, frecuencia cardiaca 88 por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto, temperatura 36 grados, Saturación de oxígeno de 98 %.

TRATAMIENTO ACTUAL: Teolog 100mg. 1/día, Ambroxol y Salbutamol en Spray, 3 veces al día), Hyzaar 100/12.5 mg. 1/día, Cronocap de 5 mg 1 tableta media hora antes de dormir, Furosemide de 20 mg. 1/día. Rivotril por razón necesaria ¼ de tableta de 2 mg.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

HAS de 15 años de evolución, rotoescoliosis dorso-lumbar por accidente automovilístico hace 8 años, sin tratamiento. Dificultad para conciliar el sueño desde hace 2 años, nerviosismo desde la juventud, cuadros gripales y ataques de asma

frecuentes; Tratados a base de broncodilatadores en aerosol y vía oral. Hace 6 años se agudizan las crisis de dificultad respiratoria: estando la usuaria fuera de Zamora, tras una situación emocional inesperada, motivo por el cual se traslada al hospital más cercano, donde le atendieron con oxígeno por puntas nasales, reposo y una inyección que la usuaria ignora el nombre, permaneció únicamente esa noche en el hospital y al día siguiente es dada de alta a su domicilio.

A partir de entonces las crisis fueron frecuentes con la misma sintomatología: dificultad respiratoria, pero sin datos de cianosis peribucal o acrocianosis, con una saturación de oxígeno de 97 a 98%. Refiere que la dificultad para respirar le producía angustia y miedo.

Se trasladó a Zamora en 2006 y continuó con el mismo problema, por lo que visitó a un neumólogo, quien prescribió tele de tórax, encontrando rotoescoliosis tóraco-lumbar, coincidió con los otros médicos en que había una buena saturación de oxígeno, prescribió broncodilatadores, ejercicios respiratorios con sifón y sugirió interconsulta con cardiología.

Visitó al cardiólogo el 18 de octubre de 2006, se realiza EKG, nueva placa de tórax, pruebas de máximo esfuerzo, detectando un problema de Disnea por esfuerzo, Cardiopatía esclerosa e hipertensiva leves, con disfunción diastólica moderada, más enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asociada a cardiomegalia, por lo que indica no subir escaleras, limitar el esfuerzo, dieta hiposódica y tratar de evitar situaciones estresantes.

El 20 de enero de 2007 refiere acúfenos de alta intensidad en el oído interno, la presión arterial controlada de 130/80 mmHg; se sospecha de una infección ótica y acude con el otorrinolaringólogo, quien prescribe medicamento, la usuaria no recuerda el nombre.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Ocupa el primer lugar en una familia de 8 hermanos, padre que muere por infarto agudo al miocardio, su madre falleció a causa de embolia pulmonar, dos

hermanos con enfermedades coronarias, y uno más que falleció por enfisema pulmonar agudo, otro por ahogamiento en la playa.

Hermana con HAS, la más chica de sus hermanas presentó un tumor rectal, otra más con CA de mama por lo que se le extirpó el seno derecho hace tres años, en la actualidad presenta células malignas en mama izquierda.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

Hace 4 meses, 3 de marzo de 2008, solicita de mis servicios para acompañarle a terapia de rehabilitación por dolor de extremidad derecha, que dificulta la marcha; además presenta dolor en región lumbar.

Tras llevar 15 días de terapia con mejoría significativa, refiere calor y ardor en el cuerpo, sospecha que la luz de los infrarrojos haya producido cáncer en su cuerpo, lo cual desencadena nuevamente la dificultad respiratoria.

Se realiza exploración física sin encontrar datos de enrojecimiento ni edema, solo sequedad corporal con presencia de descamación, se le aplica una crema hidratante, como placebo. Para la ansiedad se proporciona un té de hierbas naturales, lo cual disminuye considerablemente este síntoma en la paciente; se le interroga acerca de alguna dificultad o problema familiar, lo cual siempre coincide ser positivo tras cada crisis.

8 días después se niega a continuar con su terapia de rehabilitación, refiere que la luz de los infrarrojos le hace mal y que además puede caminar mejor, así que se continúa con la terapia en casa.

Como persisten las molestias en todo el cuerpo por el calor y ardor que refiere, y además dificultad para conciliar el sueño, se sugiere consulta con médico internista quien indica pruebas de funcionamiento hepático, éstas salieron negativas. Por lo que se recomienda aplicar los broncodilatadores sólo dos veces al día, por ser fármacos que mantienen alerta y quitan el sueño.

De esta manera se lograría el descanso, sin embargo continuaba con los mismos problemas entonces se recurre al tratamiento con placebos cutáneos, más té por las noches, acompañado de terapia ocupacional, ejercicios de remanicencia para desviar su atención, estas acciones mejoran el estado de la paciente.

Tras haber consultado a varios médicos quienes encuentran sus signos vitales estables, buena saturación de oxígeno y ella continuar con las crisis de dificultad respiratoria y angustia, que le impide conciliar el sueño, se sugiere consulta con un médico psiquiatra, quien encuentra un problema de ansiedad senil.

Se inicia el tratamiento con jarabe de Gabatel durante 8 días, pero no presenta ninguna mejoría, continúa con un inductor del sueño, Cronocap 5 mg. media hora antes de dormir, que mejora el sueño y le ayuda a estar más tranquila por las mañanas. Sin embargo ante nuevos eventos familiares sigue presentado crisis de dificultad respiratoria que le impiden comer y socializar. Se consulta nuevamente con el médico psiquiatra, tras haber usado ¼ de tableta de Benzodiazepina 2 miligramos, obteniendo excelentes resultados con la usuaria, también prescribe Rivotril 2 miligramos ¼ de tableta por razón necesaria.

Para hacer la recolección de datos apliqué el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, pues me parece un esquema completo que engloba la integridad de los cuidados que responden a las demandas más apremiantes de mi paciente.

Mi valoración es la siguiente.

VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON:

1.- Necesidad de respirar normalmente:

Paciente adulta mayor con Cardiopatía esclerosa e hipertensiva leves, disfunción diastólica moderada, más enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asociada a cardiomegalia; ansiedad senil, frecuencia respiratoria 22 por minuto, saturación de oxígeno 98 %, llenado capilar 3 seg., presencia de acúfenos esporádicamente, disnea por esfuerzo, crisis de dificultad respiratoria y broncoespasmo, sin cianosis agregada., refiere que en los últimos meses su problema se agudizo.

2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente:

Tiene una talla de 1.48 m, pesa 55 kg, (su peso ideal) es de 52 kg, IMC de 20, por lo cual podemos decir que está dentro de los parámetros normales. Piel seca, hasta llegar a la descamación, uñas firmes para su edad, cabello canoso, bien implantado en cuero cabelludo, mucosa oral deshidratada, encías sanas, piezas dentales incompletas, prótesis del último molar

No ingiere la dieta indicada por ser hiposódica, refiere que le parece desagradable al paladar, esto le ha ocasionado pérdida de peso en los últimos meses

Presenta edema de + en miembro pélvico derecho.

Consume carne dos veces por semana, verduras 5 días a la semana. Fruta 6 veces por semana, legumbres 4 días por semana, ingesta de líquidos de litro y medio diariamente. Niega zoonosis y hacinamiento. Es constante en tomar el medicamento prescrito por el médico, actualmente: Teolong 100mg. 1/día, Ambroxsol y salbutamol Spray, 3/día, Hyzaar 100/12.5 mg. 1/día, Melatonina 5 mg media hora antes de dormir, Furosemide 20 mg. 1/día, Rivotril por razón necesaria ¼ de tableta de 2 mg.

3.- Necesidad de eliminar los desechos corporales:

No presenta dificultad para miccionar, orina de color amarillo claro, sin mal olor, con frecuencia de 5 veces al día y 2 por la noche, presenta estreñimiento, con flatulencia, no hay halitosis, acostumbra la avena cruda para ayudar a las evacuaciones, que presenta cada 24 horas, de características dura y con dolor a la defecación, abdomen blando, deprecible, sin dolor a la palpación.

