



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

PROCESO DE ENFERMERIA

***METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA, APLICADO A
UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE INFARTO AGUDO
AL MIOCARDIO Y ENFERMEDADES CRÓNICAS, EN BASE A LAS 14
NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.***

Que para obtener el Título de

Licenciado en Enfermería

PRESENTA: Renato Hernández Campos.

DIRIGIDO POR: C.M. Roberto Martínez Arenas.

Morelia, Mich. a Octubre 2007.

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA**

*Metodología de intervención de Enfermería, Aplicado a un Paciente con
Diagnóstico Médico de Infarto Agudo al Miocardio y Enfermedades Crónicas,
en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson.*

Que para obtener el título de
Licenciado en Enfermería

PRESENTA:

Renato Hernández Campos.

DIRIGIDO POR:

C. M. Roberto Martínez Arenas

SINODALES:

C.M. Roberto Martínez Arenas
Presidente

Firma

L. E. Q. Elizabeth Flores Damián
Vocal 1

Firma

Lic. Maria Isabel Valenzuela Villegas
Vocal 2

Firma

Morelia, Mich. a Octubre 2007

DIRECTIVOS

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

L.E. MA. DE JESÚS RUÍZ RECÉNDIZ
SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORA
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme paz y serenidad en los momentos más difíciles, por ser mi compañero en lugares solitarios y mí respaldo en situaciones complicadas, por darme la oportunidad de existir y más aun por marcar la enfermería en mi camino, de la cual hoy me voy a recibir.

A MIS PADRES

Leticia Campos Salazar Y Benigno Hernández García, a los que les debo más que la vida, que con sus preocupaciones y regaños me han dado mi licenciatura, que con sus anhelos y esperanzas me han dado seguridad y fuerza para desempeñarla, que con sus bendiciones y alegrías hoy soy licenciado en enfermería, por esto y por todo GRACIAS papas.

A MIS HERMANOS

Son muchos me llevaría casi toda la hoja en mencionarlos, pero a cada uno de ellos les doy las gracias por ser mis hermanos, por estar siempre con migo en las buenas, en las malas y en las mas malas, por su amor y respeto a todos ustedes les dedico este proceso, los quiero mucho.

AMIGOS

Gracias por que con sus impulsos, consejos y compañía forjamos un buen camino en la vida, esos días de desvelo han dado fruto, esos días de preocupación por el examen terminaron, vienen otros distintos pero donde quiera que estén espero estemos juntos.

MAESTROS

Muchos de ustedes amigos, gracias por brindar esa sabiduría y habilidad de la enfermería, ustedes son los pioneros de nuevas generaciones y mil gracias, no puede haber tenido mejores profesores.

Índice	Página
I.- Introducción.....	5
II.- Justificación.....	7
III.- Objetivos.....	9
3.1.- General.....	9
3.2.-Objetivo Especifico.....	9
IV.- Marco Teórico.....	10
4.1 PROCESO DE ENFERMERIA.....	10
4.1.2 Generalidades.....	10
4.1.3 Etapas del proceso Enfermero.....	13
4.1.3.1 VALORACION.....	13
4.1.3.2 DIAGNOSTICO.....	17
4.1.3.2.1 Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.....	18
4.1.3.3 PLANEACION.....	22
4.1.3.4 EJECUCION.....	26
4.1.3.4.1 Preparación.....	27
4.1.3.4.2 Intervención.....	28
4.1.3.4.3 Documentación.....	29
4.1.3.5 EVALUACION.....	29
4.1.3.5.1 Componentes.....	30
4.1.3.5.2 Pasos para realizar la revisión del plan de cuidados.....	30
4.2.-FILOSOFIA DE VIRGINIA HERDERSON.....	32
4.2.1 Datos Biográficos (1897-1996).....	32
4.2.2 Fuentes Teóricas.....	33
4.2.3 Necesidades.....	36
4.2.4 Supuestos Principales.....	44
4.2.4.1 Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma.....	44
4.2.5 Afirmaciones Teóricas.....	45
4.2.6 Método Lógico.....	46
4.2.7 Aceptación Por La Comunidad De La Enfermería.....	47
4.3 ENFERMEDADEZ CRONICAS.....	48
4.3.1 Concepto.....	48
4.3.2 Etiología.....	48
4.3.3 Cuadro Clínico.....	49
4.3.3.1 Fase Patogénica.....	49
4.3.4 Tratamiento.....	50
4.3.4.1 Prevención.....	50
4.4 INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.....	52
4.4.1 Definición.....	52
4.4.2 Etiología.....	52
4.4.3 Fisiopatología.....	53
4.4.4 Cuadro Clínico.....	54
4.4.5 Diagnostico.....	54

4.4.6 Tratamiento.....	56
4.4.6.1 Tratamiento Secundario.....	57
4.4.6.2 Prevención de las complicaciones.....	57
V- Metodología.....	58
5.1 CASO CLÍNICO.....	58
5.2 Valoración por Necesidades.....	59
5.3 Clasificación de Necesidades y Datos Objetivos y Subjetivos.....	64
5.4 Clasificación de Datos Significativo y diagnósticos encontrados.....	69
5.5 Jerarquización de Diagnósticos.....	71
5.6 Diagnósticos.....	72
VI.-Conclusiones.....	82
VII.-Sugerencias.....	83
VIII.- Referencias Bibliográficas.....	84
IX.-Bibliografía.....	86
X.-Apéndices y anexos.....	88

I.-INTRODUCCION

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Es un proceso intelectual compuesto de distintas etapas ordenadas lógicamente que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente. Utilizando como rigor es en realidad un método sistemático que permite recoger la información necesaria, manejarla, concretarla en intervenciones adecuadas y evaluar sus resultados aplicados al marco conceptual de virginia henderson facilita de forma extraordinaria la identificación de las necesidades del cliente en el plano psico-social, cultural y espiritual y la búsqueda de las fuentes de dificultad que impiden su satisfacción. Igualmente permite poner en práctica intervenciones capaces de reducir la influencia de las fuentes de dificultad y de satisfacer las necesidades en la medida de lo posible. (1)

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se definen como trastornos orgánicos o funcionales que obligan a una modificación del modo de vida de las personas. Las enfermedades crónicas no transmisibles son un conjunto de enfermedades heterogéneas, que poseen una serie de características epidemiológicas comunes, de modo general, estas enfermedades no han sido causadas por un agente infeccioso, sino por un agente físico, químico o social.

La enfermedad como hecho en general, y como hecho biológico en particular, no depende de causas únicas, sino de una red de cadenas y causalidad, múltiples causas que interactúan dando lugar a un efecto negativo, en este caso la enfermedad. (2)

Para lograr los mejores resultados en la prevención de enfermedades crónicas, las estrategias y las políticas que se apliquen deben reconocer plenamente la importancia fundamental de la dieta, la

nutrición y la actividad física, modificar el marco conceptual para desarrollar estrategias de acción y situar la nutrición , junto con los otros factores importantes de riesgo de enfermedades crónicas, esto es, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, al frente de las políticas y programas de salud pública. (3) En la mayoría de los países desarrollados las enfermedades no trasmisibles son las principales causas de defunción en todos los grupos de edad (4), y es un factor predisponente para un infarto agudo al miocardio.

Se denomina infarto del miocardio, a la muerte celular de las miofibrillas causada por falta de aporte sanguíneo a una zona del corazón que es consecuencia de la oclusión aguda y total de la arteria que irriga dicho territorio. El síntoma característico es el **dolor retroesternal** (85% de los casos), opresivo, intenso, con sensación de muerte inminente, con irradiación al cuello, hombros, maxilar inferior, brazo izquierdo o ambos brazos (borde cubital). Con frecuencia se irradia al dorso. Habitualmente **dura más de 30 minutos**, puede prolongarse por varias horas. Aparece en el reposo o durante el esfuerzo y no se alivia ni con el reposo ni con los vasodilatadores. Generalmente se acompaña de reacción adrenérgica o vagal. Las dos principales complicaciones del infarto del miocardio son las arritmias y la insuficiencia cardiaca. (5)

II.-JUSTIFICACION

Las enfermedades crónicas constituyen un problema cada vez más importante a medida que la esperanza de vida de la población humana aumenta. (2), debido a los cambios en los hábitos alimenticios y el modo de vida, las enfermedades crónicas son causas cada vez más importantes de discapacidad y muerte prematura en los países tanto en desarrollo como recién desarrollados y suponen una carga adicional para unos presupuestos sanitarios nacionales ya sobrecargados(3), por otra parte podríamos afirmar que la importancia de esta enfermedad reside en su gran morbilidad y mortalidad, su larga duración, el elevado número de incapacidades y minusvalías que originan y la carga económica que representan para la sociedad, desde el punto de vista sanitario y social. Así mismo plantean problemas especiales difíciles, tanto en su prevención como en su tratamiento a consecuencia de su compleja causalidad, su comienzo insidioso, su variada y variable sintomatología, y su limitación en cuanto a recursos terapéuticos de reconocida eficacia.

Estas enfermedades son causas frecuentes de secuelas invalidantes e incapacidad permanente, referida tanto a funciones físicas como mentales y sociales. Las consideraciones anteriores, junto al hecho de que sean enfermedades susceptibles de prevención mediante modificaciones de conducta durante los primeros años de vida en sociedad, demuestran su gran importancia social. Además respetan un alto porcentaje del gasto sanitario, y suponen compensaciones económicas por bajas laborales y jubilaciones anticipadas.

La carga de enfermedades crónicas está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se ha calculado que, en 2001, las enfermedades crónicas causaron aproximadamente un 60% del total de 56,5 millones de defunciones notificadas en el mundo y un 46% de la carga mundial de morbilidad y se prevé que la proporción de la carga de enfermedades no transmisibles aumente a un 57% para 2020. Casi la mitad del total de muertes por enfermedades crónicas son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares; la obesidad y la diabetes también están mostrando tendencias preocupantes, no sólo porque afectan ya a una gran parte de la población sino también porque han comenzado a aparecer en etapas más tempranas de la vida (6)

Las enfermedades crónico degenerativas son, actualmente, la principal causa de mortalidad en los países industrializados. Por otro lado, la vida tan acelerada que ahora se lleva en las ciudades, la contaminación ambiental que antes no existía y la comida enlatada o envasada que esta muy de moda en estos tiempos, ha traído como consecuencia la aparición de estos padecimientos, y aunados a ellos

una serie de patologías que se desencadenan alteraciones en todo el organismo, uno de los mas graves es el infarto agudo al miocardio, del cual el 15% de los casos, ocurre sin que el paciente sufra dolor, lo que es más frecuente en diabéticos o ancianos y en estos casos el infarto puede manifestarse por signos de bajo gasto cardíaco (choque, síncope, hipotensión postural), por insuficiencia cardiaca (edema pulmonar) o por muerte súbita. (7)

Según estadísticas actualizadas, entre un 20 y un 30% los pacientes mueren antes de llegar al Hospital (Ámbito Extrahospitalario) y alrededor de un 3 % mueren a los 28 días de sufrir el Infarto Miocárdico. (5)

La transición epidemiológica obliga a analizar la magnitud del proceso salud-enfermedad desde la perspectiva del incremento en la prevalencia, las necesidades de prevención, los costos de la atención de estas enfermedades, las necesidades de rehabilitación y la planeación de los servicios de salud que deben atender una demanda creciente de servicios médicos especializados, de alto costo, dependientes de la tecnología y de bajo impacto en la salud poblacional (7)

III.-OBJETIVOS

3.1.- GENERAL

Aplicar la metodología del proceso enfermero en un paciente con infarto al miocardio y enfermedad crónica, identificando las principales Respuestas humanas, elaborando planes de intervención que favorezca la recuperación y bienestar del paciente.

3.2.-OBJETIVO ESPECIFICO:

- Identificar problemas y necesidades que alteren el estado hemodinámico, fisiológico, psicológico, físico y social del paciente.
- Realizar acciones de enfermería que ayuden a mejorar su estado de salud de acuerdo a las capacidades, aptitudes e interés del paciente para su recuperación.
- Elaborar diagnósticos de enfermería en base a la taxonomía de la NANDA con la finalidad de restablecer los problemas y necesidades del usuario para una mejor calidad de vida.
- Establecer planes de cuidado individuales y de acuerdo a las prioridades las intervenciones de enfermería según las necesidades alteradas.
- Evaluar el logro de los objetivos de acuerdo a las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.
- Estructurar un trabajo académico con fines de titulación.

IV.- MARCO TEORICO

El marco teórico está estructurado por tres apartados fundamentales. El primero aborda la metodología de intervención o proceso de enfermería, con sus diferentes etapas, el segundo apartado describe la filosofía de Virginia Henderson, conceptos y metaparadigmas principales, el último elemento del marco teórico describe las características principales de las enfermedades crónicas degenerativas, así como el cuadro clínico del infarto Agudo al Miocardio.

4.1 PROCESO DE ENFERMERIA.

4.1.2 Generalidades

Definición

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Es un proceso intelectual compuesto de distintas etapas ordenadas lógicamente que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente. Utilizando como rigor es en realidad un método sistemático que permite recoger la información necesaria, manejarla, concretarla en intervenciones adecuadas y evaluar sus resultados aplicados al marco conceptual de Virginia Henderson facilita de forma extraordinaria la identificación de las necesidades del cliente en el plano psico-social, cultural y espiritual y la búsqueda de las fuentes de dificultad que impiden su satisfacción. Igualmente permite poner en práctica intervenciones capaces de reducir la influencia de las fuentes de dificultad y de satisfacer las necesidades en la medida de lo posible. (15)

Yura y Walsh (1988) afirma que el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cubrir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente y si este estado cambia proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir el proceso de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible. (8)

Propósito

Proporcionar un sistema dentro del cuál se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. Además de Identificar las necesidades de cuidados actuales o potenciales de un cliente, familia o comunidad para establecer planes y realizar acciones específicas que satisfagan esas necesidades.

Estructura

Esta organizado en cinco etapas identificables que se convierten en los elementos concretos para operativizar el proceso en el hacer cotidiano del profesional de enfermería.

1. valoración. esta centrada en la recogida de información relativa al cliente, con el propósito de identificar necesidades, problemas o respuestas humanas del cliente.
2. diagnostico. los datos recogidos son analizados e interpretados de forma crítica. se extraen conclusiones en cuanto a las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas.
3. planificación. se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería
4. ejecución. es el inicio y terminación de las acciones para lograr los resultados definidos en la planificación. implica la comunicación del plan a todas a aquellas personas que participan en los cuidados del paciente.
5. evaluación. es un proceso continuo que determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos asistenciales**(1)**

Utilidad

Queda constatada ante las exigencias cada vez de mayor nivel de los avances de salud que demandan cuidados de calidad:

- ◆ Impide omisiones y repeticiones
- ◆ Favorece la individualización
- ◆ Permite una buena comunicación

Propiedades

El proceso de enfermería tiene seis propiedades:

- Intencionado: Se puede describir como resuelto porque va dirigido a un objetivo.

- Sistemático: Es sistemático porque consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito.
- Dinámico: Es dinámico porque está sometido a continuos cambios. Se trata de un proceso continuo enfocado en las respuestas cambiantes del cliente que se identifican a través de las relación entre profesional de enfermería y cliente.
- Interactivo: Se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el cliente, la familia y otros profesionales sanitarios.
- Flexible: Se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades; Sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente.
- Base Teórica: Se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería.
- Método: por que es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, los que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.
- Humanista: por considera al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es mas que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar. **(6)**.

Beneficios

- ◆ Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales
- ◆ Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico
- ◆ Evita que se pierda de vista el factor humano
- ◆ Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente
- ◆ Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad)
- ◆ Ayuda a que:
- ◆ los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos
- ◆ las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.

4.1.3 Etapas del proceso Enfermero

4.1.3.1 VALORACION

Es la primera fase del proceso de enfermería que se define como el proceso organizado y sistematizado de recogida y recopilación de datos, sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes; estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente, a la familia o a cualquiera otra persona que de atención al paciente, y evaluar sus patrones de afrontamiento actuales y pasados. (9)

La valoración puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las 14 necesidades de henderson, a si mismo la valoración por un modelo medico puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

Componentes:

- 1.-recolección de la información.
- 2.-organización de datos
- 3.-validación de datos.
- 4.-registro de la información.

1. 1.-recolección de la información.

Da inicio desde el primer encuentro con el usuario y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta, por lo que es importante a aprovechar cada momento con el usuario y familia para recolectar datos que nos permita conocerlos.

Para obtener información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Fuentes directas (el usuario y familia que constituyen la principal fuente de información), fuentes secundarias son los amigos y profesionales por que aportan datos valiosos sobre el usuario. Las fuentes indirectas son expedientes clínicos y la bibliografía relevante.

Es indispensable contar con un guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar la agrupación de datos, la recolección de datos del usuario puede ser general y específica así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectada un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y el examen físico ambas se complementan y clarifican mutuamente en consecuencia se pueden realizar simultáneamente.

A) La entrevista es una labor compleja que requiere ante todos de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario, tiene como finalidad la atención de la información necesaria para el diagnóstico y plantación la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el usuario.