4.- Necesidad de moverse y mantener posturas deseables:

Paciente medianamente encorvada, con gibosidad pequeña. Presión arterial de 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca 88 por minuto, rotoescoliosis toracolumbar, lo que ocasiona dolor en extremidad derecha dificultando la marcha, para lo cual se ayuda de andadera., refiere dolor en la espalda de moderada intensidad, usando corsé ajustado, manifestando que últimamente le molesta más que ayudar. Toma los alimentos por ella misma.

En ocasiones se muestra con tensión muscular y postura rígida, mucosa oral seca, adopta una actitud manipuladora, se autocompadece y pretende que todas sus necesidades se solucionen en el momento, de lo contrario, se convierte en una víctima. Presenta buena respuesta a reflejos tendinosos para su edad, buen tono muscular. El dolor en extremidad inferior fue disminuyendo con el ejercicio físico recomendado por la terapeuta.

5.- Necesidad de dormir y descansar:

Refiere dormir solo 5 horas por la noche, de 22:00 a 03:00, hace una siesta de ½ hora por la tarde, requiere de un inductor del sueño para lograr el descanso, Mirada triste y cansada.

6.- Necesidad de seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse:

Es totalmente independiente para elegir su ropa de vestir diariamente, a demás de tener muy buen gusto para ello, usa falda negra o azul marino con blusa de manga larga, azul, rosa o blanca, zapatos cómodos de piel, indistintamente abiertos y cerrados. Toma sus propias decisiones.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal en un intervalo normal, ajustando la ropa y modificando el entorno:

Normalmente mantiene una temperatura estable de 36 grados centígrados, en medición axilar, cuando hace demasiado frío se pone su abrigo, si es moderado, solo chaleco, cuidando siempre la estética manteniendo un aspecto limpio y agradable.

8.- Necesidad de mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel:

Baño de regadera cada tercer día con cambio de ropa personal diariamente, cambio de ropa de cama cada 8 días, higiene bucal 3 veces al día con buena técnica de cepillado, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, aseo de recámara cada 8 días, su aspecto es en general limpio, su habitación bien ordenada, aunque no siempre limpia, ya que por su problema de columna no puede hacer ese trabajo, se espera hasta que lo asee la familia, o ella cada 8 días.

Acude con el pedicurista cada mes para que le arreglen los pies, ya que refiere que si deja pasar más tiempo le salen espolones que no le permiten caminar adecuadamente. Refiere prurito en todo el cuerpo, su piel se seca hasta la descamación, se aplica crema hidratante.

9.- Necesidad de evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros:

Habita casa tipo urbano con todos los servicios intradomiciliarios; luz, agua, gas, teléfono, radica en una avenida de la ciudad muy transitada por lo tanto el nivel de bióxido de carbono que aspira es alto, presenta disminución de la visión acorde a su edad, tiene contacto telefónico con familiares enfermos desencadenándole estrés, sin embargo es conciente de ello, expresa aceptar la situación.

Manifiesta necesidad de visitar al médico con frecuencia por cualquier síntoma que experimenta, toma todos los remedios caseros que le sugieren, como Tés., ungüentos, pomadas, etc.

Está contenta de lo que hizo en su vida, le emociona hablar de sus glorias pasadas, pero ahora reclama la presencia de su familia, le angustia estar sola. Manifiesta deseos de salir a pasear, le deprime estar en casa todo el tiempo. Le ocasiona ansiedad el enterarse de problemas en la familia y quisiera que los demás pensarán como ella o que vieran las necesidades que ella ve.

10.- Necesidad de comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones:

Tiene capacidad de socialización con toda persona que encuentra, hace amigos con facilidad, en programas de recreación familiar participan con espontaneidad, vive actualmente en una familia afín, con buena relación entre sus compañeras, tiene una relación más estrecha con otra compañera adulto mayor, pasan platicando de las enfermedades que les aquejan, de las atenciones que no se les brindan, etc. En la actualidad no percibe una pensión mensual, solo ayudas eventuales que aporta la familia consanguínea.

Le preocupan sobremanera las enfermedades que se presentan últimamente en su familia, el hecho de estar lejos de ellos y el no poderlos ver cuando están enfermos. Lamenta mucho el ser cada vez más limitada, el no saber cuándo va a estar bien para

poder visitarlos, manifiesta deseos de visitarlos, pero inseguridad por sus crisis respiratorias. Recibe visitas de sus familiares esporádicamente, pero ella está en comunicación telefónica con ellos 2 ó 3 veces por semana.

Se le da ánimo de que los visite, se percibe animada cuando está con ella la enfermera, pero después desiste.

Los familiares siempre están ocupados, dedican poco tiempo a la usuaria, no siempre hay quien lave su ropa de cama, le obligan a tomar su dieta hiposódica; sin embargo, como la usuaria se vale por sí misma, muchas veces cambia la comida sin sal, por la que toman ellos. Rara vez la sacan a pasear, aunque ella manifiesta deseos de salir de casa.

11.- Necesidad de rendir culto según la propia fe:

Es católica comprometida, asiste a la celebración Eucarística todos los días, frecuenta el sacramento de la reconciliación, le fascina cantar alabanzas o escuchar música sacra, cuando se entera de celebraciones especiales le gusta participar en la Iglesia, sólo cuando hay demasiada gente se priva, pues refiere que la multitud “le roba el aire”.

Ofrece a Dios su dolor y sufrimiento de las crisis de dificultad respiratoria más agudas, por el bien de las familias, del mundo y de las personas que hacen el mal.

12.- Necesidad de trabajar de tal manera que haya una sensación de logro:

Se valora como persona, desea que haya alguien para que le atienda a tiempo completo, refiere aceptar que por ser mayor estará cada vez más limitada, sin embargo, no quiere experimentar ninguna molestia, porque inmediatamente quisiera visitar al médico, los familiares dicen haber gastado mucho con ella y sus problemas, la mayoría son por la edad.

Barre su habitación cada 8 días, lava su ropa pequeña. Realiza tareas como abrir la puerta, contestar el teléfono, atender a personas que le visitan.

13.- Necesidad de jugar o participar en diversas formas de ocio:

Usuaria senil, conciente, orientada en sus tres esferas de tiempo, persona y lugar, con capacidad para recordar el pasado al 100%, lenguaje lógico y coherente, hipoacusia, buen sentido del olfato, usa lentes sólo para leer o bordar, realiza caminata apoyada en

andadera para poder mantener erguida la espalda, le encanta jugar “Damas chinas” y salir a pasear en coche. Influyen para obligarle a tomar la dieta, que en ocasiones se niega a tomar.

Como terapia ocupacional hace manualidades: tejido con un gancho, perfilado, lectura espiritual, oraciones, visitas a enfermos, labores de aseo personal diariamente y de casa cada 8 días.

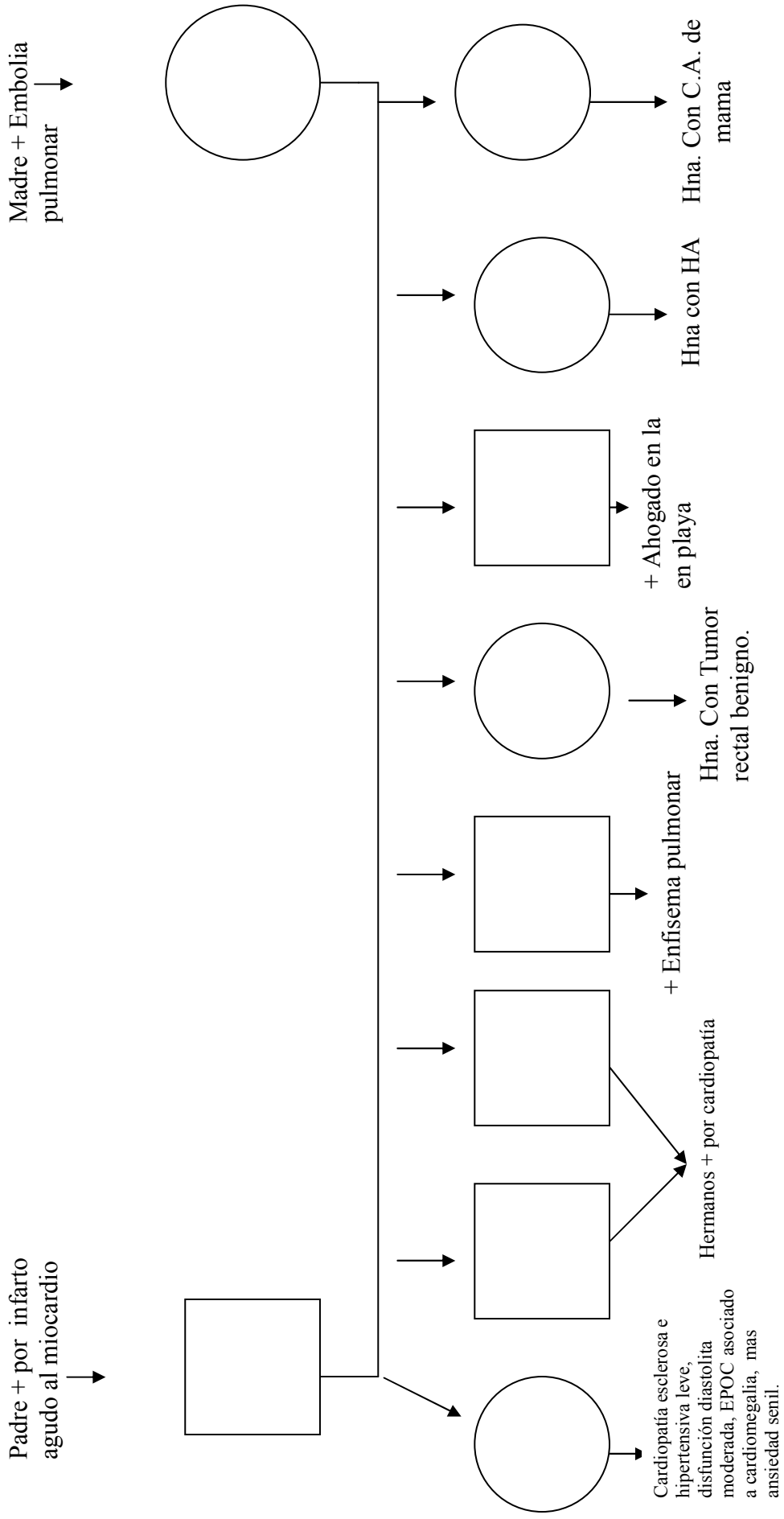
14.- Necesidad de aprendizaje.

Se interesa por conocer los problemas relacionados con su salud; algunas veces se recuesta en cama, no come pero es responsable y toma en cuenta las observaciones que se le hacen de no subir escaleras y no cargar cosas pesadas.

Los familiares se muestran poco tolerantes, ya que refieren que empeora por algún descuido de la propia paciente, se muestran enfadados, pero piden que se le atienda y ayuden para que se hagan conciente de los motivos que le ocasionan el problema.

Ellos saben la enfermedad que sufre la paciente, por lo cual ayudan a su tratamiento, limitando el esfuerzo y evitando situaciones conflictivas que le ocasionasen estrés.

FAMILIOGRAMA



NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
<p>1. Respirar normalmente</p>	<p>Acúfenos esporádicamente, disnea por esfuerzo, refiere que en los últimos meses su problema de dificultad respiratoria se agudizo.</p>	<p>Paciente adulta mayor con Cardiopatía esclerosa e hipertensiva leves, disfunción diastólica moderada, más enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asociada a cardiomegalia; ansiedad senil, frecuencia respiratoria de 22 por min., Saturación de oxígeno de 98 %, llenado capilar de 3 por minuto. Crisis de dificultad respiratoria y bronco espasmo, sin cianosis agregada.</p>
<p>2. Comer y beber adecuadamente</p>	<p>No ingiere la dieta indicada por ser hiposódica, refiere que le parece desagradable al paladar. Consume carne dos veces por semana, verduras 5 días a la semana. Fruta 6 veces por semana, legumbres 4 días por semana, toda su dieta baja en sodio, ingesta de líquidos de litro y medio diariamente. Niega zoonosis y hacinamiento. Es constante en tomar su medicamento prescrito por el médico.</p>	<p>Talla de 1. 48, pesa 55 kg, su peso recomendado es de 52 kg, IMC de 20. Uñas firmes para su edad, cabello canoso, bien implantado en cuero cabelludo, mucosa oral deshidratada, encías sanas, piezas dentales incompletas, prótesis del último molar, pérdida de peso en los últimos meses. Presenta edema de + en miembro pélvico derecho.</p>

<p>3 Eliminar los desechos corporales</p>	<p>Estreñimiento, con presencia de flatulencias. Evacuaciones cada 24 horas, de características dura y con dolor a la defecación. Micciones con frecuencia de 5/día, 2/noche</p>	<p>Orina de color amarillo claro, sin mal olor. Abdomen blando, deprecible sin dolor a la palpación. Sin presencia de halitosis.</p>
<p>4- Moverse y mantener posturas deseables</p>	<p>Presencia de acúfenos esporádicamente. Refiere dolor en la espalda de moderada intensidad, usando corsé ajustado, manifestando que últimamente le molesta más que ayudar. Toma los alimentos por ella misma, se baña y realiza sus labores sin ayuda, salvo para llevar la ropa a la azotea a secar. Utiliza andera como ejercicio eventual.</p>	<p>Paciente de 82 años, medianamente encorvada con gibosidad pequeña. Presión arterial de 130/80 mmHg, Frecuencia cardiaca de 88 por minuto, rotoescoleosis toracolumbar, lo que ocasiona dolor en extremidad derecha dificultando la marcha, para lo cual se ayuda de andadera. En ocasiones se muestra con tensión muscular y postura rígida, mucosa oral seca, adopta una actitud manipuladora, se autocompadece y pretende que todas sus necesidades se las solucionen en el momento. Presenta buena respuesta a reflejos tendinosos para su edad, buen tomo muscular.</p>

NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
5- Dormir y descansar	Duerme 5 horas por la noche, de 22:00 a 03:00, siesta de ½ hora por la tarde.	Alerta, cooperadora, atenta, contesta con seguridad. Se observa mirada triste y cansada. Requiere de un inductor del sueño para lograr el descanso.
6- Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse	Refiere que le gusta el color en falda negro o azul marino, blusa de manga larga, azul, rosa o blanca, zapatos cómodos de piel; en ocasiones abiertos y otras, cerrados. Toma sus propias decisiones para vestir.	Es totalmente independiente para elegir su ropa de vestir diariamente, a demás de tener muy buen gusto para ello. Se combina de forma adecuada las prendas de vestir.
7- Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal, ajustando la ropa y modificando el entorno	Cuando hace demasiado frío se pone su abrigo, si es moderado, solo chaleco, cuidando siempre la estética y manteniendo un aspecto limpio y agradable.	Temperatura estable de 36 grados centígrados, en medición axilar.

NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
<p>8 Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel</p>	<p>Baño de regadera cada tercer día con cambio de ropa personal diariamente, cambio de ropa de cama cada 8 días, higiene bucal 3 veces al día con buena técnica de cepillado, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, aseo de recámara cada 8 días, ya que por su problema de columna no puede hacer ese trabajo, por lo cual se espera hasta que lo asea la familia. Refiere prurito en todo el cuerpo.</p>	<p>Aspecto es en general limpio, su habitación bien ordenada, aunque no siempre limpia.</p> <p>Acude con el pedicurista cada mes para que le arreglen los pies, de lo contrario le salen espolones que le impiden caminar.</p> <p>Piel seca hasta la descamación</p>
<p>9 Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros</p>	<p>Tiene contacto telefónico con familiares enfermos lo cual desencadena el estrés</p> <p>Reclama la presencia de su familia, le angustia estar sola. Le ocasiona ansiedad el enterarse de problemas en la familia y quisiera que los demás pesaran como ella o que vieran las necesidades que ella ve.</p>	<p>Radica en una avenida muy transitada por lo cual el nivel de bióxido de carbono que aspira es alto, presenta disminución de la visión acorde a su edad.</p> <p>Manifiesta necesidad de visitar al médico con frecuencia por cualquier síntoma que experimenta. Tiene miedo de adquirir cáncer, por el calor de los infrarrojos.</p>

NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
<p>10- Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones</p>	<p>Vive en una familia afín, con buena relación entre sus compañeras. Recibe visitas de sus familiares esporádicamente. Lamenta mucho el ser cada vez más limitada, el no saber cuándo va a estar bien para visitar a sus familiares.</p>	<p>Tiene capacidad de socialización con toda persona que encuentra, hace amigos con facilidad Tiene una relación más estrecha con otra compañera adulto mayor, pasan platicando de las enfermedades que les aquejan, de las atenciones que no se les brindan. Los familiares siempre está ocupados, le dedican poco tiempo a la usuaria Manifiesta deseos de verlos, pero inseguridad por sus crisis respiratorias.</p>
<p>11- Rendir culto según la propia fe</p>	<p>Ofrece a Dios su dolor y sufrimiento de las crisis de dificultad respiratoria más agudas, por el bien de las familias, del mundo y de las personas que hacen el mal. Evita conglomerados en celebraciones especiales</p>	<p>Es católica comprometida, asiste a la celebración Eucarística todos los días. Le fascina cantar alabanzas o escuchar música sacra. frecuenta el sacramento de la reconciliación</p>

NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
<p>12- Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro</p>	<p>Requiere del apoyo de su familia para lavar la ropa de cama y la más pesada, así mismo, como de un buen aseo de la recámara, pues ella la asea cada 8 días y no puede sacudir bien.</p>	<p>Hace manualidades, costura en gancho y perfilado, como terapia ocupacional, lava su ropa personal y asea su habitación cada 8 días.</p> <p>Actualmente no percibe una mensualidad constante, depende enteramente de su familia.</p>
<p>13 Jugar o participar en diversas formas de ocio</p>	<p>Manifiesta deseos de salir a pasear, le deprime estar en casa todo el tiempo.</p> <p>Le preocupan sobre manera las enfermedades que se presenta últimamente en su familia, el hecho de estar lejos de ellos y el no poderlo ver cuando están enfermos.</p>	<p>Rara vez la sacan a pasear.</p> <p>Tiene mucha capacidad de socialización.</p> <p>Vive actualmente en una familia afin.</p> <p>Hace amigos con facilidad, en programas de recreación familiar participan con espontaneidad.</p>

NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
<p>13- Jugar o participar en diversas formas de ocio</p>	<p>Usuaria senil, conciente, orientada en sus tres esferas de tiempo, persona y espacio, con capacidad para recordar al 100%, lenguaje lógico y coherente, hipoacusia, buen sentido del olfato, usa lentes solo para leer o bordar.</p>	<p>Le gusta tejer, pintar, bordar y socializa de manera particular con otra compañera adulto mayor.</p>
<p>14- APRENDIZAJE</p>	<p>La familia sabe del problema que aqueja a la paciente, por lo cual ayudan a su tratamiento, limitando el esfuerzo y evitando situaciones conflictivas que le ocasionasen estrés. Aunque a veces se muestran poco tolerantes, ya que refieren que empeora por algún descuido de la propia paciente.</p>	<p>Se muestra interesada por conocer los problemas relacionados con su salud. Toma en cuenta las observaciones que se le hacen de no subir escaleras y no cargar cosas pesadas.</p>

JER

ARQUIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
1 Respirar normalmente	Respuesta ventilatoria disfuncional, relacionada con crisis de bronco espasmo, manifestada por agitación, respiración rápida y superficial.
2 Dormir y descansar.	Alteración del patrón del sueño relacionado con terapia farmacológica, manifestado por periodos cortos de descanso, nerviosismo, mirada triste y cansada.
3 Moverse y mantener posturas deseables.	Deterioro de la movilidad física, secundario a rotoescoliosis toracolumbar, manifestado por dolor en espalda media y extremidad inferior que limita la deambulación.
4 Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones	Ansiedad, relacionada con dificultad para asumir el rol familiar, manifestado por angustia, respiración superficial y ojos tristes. Afrontamiento individual ineficaz, relacionado con las creencias de que las quejas no están recibiendo la atención adecuada, manifestada por comentarios repetitivos con otra compañera.

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
5. Comer y beber adecuadamente	Riesgo de alteración de la nutrición por exceso, relacionado con negación para ingerir su dieta hipo sódica, manifestado por trastornos cardíacos acúfenos esporádicos y edema en miembros inferiores
6. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel	Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con los procesos normales del envejecimiento y ansiedad, manifestado por prurito y resequedad de la piel hasta llegar a la descamación.
7. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros	Riesgo de asfixia relacionada con problema pulmonar crónico. Afrontamiento individual ineficaz relacionado con miedo irreal a sufrir una enfermedad, aunque se le confirme lo contrario, manifestado por angustia y prurito en todo en cuerpo. Angustia situacional, relacionada con problemas familiares, manifestada por deseos de visitarlos, ansiedad y estrés.

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
8. Eliminar los desechos corporales	Estreñimiento subjetivo, relacionado con terapia farmacológica, manifestado por flatulencias
9 Jugar o participar en diversas formas de ocio	Baja autoestima situacional relacionada con estancia prolongada en el hogar, manifestada por deseos de salir, verborrea y facilidad en la socialización.

5.8 PLAN DE CUIDADOS

1. NECESIDAD: RESPIRAR NORMALMENTE

DX REAL: Respuesta ventilatoria disfuncional, relacionada con crisis de bronco espasmo, manifestada por agitación, respiración rápida y superficial.

OBJETIVO: La usuaria mejorará su capacidad ventilatoria mediante actividades concretas que aprenderá de la enfermera.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
<p>Dirigir ejercicios de respiración profunda a la usuaria.</p> <p>Recomendar que deje de usar el corsé, para que el tórax logre una mejor expansión.</p>	<p>La respiración rápida y superficial impiden el intercambio de gases y provocando agitación y angustia.</p> <p>La respiración profunda permite la expansión total de los músculos auxiliares de la respiración, por tanto la relajación del paciente, así como mejora el intercambio de gases liberando mayor cantidad de dióxido de carbono.</p>	<p>La respuesta ventilatoria mejorará disminuyendo la ansiedad desde las primeras intervenciones de enfermería.</p>	<p>La usuaria mejoró de manera considerable, se queda más tranquila.</p>

NECESIDAD: DORMIR Y DESCANSAR.

DX REAL: Alteración del patrón del sueño relacionado con ineficacia para manejar el rol familia y terapia farmacológica, manifestado por periodos cortos de descanso, nerviosismo, mirada triste y cansada.

OBJETIVO: La logrará conciliar el sueño, durmiendo por lo menos una hora y 1/2 más de lo acostumbrado.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Proporcionar un té caliente por la noche, junto con el inductor del sueño y vigilar que se recueste a la brevedad y apague todas las luces.	Le oscuridad estimula la liberación de melatonina, hormona inductora del sueño. El té caliente proporciona relajación logrando el descanso requerido.	La usuaria dormirá placidamente, reflejando tranquilidad en sus relaciones.	Al principio solo pudo dormía media hora más, sin embargo mejoró su carácter, se pudo percibir más serena.
Recomendar aplicar solo dos veces por día el broncodilatador y platicar con ella de lo que le preocupa.	Los ancianos son más sensibles a los hipnóticos y los broncodilatadores causan insomnio. El hablar de lo que le preocupa es una forma de liberar la tensión.	La paciente conocerá el porqué disminuye la dosis del bronco dilatador y se reflejará en su descanso.	Al finalizar el mes de tratamiento la usuaria conseguía dormir una hora y media más.

NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER POSTURAS DESEABLES

DX REAL: Deterioro de la movilidad física, secundario a rotoescoliosis toracolumbar, manifestado por dolor en espalda media y extremidad inferior que limita la deambulación.