Todas las entrevistas por mas sencilla que sea debe tener una Introducción para saludar al usuario, proceder a presentarse y explicarse la razón de la entrevista: también debe posees un Modelo, caracterizado por el dialogo y por seguir la estructura de la guía de valoración, por ultimo la entrevista debe presentar un Cierre para informar al usuario sobre su termino, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

Entre los aspectos que se debe tener presentes para realizar una entrevista están los siguientes:

- ✓ Seguir la guía de valoración para llevar un orden y saber exactamente lo que se va a preguntar al usuario (evitar improvisación).
- ✓ Asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad.
- ✓ Valorar el momento para realizar la entrevista, el usuario debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales idóneas para poder contestar a las preguntas.
- ✓ Mantener durante la entrevista una distancia de uno a dos metros con relación al usuario por que lo puede intimidar o demostrarle falta de interés, también hay que procurar que tanto la cabeza de la enfermera como la del usuario estén a la misma altura para evitar sentimientos de inferioridad por parte del usuario.
- ✓ Dedicar el tiempo necesario para la entrevista, si no es posible valorar en un solo momento al usuario, fraccionar la entrevista y centrar la atención en aquellas áreas que son de mayor problema; sin olvidar completar la valoración general en la primera oportunidad.
- ✓ Ser amable, cordial y respetuoso (evitar sobrenombres y diminutivos)

- ✓ Formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel del usuario (evitar términos desconocidos).
- ✓ Escuchar con atención todo lo que dice el usuario (evitar escribir cuando el este hablando)
- ✓ Conseguir la información sin presionar al usuario, por que puede obtener información errónea o perderse de la misma.
- ✓ Poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, este nos dice más que la palabra.
- ✓ Dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocer su verdad (evitar adivinar o completar)
- ✓ Desarrollar la capacidad de empatia con el fin de comprender mejor la actitud y conducta del usuario.

B) El examen físico nos permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería, este debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies. Para efectuar el examen físico se requiere cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación, además de la medición de los signos vitales y de la somatometria.

- ✓ **Inspección:** Se refiere a la exploración visual del cliente, para determinar repuestas o estados normales, inusuales o anormales. Es sistemática y detallada, ya que define características como el tamaño, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.
- ✓ **Palpación.** Es la utilización del tacto para determinar las características de la estructura orgánica debajo de la piel. Esta técnica permite ala enfermera evaluar el tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.
- ✓ **Percusión.** Consiste en que la enfermera golpea una superficie corporal con uno ovarios dedos para producir sonidos. Esto permite determinar el tamaño, la densidad, los bordes de un órgano y su localización.
- ✓ **Auscultación.** Consiste en escuchar el ruido producido por los órganos de cuerpo.

C).- Observación:

Sistemática implica el uso de sentidos para adquirir información relativa al cliente, persona allegadas al entorno y las relaciones existentes entre estas tres variables. Es una técnica que requiere disciplina y practica, experiencia y conocimiento cada uno de los datos identificados durante la observaciones deberá ser mas estudiada, pudiendo justificar o negar las impresiones iniciales de la enfermera.

2. Organización de datos.

La enfermera puede organizar los datos en diferentes esquemas o modelos disponibles, éste se puede modificar de acuerdo al estado físico del cliente. Alguno de los modelos son los patrones funcionales de Gordón, el modelo de autocuidado de Orem y el modelo de adaptación de Roy. **(1)**

Tipos de datos: Los datos se clasifican según pueden ser observados medidos y/o supuestos en:

- **Objetivos** (signos manifiestos) son aquellos que son observables y medibles por lo tanto delatan una información concreta y exenta de parcialidad habitualmente estos datos se obtuvieron a través de los sentidos (olfato, vista, oído y tacto) durante la exploración física del cliente. Ejemplo: signos vitales, coloración de la piel, llanto, edema y peso.
- **Subjetivos** (síntomas o datos encubiertos) son los datos que reflejan hechos y situaciones expresados por el propio cliente, solo son evidentes para la persona afectada y únicamente ella puede describirse y certificarlos. Estos datos se obtienen generalmente durante la historia de enfermería e incluyen las percepciones, sentimientos e ideas del cliente sobre si misma y sobre el estado de la salud personal.
- **Históricos:** antecedentes (hechos acaecidos con anterioridad)
- **Actuales:** los que refiere el cliente como datos del momento del presente

Es importante que la enfermera no haga generalizaciones o interpretaciones (sobre todo con los datos objetivos) es más útil la descripción específica del comportamiento del cliente ya que las causas de este deberán ser investigadas. **(8)**

3. Validación de la información

Una vez reunida la información del usuario tiene ser valida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas. Para la validación de los datos es necesario revalorar al usuario, solicita a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no se estén seguros, compara datos objetivos y subjetivos. La validación de los datos es de suma importancia por que si no se realiza es probable que en la etapa de diagnostico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

4. Registro de la información

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico, los objetivos que persigue de la información son favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

Con respecto al registro de datos este varía de un control laboral a otro pero el saber cómo y qué anotar es importante en extremo para el paciente y para protegerte a sí mismo de posibles demandas por mala práctica profesional.

4.1.3.2 DIAGNOSTICO

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración, es un juicio clínico sobre las respuestas humanas del individuo, la familia, o la comunidad problemas de salud, procesos de salud vital real o potencial los diagnósticos proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería con el objetivo de resolverlo o disminuirlo **(1)**

Para realizar esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales

- ✓ Razonamiento diagnóstico
- ✓ Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes
- ✓ Validación.
- ✓ registro de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Razonamiento diagnóstico

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas, la enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Los pasos a seguir durante el razonamiento diagnóstico son los siguientes:

- ✓ Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aporte la valoración incluyendo los recursos (capacidades).
- ✓ Analizar y agrupar los datos significativos (indicios) que cree que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.

- ✓ Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, holísticos y actuales) con los factores relacionados/riesgos y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la NANDA.
- ✓ Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
- ✓ Determinar si la enfermera tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser principal responsable de la precisión prevención y tratamiento del problema.
- ✓ Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas y a las respuestas fisiopatológicas.
- ✓ Determinar los factores relacionados o de riesgo

Requisitos para los diagnósticos:

- Capacidad de acción se refiere a la capacidad de la enfermera para recoger datos, lo cual requiere contar con un marco-teórico conceptual y en instrumento de valoración.
- Capacidad intelectual es decir, el tener como norma de comportamiento el indagar y cuestionar.
- Conocimientos clínicos y expedientes estos le permitirá inferir las conclusiones.

4.1.3.2.1 Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes:

Diagnostico enfermero:

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción prevención y tratamiento en forma independiente.

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refiere a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado por lo tanto únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la NANDA.

Clasificación de diagnostico enfermero

El diagnostico enfermero real: estado o situación alterado que existe y que ha sido confirmado mediante las características definitorias (signos y síntomas) del diagnóstico, en este tipo de diagnósticos el enfoque de las actividades de enfermería se dirige hacia la eliminación, reducción del problema y el control, síntomas presentes.

El diagnóstico enfermero de riesgo (potencial). Describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos) solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

El diagnóstico enfermero de salud. Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. Reconoce a los pacientes sanos que desean lograr un mejor funcionamiento en un área específica, estos diagnósticos el personal se enfoca hacia la enseñanza de un mayor nivel de bienestar.

Componentes del diagnóstico enfermero

Hay diferentes formas de presentar un diagnóstico enfermero, el más utilizado parte del modelo de **PES**. **(P)**, es una afirmación sobre el problema real o de riesgo de la persona o sobre un respuesta que arriesga su salud, **(E)** etiología o factores que producen el problema, todo el conjunto de valores ideológicos y socioculturales, psicológicos o fisiológicos que puede tener relación con el problema de salud de la persona y que contribuyen a su aparición y el enunciado **(S)** Representa los signos y síntomas que se detectan en la valoración. Son los datos que constituyen las características definitorias que determinan la etiqueta diagnóstica. (8)

Como estructurar los diagnósticos enfermeros

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la NANDA previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

En caso del diagnóstico enfermero real se aconseja un formato en tres partes: problema + factores relacionados y datos objetivos y subjetivos.

El problema es la respuesta humana, los factores relacionado son la causa del problema (etiología), y los datos objetivos y subjetivos (características definitorias / sintomatología), son las evidencias de que el problema existe.

El problema se une a los factores relacionados con la palabra *RELACIONADO CON* y estos se unen con las características definitorias mediante las palabras *MANIFESTADO POR*.

Para un diagnóstico enfermero de riesgo (potencial) se emplea únicamente dos partes: problema + factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias) los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.

En cuanto a la formulación de diagnósticos de salud estos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana a la cual se le antepone las palabras “potencial de aumento o potencial de mejora de”.

Problema interdependiente

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario. Los problemas interdependientes se clasifican en reales y de riesgo, cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo pero aun no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo.

Para estructurar los problemas interdependientes

En la redacción de problemas interdependientes reales se necesita del problema, etiología del problema y sintomatología: los problemas interdependientes de riesgo únicamente requiere del problema y etiología; así como de las palabras riesgo de al único de su formulación. Para unir el problema a la etiología se recomienda utilizar las palabras SECUNDARIO A y para integrar la sintomatología a la formulación se emplean las palabras MANIFESTADO POR.

Directrices para la redacción de un diagnóstico de enfermería.

Escribir el diagnóstico en términos de la respuesta del cliente, en lugar de las necesidades de enfermería.

Usar “relacionado con” en lugar de “debido” o “causado por” para conectar los dos enunciados del diagnóstico.

Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejables.

Redactar los diagnósticos sin juicio de valor.

Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico.

Evitar el uso de indicios asociados en el primer enunciado del diagnóstico.

Los dos enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo.

Expresar el factor relacionado en términos que se puedan modificar.

No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería.

Exponer el diagnóstico en forma clara y concisa.

Se debe evitar al estructurar diagnósticos enfermeros

1. formular diagnósticos enfermeros empleando terminología médica.
2. identificar dos problemas al mismo tiempo.
3. redactar el diagnóstico de manera que incrimine legalmente.
4. usar debió a: en lugar de relacionado con.
5. redactar diagnósticos enfermeros con juicio de valor que surgen de los valores personales y normas del profesional de enfermería y no de datos objetivos y subjetivos.
6. cambiar el orden de los elementos del diagnóstico enfermero.
7. registrar dos enunciados en el diagnóstico enfermero que tenga igual significado.
8. escribir formulaciones diagnósticas sin considerar factores relacionados que la enfermera, pueda solucionar o modificar en forma independiente.
9. emplear el diagnóstico médico en la formulación de un diagnóstico enfermero.
10. Exponer el diagnóstico en forma clara y concisa.

Validación

Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermero y problemas interdependientes. Durante la validación, la enfermera debe consultar al usuario para corroborar que esta en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes pueden escribirse en la en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de Planeación. Las políticas y normas de cada institución para el cuidado de la salud generan una diversidad los registros de enfermería sin embargo todos deben considerar un apartado para que la enfermera documente sin juicios clínicos.

4.1.3.3 PLANEACION

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos y problemas interdependientes y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Durante esta fase se desarrollan los resultados e intervenciones de enfermería. Los **resultados** indican lo que el cliente podrá hacer como resultado de las acciones de enfermería. Las **intervenciones** de Enfermería describen de que modo la enfermera puede ayudar al cliente a alcanzar los resultados. (1)

Pasos

- ✓ Establecer prioridades
- ✓ Elaborar objetivos
- ✓ Determinar acciones de enfermería
- ✓ Documentar el plan de cuidados

Establecer prioridades

La priorización siguiendo que amenazan la vida e interfieren con las necesidades humanas, resulta fácil cuando la enfermera sigue un orden:

1. Los problemas de riesgo vital, se consideran de prioridad alta.
2. Los que suponen una amenaza de salud se les suele asignar una prioridad media.
3. La prioridad baja es aquella que surge de necesidades normales y requieren un apoyo mínimo de enfermería, problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.
4. problemas que interfieren con la seguridad y la protección.
5. problemas que interfieren con el amor y la pertenencia
6. problemas que interfieren con la autoestima
7. problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas, es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y graves; sin embargo los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en formas simultaneas a los problemas interdependientes.

Elaboración de objetivos

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de plantación, ya que con ellos usted mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados y son factores de motivación.

Normas generales par la descripción de objetivos:

1. cuando sea posible, escribir los objetivos en términos que sean observados y medibles.
2. describir en forma de resultado o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería.
3. elaborar objetivos cortos.
4. hacer específicos los objetivos.

Establecimientos de objetivos:

- ≡ describir lo que el cliente será capaz de hacer en un momento determinado.
- ≡ Derivados directamente de los diagnósticos.
- ≡ Permiten evaluar el funcionamiento del plan de cuidados (validez y eficacia).
- ≡ Permiten dirigir las actividades de enfermería en el sentido de alcanzar dichos objetivos. (8)

Formula para describir un objetivo:

Sujeto + Verbo + Criterio de realización + condiciones (si son necesarios) = enunciado del objetivo.

Directrices para redactar los objetivos son:

- ≡ Los resultados deberán estar relacionados con la respuesta humana
- ≡ Tienen que estar centrados en el cliente. Deberá tratar sobre lo que hará el cliente y cuándo y hasta que punto se llevará a cabo.
- ≡ Deberán ser claros y concisos
- ≡ Asegurarse de que los resultados sean realistas para las capacidades y limitaciones y para el plazo asignado. Es importante tomar en cuentas los recursos con los que se cuente. Y deberán describir comportamiento mensurable y observable.
- ≡ Asegurarse de que el paciente considera los objetivos importantes y los valora.
- ≡ Asegurarse de que los objetivos y los criterios de resultados son compatibles con el trabajo y las terapias de otros profesionales.
- ≡ Asegurarse de que cada objetivo deriva de un solo diagnóstico enfermero. (1)

Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:

1. resultar del dx enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema (objetivo final) y en la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos (objetivos específicos)
2. estar dirigidos al usuario, familia, por que en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros y cuando se tratan de problemas interdependientes.
3. incluir verbos que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.
4. considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivos, afectivos y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.

Determinación de acciones de enfermería

Son todas aquellas acciones (estrategias específicas para ayudar al cliente al logro de los objetivos) que realiza el equipo de enfermería dirigidos a promover pautas de comportamiento favorecedoras de la salud, preventivas de enfermería y protectoras de los riesgos ambientales, incluyendo además acciones conducentes a la recuperación de la salud, al control de la enfermedad y sus complicaciones, así como a la rehabilitación, estas basan en los factores etiológicos o relacionados identificados en la 2da participación del diagnóstico de enfermería.(6)En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.

El éxito de las intervenciones o estrategias, depende de la capacidad que tenga la enfermera de generar y escoger alternativas eficaces. Las intervenciones se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del cliente. Y pueden ser interdependiente e independientes. (1)

Componentes del plan de cuidados

Pueden estructurarse de varias formas dependiendo de las normas institucionales, no obstante normalmente los componentes del plan deberán ser:

- ≋ diagnósticos de enfermería o problemas independientes.
- ≋ Objetivo (deberá describirse minimamente un objetivo por cada diagnóstico y estos pueden ser a corto o largo plazo).
- ≋ Actividades de enfermería
- ≋ Informe de la evaluación. (8)

Los planes de cuidados pueden ser:

- ≡ individualizados cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera procede a escribir el dx. Enfermero/ problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación.
- ≡ Estandarizados en caso que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera realice anotaciones particulares del usuario.
- ≡ Computarizados que surgen de planes creados por ordenador que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

Características de las intervenciones.

1. Ser congruentes con el plan de cuidados. No deberán entrar en conflicto con los enfoques terapéuticos del resto de los miembros del equipo de salud.
2. Basarse en principios científicos. Utilización de un fundamento científico que apoye las decisiones de la enfermera y constituya la base de la acción de enfermería.
3. Individualizarse a las situaciones en concreto. Centrarse en los factores relacionados con el diagnóstico, incluir la opinión del paciente y familia, tener en cuenta las fuerzas y debilidades del cliente y familia y tener en cuenta la urgencia y gravedad de la situación.
4. Utilizarse para proporcionar un ambiente seguro y terapéutico. Deben satisfacer las necesidades fisiológicas, antes de poder ocuparse de niveles superiores. En un ambiente seguro, se proporcionan estas necesidades básicas mediante las intervenciones médicas y de enfermería. Para un ambiente terapéutico, se desarrollan estrategias que resulten eficaces en la promoción, mantenimiento o restablecimiento de la salud. Las intervenciones pueden consistir en tratamientos, valoración, enseñanza, consultas o cualquier tipo de acción que prometa ser útil.
5. Utilizar los recursos apropiados (ANA). La enfermera debe tener en cuenta si la intervención deberá ser práctica en lo referente al equipo, factores económicos y recursos humanos.

Directrices para la redacción de las intervenciones de enfermería.

- a) deberán estar fechadas y firmadas
- b) Deberán incluir verbos de acción concretos y enumerar las actividades específicas para lograr los resultados esperados.

- c) Deberán definir, Quién, Qué, Dónde, Cuándo, Cómo y Con Qué frecuencia tendrá lugar las actividades identificadas.
- d) Deberán estar individualizadas (1)

Documentación del plan de cuidados

Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

Además Es el registro organizado de los diagnósticos de enfermería, resultados esperados, intervenciones de enfermería y progresos periódicos o informe de evaluación

Finalidades de la documentación

- ◆ Proporcionar cuidados individualizados.
- ◆ Continuidad asistencial.
- ◆ Comunicación con el equipo de salud.
- ◆ Evaluación del cuidado del cliente y de la calidad de la atención. (8)

Propósitos

Sirve como borrador para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del cliente. Proporciona un mecanismo para la administración de unos cuidados consientes y coordinados. Se utiliza como un instrumento de comunicación entre las enfermeras y demás miembros del equipo de salud.