OBJETIVO: Disminuir el dolor y mejorar la marcha en la usuaria mediante las acciones planeadas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Recomendar ejercicios de acuerdo a su edad y vigilar que los lleve a cabo. Todos los días caminará apoyada en la andadera de 20 a 30 minutos.	El ejercicio físico favorece al reacomodo del sistema músculo esquelético, proporciona descanso al organismo. El apoyo en la andadera le ayudará a erguir más la columna, mantenerla recta le descansa disminuye el dolor de espalda.	Disminuirá el dolor en la usuaria desde los primeros ejercicios. La usuaria se hará el hábito de caminar al experimentar la mejoría.	Después de suspender la rehabilitación y continuar en casa con los ejercicios de columna y caminata con andadera, se quitó el dolor de la pierna, ahora solo refiere dolor pero más ligero en la espalda.

NECESIDAD: DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EN LA EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES, NECESIDADES, MIEDOS Y OPINIONES

DX REAL: Ansiedad, relacionada con dificultad para asumir el rol familiar, manifestado por angustia, respiración superficial y ojos tristes.

DX REAL: Afrontamiento individual ineficaz, relacionado con las creencias de que las quejas no están recibiendo la atención adecuada, manifestada por comentarios repetitivos con otra compañera.

OBJETIVO: La usuaria logra aceptar el rol familiar, aprenderá a convivir con la situación sin dejarse afectar tanto y se tranquilizará.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Preguntar a la usuaria por las cosas que hizo en su juventud y los recuerdos más bonitos que guarda.	El ejercicio de remaniscencia desvía el pensamiento de la usuaria hacia lo positivo, ayudando a limitar la tensión actual.	Al hablar de lo que le gusta la usuaria se olvida de sus temores y angustias.	La usuaria se tranquilizó y su respiración mejoró considerablemente.
Platicar con la usuaria dejando que saque todos sus temores, angustias.	El temor a la muerte, la enfermedad o la soledad desencadenan la ansiedad, el hablar con alguien de ellos los ayuda liberarlos.	La usuaria se dará cuenta de lo que le asusta y logrará sublimar esos temores.	Se hizo conciente de sus miedo y acepta que no todo le pueden solucionar.

NECESIDAD: DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EN LA EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES, NECESIDADES, MIEDOS Y OPINIONES

DX REAL: Ansiedad, relacionada con dificultad para asumir el rol familiar, manifestado por angustia, respiración superficial y ojos tristes.

DX REAL: Afrontamiento individual ineficaz, relacionado con las creencias de que las quejas no están recibiendo la atención adecuada, manifestada por comentarios repetitivos con otra compañera.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
<p>Uso de placebos para tranquilizar a la usuaria y tranquilizantes.</p> <p>Convencer a la usuaria de que no es la única ocupación de los familiares, que deben trabajar para atenderla.</p>	<p>Los placebos ayudan como tranquilizantes, porque la persona se siente tomada en cuenta.</p> <p>El ampliar el horizonte del paciente le ayuda a entender que las cosas que se hacen también son en bien de ella misma, y el cariño se expresa de esa forma.</p>	<p>Los placebos calmarán la ansiedad de la usuaria.</p> <p>Los tranquilizantes solo se darán en casos extremos.</p> <p>La paciente acepta su soledad, se hace menor demandante.</p>	<p>Se recurrió a placebos cuando la crisis no eran muy aguda, pero que no mejoraban con la simple charla.</p> <p>La benzodiazepina logro el efecto esperado, se usaron con precaución para evitar farcodependencia.</p>

NECESIDAD: COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

DX RIESGO: Riesgo de alteración de la nutrición por exceso, relacionado con negación para ingerir su dieta hiposódica, manifestado por trastornos cardíacos acúdenos esporádicos y edema en miembros inferiores

OBJETIVO: Convencer a la usuaria de importancia de tomar su dieta hipo sódica, conociendo los riesgos- beneficios, mejorando su estado de salud.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Enseñar a la paciente el auto cuidado, hablarle de las complicaciones que puede presentar.	La enfermera no puede estar todo el tiempo con la paciente, por lo tanto deben convencerla de los problemas agregados de no ajustarse a la dieta.	La usuaria se ajusta a su dieta hipo sódica.	Las primeras semanas me informaban los familiares que seguía descuidando la dieta, por lo que se vuelve a hablar con ella y en la semana siguiente mejora.
Elaborar dietas bajas en sodio y carbohidratos de agradable presentación a la usuaria	La presentación y variedad en los alimentos abre el apetito y ayuda que se consuman con agrado.	La usuaria tomará la ración correspondiente a cada hora del día.	Aunque le dio trabajo adaptarse, logró apearse a la dieta prescrita.

NECESIDAD: MANTENER EL CUERPO LIMPIO Y BIEN CUIDADO Y PROTEGER LA PIEL.

DX REAL: Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con los procesos normales del envejecimiento, manifestado por prurito y resequedad de la piel hasta llegar a la descamación.

OBJETIVO: La paciente recuperará la integridad de la piel y se recuperará del prurito.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
<p>Proporcionar baño diario con agua tibia y secar bien la piel</p> <p>Aplicar crema / aceite para hidratar la piel y disminuir las molestias.</p> <p>Aconsejar la ingesta abundante de líquidos</p>	<p>El agua corriente arrastra de la piel bacterias y el tejido muerto, dando una sensación de bienestar.</p> <p>El aceite mineral y la crema protegen la piel de la resequedad ocasionado por el aire, el sol y el envejecimiento.</p> <p>El agua es el mejor medio de hidratar a los adultos mayores tan vulnerables a la deshidratación.</p>	<p>La paciente deja de quejarse del prurito y la resequedad en la primera semana, tras los cuidados otorgados.</p>	<p>Se logra quitar la resequedad de la piel, pero la usuaria se queja de prurito en todo el cuerpo, aunque a la inspección no hay datos de irritación ni edema, por lo que cambia el plan. Se usan placebos cutáneos y orales con los que mejora, por lo cual se sospecha de un problema asociado a la ansiedad.</p>

NECESIDAD: EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO Y EVITAR LESIONAR A OTROS

DX ALTO RIESGO: Riesgo de asfixia relacionada con problema pulmonar crónico.

Afrontamiento individual ineficaz relacionado con miedo irreal a sufrir una enfermedad, aunque se le confirme lo contrario, manifestado por angustia y prurito en todo en cuerpo.

Angustia situacional, relacionada con problemas familiares, manifestada por deseos de visitarlos, ansiedad y estrés.

OBJETIVO: Prevenir complicaciones potenciales que pongan en peligro la vida de la paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Orientar a la paciente para que evite lugares encerrados o expuestos a contaminación o tabaquismo.	El humo del tabaco y combustible contaminan el aire del ambiente que penetra a los pulmones agudizando los problemas pulmonares.	La usuaria aprenderá la importancia del auto cuidado Y evitará exponerse a situaciones que pongan en riesgo su salud y bienestar.	Se interesó desde el primer momento por las sugerencias hechas y las llevó a cabo con responsabilidad.

NECESIDAD: EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO Y EVITAR LESIONAR A OTROS

DX ALTO RIESGO: Riesgo de asfixia relacionada con problema pulmonar crónico.

Afrontamiento individual ineficaz relacionado con miedo irreal a sufrir una enfermedad, aunque se le confirme lo contrario, manifestado por angustia y prurito en todo en cuerpo.

Angustia situacional, relacionada con problemas familiares, manifestada por deseos de visitarlos, ansiedad y estrés.

OBJETIVO: Prevenir complicaciones potenciales que pongan en peligro la vida de la paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Hablarle de la importancia de cuidarse de los cambios climatológicos. Sugerirle paseo al aire libre en clima favorable. Se usan placebos para tranquilizar y limitar las molestias del prurito	Los cambios bruscos de temperatura alteran la termorregulación y ocasionando problemas respiratorios. El aire limpio y la caminata favorecen el intercambio gaseoso. El prestar atención a las molestias que presenta la usuaria, le da seguridad y gana confianza su la enfermera.	La usuaria atiende desde las primeras pláticas como cuidarse de los cambios de temperatura y evita lugares concurridos y de contaminación ambiental. Confía y hace caso de las indicaciones dadas por la enfermera.	La usuaria respondió favorablemente, por lo que en este aspecto no hubo problemas ni complicaciones.

NECESIDAD: ELIMINAR LOS DESECHOS CORPORALES

DX REAL: Estreñimiento subjetivo, relacionado con terapia farmacológica, manifestado por flatulencias.

OBJETIVO: La paciente mejorará el patrón de eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Sugerir la ingesta de líquidos. El ejercicio físico para ayudar al metabolismo. La implementación de fibra en los alimentos. Vigilar que tome su medicamento como es, sobre todo los broncodilatadores.	Los líquidos se absorben en el trayecto del intestino, por ello es importante la ingesta de líquidos, así en el proceso metabólico se disminuirá el estreñimiento. El excedente de medicamentos puede ocasionar estreñimiento.	La paciente mejora el patrón de eliminación mediante los cuidados propuestos.	La paciente consumía avena para mejorar su problema de estreñimiento, por lo cual no fue difícil convencerla de implementar la fibra a su dieta, aumentar la ingesta de líquidos.

NECESIDAD: JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE OCIO

DX REAL: Baja autoestima situacional relacionada con estancia prolongada en el hogar, manifestada por deseos de salir, verborrea y facilidad en la socialización.

OBJETIVO: La usuaria mejorará su autoestima situacional, logrará expresar la necesidad de salir a sus familiares y se animará a salir en compañía de otras compañeras..

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
<p>Hablar con la usuaria de la importancia de expresar sus necesidades a la familia, puesto que ellos no adivinan su querer.</p> <p>Convencerla de que visite a sus familiares.</p>	<p>La expresión de nuestras necesidades hace que los demás conozcan lo que de verdad pensamos y sentimos, por lo tanto es más fácil que se satisfagan, a que se viva en represión y dolor.</p>	<p>La paciente expresa sus necesidades a su familia, empieza a salir y mejora su estado anímico.</p>	<p>Se logra que la usuaria exprese sus necesidades y emociones por lo que empiezan a sacarla a pasear, se percibe más contenta.</p>

PLAN DE ALTA

Se trabajo con la usuaria durante un periodo de 4 meses, y aunque se tiene contacto con ella de manera esporádica, se prescribió el siguiente plan de alta para que la usuaria alcance la independencia dentro de sus posibilidades.

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	VALORACION DEL ALTA
1. Respirar normalmente	Respuesta ventilatoria disfuncional, relacionada con crisis de bronco espasmo, manifestada por agitación, respiración rápida y superficial.	La usuaria mejoró considerablemente la respuesta ventilatoria, se deduce que, aunque influye su problema cardiaco, pulmonar y la fármaco terapia, la principal causa de sus crisis respiratoria, se deben a problemas emocionales. Por lo que se insiste en mantenerse tranquila.
2. Dormir y descansar.	Alteración del patrón del sueño relacionado con ineficacia para manejar el rol familia y terapia farmacológica, manifestado por nerviosismo, mirada triste y cansada.	La paciente aprendió a manejar el inductor del sueño, se va a la cama puntual para que el efecto sea al máximo. Confía plenamente en las indicaciones de la enfermera, acepta los placebos.

PLAN DE ALTA

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	VALORACION DEL ALTA
2. Dormir y descansar.	Alteración del patrón del sueño relacionado con ineficacia para manejar el rol familia y terapia farmacológica, manifestado por nerviosismo, mirada triste y cansada.	La usuaria descansa más por la noche, duerme bien y aprende a manejar el inductor del sueño, da menos vueltas antes de acostarse, por lo que los efectos del mismo son efectivos.
3. Moverse y mantener posturas deseables	Deterioro de la movilidad física, secundario a roto escoliosis toracolumbar, manifestado por dolor en espalda media y extremidad inferior que limita la deambulacion.	La usuaria aprende la importancia del ejercicio, mejora el dolor de espalda, deambula sin dificultad desaparece totalmente el dolor de miembro inferior. Se recomienda continuar el ejercicio de caminata.
4 Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones	Ansiedad, relacionada con dificultad para asumir el rol familiar, manifestado por angustia, respiración superficial y ojos tristes	A medida que aprendió a comunicar lo que le angustiaba, las crisis de ansiedad se controlaron, se le recomienda hablar con los familiares de lo que siente y quiere, pero sin demandar.

PLAN DE ALTA

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	VALORACION DEL ALTA
4 Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones	Afrontamiento individual ineficaz, relacionado con las creencias de que las quejas no están recibiendo la atención adecuada, manifestada por comentarios repetitivos con otra compañera.	A medida que aprendió a comunicar lo que le angustiaba, las crisis de ansiedad se controlaron, se le recomienda hablar con los familiares de lo que siente y quiere, pero sin demandar
5. Comer y beber adecuadamente	Riesgo de alteración de la nutrición por exceso, relacionado con negación para ingerir su dieta hiposódica, manifestado por trastornos cardiacos acúdenos esporádicos y edema en miembros inferiores	La usuaria consume su dieta hiposódica, se convence de los riesgos y complicaciones que puede tener, por ello mejora sus habito de manera favorable.
6. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel	Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con los procesos normales del envejecimiento, manifestado por prurito y resequedad de la piel hasta llegar a la descamación.	Se erradicó totalmente la resequedad, pero ahora se queja isquemias, refiere que no puede descansar por esta situación, a lo que sugiere un colchón de cascaron y una dona para sentarse, lo cual le hace sentir mejor.

PLAN DE ALTA

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	VALORACION DEL ALTA
<p>7. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros</p>	<p>Riesgo de asfixia relacionada con problema pulmonar crónico.</p> <p>Afrontamiento individual ineficaz relacionado con miedo irreal a sufrir una enfermedad, aunque se le confirme lo contrario, manifestado por angustia y prurito en todo en cuerpo.</p> <p>Angustia situacional, relacionada con problemas familiares, manifestada por deseos de visitarlos, ansiedad y estrés</p>	<p>Tras hablar de los signos y síntomas de un problema oncológico a la usuaria, la usuaria deja de pensar que pueda tener este problema, se habla con los familiares quienes le proporcionan consulta con médico internista, le hicieron una prueba de funcionamiento hepático, para descartar este problema, con resultados negativos, lo que deja más tranquila a la usuaria.</p> <p>Se le orienta sobre la precaución en los cambios de temperatura.</p>

PLAN DE ALTA

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	VALORACION DEL ALTA
8. Eliminar los desechos corporales	Estreñimiento subjetivo, relacionado con terapia farmacológica, manifestado por flatulencias	La caminata e ingesta de líquidos mejoró considerablemente el problema.
9 Jugar o participar en diversas formas de ocio	Baja autoestima situacional relacionada con estancia prolongada en el hogar, manifestada por deseos de salir, verborrea y facilidad en la socialización.	Los familiares hacen espacios para sacar a la usuaria a viajes que hacen, la llevan como dama de compañía, lo cual ayuda mucho a la usuaria. Se le sugiere que salga con precaución en lugares no muy transitados o concurridos.

CONCLUSIONES:

La realización de este trabajo me dejó muy satisfecha, pues tuve la oportunidad de llevarle un seguimiento muy de cerca a la usuaria, de conocerla, de entenderla, de involucrarme en su pensar y sentir.

La relación con sus familiares fue de gran ayuda tanto para obtener información, como para reorientar mi plan de cuidados, involucrándoles a ellos en el cuidado de la usuaria, así como enseñarle a ella a ser independiente, pues el modelo de Virginia Henderson a eso está enfocado.

La respuesta de la usuaria fue mucho mejor de lo que me esperaba, pues inicialmente estuve pendiente de su terapia de rehabilitación y farmacología, en seguida fui descubriendo cuáles eran sus verdaderas necesidades, de ser escuchada, tomada en cuenta, le temía a la soledad y deseaba ver a sus familiares más cercanos, pero no era capaz de darse cuenta.

Demandaba muchas atenciones por la inseguridad y temor a la muerte, e imaginaciones irreales de enfermedades grave que ya existían en la familia.

Aunque eran factores predisponentes, se tomaron las medidas pertinentes y se descartaron tales posibilidades.

La usuaria logra convencerse de ello, mejora su estado de ansiedad, aprende a convivir con su enfermedad y es capaz de ser independiente en el auto cuidado que le corresponde.

La aplicación del proceso de atención de enfermería, permite al profesional desarrollar aptitudes en la valoración, juicio crítico, razonamiento lógico y resolución de problemas reales o potenciales, en bien de los usuarios que solicitan de sus servicios.