Característica

1. Está escrito por profesionales de enfermería.
2. Se empieza después del primer contacto con el paciente.
3. Están fácilmente disponibles y actualizados

4.1.3.4 EJECUCION

Es la fase en que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería. Tras valorar de nuevo al cliente y determinar las necesidades de asistencia la enfermera ejecuta las estrategias planeadas. Las actividades de enfermería suelen incluir cuidar, comunicar, ayudar, aconsejar, actuar como defensor y agente de cambio del cliente guiar y tratar. Además de incluir el delegar cuidados a otro personal de enfermería o supervisar y evaluar las actividades de enfermería de otros. Tras

cumplir las órdenes de enfermería, las enfermeras completan la fase de ejecución registrando las intervenciones así como las respuestas del cliente en las notas evolutivas de enfermería. (1)

Así mismo lo definen como la realización de ayuda o la dirección de la realización de actividades de la vida diaria, el asesoramiento y la información al cliente o a la familia, la prestación de cuidados directos, la supervisión y evaluación del trabajo del cuerpo de enfermería y el registro e intercambio de información relacionada con la asistencia sanitaria continuada al cliente. (8)

Ejecución: validación del plan de atención + documentar el plan de atención + brindar atención de enfermería + continuar la recolección de datos.

Pasos de la ejecución

- ✓ Preparación.
- ✓ Intervención.
- ✓ Documentación.

4.1.3.4.1 Preparación

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

1. Revisar que las acciones estén de acuerdo a las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria haciéndose necesaria la revaloración.
2. Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así es indispensable solicitar asesoría.
3. tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
4. reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención
5. crear un ambiente cómodo y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
6. delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación
7. Interpersonales: son esenciales para una actuación eficaz de enfermería, el personal ha de comunicarse en forma clara con el paciente y debe estar atento a las respuestas emocionales del paciente y reconocer con momento el estado psicológico del paciente.
8. Técnicas: se refiere a los diversos procedimientos de enfermería que se deben realizar con el paciente, algunos pueden ser nuevos por lo que se debe valorar la capacidad del

profesional de enfermería y determinar la necesidad de ayuda de nuevos conocimientos.

(8)

4.1.3.4.2 Intervención

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen la valoración, la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación del usuario, familia y comunidad y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería para lograr su participación e independencia.

En cada intervención de enfermería usted es tan responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente la respuesta.

Normas para la ejecución de las actividades de enfermería

- ◆ Nunca efectúe una actividad de enfermería hasta que conozca el motivo que la justifica su efecto y sus posibles efectos colaterales y adversos.
- ◆ Antes de llevar a cabo la actividad vuelva a valorar al paciente para determinar el estado del problema y si las acciones previamente.
- ◆ Realizar actividades no puede ser un proceso de repetición mecánica e inconsciente debe valorar continuamente la respuesta del paciente y estar preparado para cambiarlos si no funcionan correctamente.
- ◆ Al llevar a cabo actividades de enfermería deberán efectuarse en un entorno seguro y terapéutico.
- ◆ Cuando realice actividades de enfermería compruebe que conoce los protocolos y procedimientos institucionales ya que a menudo varían de un centro a otro.
- ◆ Al realizar las acciones de enfermería es importante también considerar que siendo las enfermeras y los pacientes los involucrados en las acciones convenientes reflexionar sobre los derechos de ambos (8)

4.1.3.4.3 Documentación

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instrucciones de salud.

Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario / familia ser base para evaluación investigación y mejora de la calidad de los cuidados; respaldar legalmente las acciones de la enfermera y servir para estimar el pago de los servicios prestados.

Existen gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, estos deben reunir ciertas características universales como:

- ✓ fecha y hora
- ✓ datos de valoración
- ✓ intervenciones de enfermería
- ✓ resultados obtenidos
- ✓ nombre y firma de la enfermera.

Así mismo las notas deben ser claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

Topologías de registros

- ✓ Registros diferenciados por disciplinas.
- ✓ Registro cuyo núcleo son los problemas del paciente es más usual en los centros de salud y las instituciones clínicas.
- ✓ Alternativa cambiada consiste en un régimen llamada historia clínica con elementos de los modelos anteriores y un mismo núcleo central (un formato de planeación unificado y conjunto).

4.1.3.5 EVALUACION

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería: la evaluación como parte del proceso es continuo y formal por lo que esta presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución. Evaluar es comparar una situación con los resultados esperados por lo tanto es un juicio relativo a la forma en que los problemas se están resolviendo, basado en una situación presente (juzgar o valorar). (8)

La aplicación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

1. ¿la valoración estuvo completa y la información fue válida?
2. ¿el razonamiento diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertada?
3. ¿los planes de cuidado dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?
4. las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos.

4.1.3.5.1 Componentes:

- Identificar la evolución esperada, que la enfermera utilizará para determinar la consecución de objetivos: Esto sirve para 2 propósitos:
 1. establecer el tipo de datos evolutivos que han de ser obtenidos,
 2. Proporcionar un estándar frente al que se comparan los datos.
- Obtener datos relacionados con la evolución esperada: de esta manera se pueden extraer conclusiones sobre la consecución o no de los objetivos. Puede ser necesario obtener datos tanto subjetivos como objetivos.
- Comparar los datos de la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los objetivos
- Relacionar las acciones de enfermería con la evolución del cliente: es determinar si las acciones son la causa o el único factor para la consecución total o parcial de un objetivo o para su no consecución.
- Obtener conclusiones sobre el estado del problema: La enfermera utiliza los juicios sobre la consecución de objetivos para determinar si el plan de cuidados fue eficaz para resolver, reducir o prevenir problemas del cliente.
- Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente: dependiendo del centro las modificaciones pueden efectuarse a través de partes del plan de cuidados utilizando su rotulador, para remarcar suspendido y la fecha. Hay que tomar ciertos números de decisiones sobre continuar, modificar o suspender los cuidados de enfermería para cada problema. Antes de continuar con modificaciones la enfermera debe determinar primero por que el plan no fue completamente eficaz.

4.1.3.5.2 Pasos para realizar la revisión del plan de cuidados.

- Valoración: Una base de datos incompleta o incorrecta influye sobre las fases posteriores del proceso de enfermería y sobre el plan de cuidados. Si esto ocurre la enfermera debe de valorar de nuevo al cliente y registrar nuevamente los datos.

- **Diagnostico:** Si la base de datos es incompleta se pueden requerir nuevos informes diagnósticos. La enfermera debe analizar si el problema fue correctamente identificados y si los diagnósticos de enfermería son relevantes para la base de datos. Tras esta acción la enfermera revisa y añade nuevos diagnósticos, en función de las necesidades, para reflejar los datos mas recientes del cliente.
- **Planificación (evolución esperada):** Si el diagnóstico de enfermería no es preciso, obviamente habrá que revisar el informe de los objetivos.
- **Planificación:** La enfermera investiga si las estrategias de enfermería estuvieron relacionadas con la consecución de objetivos y si se escogieron las mejores estrategias.
- **Ejecución:** La enfermera debe comprobar si las órdenes de enfermería fueron cumplidas.(1)

La evaluación en el proceso enfermero es útil para determinar el logro de los objetivos identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificado o dado por finalizado por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregir. Para el desarrollo de esta actividad la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o la falta de progreso hacia la realización de sus metas en forma conjunta identificando obstáculos y estrategias.

La evaluación es compleja sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua ya que brinda una base cognoscitiva para la practica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia.

4.2.-FILOSOFIA DE VIRGINIA HERDERSON

La filosofía investiga las causas y leyes que subyacen tras la realidad e indaga sobre la naturaleza de los casos basándose más en un razonamiento lógico que en métodos empíricos, los elementos de una disciplina que no se pueden someter a un análisis empírico, los enunciados que reflejan valores, metas u opiniones contribuyen a la filosofía basándose en la opinión, la filosofía que prevalece en una disciplina es la que resulta compartida por el mayor número de miembros en cuanto a la aceptación de las creencias, valores, metas y opiniones.

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan mediante el diseño de una interrelaciones específicas entre los conceptos con el fin de describir y predecir, esta formada por proposiciones hipotéticas que no se basan necesariamente en datos empíricos, sus funciones son resumir el conocimiento, explicar los fenómenos de interés para la disciplina y facilitar los medios para predecir y en última instancia controlar los fenómenos.

El modelo es un conjunto de entidades que constituyen una interpretación de todos los axiomas y teoremas de un sistema, siendo todos ellos verdaderos, además representa la formulación teórica previa a la elaboración de un soporte empírico adecuado, estos evolucionan a teorías mediante la elaboración del soporte empírico a través de los enunciados de relación. (1)

4.2.1 Datos Biográficos (1897-1996)

- ◆ 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C..
- ◆ 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- ◆ 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- ◆ 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948. .
- ◆ 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.

- ◆ 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- ◆ 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- ◆ 1966 publica su obra *The Nature of Nursing* aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera. (10)

Virginia nació el 19 de Marzo 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

Los elementos más importantes de su teoría son:

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

4.2.2 Fuentes Teóricas

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la Nacional Nursi Council en 1946, y el tercer factor

estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

TENDENCIA Y MODELO

La filosofía de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Perteneció a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definatoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades se denominan por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.(11)

Definición de Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la

fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.(12)

4.2.3 Necesidades

Señala catorce necesidades básicas del paciente que abarca todos los componentes de la asistencia en enfermería y estas son:

Necesidades	Características de valoración	Diagnósticos
<p>1.- Necesidad de respirar normalmente :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Frecuencia respiratoria y cardiaca: cifras y características. ❖ tensión arterial: cifras, regulación y control. (La hipotensión puede disminuir la perfusión renal. ❖ En caso de hipertensión buscar síntomas asociados: cefaleas, mareos, epistaxis,...). ❖ coloración de piel, mucosas.-Presencia y capacidad para toser y expulsar secreciones, así como las características de ambas. ❖ Circunstancias que influyen en su respiración: tabaquismo, disnea, fatiga, recursos que utiliza para mejorar. Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Deterioro en el intercambio gaseoso. ❖ Incapacidad para mantener la respiración espontánea. ❖ Limpieza ineficaz de las vías aéreas. ❖ Patrón respiratorio ineficaz. ❖ Potencial de asfixia. ❖ Respuesta ventiladora disfuncional al cliente.
<p>2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Talla y peso (Un incremento puede indicar retención de líquido). ❖ Costumbres alimentarias: desayuno, comida, merienda y cena. Dieta y grado de cumplimiento. ❖ Ingesta de líquido/día. Circunstancias que influyen en su alimentación/hidratación: dientes y mucosa bucal, nauseas, vómitos, anorexia. ❖ Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración de la nutrición: por defecto. ❖ Alteración de la nutrición: por exceso ❖ Alteración potencial de la nutrición: por exceso ❖ Déficit de autocuidado: alimentación ❖ Déficit del volumen de líquidos. ❖ Déficit potencial del volumen de líquidos ❖ Deterioro de la deglución

		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Exceso del volumen de líquidos ❖ Interrupción de la lactancia materna ❖ Lactancia materna ineficaz ❖ Patrón de la alimentación ineficaz del lactante ❖ Potencial de aspiración
3.- Necesidad de eliminación:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Micción y fecal: cantidad, frecuencia, descripción del producto: color, olor, consistencia, dificultades. ❖ Menstruación. Circunstancias que influyen en su eliminación: dolor, estreñimiento, diarrea, ❖ Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración de la eliminación urinaria ❖ Déficit de autocuidado: uso del WC ❖ Diarrea ❖ Estreñimiento ❖ Estreñimiento crónico ❖ Estreñimiento subjetivo ❖ Incontinencia fecal ❖ Incontinencia urinaria de esfuerzo ❖ Incontinencia urinaria de urgencia ❖ Incontinencia urinaria funcional ❖ Incontinencia refleja ❖ Incontinencia total ❖ Retención urinaria
4.- Necesidad de moverse y mantener	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Actividad física que realiza: tipo, frecuencia, duración. Equilibrio. ❖ Dificultad para realizar algunos movimientos. ❖ Circunstancias que influyen en su actividad habitual: hormigueo, dolor, fatiga, problemas podológicos, restricciones a la movilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración de la percusión hística (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica). ❖ Alto riesgo de disfunción

<p>posturas adecuadas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad. 	<p>neurovascular periférica</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Deterioro de la movilidad física ❖ Disminución de gasto cardiaco
<p>5.- Necesidad de dormir y descansar:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hábitos de sueño: horas, horario, número de despertares / levantamientos nocturnos. ❖ Sensación subjetiva de descanso al levantarse. ❖ Circunstancias que influyen en su descanso: problemas, insomnio, somnolencia diurna. ❖ Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración del patrón de sueño ❖ Fatiga ❖ Intolerancia a la actividad ❖ Potencial intolerancia a la actividad
<p>6.- Necesidad de Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aspecto que presenta en cuanto adecuación, comodidad, limpieza de ropas, calzado y complementos. Facilidad/dificultad para el vestido y arreglo. ❖ Circunstancias que influyen en su forma de vestirse. ❖ Recursos que utiliza para mantener un aspecto cuidado. ❖ Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Déficit de autocuidado: vestido /acicalamiento
<p>7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Temperatura: (La fiebre puede producir pérdida de líquido y deshidratación). ❖ Experimenta sensación de calor/frío de acuerdo con los cambios de la temperatura ambiente. ❖ Tiene sensación de uniformidad de la temperatura corporal. ❖ Condiciones ambientales de su hogar. ❖ Circunstancias que influyen en su temperatura corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración potencial de la temperatura corporal ❖ Hipertermia ❖ Hipotermia ❖ Termorregulación ineficaz

.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Recursos que utiliza para adaptarse a los cambios de temperatura Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad 	
<p>8.- Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hábitos higiénicos: frecuencia, modalidad, útiles de preferencia. ❖ Estado de la piel, uñas, cabello y boca. ❖ Interés por el mantenimiento de una piel y una higiene adecuada. (integridad. Turgencia, presencia de edemas). ❖ Si ha habido cambios en su piel: manchas, heridas, prurito, (en caso de reposo prolongado en cama control de úlceras por presión). ❖ Circunstancias que influyen en el estado de su piel y en su higiene habitual. ❖ Recursos que utiliza para realizar la higiene y mantener su piel en buen estado. ❖ Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración de la membrana mucosa oral ❖ Déficit de autocuidado: baño/higiene ❖ Deterioro de la integridad cutánea ❖ Deterioro de la integridad histica ❖ Deterioro potencial de la integridad cutánea
<p>9.- Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Medidas de salud que lleva a cabo: vacunaciones, chequeos, autoexploraciones, controles. ❖ Signos de: disminución de la alerta, disminución de la consciencia, desorientación, disminución de la memoria, errores de percepción, depresión, ansiedad, delirios. ❖ Si ha habido cambios recientes en su vida: pérdidas, cambios de residencia, enfermedades asociadas, complicaciones. ❖ Recursos que utiliza para auto controlarse y manejar situaciones de riesgo. ❖ Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Afrontamiento defensivo ❖ Afrontamiento individual inefectivo ❖ Alto riesgo de automutilación ❖ Ansiedad ❖ Baja autoestima crónica ❖ Baja autoestima situacional ❖ Desatención unilateral ❖ Deterioro de la adaptación ❖ Dolor ❖ Dolor crónico ❖ Duelo anticipado ❖ Duelo disfuncional ❖ Negación ineficaz

		<ul style="list-style-type: none"> ❖ No seguimiento del tratamiento ❖ Potencial de infección ❖ Potencial intoxicación ❖ Potencial de lesión ❖ Potencial de traumatismo ❖ Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros ❖ Respuestas postraumáticas ❖ Síndrome traumático de la violación ❖ Temor ❖ Trastorno de la autoestima ❖ Trastorno de la identidad personal ❖ Trastorno de la imagen corporal
<p>10.- Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Si expresa sus deseos y opiniones. ❖ Déficits sensoriales. Núcleo de convivencia. ❖ Capacidad para expresar y vivir su sexualidad. ❖ Circunstancias que influyen en su comunicación: estatus cultural, pertenencia a grupo social, presencia / ausencia de grupo de apoyo, soledad, dificultades para pedir ayuda. ❖ Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración de los procesos familiares ❖ Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido ❖ Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante ❖ Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo ❖ Aislamiento social ❖ Alteración sensorio perceptivas / (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias) ❖ Deterioro de la comunicación verbal

		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Deterioro de la interacción social
<p>11.- Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Percepción actual de su situación de salud y bienestar. ❖ Facilidad /dificultad para vivir según sus creencias y valores ❖ Importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida. ❖ Actitud ante la muerte. ❖ Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función de su sexo, prácticas religiosas o alternativas comunitarias. ❖ Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desesperanza ❖ Impotencia ❖ Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano)
<p>12.- Necesidad de ocupación para autorealizarse :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Actividad/trabajo. ❖ Repercusión de su actual situación de salud en las diferentes áreas de su vida y en las de su núcleo familiar. Participación en decisiones que le afectan. ❖ Circunstancias que influyen en su realización personal: autoconcepto/autoimagen, actitud familiar, el cansancio del cuidador habitual si es que lo hubiera. ❖ Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración del crecimiento, desarrollo ❖ Alteración de los patrones de la sexualidad ❖ Alteraciones en el desempeño del rol de cuidado ❖ Conductas generadoras de salud (especificar) ❖ Conflicto de decisiones (especificar) ❖ Conflicto del rol parenteral ❖ Dificultad en el mantenimiento de la salud

		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dificultad para el mantenimiento del hogar ❖ Disfunción sexual ❖ Manejo inefectivo del régimen terapéutico (individuo) ❖ Potencial de alteraciones parenteral
<p>13.- Necesidad de participar en actividades recreativas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hábitos culturales y de ocio. Dedicación. ❖ Circunstancias que influyen en su entretenimiento: recursos comunitarios a su alcance y el uso que hace de ellos. ❖ Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Déficit de actividades recreativas
<p>14.- Necesidad de Aprendizaje:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Interés por su entorno socio sanitario. ❖ Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas Preguntas, participación, resolución de problemas, proposición de alternativas. ❖ Circunstancias que influyen en su aprendizaje: nivel de instrucción. Limitaciones. ❖ Grado de conocimiento de su actual estado de salud, fuente usual para su aprendizaje sanitario. Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración de los procesos del pensamiento ❖ Déficit de conocimientos (especificar)

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos.

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

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

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

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente. (10)

4.2.4 Supuestos Principales

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

4.2.4.1 Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma:

Enfermería:

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas.

Persona (paciente):

- ✓ La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional
- ✓ El cuerpo y la mente son inseparables.
- ✓ El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Salud:

- ✓ La salud es calidad de vida
- ✓ Es fundamental para el funcionamiento humano
- ✓ Requiere independencia e interdependencia
- ✓ Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

Entorno:

- ✓ Las personas sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermería puede interferir en dicha capacidad.
- ✓ La enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad
- ✓ Las enfermeras deben proteger al paciente de lesiones mecánicas.
- ✓ Las enfermeras deben reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimientos..

4.2.5 Afirmaciones Teóricas

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- ◆ La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- ◆ La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- ◆ La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Durante los estados de convalecencia la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmó que la independencia es un término relativo, nadie es

independiente de los demás pero no esforzamos por alcanzar una interdependencia sano, no una dependencia enfermera.

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo ya sea la dependencia o una muerte tranquila, una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente, lo mas normal posible, otro de los fines importantes para la enfermera es favorecer la salud, henderson señalaba que se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender como mantener su salud que preparando a los terapeutas mas especializados para que la ayuden en los momentos de crisis.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

4.2.6 Método Lógico

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos. Los supuestos de la definición de Henderson deben estudiarse con el fin de valorar su concordancia lógica. Muchas de los supuestos tienen validez por su gran coincidencia con las publicaciones y las conclusiones de investigación de científicos de otras disciplinas. Por ejemplo las 14 necesidades básicas que señala se corresponden íntimamente con la clasificación de las necesidades humanas ampliamente aceptada.

4.2.7 Aceptación Por La Comunidad De La Enfermería

Ejercicio profesional

La enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente, recibirá la compensación inmediata de observar un progreso en el mismo desde la dependencia a la independencia, cuando este no posee la voluntad, conciencia o fortaleza necesaria por medio de la valoración, el plan y la evaluación de cada uno de los 14 componentes básicos de la asistencia en enfermería.

Formación

Para que una enfermera ejerza su profesión de forma experta y aproveche los métodos científicos para mejorar sus técnicas, necesita contar con un tipo de formación que solo se imparte en las escuelas superiores y universidades, la formación de una enfermera requiere una comprensión global de todos los seres humanos.

Investigación

La enfermera deben adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que poder basar su experiencia, para mejorar su actividad, de cada uno de los 14 componentes de asistencia básicas de enfermería surgen cuestiones relativas a la investigación y la función de la enfermera deberá asistir en asumir la responsabilidad de identificar los problemas para validar de forma continua su función, mejorar los métodos que emplea y asegurar la eficacia de sus cuidados.

Una enfermera no debe limitarse a realizarse solo una labor investigadora, sino que debe comportarse siempre como investigadora ya escriba o no, transmita en público o no sus conclusiones. Como lo define Henderson de una función especializada de la enfermera esta enormemente extendida, ha llegado a convertirse en piedra angular sobre la que se sustenta la enfermería como una disciplina científica profesional. (10)

4.3 ENFERMEDADEZ CRONICAS

4.3.1 Concepto

Las enfermedades crónicas no transmisibles se definen como trastornos orgánicos o funcionales que obligan a una modificación del modo de vida de las personas. Las enfermedades crónicas no transmisibles son un conjunto de enfermedades heterogéneas, que poseen una serie de características epidemiológicas comunes.

De modo general, estas enfermedades no han sido causadas por un agente infeccioso, sino por un agente físico, químico o social.

Las enfermedades crónicas tienen varios caracteres:

- Características epidemiológicas comunes: multicausalidad compleja e interrelacionada.
- La etiología en general, no es microbiana.
- Los factores causales son de carácter físico, químico, social o psico social.
- La evolución es crónica.
- Larga duración.
- Remisión y recaídas frecuentes.
- Cuadro clínico multifacético; comienzo agudo o insidioso, evolución trópica o en crisis.
- Secuelas después de la fase patogénica.
- No confieren inmunidad, al contrario aumenta la probabilidad de que la enfermedad se repita. (2)

En la mayoría de los países desarrollados las enfermedades no trasmisibles son las principales causas de defunción en todos los grupos de edad. (4)

4.3.2 Etiología

La enfermedad como hecho en general, y como hecho biológico en particular, no depende de causas únicas, sino de una red de cadenas y causalidad, múltiples causas que interactúan dando lugar a un efecto negativo, en este caso la enfermedad. (2)

Según la OMS las causas principales de enfermedades crónicas son una dieta malsana, la inactividad física y el consumo de tabaco. Al mismo tiempo existen grandes cambios en la producción de alimentos cada vez más elaborados, igualmente nocivos para la salud. Está probado que el consumo

de alimentos con alto contenido graso y de azúcares, por ejemplo, genera enfermedades crónicas.
(13)

La nutrición está pasando al primer plano como un determinante importante de enfermedades crónicas que puede ser modificado, y no cesa de crecer la evidencia científica en apoyo del criterio de que el tipo de dieta tiene una gran influencia, tanto positiva como negativa, en la salud a lo largo de la vida. Lo que es más importante, los ajustes alimentarios no sólo influyen en la salud del momento sino que pueden determinar que un individuo padezca o no enfermedades tales como desnutrición, enfermedades cardiovasculares y diabetes en etapas posteriores de la vida.

La inactividad física y los nutrientes comparten en gran medida las mismas vías metabólicas y pueden interactuar de diversas maneras que influyen en el riesgo y la patogénesis de varias enfermedades crónicas.

El gasto energético asociado a la actividad física es una parte importante de la ecuación de equilibrio energético que determina el peso corporal. La disminución del gasto calórico que conlleva la reducción de la actividad física es probablemente uno de los factores que más contribuyen a la epidemia mundial de sobrepeso y obesidad que son factores desencadenantes de las enfermedades crónicas.(3)

La noción de riesgo biológico es función de la existencia del ser humano viviendo en un ambiente en variación permanente; los riesgos sociales dependen de la vida en sociedad y mas precisamente del tipo de estructura social, de aquí que el riesgo de enfermar varia

En razón a la edad, sexo, profesión y trabajo, estación de año, nivel de vida, cultura, grado de instrucción, hábitos y comportamientos, estado civil, etnia, tiempo e intensidad a la exposición al riesgo, lugar de residencia historia familiar historia medica anterior, tamaño de la familia, etc.

4.3.3 Cuadro Clínico

4.3.3.1 Fase Patogénica

Comprende los primeros cambios anatómofológicos, todavía no sintomáticos, hasta la evolución clínica. Se puede subdividir en dos etapas.

En a etapa preclínica la enfermedad no se ha, manifestado, no hay signos ni síntomas, pero si cambios estructurales (lesiones vasculares, formación de placas de ateroma etc.)

En la etapa clínica la enfermedad se ha manifestado, se podría subdividir en varios estadios según la evolución clínica o anatomopatológica de la enfermedad (de leve a grave) o bien los cambios celulares o destructivos en los tejidos.

4.3.4 Tratamiento

4.3.4.1 Prevención

Las enfermedades no transmisibles tienen una etiología multifactorial por lo que habrá de tener en cuenta la influencia de los factores medioambientales, conductuales y médico biológicos a la hora de reducir la mortalidad y morbilidad que producen. La OMS en 1980 realizó un programa integrado para la salud comunitaria y las enfermedades no transmisibles del cual se mencionan los objetivos.

- Cambios en los estilos de vida: alcohol, tabaco, actividad física, hábitos dietéticos, actividad laboral y descanso.

- Reorganización de atención a la salud: desarrollo de la atención primaria, trabajo de equipo.

Reorientación de otros sectores: creación de ambientes y redes sociales lucha contra la contaminación, integración a los grupos sociales. (2)

Tres medidas simples ayudan a reducir el riesgo de adquirir una enfermedad crónica. Una alimentación baja en sal, especialmente en alimentos elaborados, la mejora de la alimentación y la disminución en el consumo del tabaco. (13)

Con respecto a los factores de la dieta y debido a la alta proporción de personas que agregan sal adicional a los alimentos después de preparados, se requieren medidas de intervención teniendo en cuenta que la población más joven es la que sufre en mayor proporción de este hábito nocivo, además de revisar e incentivar los programas de asesoramiento para evitar este hábito.

Desarrollar periódicamente el estudio sobre los factores de riesgo del comportamiento asociados con enfermedades crónicas no transmisibles, con el fin de realizar seguimiento a esta problemática, evaluar el resultado de las intervenciones y contribuir a orientar las políticas y acciones en salud

pública que permitan promover la salud, prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles.

Es necesario realizar un esfuerzo integral con la participación de los diferentes sectores y actores sociales para lograr disminuir la prevalencia de tabaquismo y de fumadores actuales, teniendo en cuenta que en comparación con el Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas – ENFREC II de 1998 no ha disminuido la prevalencia de este que es el principal factor de riesgo para múltiples enfermedades crónicas. (13)

Se requiere promocionar el consumo de frutas y verduras, así como facilitar el acceso a estos alimentos, principalmente de las personas de los estratos socioeconómicos más bajos y de menor nivel de escolaridad, teniendo en cuenta también que la proporción de quienes consumen frutas y verduras es menor en las personas mayores y de género masculino. Orientar hacia el consumo de aceites vegetales en lugar de grasas saturadas y desestimular el consumo de alimentos con alto contenido de colesterol.

Los programas de promoción de la actividad física, con el fin de mejorar el nivel de salud de la población y prevenir enfermedades crónicas deberán tener en cuenta que las mujeres y las personas mayores de 45 años son quienes presentan niveles más elevados de sedentarismo. Además se requiere capacitar a los profesionales de la salud sobre el tema, para que aconsejen a la población sobre la práctica de actividad física y conozcan la forma adecuada de realizar esta orientación.

Para lograr los mejores resultados en la prevención de enfermedades crónicas, las estrategias y las políticas que se apliquen deben reconocer plenamente la importancia fundamental de la dieta, la nutrición y la actividad física, modificar el marco conceptual para desarrollar estrategias de acción y situar la nutrición , junto con los otros factores importantes de riesgo de enfermedades crónicas, esto es, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, al frente de las políticas y programas de salud pública. (3)

4.4 INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.

4.4.1 Definición

Infarto del Miocardio

Se denomina infarto del miocardio, a la muerte celular de las miofibrillas causada por falta de aporte sanguíneo a una zona del corazón que es consecuencia de la oclusión aguda y total de la arteria que irriga dicho territorio.(5)

Etimología Infarto

(Del lat. infartus, part. pas. de infarcio, rellenar). m. Necrosis de un órgano o parte de él por falta de riego sanguíneo debida a obstrucción de la arteria correspondiente. AGUDO: Adj. Dicho de una enfermedad: Grave y de no larga duración. MIOCARDIO: (De mio- y -cardio).mio-. (Del gr. Músculo). Cardio- o -cardio.(14)

4.4.2 Etiología

Casi todos los IM se producen como consecuencia de arterioesclerosis de las arterias coronarias que se complica con la formación de trombos. Las causas no relacionadas con la arterioesclerosis comprenden, espasmo de arterias coronarias, anomalías congénitas y trastornos del ejeido conectivo. Los actuales conocimientos sobre la fisiopatología del IM han concedido a la denominación de síndrome coronario agudo, que sirve para referirse a los pacientes que presentan dolor torácico isquémico. Es importante tener claro que se trata de una serie continua de proceso patológico que comprende una angina inestable el IM que se produce como consecuencia la enfermedad arteoesclerotica es el resultado de la rotura de una placa ateromatosa inestable y la ulterior exposición de sustancias que promueve la activación de un coágulo de fibrina. La trombosis coronaria resultante interrumpe el flujo sanguíneo y provoca un desequilibrio entre el suministro y la demanda miocárdica de oxígeno, que es grave o persistente, causa necrosis del miocardio. (15)

La causa de la oclusión coronaria total, en la mayoría de los casos, es debida a la trombosis consecutiva a la fractura de una placa de ateroma intracoronaria independientemente del grado de obstrucción que causaba antes de su ruptura. En otras ocasiones es la resultante de un espasmo coronario intenso que se prolonga en el tiempo, aún cuando no exista aterosclerosis coronaria. El infarto del miocardio también puede ocurrir cuando existe una obstrucción significativa de una

arteria coronaria por una placa de ateroma y los cambios de tono normales de la arteria pueden ocluir la completamente, con o sin ruptura de la placa. La isquemia aguda y total o casi total comienza a producir áreas de necrosis en el subendocardio dentro de la primera hora posterior a la falta de sangre en la región. Después de las primeras 3 horas posteriores a la oclusión coronaria comienzan a aparecer extensiones de la necrosis hacia el tercio medio de la pared en la región isquémica. La necrosis transmural de toda el área isquémica se logra ver al tercer día posterior a la oclusión coronaria. El infarto subendocárdico es consecuencia de una oclusión incompleta de la arteria coronaria, sea porque fue recanalizada mediante trombolisis o angioplastia dentro de las primeras horas de evolución del infarto, o sea porque en la oclusión coronaria aún cuando fue total, existe abundante circulación colateral. El infarto subendocárdico tiene buena evolución durante la fase aguda porque no se complica con insuficiencia cardíaca, choque cardiogénico ni rupturas; sin embargo, dejado a su evolución natural, tardíamente es causa de re-infarto del miocardio, angina inestable o muerte súbita, porque en la gran mayoría de los casos queda isquemia residual que predispone a los eventos agudos mencionados. Por su parte, el infarto transmural, si es extenso, será causa de insuficiencia cardíaca, aneurisma ventricular, arritmias potencialmente letales y rupturas, lo cual aumenta la mortalidad temprana y evidentemente también lo hace en la fase tardía, aún cuando los cambios adaptativos del corazón intentan mejorar la función ventricular (remodelación ventricular). (16)

El infarto del miocardio afecta principalmente al ventrículo izquierdo, pero sin embargo, entre 25 y 40% de los infartos que afectan la cara diafragmática comprometen al ventrículo derecho.

Además de las causas señaladas, pueden ser causa de infarto: embolización a una arteria coronaria, por trombos o verrugas bacterianas; arteritis coronaria; estenosis aórtica grave; disección de la raíz aórtica. (5)

Fisiopatología.

El riego sanguíneo puede estar obstruido por un trombo en la arteria coronaria.

El sitio y la cantidad de la necrosis dependen del sitio de la oclusión arterial, en la circulación colateral y de infarto o enfermedad previos.

La extensión de la necrosis puede ser:

- i. Transmural: de grosor total (de endocardio a pericardio)
- ii. No transmural: sin onda Q (subendocárdica) (16)

4.4.4 Cuadro Clínico

El síntoma característico es el *dolor retroesternal* (85% de los casos), opresivo, intenso, con sensación de muerte inminente, con irradiación al cuello, hombros, maxilar inferior, brazo izquierdo o ambos brazos (borde cubital). Con frecuencia se irradia al dorso. Habitualmente *dura más de 30 minutos*, puede prolongarse por varias horas. Aparece en el reposo o durante el esfuerzo y no se alivia ni con el reposo ni con los vasodilatadores. Generalmente se acompaña de reacción adrenérgica o vagal.

La *reacción adrenérgica* se debe a la liberación de catecolaminas en respuesta a la agresión aguda y sus manifestaciones son: taquicardia sinusal, aumento del gasto cardíaco y de las resistencias periféricas por vasoconstricción que elevan la presión arterial. En la piel se produce palidez, piloerección y diaforesis fría.

La *reacción vagal* se debe a liberación de acetilcolina y ocurre principalmente en el infarto de la cara diafragmática por fenómeno reflejo (reflejo de Bezold-Jarisch). Se manifiesta por: bradicardia, bajo gasto cardíaco, vasodilatación periférica con hipotensión arterial, salivación excesiva, náusea y frecuentemente broncoespasmo.

En más de la mitad de los casos de infarto agudo del miocardio no existen síntomas premonitorios, y menos de 30% de los pacientes refieren angina previa. (16)

4.4.5 Diagnostico

En 15% de los casos el infarto miocárdico ocurre sin que el paciente sufra dolor, lo que es más frecuente en diabéticos o ancianos y en estos casos el infarto puede manifestarse por signos de bajo gasto cardíaco (choque, síncope, hipotensión postural), por insuficiencia cardíaca (edema pulmonar) o por muerte súbita.

Exploración física

El paciente con infarto agudo del miocardio suele estar inquieto, angustiado, aprensivo y se queja de intenso dolor retroesternal. Puede haber palidez, rasgos afilados, ligera cianosis ungueal. Frecuentemente existe diaforesis profusa y fría (reacción adrenérgica) o bien náusea, sialorrea y broncoespasmo (reacción vagal). La presión arterial suele ser normal o baja. (5)

A la auscultación puede escucharse un IV ruido (por pérdida de distensibilidad de la pared ventricular infartada). El hallazgo de III ruido es signo de insuficiencia cardíaca.

En la etapa aguda del infarto puede auscultarse frote pericárdico. Durante la evolución del infarto, puede aparecer soplo sistólico intenso mesocárdico, lo que sugiere ruptura del septum interventricular. Asimismo la localización apical del soplo sistólico puede deberse a disfunción o ruptura de un músculo papilar con producción de insuficiencia mitral aguda. (16)

Estudio de Gabinete

Electrocardiograma: Permite hacer el diagnóstico de infarto agudo del miocardio en la inmensa mayoría de los casos. Signo de necrosis miocárdica es la aparición de ondas Q anormales. Durante las primeras horas de evolución del infarto, el hallazgo más importante es la elevación del segmento ST-T (lesión subepicárdica) en la fase aguda de la evolución de un infarto en los días siguientes aparecen las ondas Q de necrosis, disminuye la lesión subepicárdica y aparece isquemia subepicárdica (ondas T negativas y simétricas) en el curso de las primeras semanas.