PROPUESTAS DE TRABAJO:

- 1- El personal de enfermería conozca y domine las teorías y modelos de enfermería, para que pueda aplicar con mayor eficacia el proceso de atención de enfermería.
- 2- Que se contemple dentro de plan de capacitación continua y de enseñanza un programa para dar a conocer las teorías y modelos, y así el personal de enfermería se capacite en esta área.
- 3- Convencer al personal de enfermería de los beneficios de aplicar el proceso de atención a los usuarios, mediante la exposición y revisión de casos clínicos de la morbilidad prevalente.
- 4- Implementar en las Instituciones de enseñanza una asignatura que obligue al estudiante a estudiar y construir teorías, para su aplicación científica en las instituciones de salud.
- 5- Unificar criterios en la realización y aplicación del proceso de enfermería, con la aplicación de teorías que fundamente su quehacer científica teórica más aceptada.
- 6- Fomentar en los estudiantes el interés por conocer más ampliamente las teorías y modelos de manera autodidáctica, sin quedarse solamente con lo que el maestro le expone.
- 7- Motivar a los estudiantes mediante talleres y concursos de investigación y exposición de casos clínicos, para que aplique cada vez mejor el proceso de atención en enfermería.
- 8- Elaborar un modelo sencillo de aplicación del proceso de atención de enfermería, para que el personal lo lleve a cabo durante las jornadas de trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Kozier, B, et al. Fundamentos de enfermería. 5ª Ed, vol 1 Conceptos, procesos y practica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1999.
2. García, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1º Edición. Editorial Progreso, México, 1997. 323 pp.
3. Roper Nancy, Diccionario de enfermería, Ed. Interamericana. McGraw-Hill, Mèx. D. F. 1970, 16ª Ed. pp 499, tomo I yII.
4. Rosales Barrera Susana, fundamentos de enfermería, Manual Moderno S. A. de C. V. México D.F., 3ª Ed. pp.635
5. Dra. María de Lourdes Velasco Garcés, Manual de la Enfermería, enfermería básica, quirúrgica, materno infantil y medicina ancestral, 1ª Ed. pp 927.
6. Collier, MF. Promover la vida. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España, 1993.
7. National Library of Medicine - Medical Subject Headings, American Heart Association, 395 pp.
8. Johnson Schoen Bárbara, Enfermería de salud mental y psiquiatria, Editorial McGraw-hill.Interamericana, Méx. D.F. 4ª Ed. Pp 1085.
9. J. Sue Cook, rn, edd, Karen Lee Fontaine, RN,MSN, Fundamentos esenciales de enfermería en salud mental Ed. 2º Interamericana. Mc Graw-Hill, pp 803
10. Cardiomegalia en Medciclopedia: Diccionario ilustrado de términos médicos.
11. Ignacio Chávez Rivera, Cardioneumología fisiopatologica y clínica, México,Ed. 1993
12. Cook, JS, Fontanaine, KL. Enfermería Psiquiátrica. 2a Ed., Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España, 1993. 803 pp.

13. Donahue, PM. Historia de la enfermería. Editorial Doyma, España, 1985. 506 pp.
14. Enfermería gerontológica: Concepto para la práctica. Editorial Organización Panamericana de la Salud. 1993. 78 pp.
15. Fernández, FC, Novel, MG. El proceso de atención enfermería. Estudio de casos. Editorial Masson, 1999. 115 pp.
16. García, LMV, Rodríguez, PC, Toronjo, GAM. Enfermería del anciano. Editorial Difusión Avances Enfermería, España 2001. 420 pp.
17. Hernández, CJ, Esteban, AM. Fundamentos de enfermería. Teoría y Método. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España 1999. 152 pp.
18. Iyer, W, Taptich, B, et al. Proceso y diagnóstico de enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1995. 437 pp.
19. Kaschak, ND, Jakovac, SD. Planes de cuidados en geriatría. Editorial Mosy/Doyma: España 1994.
20. Kerouac, S, Pepin, J, et al. El pensamiento enfermero. Editorial Masson, Barcelona, 167 pp.
21. Marriner, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería. 4ª Ed. editorial Harcourt Brace, España, 1999. 555 pp.
22. Medina, JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Editorial Alertes, Barcelona, 1999. 307 pp.
23. Murray, ME, Atkinsón, LP. Proceso de atención enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1996. 225 pp.
24. Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México.

25. Rosales, BS, Reyes, GE. Fundamentos de enfermería. Editorial Manual Moderno, México, 1999. 556p.
26. Siles, J. Historia de la Enfermería. Editorial Aguaclara, España, 1999. 375 p
27. Staab, AS, Hodges, LC. Enfermería Gerontológica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1998.
28. Uribe, RE, Billings, DL. Derechos de la mujer, en Violencia sobre la salud de las mujeres. Editorial Femego/Ipas, México, 2003.
29. Dueñas, F, JL. El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado el 22 de abril 2006. Disponible en: www.terra.es/personal/duenas/pae.htm
30. Jaime, FH. Declaración de la Federación Internacional de la Vejez (FIV) sobre los derechos y responsabilidades de las personas de edad. Consultado el 3 de juniode2006. www.geriaticas.com/contenidos/infosalud/derechos 3.asp

ANEXOS

GLOSARIO:

CONCEPTO	DEFINICIÓN
ACTIVIDAD	Es una acción o tarea específica que hay que realizar, para transformar en realidad los objetos.
ANA	America Nurses Association, o Asociación Americana de Enfermería.
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA.	Acción realizada por la enfermera para prevenir la enfermedad. O sus complicaciones, mantener o mantener o restablecer la salud. Actividad reno.
ARTERIOESCLEROSIS	Cambio arterial degenerativo relacionado con el envejecimiento. Principalmente en engrosamiento de la arteria por lo general relacionado con cierto grado de ateroma. ¹
ATENCIÓN HOLÍSTICA	Cuidados orientados a atender las necesidades o de los diferentes aspectos del paciente biopsicosocial en los tres niveles de prevención.

¹ Roper Nancy, Diccionario de enfermería, Ed. Interamericana. McGraw-Hill, 16ª Ed. Pp 499, tomo I yII.

ACROCIANOSIS	Coloración azulada de las extremidades del cuerpo, debido a falta de oxigenación de la sangre.
ANSIEDAD	Emoción en respuesta al miedo a ser herido o perder algo valioso.
COMUNICACIÓN	Es el medio por el cual nuestras tendencias, sentimientos y/o deseos son captados por otros, mediante la interacción.
CRITERIO	Es un elemento concreto que sirve de forma o modelo
DIAGNOSTICO	Es la segunda etapa de proceso enfermero de atención de enfermería, durante el cual se analizan los datos de la valoración.
ESCOLIOSIS	Desviación lateral de la columna vertebral.
EJECUCIÓN	Es la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería, que supone la puesta en práctica.
ENFERMERA	Es una persona que ha completado un programa básico de educación en enfermería y está calificada y autorizada en su país, para proporcionar un servicio profesional, responsable y competente para la promoción de la salud. La prevención de la enfermedad y el cuidado del enfermo y la rehabilitación. (C. I. S.)

ENFERMERA PROFESIONAL	Profesional de enfermería que además de sus conocimientos básicos que la acreditan como tal, ha realizado diplomados adicionales.
ENFERMERIA	Ciencia de atender al individuo sano o enfermo en sus necesidades biopsicosociales básicas o adquiridas
EVALUACIÓN	Quinta etapa del proceso de enfermería. Se determina si se han alcanzado los objetivos de los cuidados de enfermería, se identifican los factores que han contribuido al éxito o al fracaso del plan y se establece si han de modificarse los cuidados o pueden darse por concluidos.
EDEMA	Tumefacción no dolorosa por acumulación de líquidos en el tejido, por disfunción cardíaca o insuficiencia renal.
MARCO DE REFERENCIA	Amplitud con que concebimos algo. Los conocimientos y experiencias en cualquier área.
METODO	Consiste en la forma de efectuar una labor determinada.
NECESIDAD	Elementos imprescindibles para que el ser humano mantenga homeostasis física, social y psicológica.
NANDA	North American Nursing diagnosis. O Asociación Norte Americana de diagnósticos de Enfermería.