En general son suficientes para el diagnóstico de infarto agudo al miocardio, las manifestaciones clínicas y las alteraciones electrocardiográficas, pero deben complementarse con la determinación de las enzimas plasmáticas para asegurar el diagnóstico.

Otros estudios: El ecocardiograma bidimensional y el sistema Doppler son de utilidad en casos en los que a pesar de los métodos antes mencionados no se puede hacer el diagnóstico o el diagnóstico diferencial. En efecto, el paciente con dolor sugestivo de infarto del miocardio, con cambios no característicos del electrocardiograma, el ecocardiograma puede enseñar hipocinesia, acinesia o discinesia segmentaria que confirme la isquemia miocárdica aguda; asimismo, este estudio puede reconocer casi todas las complicaciones cardíacas de un infarto del miocardio (aneurismas, trombos, rupturas, etc.). (5)

Laboratorio

El dato fundamental es la elevación en la concentración de enzimas plasmáticas y las más frecuentemente estudiadas son: la creatinfosfoquinasa (CPK), la transaminasa glutámico oxaloacética (TGO) y la deshidrogenasa láctica (DHL).

Los exámenes generales de laboratorio suelen mostrar alteraciones inespecíficas como son: leucocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación globular. (5)

4.4.6 Tratamiento

El objetivo principal del tratamiento del infarto agudo del miocardio es evitar la muerte del enfermo, evitar la necrosis del miocardio isquémico en riesgo y la extensión del mismo, evitar la aparición de complicaciones o dar tratamiento a ellas si ya se han presentado.

Para lograr este objetivo se deben observar los siguientes lineamientos:

1. Llevar al paciente a un centro hospitalario a la mayor brevedad posible.
2. Canalizar de inmediato una vena.
3. Calmar el dolor.
4. Limitar el área de infarto (trombolisis coronaria o angioplastia primaria).
5. Prevención de complicaciones.
6. Tratamiento de complicaciones.
7. Rehabilitación.

Tratamiento prehospitalario: Está bien establecido que la mayoría de las muertes por infarto del miocardio ocurren dentro de la primera hora del inicio y que la causa habitual es la fibrilación ventricular. De ahí la importancia del *transporte inmediato del paciente a un centro hospitalario*, preferentemente en una ambulancia equipada con monitoreo electrocardiográfico y desfibrilador, oxígeno y drogas cardiovasculares, principal mente para el tratamiento y prevención de arritmias (lidocaína para arritmias ventriculares y atropina en caso de hipotensión asociada a bradicardia). Lo anterior hace necesaria la instalación de canalización intravenosa.

Alivio del dolor: Medida primordial en el tratamiento de pacientes con infarto agudo del miocardio, ya que el dolor aumenta la ansiedad y la actividad del sistema nervioso autónomo provocando aumento del trabajo y demanda de oxígeno por parte del corazón. Para este propósito, además de la administración de *nitratos por vía sublingual* pueden utilizarse agentes narcóticos como son: *morfina o meperidina*, siendo esta última la más utilizada. Se pueden administrar asociadas a pirazolonas por vía intravenosa, combinando el efecto analgésico y sedante de los fármacos.

Es importante tener cautela con la administración de meperidina a pacientes que presentan depresión del centro respiratorio.

Administración de oxígeno: Su uso es de valor ya que aumenta el PO₂ y es especial mente útil en el paciente con edema pulmonar.

4.4.6.1 Tratamiento Secundario

1. Dieta blanda fraccionada en cinco tomas, con objeto de que la digestión sea fácil y no se aumente por ello significativamente el MVO₂.

2. *Actividad física.*- En la fase aguda y de inestabilidad, el paciente deberá estar en reposo absoluto. Después de que el paciente se ha estabilizado, y si no se encuentra en insuficiencia cardiaca, choque cardiogénico o alguna ruptura, el paciente debe de movilizarse en forma paulatina, iniciando por sentarlo en el sillón y días después iniciando la caminata en forma progresiva, evitando los ejercicios de tipo isométrico.

3. *Sedación.* En la fase aguda del infarto conviene mantener con cierto estado de sedación al paciente, ya que la progresión de eventos graves que pueden causar la muerte, tienen un importante impacto negativo sobre el paciente, por lo que una sedación ligera permite evitar parcialmente este impacto negativo. Se ha encontrado como un fármaco útil para este fin el alprazolán, que se administra a razón de 25 mg. a las 8 y 14 hrs. y 50 mgs a las 22 hrs. En la mayoría de los casos cumple su objetivo. (16)

4.4.6.2 Prevención de las complicaciones

La única forma eficaz para prevenir las complicaciones del infarto del miocardio, es la de reperfundir la arteria coronaria obstruida, evitar que el infarto se forme transmural, evitar la extensión del infarto y la isquemia residual.

Las dos principales complicaciones del infarto del miocardio son las arritmias y la insuficiencia cardiaca.(5)

V. DESARROLLO DE LA METODOLOGIA

5.1 CASO CLÍNICO

Paciente masculino de nombre BALTASAR MORENO PEREZ de 66 años Edad, originario y residente de Morelia Michoacán, casado, con 4 hijos de los cuales 3 son mujeres y uno es hombre, es profesor de secundaria, casa propia que cuenta con todos los servicios, con tres cuartos, una cocina, dos baños.

Mantiene una alimentación a la cual agrega carnes rojas, blancas, leguminosas, tubérculos, leche, huevos, con poca ingesta de líquidos, la comida chatarra es abundante y frecuente, ingiere bebidas alcohólicas 1 vez por mes y dejó el cigarrillo hace 4 años, no hace ejercicio.

Mantiene buenos hábitos higiénicos ya que se baña a diario, cepilla sus dientes tres veces al día, se peina y rasura, usa ropa diferente cada día.

tiene antecedentes de diabetes mellitus T2 de 11 años de detención, controlado con glibencalmida, niega hipertensión arterial, hace 3 años sufrió anemia secundaria ha neomelubrina, niega alérgicos y no tolera el ácido acetil salicílico

Inicia su padecimiento hace 4 horas aproximadamente caracterizado por dolor precordial, opresivo, continuo, se acompaña de náuseas, llega al vómito en una ocasión, hubo diaforesis profusa, por lo que acude al servicio, a su ingreso lo presenta consciente y pálido, con deshidratación de mucosas, no plétora yugular, los ruidos cardiacos son de baja intensidad con frecuencia de 109 X', con soplo holosistólico mitral II/VI, los campos pulmonares con regular aireación, abdomen sin dolor, peristalsis presente, extremidades pélvicas con pulsos presentes.

T/A: 170/100 mm/hg.

Tª 36.7 c°

DX: Infarto agudo del miocardio anterior.

Diabetes mellitus T2

Hipertensión arterial sistémica descontrolada

Anemia crónica

5.2 Valoración por Necesidades

1.- **Necesidad de oxigenación.**- FR 25x', disnea, ligera palidez de tegumentos, mantiene el oxímetro en su dedo medio y cada que se cansa lo cambia de dedo, con saturación de 94 a 99, no presenta datos de dolor y tos, se mantiene con oxigenoterapia a tres l/min. con puntas nasales, en ocasiones se las quita, y al preguntar que por que lo hace, comenta que en ratos se siente bien y por eso lo hace pero al hacer esfuerzo le falta el aire otra vez y se las pone nuevamente, en ocasiones se observa un poco ansioso. Fume durante mucho tiempo pero lo deje hace como 4 años a de ser por eso que a veces siento como que me falta el aire, ahora se me hace mas difícil para respirar, cuando estaba en mi casa no sentía ninguna molestia, bueno solo cuando me enfermaba de tos o gripe, pero ahorita no tengo nada y siento la molestia, yo pienso que es por lo que me paso o no se, también me ayuda mucho el oxígeno que me ponen cuando hago esfuerzo, por que siento que me falta el aire y con eso se me quita rápido.

2.- **Necesidad de comer y beber.**- El señor Baltasar Moreno Pérez no manifiesta ninguna alteración al comer y menciona que mantiene buena alimentación, Come tres veces al día, sin manifestación de dolor o molestia al deglutir, pesa: 84 kg., y mide: 1.73 m., en el hospital mantiene dieta blanda para diabético, incorporando proteínas de origen animal y vegetal, lácteos, legumbres, leguminosas, y colaciones de fruta entre comidas como papaya, guayaba entre otras, hace un comentario, seguido voy a los tacos, como tortas, quesadillas para rápido, eso cuando tengo tiempo por la mañana en el trabajo cuando esta en su casa por la tarde a la hora de la comida por que en el tiempo que el se encuentra trabajando come con frecuencia en la calle tacos, tortas y cuando no alcanzo encargo o voy a la tienda a comprar pan o algo que se me antoje para calmar el hambre y comenta que cuando no estaba en el hospital, unos tres días en promedio por semana consumía comida chatarra en la calle etc.

3.- **Necesidad de eliminación.**- Debido a su Dx medico, al señor Baltasar se le proporciona un pato o un cómodo según sea la necesidad que se presente, en relación con las características de eliminación las heces, son de consistencia dura y no muy abundante aproximadamente 1 evacuación por cada 48 horas, se observa esfuerzo al intentar evacuar y expresión de dolor en el momento, las diuresis son de un promedio de 40 ml por hora, de color turbio y se ve concentrada muy amarilla hace estos comentarios: Antes de que me internaran yo hacia muy bien del baño casi siempre en la mañana, pero desde que me internaron casi el primer día ya no pude hacer del 2, bueno alo mejor por que no

comía nada pero todavía no se me quita y ya tengo tiempo aquí, a veces me dan ganas de hacer del baño pero no puedo o ago muy poco, me causa un poco de dolor y no me acomodo en el cómodo para hacer del baño, a veces me dan ganas de hacer del baño pero no puedo y si hago es bien poquito y me quedo con ganas pero ni puedo, aparte me da vergüenza por que aunque me dejen solo mis hijas o ustedes esta el otro paciente de alado y su hijo.

4.-Necesidad de movimiento y mantener una buena postura.- Su frecuencia cardiaca es de 109 latidos x' con ritmo normal, su presión arterial es de 170/100 mm/hg, se mantiene en posición de decúbito dorsal, no presenta alteración en miembros superiores e inferiores en reposo monitoreo continuo, con movimientos asistidos y con el mínimo esfuerzo por parte del señor Baltasar, se inicia la deambulacion con el apoyo de su familiar sentándolo en la orilla de la cama, se pone muy inquieto cuando dura mucho tiempo acostado o en una sola posición. Comenta: yo o no se por que si puedo hacer las cosas me tienen que estar ayudando, si me canso pero yo puedo, a veces me siento como si no tuviera fuerza, débil, necesito caminar para tomar fuerza de nuevo no.

5.- Necesidad de dormir y descansar.- Duerme en lapsos cortos de tiempo por la noche periodos de 30 a 40 min. Aproximadamente dos o tres veces por noche y durante el día duerme mucho tiempo, al recabar información con sus familiares y compañeras del servicio de los demás turnos, al enlace de los mismos comentan que duerme en el transcurso de la mañana unas tres horas y por la tarde como dos aproximadamente, manifiesta verbalmente que esta cansado de estar acostado y le ocasiona molestia, comenta que no puede dormir en la noche por que no apagan la luz del servicio y hay mucho ruido.

6.-Necesidad de vestirse y desvestirse.- Esta necesidad no presenta alteración, debido a que el señor Baltasar logra sin ningún problema vestir durante el día y cuando quiere desvestirse lo hace sin complicación alguna, al realizar el cambio de ropa de cama logra vestirse y desvestirse sin ningún problema en cuanto a la diversión le gustan los revistas, las sopa de letras etc. Las cuales se las proporcionan sus familiares y se mantiene entretenido mucho tiempo con eso. No se me dificulta ponerme y quitarme la bata aparte de que esta fácil y en mi casa pues yo me cambio solo no ocupo ayuda de nadie.

7.-Necesidad de mantener la temperatura corporal. Su temperatura es de 36.5 °c, sudoración cutánea normal, al tacto las extremidades se encuentran a temperatura calida, el entorno cuenta con todos los servicios para contrarrestar las condiciones ambientales y no permitir enfriamientos ni

calentamiento corporal, además de que cuenta con los recursos materiales como cobijas y cobertores que sus familiares le proporcionan para mantener la temperatura corporal dentro de las cifras normales. No tengo frío, en la noche un poco pero me cobijo y rápido se me quita normalmente no soy tan friolento solo en temporada de frío, si me abrigo pero nada mas.

8.- Necesidad de mantener la higiene y proteger la piel. El señor Baltasar recibe baño de esponja cada dos días, se rasura cuando lo bañan, cepilla dientes tres veces al día y se peina a diario, su familia le proporciona todo lo que requiere como rastrillo, desodorante, crema, talco, ya que el menciona que la presentación es lo mas importante en una persona, aun que uno ya este grande necesita estar bien no.

9.- Necesidad de evitar peligros.- A intentado levantarse de la cama, lo cual no le representa ninguna dificultad, pero realizando un gran esfuerzo, no hace conciencia de su enfermedad y no acepta indicaciones del personal femenino de enfermería, por lo que se altera y agrede verbalmente al mismo, no hace conciencia de enfermedad, no pone mucho empeño de su parte para su recuperación, ya que no lleva acabo todas las indicaciones que se le dan comenta: No tengo nada, yo no se por que estoy aquí y luego quieren que haga cosas que no quiero, quieren que este todo el día acostado y sin moverme, creen que no me canso y hay unas enfermeras se enojan, como ellas no están aquí, y algunas ni saben les pregunto y no contestan.

10.- Necesidad de comunicarse.- Su expresión verbal es clara, ya que se le entiende perfectamente todo lo que dice, en ocasiones es incoherente en algunas cosas ya que yo al decirle mi nombre siempre me lo cambia y me llama Toño, me comentan sus hijas que Toño es su hijo pero que no estaba ahí, que me parecia un poco a el y me pregunta cosas relacionadas con su vida y con el trabajo de toño, de acuerdo a sus comentarios, siente que mantiene una buena relación con su familia aun que con algunas personas prefiere no hablar, es un poco reservado y se percibe en ocasiones enojo, apatía y en ocasiones no contesta cuando el personal de enfermería saluda. Con sus hijas Tiene buena comunicación, su situación a ocasionado que sus hijas se acerquen mas y demuestran interés debido a su situación actual. Comenta siempre he tenido buena comunicación con todos mis hijos, últimamente mas con mis hijas por que siempre están con migo y mi esposa pues, también hablamos mucho solo que ella casi no viene al hospital por que se pone muy nerviosa.

11.- Necesidad de vivir con sus valores y creencias.- Tiene imágenes religiosas en la cabecera de su cama de diferentes santos de la religión católica, en el buró tiene un rosario que su hija le regalo,

comenta que sus tradiciones familiares es reunirse en eventos especiales y fechas importantes para convivir con sus hijos (as), no he visto que rece y no a mencionado nada sobre su religión, pero si dice que dios siempre le ha ayudado, que tiene firmes sus creencias de respeto, humildad, aunque en ocasiones es irrespetuoso con las compañeras enfermeras al contestar.

Con migo siempre mantuvo un ambiente de respeto y confianza, contestaba muy bien a las preguntas que le hacia y en ocasiones llegaba a bromear. .

Su hija menciona que siempre les hablaba de valores del respeto hacia las personas, que fueran humildes y responsables y trabajadores y que el es muy respetuoso pero que no saben por que se comporta así en el hospital con algunas enfermeras en especial, que no con todas es así.

Dice: Me gusta ser respetuoso pero algunas cosas me enojan.

12.-Necesidad de ocuparse de su propia realización. En este sentido se le ve satisfecho de acuerdo a sus comentarios positivos en relación con lo que a sido su vida, comenta que tiene un buen trabajo en la sep, que le dio buena educación a sus hijos y que a su esposa nunca le faltó nada. Mantiene su rol de padre, esposo, y amigo.

Que mas puedo pedir, solo seguir trabajando, tengo casa, carro gracias a dios nunca me faltó nada, como hombre pues siempre tuve todo, en confianza mira en relación al sexo pues no me quejo, pues hay tengo mis hijos, creo que e cumplido bien con todo.

13.-Necesidad de participar en actividades recreativas.-El señor Baltasar tiene algunas revistas que sus hijos le han llevado y lo e visto leyendo en ocasiones cuando paso a realizar algún procedimiento de enfermería, tiene un libro de juegos, sopa de letras, laberintos lee revistas y comenta que le gusta jugar domino y algunos otros juegos de mesa, cartas, tiene una televisión portátil que sus hijas la proporcionaron y ve algunos programas aun que hace el comentario que le aburre ver mucho tiempo la televisión, programas de deportes y noticias, en cuestión de deporte menciona que no fue bueno para practicarlo pero que si le gusta ver el fut bool por televisión, comenta que su equipo favorito es el Morelia, camino poco, casi no me gusta salir de mi casa, no salgo mucho, algunos compañero de trabajo me visitan seguido en mi casa el fin de semana y pues hay se me va el rato.

14.- Necesidad de aprender. Observe que no conoce mucho sobre su enfermedad ya que hace muchas preguntas como que le va a pasar, si se va a morir, como va a quedar, muestra interés de saber mas sobre su padecimiento actual ya que menciona que le gustaría leer algo sobre infarto.

Comenta que ha leído sobre la diabetes, en revistas trípticos y en ocasiones ha visto algunos reportajes en televisión y por eso se cuida más o menos, dice que le gustaría tener más información

pero que este nuevo problema le ocasionaba angustia pero no sabia que era, que el medico le comento algo sobre lo que le pasaba, y que le gustaría saber un poco mas sobre las cosas que le pasan, pero pues solo comentarios cuando pasan visita.

Me pidió que le consiguiera algo sobre el infarto, pues para darse una idea expresa: me gustaría leer un poco de la enfermedad para saber lo que tengo, me gusta leer los trípticos que dan en la clínica y a veces en las revistas que compran mis hijas hay reportajes de las enfermedades y pues como de por si ya tengo diabetes me gusta leer para cuidarme pero pues ya vez según yo me cuidaba y ve lo que me paso, no se ni por que me paso y por que me paso a mi si según me cuido.”

5. 3 Clasificación de Necesidades y Datos Objetivos y Subjetivos

Necesidad	Datos Objetivo	Datos Subjetivos
1. Oxigenación.	FR 25x', disnea, ligera palidez de tegumentos, mantiene el oxímetro en su dedo medio y cada que se cansa lo cambia de dedo, con saturación de 94 a 99, no presenta datos de dolor y tos, se mantiene con oxigenoterapia a tres l/min. con puntas nasales, en ocasiones se las quita, y al preguntar que por que lo hace, comenta que en ratos se siente bien y por eso lo hace pero al hacer esfuerzo le falta el aire otra vez y se las pone nuevamente, en ocasiones se observa un poco ansioso.	<p>“ahora se me hace mas difícil para respirar, cuando estaba en mi casa no sentía ninguna molestia, bueno solo cuando me enfermaba de tos o gripe, pero ahorita no tengo nada y siento la molestia, yo pienso que es por lo que me paso o no se.”</p> <p>“me ayuda mucho el oxígeno que me ponen cuando hago esfuerzo, por que siento que me falta el aire y con eso se me quita rápido”.</p>
2. Nutrición	<p>Come tres veces al día,</p> <p>En el hospital mantiene dieta blanda para diabético, y colaciones de fruta entre comidas como papaya, guayaba entre otras.</p> <p>Pesa: 84 kg.</p> <p>Mide: 1.73 m.</p>	<p>“seguido voy a los tacos, como tortas, quesadillas para rápido, eso cuando tengo tiempo por la mañana en el trabajo.”</p> <p>“cuando no alcanzo encargo o voy a la tienda a comprar pan o algo que se me antoje para calmar el hambre.”</p> <p>incorpora proteínas de origen animal y vegetal, lácteos, legumbres, leguminosas, grasa y comenta que cuando no estaba en el hospital, unos tres días en promedio por semana consumía comida chatarra en la calle.</p>
3. Eliminación	<p>Heces de consistencia dura, no muy abundante aproximadamente 1 evacuación por cada 48 horas y las diuresis son de un promedio de 40 ml por hora, de color turbio y se ve concentrada muy amarilla.</p> <p>Se observa esfuerzo al intentar evacuar, y expresión de dolor en el momento.</p>	<p>“No puedo hacer del baño, me causa un poco de dolor”</p> <p>“No me acomodo en el cómodo para hacer del baño”</p> <p>“A veces me dan ganas de hacer del baño pero no puedo y si ago es bien poquito y me quedo con ganas pero ni puedo, aparte me da vergüenza por que aunque me dejen solo mis hijas o ustedes esta el otro paciente de alado y su hijo.”</p>

<p>4. Necesidad de movimiento y mantener una buena postura</p>	<p>Posición de decúbito dorsal, se mantiene con monitoreo continuo, el mayor tiempo posible se mantiene en reposo ya que se pone muy inquieto cuando dura mucho tiempo acostado o en una sola posición, con movimientos asistidos, se inicia la deambulacion con el apoyo de su familiar, sentándolo en la orilla de la cama solamente y moviendo los pies.</p> <p>No presenta alteración en miembros superiores e inferiores, los movimiento que realiza solo se le asiste para disminuir el esfuerzo, prevenir la fatiga y disminuir la falta de oxígeno en su organismo.</p>	<p>“ya no quiero estar acostado”</p> <p>“Yo no se por que si puedo hacer las cosas me tienen que estar ayudando, si me canso pero yo puedo”</p> <p>“me siento como si no tuviera fuerza, débil, necesito caminar para tomar fuerza de nuevo no?”.</p>
<p>5.- Necesidad de dormir y descansar.</p>	<p>Duerme en lapsos cortos de tiempo por la noche (periodos de 30 a 40 min. Aproximadamente dos o tres veces por noche) y durante el día duerme periodos largos y continuos (al recabar información con sus familiares y compañeras del servicio de los demás turnos, al enlace de los mismos comentan que duerme en el transcurso de la mañana unas tres horas y por la tarde como dos aproximadamente)</p>	<p>“estoy cansado de la cama”</p> <p>“hay mucho ruido y no puedo dormir”</p> <p>“casi no puedo dormir por la noche, con las luces prendidas”</p>
<p>6.-Necesidad de vestirse y desvestirse.</p>	<p>Al realizar el cambio de ropa de cama logra vestirse y desvestirse sin ningún problema.</p>	<p>“No se me dificulta ponerme y quitarme la bata aparte de que esta fácil y en mi casa pues yo me cambio solo no ocupo ayuda de nadie.”</p>
<p>7.-Necesidad de mantener la temperatura corporal.</p>	<p>Tª 36.5 °c, sudoración cutánea normal, al tacto las extremidades se encuentran a temperatura calida, cuenta con los recursos materiales como cobijas y cobertores que sus familiares le proporcionan para mantener la temperatura corporal dentro de las cifras normales.</p>	<p>“no tengo frío, en la noche un poco pero me cobijo y rápido se me quita”</p> <p>“normalmente no soy tan friolento solo en temporada de frío, si me abrigo pero nada mas”.</p>

<p>8.- Necesidad de mantener la higiene y proteger la piel.</p>	<p>Recibe baño de esponja cada dos días, se rasura cuando lo bañan, cepilla dientes tres veces al día y se peina a diario, su familia le proporciona todo lo que requiere como rastrillo, desodorante, crema, talco.</p>	<p>“la presentación es lo mas importante en una persona, aun que uno ya este grande necesita estar bien no”</p>
<p>9.- Necesidad de evitar peligros.</p>	<p>Intenta levantarse de la cama solo, realizando un gran esfuerzo. No acepta indicaciones de algunas compañeras enfermeras. Agrede y ofende verbalmente con palabras antisonantes. No hace conciencia de enfermedad. No pone mucho empeño de su parte para su recuperación, ya que no lleva acabo todas las indicaciones que se le dan.</p>	<p>. “No tengo nada, yo no se por que estoy aquí y luego quieren que haga cosas que no quiero, quieren que este todo el día acostado y sin moverme, creen que no me canso y hay unas enfermeras se enojan, como ellas no están aquí, y algunas ni saben les pregunto y no contestan”.</p>
<p>10.- Necesidad de comunicarse.</p>	<p>La expresión verbal clara, ya que se le entiende perfectamente todo lo que dice. Confunde a las personas. En ocasiones es incoherente en algunas cosas ya que yo al decirle mi nombre siempre me lo cambia y me llama Toño, me comentan sus hijas que Toño es su hijo pero que no estaba ahí que me parecia un poco a el y me pregunta cosas relacionadas con su vida y con el trabajo de toño. Siente que mantiene una buena relación con su familia aun que con algunas personas prefiere no hablar, es un poco reservado y se percibe en ocasiones enojo, apatía y en ocasiones no contesta cuando el personal de enfermería saluda. Con sus hijas Tiene buena comunicación.</p>	<p>“ siempre he tenido buena comunicación con todos mis hijos, últimamente mas con mis hijas por que siempre están con migo y mi esposa pues, también hablamos mucho solo que ella casi no viene al hospital por que se pone muy nerviosa”</p>
<p>11.- Necesidad de vivir con sus valores y creencias.</p>	<p>Tiene imágenes religiosas en la cabecera de su cama de diferentes santos de la religión católica, en el buró tiene un rosario que su hija le regalo. No he visto que rece y no a mencionado nada sobre su religión, pero si dice que dios siempre le ha ayudado.</p>	<p>“Me gusta ser respetuoso pero algunas cosas me enojan” Refiere se católico, aun que no va muy seguido a misa pero cree en dios y en los santos.</p>

	<p>Comenta que tiene firmes sus creencias de respeto, humildad, aunque en ocasiones es irrespetuoso con las compañeras enfermeras al contestar. Con migo siempre mantuvo un ambiente de respeto y confianza, contestaba muy bien a las preguntas que le hacia y en ocasiones llegaba a bromear. Su hija menciona que siempre les hablaba de valores del respeto hacia las personas, que fueran humildes y responsables y trabajadores.</p>	<p>Sus hijas comentan que es muy respetuoso pero que no saben por que se comporta así en el hospital con algunas enfermeras en especial, que no con todas es asi.</p>
<p>12.-Necesidad de ocuparse de su propia realización.</p>	<p>Mantiene su rol de padre, esposo, y amigo. En este sentido se le ve satisfecho de acuerdo a sus comentarios positivos en relación con lo que a sido su vida, comenta que tiene un buen trabajo en la sep, que le dio buena educación a sus hijos y que a su esposa nunca le faltó nada.</p>	<p>“Que mas puedo pedir, solo seguir trabajando, tengo casa, carro gracias a dios nunca me faltó nada”. “como hombre pues siempre tuve todo, en confianza mira en relación al sexo pues no me quejo, pues hay tengo mis hijos, creo que e cumplido bien con todo.”</p>
<p>13.-Necesidad de participar en actividades recreativas.</p>	<p>Tiene algunas revistas que sus hijos le han llevado y lo e visto leyendo en ocasiones cuando paso a realizar algún procedimiento de enfermería. Tiene un libro de juegos, sopa de letras, laberintos. Tiene una televisión portátil que sus hijas la proporcionaron y ve algunos programas aun que hace el comentario que le aburre ver mucho tiempo la televisión. En cuestión de deporte menciona que no fue bueno para practicarlo pero que si le gusta ver el fut bool por televisión, comenta que su equipo favorito es el Morelia.</p>	<p>“Me gusta el domino, las cartas camino poco, casi no me gusta salir de mi casa, no salgo mucho”. “algunos compañero de trabajo me visitan seguido en mi casa el fin de semana y pues hay se me va el rato.” “me gusta el fut, le voy al monarcas y casi no me pierdo ni un partido”.</p>

<p>14.- Necesidad de aprender.</p>	<p>Observe que no conoce mucho sobre su enfermedad ya que hace muchas preguntas como que le va a pasar, si se va a morir, como va a quedar, muestra interés de saber mas sobre su padecimiento actual ya que menciona que le gustaría leer algo sobre infarto. Comenta que ha leído sobre la diabetes, en revistas trípticos y en ocasiones ha visto algunos reportajes en televisión y por eso se cuida más o menos. Me pidió que le consiguiera algo sobre el infarto, pues para darse una idea.</p> <p>Hace muchas preguntas como cuanto tiempo voy a estar así, cuando me voy a ir a mi casa, me voy a recuperar, por que me paso a mi.</p>	<p>“me gustaría leer un poco de la enfermedad para saber lo que tengo” “me gusta leer los trípticos que dan en la clínica y a veces en las revistas que compran mis hijas hay reportajes de las enfermedades y pues como de por si ya tengo diabetes me gusta leer para cuidarme pero pues ya vez según yo me cuidaba y ve lo que me paso, no se ni por que me paso y por que me paso a mi si según me cuido.”</p>
------------------------------------	---	--

5.4 Calcificación de Datos Significativo y diagnósticos encontrados

Necesidad Alterada	Datos significativos	Diagnóstico
1. Oxigenación	<p>FR 25x', disnea, ligera palidez de tegumentos, el oxímetro en su dedo medio, con saturación de 94 a 99 en promedio.</p> <p>Oxigenoterapia a tres l/min.</p> <p>Puntas nasales.</p> <p>En ocasiones se observa un poco ansioso.</p> <p>“ahora se me hace mas difícil para respirar”</p> <p>“siento que me falta el aire”</p>	<p>Intolerancia a la actividad, relacionado con la fisiopatología del infarto agudo al miocardio, manifestada por fatiga, ansiedad, palidez aumento en la frecuencia respiratoria y cardiaca al realizar actividad.</p>
3. Eliminación	<p>Heces de consistencia dura, 1 evacuación por cada 48 horas aproximadamente.</p> <p>Se observa esfuerzo al intentar evacuar</p> <p>Diuresis de 40 ml./h. aproximadamente, de color turbio y se ve concentrada.</p> <p>“No puedo hacer del baño, me causa un poco de dolor”</p> <p>“A veces me dan ganas de hacer del baño pero no puedo y si ago es bien poquito y me quedo con ganas”</p>	<p>Estreñimiento relacionado con disminución del peristaltismo, descenso en la actividad y cambio en la dieta, manifestado por heces de consistencia dura, esfuerzo excesivo para evacuar y poca cantidad de heces.</p>
5.- Necesidad de dormir y descansar	<p>Duerme en lapsos cortos de tiempo por la noche Periodos de 30 a 40 min.</p> <p>Aproximadamente dos o tres veces por noche y durante el día duerme mucho tiempo en el transcurso de la mañana unas tres horas y por la tarde como dos aproximadamente.</p> <p>“Casi no puedo dormir por la noche, con las luces prendidas, hay mucho ruido”.</p>	<p>Alteración del patrón de sueño relacionado con estrés psicológico y cambio del medio físico, manifestado por dificultad para conciliar el sueño, e interrupciones y cambios en la conducta.</p>
9.- Necesidad de evitar peligros.	<p>Intenta levantarse de la cama solo, realizando un gran esfuerzo.</p> <p>No pone mucho empeño de su parte para su recuperación, ya que no lleva acabo todas las indicaciones que se le dan.</p> <p>No acepta indicaciones de algunas compañeras enfermeras.</p> <p>“No tengo nada yo no se por que estoy aqui”</p>	<p>Manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con falta de información y falta de confianza con el personal sanitario, manifestado por no poner empeño para su recuperación, seguimiento inexacto de indicaciones y verbalización de que algunas enfermeras les faltan conocimiento.</p>

<p>14.- Necesidad de aprender.</p>	<p>Observe que no conoce mucho sobre su enfermedad ya que hace muchas preguntas como que le va a pasar, si se va a morir, como va a quedar. Muestra interés de saber mas sobre su padecimiento actual ya que menciona que le gustaría leer algo sobre infarto. Hace muchas preguntas como cuanto tiempo voy a estar así, cuando me voy a ir a mi casa, me voy a recuperar, por que me paso a mi. “me gustaría leer un poco de la enfermedad para saber lo que tengo”</p>	<p>Déficit de conocimientos relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener información, manifestado por hacer una serie de preguntas en relación con la patología, seguimiento inexacto de indicaciones y expresión verbal.</p>
------------------------------------	--	--

5.5 Jerarquización de Diagnósticos.

Diagnósticos	Necesidad alterada
<p>1. Intolerancia a la actividad, relacionado con la fisiopatología del infarto agudo al miocardio, manifestada por fatiga, ansiedad, palidez aumento en la frecuencia respiratoria y cardiaca al realizar actividad.</p>	<p>Oxigenación</p>
<p>2. Estreñimiento relacionado con disminución del peristaltismo, descenso en la actividad y cambio en la dieta, manifestado por heces de consistencia dura, esfuerzo excesivo para evacuar y poca cantidad de heces.</p>	<p>Eliminación</p>
<p>3. Alteración del patrón de sueño relacionado con estrés psicológico y cambio del medio físico, manifestado por dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido y cambios en la conducta.</p>	<p>Necesidad de dormir y descansar</p>
<p>4. Manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con falta de información y falta de confianza con el personal sanitario, manifestado por no poner empeño para su recuperación, seguimiento inexacto de indicaciones y verbalización de que algunas enfermeras les faltan conocimiento.</p>	<p>Necesidad de evitar peligros</p>
<p>5. Déficit de conocimientos relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener información, manifestado por hacer una serie de preguntas en relación con la patología, y expresión verbal.</p>	<p>Necesidad de aprender</p>

5.6 Diagnósticos

Necesidad de Oxigenación	
<p>Diagnostico de Enfermería:</p> <p>Intolerancia a la actividad, relacionado con la fisiopatología del infarto agudo al miocardio, manifestada por fatiga, ansiedad, palidez aumento en la frecuencia respiratoria y cardiaca al realizar actividad.</p> <p>Objetivo general:</p> <p>El señor Baltasar tolerara y progresara en la actividad física.</p>	<p>Datos Generales y significativos.</p> <p>FR 25x', disnea, ligera palidez de tegumentos, el oxímetro en su dedo medio, con saturación de 94 a 99 en promedio.</p> <p>Oxigenoterapia a tres l/min.</p> <p>Puntas nasales.</p> <p>En ocasiones se observa un poco ansioso.</p> <p>“ahora se me hace mas difícil para respirar”</p> <p>“siento que me falta el aire”.</p> <p>Resultado esperado:</p> <p>Identificar resultados que agraven la intolerancia a la actividad.</p> <p>Identificar factores para reducir la intolerancia a la actividad.</p>
<p>Intervenciones y acciones específica</p> <p>Toma de constantes vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Tomar pulso, respiración y tensión arterial en reposo. ↳ Tomar las constantes vitales inmediatamente después de la actividad. ↳ Hacer que la persona descanse durante tres minutos y valorar nuevamente las constantes vitales. <p>Fomento a la actividad</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Aumentar la tolerancia de la persona a la actividad, sentándose en la orilla de la cama, moviendo los pies y parándose a un lado de su cama por lo menos tres veces al día. ↳ Que un familiar ayude a levantarse y sostenerse por lo menos cada 4 horas, y que haga ejercicio pasivo, mover los pies, las manos en forma de círculo con movimientos repetitivos de forma lateral. <p>Cuidados cardiacos</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Identificar signos y síntomas de un infarto agudo al miocardio recurrente. ↳ Pedirle a Baltasar que informe de cualquier 	<p>Fundamentación científica de las acciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La respuesta de una persona a la actividad, puede evaluarse comparando las constantes vitales antes y después de la actividad. Estos parámetros, a su vez se comparan con el tiempo de recuperación, el tiempo necesario para que la tensión arterial, pulso y frecuencia respiratoria vuelvan a los valores previos a la actividad. • La tolerancia a la actividad se consigue ajustando progresivamente la frecuencia, la duración y la intensidad de la actividad hasta que se alcance un nivel deseado. • Los síntomas de intolerancia a la actividad se alivian con el descanso. • La intervención de enfermería para la intolerancia a la actividad fomenta a la participación en actividades, con el fin de que la persona alcance el grado de actividad deseado para el régimen terapéutico.