DIETA EQUIVALENTE A 1620 Kcals.

BASADA EN LOS SIGUIENTES DATOS:

TALLA: 1.48, PESO ACTUAL=55 Kg. PESO IDEAL= 52 Kg. IMC=20

CARNES

(1 equivalente)

Pollo. 40 g	Carne de res 40 g
Clara de huevo 60 g.2 pzas.	1 huevo entero 60 g.
Pescado.45 g	Pollo sin piel o pechuga 60 g.

ACEITES Y GRASAS

(1 equivalente)

Aceite 1 cedita	Aceite spray 5 disparos
Aguacate 1/3 pieza	Atún en agua ¼ lata

AZUCARES

(1 equivalente)

Azúcar 2 cditas	Cajeta 2 cditas	Chocolate 1 cda
Gelatina ½ taza	Caramelo 1 piezas	Lechera 2 cditas
Mermelada 1 cda	Nieve 1 bola	Catsup 2 cdas

LACTEOS

(1 equivalente)

Leche descremada.1 taza	Yogurt light ½ taza o 100 ml.
Queso panela 40 g. 1 rebanada	Requesón 60 g. ½ taza

FRUTAS Y VERDURAS

(1 equivalente)

Manzana/pera 1 pieza	Elote en grano 1/3 de taza
Durazno/guayaba 2 pzas.	Chayote/acelgas 1 taza
Papaya/piña 1 rebanada	Nopales/chile poblano 1 taza
Ciruelas rojas/lima 2 pzas.	Jitomate/zanahoria 1 pzas.
Zarzamora/tejocote	Calabacitas/verdolagas 1 taza.

AZUCARES

(1 equivalente)

Azúcar 2 cditas	Cajeta 2 cditas	Chocolate 1 cda
Gelatina ½ taza	Caramelo 1 piezas	Lechera 2 cditas
Mermelada 1 cda	Nieve 1 bola	Catsup 2 cdas

EQUIVALENTES

- 1 cucharada (cda) = 15 ml
- 1 cucharadita (cdita) = 5 ml
- 1 taza o vaso = 200 ml o 16 cdas
- 1 pizca de sal = 0.01 miligramo (consumo recomendado en una persona sana es de 0.2 gramos/día, la paciente se privará de sodio adicional)

MENU PARA CADA DIA

DESAYUNO 8:30	COMIDA 14:00	CENA 19:00
<p>Vaso de leche. ½ taza de cereal. 1 Manzana. Quesadilla de panela.</p>	<p>Pechuga de pollo asada con ensalada de lechuga 1 cda. De arroz blanco. 2 cdas. De cajeta. 1 Vaso de agua natural.</p>	<p>1 Taza de atole de avena. ½ pieza de pan. 1 pera.</p>
<p>2 Claras de huevo con frijoles. 1 tortilla. 1 taza de té de frutas. 1 rebana de papaya.</p>	<p>Crema de zanahoria. 2 tostadas de ceviche de soya. Agua de alfalfa con miel. 2 duraznos.</p>	<p>Vaso de leche descremada 2 galletas de avena. 1 Chayote chico cocido</p>
<p>1 Enfrijolada con ensalada de lechuga y salsa verde. 1 Vaso de jugo de naranja. 1 Colación con pepino o jícama a ½ mañana.</p>	<p>1 Bistec en su jugo Ensalada de nopales. Cda. De frijoles de la olla 1 Tortilla Trocito de ate. Agua natural</p>	<p>Vaso de leche descremada. 1 Hot kakes con mermelada de fresa.</p>
<p>1 Taza de yogurt natural con cereal. 1 Taza de té y ½ taza de calabacitas guisadas.</p>	<p>Sopa tarasca con queso panela. Ensalada de atún con 2 tostadas. Papaya picada</p>	<p>Taza de arroz en agua. 1 Pan tostado. 1 Taza de papaya picada.</p>
<p>1 Vaso de jugo de zanahoria. 1 Quesadilla de panela y huitlacoche. 1 Trozo de camote con dulce.</p>	<p>Sopa de garbanzos. Filete de pescado al vapor con ensalada de verduras. 1 Rebana de Sandía. 1 Tortilla.</p>	<p>1 Taza de avena en leche. 1 Mollete con margarina y ensalada de jitomate y zanahoria rallada.</p>

EJERCICIOS DE COLUMNA

1- Estiramiento unilateral de pectorales:

Parada, con su costado derecho hacia la pared. Apoye con su mano derecha sobre esta a nivel del hombro. Coloque su mano izquierda frente usted, también a nivel del hombro. Apoye su costado derecho contra la pared, sostenga este esfuerzo durante 5 segundos. Regrese a la posición inicial y repita 15 veces.

2- Trate de juntar sus dos escápulas, moviendo sus hombros hacia a tras. Regrese sus hombros a su posición normal, mientras exhala. Relaje los músculos y repita 15 veces.

3- Con los brazos hacia los lados:

Gire sus hombros lentamente, haciendo un círculo hacia atrás y, al completarlo, repita esta serie 15 veces. Después inicie otra serie, pero moviendo los hombros hacia delante.

4- Ejercicios laterales de cuello:

Con la mano izquierda sobre el oído derecho intente que este toque el hombro del mismo lado derecho. El otro brazo (derecho) debe estar relajado o sostenido con una silla. Sostenga 15 segundos. Repita lo mismo hacia el lado izquierdo siguiendo cada una de las instrucciones 10 veces cada lado.

5- Eleve sus escápulas:

Pegue el mentón al cuello y gire la cabeza hacia la izquierda para que la barba toque el hombro izquierdo, coloque su antebrazo detrás de la cabeza. Mantenga el otro brazo detrás de la espalda. Repita con cuidado y lentamente en 10 veces, y después del lado opuesto

6-Acostado sobre el suelo, eleve la cadera: mantenga el abdomen apretado, sostenga esta postura 5 segundos y repita en 15 ocasiones.

- 7- **Contraiga los músculos abdominales** al jalar el vientre hacia la columna, sostenga esta postura por 10 segundos y repita 15 ocasiones.

- 8- **Con suavidad, dirija su mentón hacia a tras**, en tanto estira el cuello. Sostenga esta postura durante 10 segundos y repítala 15 veces.

- 9- **Jale una rodilla hacia el pecho** hasta que sienta un estiramiento agradable en la espalda y glúteos. Mantenga la postura durante 10 segundos y repita 10 veces cada lado.

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
Fecha de nacimiento: _____ sexo: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
Procedencia: _____ Fuente de información: _____
Fiabilidad: (1-4): _____ Miembro de la familia / persona significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1 Necesidades básicas de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termoregulación.

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor asociado con la
Respiración: _____ Fumador: _____
Desde cuándo fuma/cuántos cigarros al día/varía la cantidad según su estado emocional:

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

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

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria/alergias _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas/secas: _____

Características de uñas/cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

c) eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina y

Menstruación: _____

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar/menstruar/orinar: _____

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

Termoregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: _____

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulaci3n: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siestas: _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio? _____

A qué considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje:

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentraci3n: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____
Respuestas a estímulos: _____
Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivos:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: _____

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: _____

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: _____

Objetivo:

Vestirse de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____ Otros: _____

c) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia del aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

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

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, qué tipo: _____

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____

d) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____
Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____
¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____
En el hogar: _____
En el trabajo: _____
¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____
Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivos:

Deformidades congénitas: _____
Condiciones del ambiente del hogar: _____
Trabajo: _____
Otros: _____

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

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

Preocupaciones/estrés: _____ Familiares: _____
Otras personas que pueden ayudar: _____
Rol en la estructura familiar: _____
Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: _____

Cuánto tiempo pasa sola: _____
Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____
Dificultad en la visión: _____ Audición: _____
Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: _____

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: _____

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico?: _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: _____

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Está satisfecho con su trabajo?: _____ ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?: _____

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

Objetivo

Estado emocional calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/

Eufórico: _____

Otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realizan en su tiempo libre: _____

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: _____

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: _____

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

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas?: _____

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

Otros: _____

e) 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?: _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____