<p>cambio o molestia que tenga al estar realizando los ejercicios</p> <p>↳ Observar a Baltasar cuando realice su actividad.</p>	
<p>Evaluación del Plan de cuidados:</p> <p>En cuanto a la toma de constantes vitales se llevo acabo paulatinamente, debido a que no todo el tiempo estaba con el paciente, pero en los momentos que estuve en contacto con el si se llevaron a cabo las tomas de las constantes, con el apoyo de un reloj, un baumanometro y un estetoscopio, hice el chequeo de la presión arterial, F/C en reposo, justo después de que realizaba algo de ejercicio y tres minutos después de haber estado en reposo.</p> <p>Gracias a la toma de constantes vitales en diferentes tiempos nos dimos cuenta de que el ejercicio era un poco acelerado debido a que las cifras de la T/A se disparaban hasta por 40 mg/hg (160/90) arriba de las cifras normales (120/80), pero se redujo el ejercicio y el esfuerzo y con el paso del tiempo de aproximadamente 8 días, y las cifras se normalizaron y llego a tener 130/80 a las tres minutos depuse de la toma de la T/A al haber realizado algo de ejercicios, por lo cual su capacidad de recuperación esta mejorando notablemente y hasta el momento se sigue aumentando en tiempo e intensidad, sin esfuerzo excesivo.</p> <p>Los ejercicios que estuvo realizando fueron los siguientes:</p> <p>Con la ayuda de un familiar en los momentos en que yo no me encontraba con Baltasar se sentaba en la orilla de la cama y movía los pies hacia atrás y adelante, si en ese momento no sentía nada seguíamos con los ejercicios, con Baltasar ya de pie a una orilla de la cama le pedía que moviera sus manos atrás y adelante en forma de columpio, lento pero constante y sin tanto esfuerzo, y se le pidió a Baltasar en todo momento que si sentía dolor, molestia, nauseas, o algún otro síntoma lo manifestara de inmediato, y por supuesto también estuve siempre pendiente de cualquier dato significativo como la facies de dolor, gestos, sonidos etc., que indicaran alguna complicación.</p> <p>Don Baltasar mantuvo buena cooperación y participación para su recuperación en algunas ocasiones no se llevo acabo el ejercicio debido a que el decía que estaba cansado y por lo tanto lo dejábamos descansar, los ejercicios se realizaban una o dos veces por día.</p>	

Necesidad Eliminación	
<p>Diagnostico de Enfermería:</p> <p>Estreñimiento relacionado con disminución del peristaltismo, descenso en la actividad y cambio en la dieta, manifestado por heces de consistencia dura, esfuerzo excesivo para evacuar y poca cantidad de heces.</p> <p>Objetivo general:</p> <p>Baltasar recuperara el patrón de evacuación que tenia de manera habitual antes de ingresar al hospital.</p>	<p>Datos Generales y significativos.</p> <p>Heces de consistencia dura, 1 evacuación por cada 48 horas aproximadamente. Se observa esfuerzo al intentar evacuar Diuresis de 40 ml./h. aproximadamente, de color turbio y se ve concentrada. “No puedo hacer del baño, me causa un poco de dolor” “A veces me dan ganas de hacer del baño pero no puedo y si ago es bien poquito y me quedo con ganas”.</p> <p>Resultado esperado:</p> <p>Describir los factores que fomentan un hábito intestinal eficaz.</p>
<p>Intervenciones y acciones específica</p> <p>Manejo de la nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra (frutas, verduras, hortalizas, cereales). ↳ Incluir aproximadamente 800 gr. De fruta y verdura, para el movimiento intestinal diario normal. <p>Manejo de líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Favorecer la ingesta oral, proporcionando una jarra con agua e insistiendo en su consumo. ↳ Fomentar el consumo de al menos 2 litros de agua de 6 a 8 vasos al día. ↳ Recomendar beber 1 vaso de agua caliente unos 30 min., antes del desayuno. <p>Medio ambiente terapéutico</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Insistir en evitar esfuerzos intensos. ↳ Administrar reblandecedores fecales si es necesario. ↳ Proporcionar intimidad durante la evacuación cerrando la puerta, correr las cortinas, ventilar la habitación y pedirle al paciente que llame en caso de dolor torasico. ↳ Ayudar a utilizar el cómodo elevando la cabecera de la cama hasta la posición de alta fowler. 	<p>Fundamentación científica de las acciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Un hábito intestinal normal se mantiene mediante u aporte diario de fibra, 6 a 8 vasos de agua y ejercicio. ○ Para mantener un hábito intestinal y una consistencia adecuada de las heces es necesario consumir al menos 2 litros de líquidos al día. ○ Una dieta equilibrada y rica en fibra estimula el peristaltismo. ○ La frecuencia y la consistencia de las heces esta relacionada con los líquidos y los alimentos ingeridos. La fibra aumenta la masa fecal y facilita la absorción de líquido a las heces. El aporte adecuado de líquidos y fibra en la dieta, favorece la formación de unas heces firmes pero blandas y bien formadas y disminuye el riesgo de heces duras, secas y difíciles de evacuarla actividad física mejora el peristaltismo, ayuda la digestión y facilita la evacuación. ○ Los laxantes alteran el programa de reducción intestinal por que hacen que gran parte del intestino se vacíe y pueden programar defecaciones no programadas. El empleo prolongado de ayuda para la defecación puede producir heces sin consistencia que dificultan el programa intestinal y el control de la

	<p>defecación. Si la dieta y el aporte de líquidos es el adecuado probablemente no se necesiten ablandadores fecales. Los enemas provocan una sobredistensión secundaria de una hipotonía del intestino que contribuye a agravar el estreñimiento.</p>
<p>Evaluación del Plan de cuidados:</p> <p>El reposo absoluto que tubo que llevar, el poco alimento que consumía y la casi nula ingesta de líquidos, le ocasiono estreñimiento y aunado a eso la expresión de Baltasar de que le daba pena por que había otras personas al lado cuando quería evacuar por lo tanto se aguantaba.</p> <p>Teniendo estos datos en mente formule mis cuidados y pedí a los familiares que mantuvieran una jarra con agua en su cubículo y que insistieran constantemente para que tomara y de esta manera contrarrestar el problema, comente a los familiares que por lo menos debía de tomar 8 vasos de agua al día para restablecer su evacuación normal, la dieta también juega un papel importante en este sentido por lo que al realizar una serie de preguntas al señor Baltasar de por que no consumía alimento, y el comentario que la comida del hospital no le gustaba y prefería no comer, con esto como barrera para que comiera le pedí a los familiares que compraran fruta, le llevaran verdura cocida para que estuviera comiendo como colaciones, en lo que sus hijas estuvieron de acuerdo y lo hicieron así.</p> <p>Otro de los problemas era el espacio ya que Baltasar no podía realizar tanto esfuerzo y no podía retirarse de su cama tenia que evacuar en un cómodo, lo cual era incomodo para el por varias razones, comentaba que no se acomodaba, que había gente al otro lado y le daba pena y barias cosas mas en relación a eso por lo que tomamos las siguientes acciones:</p> <p>Les explique el mecanismo de la cama ya que se podía dar posición solo que ellas no sabían como, ya con Baltasar casi sentado en su cama con el cómodo se les pedía a los familiares el otro cubículo que si podían salir un momento en lo que evacuaba, también sus hijas le proporcionaron un desodorante el cual roseaba un poco al terminar para el olor.</p> <p>Al transcurso de 5 días y con el apoyo absoluto de sus familiares al insistir con la ingesta de líquidos y las colaciones se fue restableciendo su ciclo habitual y también cambiaron las características de la heces no tan duras, mas abundantes y lo mas importante mucho menos esfuerzo, al dar la posición a la cama, rosear desodorante y abrir las ventanas, cambio un poco el ambiente para Baltasar y aun que todavía le daba un poco de pena evacuar ya lo realizaba con menos problemas.</p>	

Necesidad de dormir y descansar	
<p>Diagnostico de Enfermería:</p> <p>Alteración del patrón de sueño relacionado con estrés psicológico y cambio del medio físico, manifestado por dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido y cambios en la conducta.</p> <p>Objetivo general:</p> <p>Baltasar recuperara su patrón de sueño habitual.</p>	<p>Datos Generales y significativos.</p> <p>Duerme en lapsos cortos de tiempo por la noche Periodos de 30 a 40 min. Aproximadamente dos o tres veces por noche y durante el día duerme mucho tiempo en el transcurso de la mañana unas tres horas y por la tarde como dos aproximadamente.</p> <p>“Casi no puedo dormir por la noche, con las luces prendidas, hay mucho ruido”.</p> <p>Resultado esperado:</p> <p>Se describirán los factores que impiden o inhiben el sueño.</p> <p>Se identificaran las técnicas para inducir el sueño.</p>
<p>Intervenciones y acciones específica:</p> <p>Identificar los factores etiológicos o relacionados.</p> <p>↳ Identificar en conjunto con Baltasar, los factores que no le permiten conciliar el sueño por la noche.</p> <p>Manejo ambiental.</p> <p>↳ Reducir o eliminar las distracciones ambientales y las interrupciones del sueño.</p> <p>↳ Ajustar el ambiente para favorecer el sueño (luz, ruido, temperatura, posición).</p> <p>Aumentar las actividades diurnas.</p> <p>↳ Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que lo mantenga activo y favorezca el estado de vigilia.</p> <p>↳ Identificar cuales son las actividades que mas le gustan a Baltasar para alentarlos a que los realice.</p> <p>↳ Los familiares proporcionaran los elementos necesarios para que el señor Baltasar realice actividades durante el día.</p> <p>↳ Incorporar a la familia al cuidado y estimulo para que Baltasar se mantenga despierto durante el día.</p> <p>Favorecer el sueño</p> <p>↳ Se determinara un esquema de sueño para Baltaza, para que durante el día solo duerma un</p>	<p>Fundamentación científica de las acciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◉ Aun que muchos piensan que una persona necesita 8 horas de sueño cada noche, no existen pruebas científicas que confirmen esta idea. Las necesidades individuales de sueño varían notablemente, por lo general una persona que puede relajarse y descansar fácilmente, necesita menos horas de sueño para sentirse renovado. Con la edad suele disminuir el tiempo de sueño total. ◉ El sueño es difícil sin relajación. El ambiente extraño el hospital puede dificultar la relajación. ◉ Los investigadores han mencionado que los principales impedimentos para el sueño de los clientes en el hospital, son la actividad, el ruido, el dolor, el estado físico, los procedimientos de enfermería, las luces, las tiendas de vapor y la hipotermia. ◉ El ruido ambiental que es imposible eliminar o reducir, puede enmascarse con ruidos blancos, como ventiladores, música suave, sonidos gravados etc. ◉ Los patrones del sueño irregulares, pueden alterar los ritmos circadianos normales, conduciendo a problemas del sueño.

promedio de 1 hora y el tiempo restante se mantenga despierto.

↳ Ayudar al paciente a que establezca una rutina como leer, escuchar música, platicar para inducir el sueño.

Evaluación del Plan de cuidados:

En conjunto con el señor Baltasar, y llevándolo con una serie de preguntas fuimos identificando cuales eran los factores que no le permitían dormir por la noche y llegamos a la conclusión que eran en primer lugar las luces encendidas, el ruido, la incomodidad de la cama, los mosquitos y que las enfermeras le interrumpían el sueño cuando pasaban a dar medicamento o a cambiar su suero.

Por lo que decidí tomara algunas acciones sobre las que se podía cambiar algo y así reducir los factores que no lo dejaban dormir. Le pedí a sus familiares que llevaran una plaquita para repeler los mosquitos y así eliminar ese factor, en cuestión con las luces solo se dejaban encendidas la de los pacillos la de los cubículos se mantuvo apagada y así aminoro eso otro factor aun que no se pudo eliminar ya no molestaba tanto, en tanto a la cama no se pudo hacer tanto solo el cambio de posición de Baltasar, y dándole diferentes posiciones a la cama, con respecto al ruido y al paso de enfermería para realizar sus actividades no se pudo hacer nada pero se lograron contrarrestar otros factores.

Un aspecto importante es también que duerme aproximadamente 6 horas en el transcurso del día lo que le quitaba el sueño por la noche, por lo que tomamos algunas acciones en conjunto con su familia tales como no dejarlo dormir tanto en el día dándole revistas de su interés, libros e invitándolo y animándolo a hacer otras cosas como juegos de mesa o simplemente charlar para espantar el sueño y agotando sus energías para que por la noche pudiese conciliar el sueño.

Esto se logro pero tuvo poca influencia para que Baltasar ya no durmiera tanto por el día, ya que ser molestaba y no hacia nada y de todas maneras dormía solo que si se redujo por lo menos el tiempo de descanso de aproximadamente 6 horas a unas 3, y por la noche ya tenia dormido, lapsos de tiempo mas amplios como de una hora y media pero continuos solo despertaba para orinar aun que le costaba algo de tiempo reconciliar el sueño lo lograba.

En conclusión, se lograron reducir los tiempos de la siesta diurna y se apilaron los de la nocturna aun que no en la manera planteada pero se logro un avance.

Necesidad de evitar peligros	
<p>Diagnostico de Enfermería:</p> <p>Manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con falta de información y falta de confianza con el personal sanitario, manifestado por no poner empeño para su recuperación, seguimiento inexacto de indicaciones y verbalización de que algunas enfermeras les faltan conocimiento.</p> <p>Objetivo general:</p> <p>El señor Baltasar Manifestara la intención de cumplir con las indicaciones, para la curación de su enfermedad y para prevenir recaigas o complicaciones.</p>	<p>Datos Generales y significativos.</p> <p>Intenta levantarse de la cama solo, realizando un gran esfuerzo. No pone mucho empeño de su parte para su recuperación, ya que no lleva acabo todas las indicaciones que se le dan. No acepta indicaciones de algunas compañeras enfermeras. “No tengo nada yo no se por que estoy aqui”</p> <p>Resultado esperado:</p> <p>Baltasar manifestara menos ansiedad y aclaración de los conceptos equivocados.</p> <p>Baltasar entenderá la importancia de llevar a cabo las indicaciones para su recuperación.</p>
<p>Intervenciones y acciones específica:</p> <p>Identificar los factores relacionados con el manejo ineficaz.</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ En conjunto con Baltasar se analizaran todos los factores que pueden estar contribuyendo con el manejo ineficaz. ↳ Ya detectados los factores que intervienen para que se lleva acabo el tratamiento y siga las indicaciones se buscara solución a cada una. <p>Trasmitir confianza.</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Presentarme cada día con don Baltasar, saludando y tocando varios temas de interés para el paciente, y crear una atmósfera de confianza. ↳ Identificar los factores que le producen desconfianza. ↳ Buscar la manera de que Baltasar tome confianza para que contribuya a su recuperación. ↳ Actuar con seguridad y profesionalismo al responder a las preguntas realizadas por Baltasar y su familia. <p>Promover el aprendizaje del proceso de enfermedad.</p>	<p>Fundamentación científica de las acciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una de las principales determinantes de la auto eficacia es el afrontamiento satisfactorio de una situación previa semejante. • La investigación ha demostrado que cuando los miembros de la familia están comprometidos en el cuidado la cooperación del cliente aumenta y se produce una adaptación positiva a la experiencia. • La educación debe integrarse de forma sistemática como integrante de los cuidados de enfermería cuando se establece un diagnostico nuevo o un cambio de régimen, o cuando el cliente se encuentra en una situación desconocida. • La valoración previa a la enseñanza facilita la coherencia, la eficacia y el éxito global del proceso de enseñanza aprendizaje al definir qué contenido debe tener, como debe realizarse, cuando esta preparado el cliente y quien debe participar en el proceso. • La motivación es uno de las variables más importantes que influyen sobre el grado de

<p>↳ Facilitar artículos relacionados con la patología, con un contenido de fácil comprensión y atractivo para la lectura, como revistas, trípticos relacionados y artículos de importancia.</p> <p>↳ Pedirle a la familia que contribuya alentándolo para que mantenga el interés por conocer su patología.</p> <p>Pactar un acuerdo con el paciente.</p> <p>↳ Identificar cuales son las cosas de interés personal para Baltasar y utilizarlas como recompensa al llevar al pie de la letra las indicaciones de todo el personal de salud.</p>	<p>aprendizaje.</p>
<p>Evaluación del Plan de cuidados:</p> <p>En este diagnostico don Baltasar no tenia confianza con algunas enfermeras, mencionaba que por su forma de ser y que por que no sabían nada, por lo cual trate de ganarme la confianza de Baltasar saludándolo a diario en cuanto llegaba con el, tocando temas de interés para el como platicar de fut bool, las noticias y barios temas, afortunadamente para mi el hecho de ser hombre le di mas confianza, y aunado a eso el me decía que me paresia a un hijo que tenia pero que no avía visto en algún tiempo, el cual se llama toño, ya con un ambiente mas agradable le comentaba la importancia de seguir su tratamiento ya que de eso dependía que saliera mas pronto del hospital, y estar mas pronto en su casa, preguntándole si sabia que era o que tenia que hacer el comentaba que si pero que no le gustaba lo que le decían que hiciera, entonces explique brevemente cual era el objetivo de la medicación, del reposo, de que estuviera tranquilo y respondía a todas las preguntas que me hacia, esto le dio una visión diferente de lo que le pasaba ya que así saldría mas rápido a su casa.</p> <p>El objetivo se cumplió aun que no al cien por ciento por que abecés que se enojaba no hacia caso a nadie pero ya no tenia las mismas reacciones que lo ponían en riesgo de recaer.</p>	

Necesidad de aprender	
<p>Diagnostico de Enfermería:</p> <p>Déficit de conocimientos relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener información, manifestado por hacer una serie de preguntas en relación con la patología, seguimiento inexacto de indicaciones y expresión verbal.</p> <p>Objetivo general:</p> <p>Baltasar adquirirá los conocimientos necesarios para el manejo de su situación de salud.</p>	<p>Datos Generales y significativos.</p> <p>Observe que no conoce mucho sobre su enfermedad ya que hace muchas preguntas como que le va a pasar, si se va a morir, como va a quedar.</p> <p>Muestra interés de saber mas sobre su padecimiento actual ya que menciona que le gustaría leer algo sobre infarto.</p> <p>Hace muchas preguntas como cuanto tiempo voy a estar así, cuando me voy a ir a mi casa, me voy a recuperar, por que me paso a mi.</p> <p>“me gustaría leer un poco de la enfermedad para saber lo que tengo”.</p> <p>Resultado esperado:</p> <p>Adquirirá la capacidad para realizara las actividades y técnicas requeridas.</p>
<p>Intervenciones y acciones específica Necesidad de la vida diaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Establecer conjuntamente las necesidades de aprendizaje necesarias. ↳ Proporcionar material permanente de los principales puntos a recordar a fin de poder recordarlo en caso de duda. <p>Educación sanitaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Información relativa al tratamiento y a los cuidados de salud. <p>Medio ambiente terapéutico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Favorecer el aprendizaje mediante un entorno tranquilo y sin interrupciones. fomentar la formulación de preguntas para resolver dudas. 	<p>Fundamentación científica de las acciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La falta de información de una patología para el enfermo es un factor de riesgo para la aparición de complicaciones. ● La orientación bien planteada es una herramienta para el buen manejo de los cuidados y acelera la recuperación o estabiliza una enfermedad crónica.
<p>Evaluación del Plan de cuidados:</p> <p>Al establecer el dialogo con el señor Baltasar el comentaba que no sabia que le pasaba por lo que decidí, proporcionar información de fácil comprensión relacionada con la patología, con el tratamiento, cuidados y las complicaciones, trate de establecer una platica con Baltasar pero por cuestiones ajenas a mi, el no quería, mencionaba que quería dormir, no prestaba atención y opte por brindarle copias de</p>	

documentos, revistas, artículos relacionados con el infarto agudo al miocardio y en el tiempo que estaba con le preguntaba si ya sabia que le pasaba que si tenia dudas, y con el paso del tiempo (4 días) y la insistencia comenzó a hablar sobre el tema y a hacer preguntas, algunas complicadas pero siempre trate de contestar todas, abecés no encontraba la forma de explicar, pero utilizaba dibujos en libreta, esquemas improvisados y de esta manera llegaba a darme a entender y comprendía lo que explicaba. Puedo decir que se cumplió con el objetivo dado que Baltasar ya sabia lo que le paso, que tratamiento debía llevar y los cuidados para prevenir en un futuro una recaída, afortunadamente Baltasar tiene el habito de leer, gracias a eso se logro.

VI. CONCLUSIONES

Tomando en cuenta la profesionalización de la práctica de enfermería, el proceso enfermero es la herramienta básica de esta carrera, siendo así fundamental conocerla y manejarla de forma adecuada ya que de esto depende el cuidado y el manejo del cliente, en relación con las teóricas, los métodos y las técnicas utilizadas por el profesional, dependerá del profesor o asesor asignado ya que estos son la guía del alumno para su elaboración y de esto depende que llegue a su titulación.

VII. SUGERENCIA

Que se lleve a cabo la unificación de criterio entre profesores con respecto al proceso enfermero, ya que siendo la misma metodología, misma teórica, y a veces hasta los mismos diagnósticos llevan una formación y formulación distinta la cual lleva al alumno a formular diagnósticos erróneos, que para algunos maestros son aciertos, por la misma disparidad de criterios, ya que esta es la principal herramienta del profesional de enfermería para desempeñar su trabajo sería necesario tener una única guía de la cual todos llevaran de la mano a los estudiantes.

VIII .REFERENCIA

- (1) *Antología Taller Metodología De Enfermería Curso Titulación*
- (2) *Hernán San Martín, tratado general de la salud en la sociedad humana, la prensa médica mexicana 1998, México p.p. 178-208.*
- (3) *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 797).*
- (4) *L. Mazarrasa Alvear, D. Sánchez Moreno, Sañud Publica y enfermería comunitaria 2ª edición, Mc Grawn-Hill, Interamericana, p.p. 867-878.*
- (5) *<http://www.drscope.com/cardiologia/pac/infarto.htm> Pag. 49, 55 PAC. Libro 1, Parte A.*
- (6) *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.*
- (7). *Secretaría de Salud. La salud de la población de edad avanzada. Un reto más hacia el futuro. Cuadernos de Salud num. 1 Población y Salud. México, D.F.: SSA, 1994.*
- (8) *P.W. Iyer, B. J. Taptich, DBernochi Losey., proceso y diagnósticos de enfermería, Mc Grawn-Hill, Interamericana 3ª Edición, Mexico1999 pp 9-29.*
- (9) *Lynda Juall CarPenito Planes de cuidados y Documentación en enfermería, Interamericana, Mc Grawn-Hill.*
- 10Ann Mariner Tomey, Martha Raide Alligod, Modelos y Teorías de enfermería 5ª edición Mosby 2003 Madrid España p.p. 1-12, 98-108.
- (11) *<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>.*

(12) http://www.Supremur.com/Documentos/a_pluma_por_nuestra_historia.htm.

(13) <http://www.monografias.com/trabajos42/mortalidad-enfermedades-cronicas/mortalidad-enfermedades-cronicas.shtml>.

(14) <http://www.mailxmail.com/curso/vida/infartomiocardio/capitulo1.htm>.

(15) *Emergenci Nurcing Asosiations, Mc Grawn-Hill, interamericana. 5ª edición, México p.p.52.*

(16) *Joan Gril Alspach, cuidados interactivos de enfermería en el Adulto, Mc Grawn-Hill, interamericana 5ª edición, México p.p.227 – 240.*

IX. BIBLIOGRAFIA

- *Antología Taller Metodología De Enfermería Curso Titulación*
- *Hernan San Martín, tratado general de la salud en la sociedad humana, la prensa médica mexicana 1998, México p.p. 178-208*
- *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 797).*
- *L. Mazarrasa Alvear, D. Sánchez Moreno, Sañud Publica y enfermería comunitaria 2ª edición, Mc Grawn-Hill, Interamericana, p.p. 867-878.*
- *<http://www.drscope.com/cardiologia/pac/infarto.htm> Pag. 49, 55 PAC. libro 1, Parte A*
- *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.*
- *Secretaría de Salud. La salud de la población de edad avanzada. Un reto más hacia el futuro. Cuadernos de Salud num. 1 Población y Salud. México, D.F.: SSA, 1994.*
- *P.W. Iyer, B. J. Taptich, DBernochi Losey., proceso y diagnósticos de enfermería, Mc Grawn-Hill, Interamericana 3ª Edición, México 1999 pp 9-29.*
- *Lynda Juall CarPenito Planes de cuidados y Documentación en enfermería, Interamericana, Mc Grawn-Hill, Interamericana México*
- *Ann Mariner Tomey, Martha Raide Alligod, Modelos y Teorías de enfermería 5ª edición Mosby 2003 Madrid España p.p. 1-12, 98-108.*

- <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

- http://www.Supremur.com/Documentos/a_pluma_por_nuestra_historia.htm

- <http://www.monografias.com/trabajos42/mortalidad-enfermedades-cronicas/mortalidad-enfermedades-cronicas.shtml>

- <http://www.mailxmail.com/curso/vida/infartomiocardio/capitulo1.htm>

- *Emergenci Nurcing Asosiations, Mc Grawn-Hill, interamericana. 5ª edición, México p.p.52*

- *Joan Gril Alspach, cuidados interactivos de enfermería en el Adulto, Mc Grawn-Hill, interamericana 5ª edición, México p.p.227 – 240.*

- *Fauci braunwa, Wilson Martin, Principios de medicina interna, Mc Grawn-Hill, Interamericana 1ª. Edición, México 695 -700 pp.*

- *Bertha Alicia Rodríguez., proceso enfermero., editorial Cuellar., México 2002*

- *Diagnósticos de enfermería aplicados a la practica clínica Lynda Juall Cardenito MC Graw-Hill Interamericana 9ª edición España 2003*

X. Apéndices y anexos



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS
DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA

GUIA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DATOS GENERALES

Nombre del Paciente _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Familia _____
Fecha de valoración _____ Estado civil _____ Escolaridad _____
Religión _____ Domicilio _____ Motivo del Ingreso _____

Diagnóstico medico _____
Valoración realizada por _____

ANTECEDENTES

Enfermedades anteriores _____

Historia familiar de enfermedades

Historia de la enfermedad actual

Valoración General

Aspecto general, arreglo,
higiene _____

Mucosa oral (color, humedad, lesiones)

Dientes: dentadura postiza _____ cavidades _____ faltan piezas _____ ¿Oye los
susurros? _____ puede leer los periódicos _____ ¿Usa gafas? _____

Pulso (frecuencia) _____ ritmo _____ intensidad _____ sonidos respiratorios _____
 Tensión arterial _____ ¿Puede coger un lápiz? _____ amplitud de movimientos
 (articulaciones) _____
 Firmeza muscular (tono) _____ piel: prominencia óseas _____ Lesiones _____
 Cambios de color _____ Marcha _____ Postura _____ falta una parte corporal _____

Habilidad demostrada para (código del nivel): Alimentarse _____ Bañarse _____
 Usar el Wc _____ -Arreglo personal _____ Cocinar _____ Moverse en la cama _____
 Hacer las labores domesticas _____ Vestirse _____ Hacer las compras _____ Vías
 intravenosas, drenajes, aspiración, etc.

(Especificar) _____
 Peso actual _____ peso informado _____ talla _____ temperatura _____
 Orientación _____ ¿capta las ideas? preguntas (abstractas concretas)
 _____ Idioma que habla _____ voz y patrón del habla _____ nivel de
 vocabulario _____ Contacto ocular _____ duración de la atención (distracción)
 _____ Nervioso _____ asertivo _____ interacción con los demás de
 la familia _____

ANEXOS

Fecha de nacimiento _____ edad _____ sexo _____

Estado civil _____ ocupación _____ teléfono _____

T.A _____ F.C _____ T° _____ F.R _____

Coloración de la piel normal _____ pálida _____ ictericia _____ otras _____

Edemas SI NO descripción _____

Lesiones SI NO descripción _____

Prurito SI NO descripción _____

Alteración en los sentidos corporales: vista _____ oído _____ olfato _____
 gusto _____ Tacto _____

Enfermedades crónico degenerativas _____

Otros padecimientos _____

Secuelas _____

Adicción a: Tabaquismo _____ abuso de alcohol _____ drogas _____

GUIA DE VALORACION POR NECESIDADES
1.- NECESIDAD DE OXIGENACION.

Respiración:

Frecuencia/minuto: 18 a 20x min. () 21 a 30 xmin. () 30 a más xmin ()

Ruidos auscultación_____ descripción_____ localización_____

Intensidad:_____ Tos:si_____no_____seca_____productiva_____

_____Dolor_____ respirar:si_____no_____ Tabaquismo

si_____no_____ cuantos cigarros_____al día_____ media

cajetilla_____ un paquete al día_____ cuando lo

dejo_____drogas_____

tipo_____ cada cuanto_____.

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION.

Peso actual_____ talla_____ IMC_____ peso ideal_____

Ingesta habitual_____ desayuno_____ almuerzo_____ comida_____

cena_____ merienda_____ que come_____ frutas_____

verduras_____ carnes_____ cereales_____ huevos_____

tortillas_____ dieta especial_____ intolerancia ha los

alimentos_____ a que_____ vomita_____ indigestión_____

Ingesta de líquidos_____ un litro al día_____ dos litros_____

Más de dos_____ apetito_____ bueno_____ regular_____

nauseas_____ flatulencia_____ en los últimos tres meses_____

Perdió peso_____ si no kg. perdidos_____ ganados_____

Problemas de masticación_____ usa prótesis dental_____

Deglución_____ si no solido_____ líquidos_____ ambos_____

Digestión_____ si no dolor_____ ardor_____ pesadez_____

Piel hidratada_____ necesita ayuda para comer_____

Para trozar los alimentos_____ hay algún alimento que no la gusta_____

Mucosa oral hidratadas_____ encías_____ lengua_____ uñas_____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION.

Intestinal y urinaria

Todos los días_____ estreñimiento_____ diarrea_____ dolor_____

Problemas de: hemorroides_____ sangrado_____ heces negras_____

acolia_____ oliguria_____ poliuria_____ disuria_____

hematuria_____ retención_____ incontinencia_____

Color claro_____ amarillo_____ oscuro_____ naranja_____

rojo_____ padecido infección urinaria_____ sonda vesical_____

si no porque_____ cuanto tiempo_____

goteo_____ salida de orina_____ glucosuria_____ esfuerzo al

defecar_____

Cutánea

Color de piel _____ aspecto _____ sudoración cutánea _____
 olor _____ menstruación _____ cada cuanto _____ cuantos
 días _____
 abundante _____ regular _____ con cólicos _____ tomar algún te _____
 Infección vaginal _____ secreción _____ color _____ olor _____
 Abundante _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Expresión facial adecuado _____ inexpressivo _____ alerta _____
 hostil _____ comportamiento motor inhibido _____ agitación _____
 temblores _____ rigidez _____ incoordinación _____
 Inquietud _____.

Postura

Requiere de otra persona para ayuda _____ modo de caminar _____
 normal _____ acelerado _____ tambaleante _____ lento _____
 Limitación física temporales _____ permanente _____ cuales _____
 Aparato de ayuda _____ bastón _____ muletas _____ andador _____
 prótesis _____ amputación _____.
 Vértigo _____ si _____ no _____ dolor o rigidez articular _____ si _____ no _____
 Hace ejercicio _____ si _____ no _____ tipo _____ caminata durante el día _____
 Cuanto tiempo _____ practica algún deporte _____ si _____ no _____ cual _____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Habituales.

Horas de sueño nocturno _____ otros descansos _____
 Problemas de sueño: bostezos _____ irritación _____ ojeras _____
 bostezos _____ parpados inflamados _____ irritable _____
 Al inicio _____ interrumpido _____ (no. de veces _____ despertar
 temprano _____
 Sueño excesivo _____ pesadillas _____ (tipo _____
 Calidad del sueño.
 Sensación después de dormir: descansado _____ cansado _____ confuso _____
 otros _____
 Factores que afectan el sueño _____
 Ayudas para favorecer el sueño: lectura _____ baño _____
 fármacos _____ otros _____

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE.

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si misma? Si _____ no _____ con
 limitaciones _____

Alergias a determinados tejidos: si _____ no _____ ¿Cuáles? _____
 ¿Que importancia da su aspecto? Poca _____
 bastante _____ mucha _____
 ¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancia? Si _____ no _____ Otros datos de
 interés _____

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION.

Temperatura corporal: normal _____ hipotermia _____ hipertermia _____ T
 /a _____
 Sudoración cutánea: si _____ no _____ ¿están fríos sus pies y/o manos?
 Si _____ no _____ -

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

Hábitos de higiene corporal: baño _____ ducha _____ frecuencia _____ todos
 los días _____
 Cepillado de dientes: si _____ no _____ frecuencia _____ tres veces al
 día _____
 Autónomo: si _____ no _____ Necesita ayuda. si _____
 no _____ especificar _____
 Descuidado en: cabello _____ dientes _____ uñas _____ Su piel es:
 seca _____ grasa _____
 ¿Ha notado alguna lesión? (ulcera, eccema) Descríbalo _____
 Sus cabellos son: secos _____ grasos _____ se rompen con
 facilidad _____
 ¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? Si _____ no _____

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:
 Somnoliento _____ Confuso _____ Apático _____ Hipervigilante _____
 _____ Distruido _____ Fluctuante _____ No responde a
 estímulos _____ Solo sigue instrucciones _____

Orientación Espacio- tiempo- Temperatura.

Tiempo: (estación, día, mes año) Especificar _____

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) Especificar _____

Persona: (reconoce personas significativas) Especificar _____

Alteraciones _____ perceptivas:

Auditivas _____ Visuales _____ Táctiles _____

olfativas _____

Localización de la percepción: interna _____ externa _____

Auto descripción de si mismo:

Alegre _____ Triste _____ Confiada _____

Desconfiada _____ Tímida _____ Inquieta _____

Sobre valoración de logros _____ Exageración de errores _____

Auto evaluación general y competencia personal: positiva _____
 negativa _____
 Sentimientos respecto a ello: inferioridad _____
 Superioridad _____ Tristeza _____
 Culpabilidad _____ Inutilidad _____
 Impotencia _____ Ansiedad _____ Miedo _____
 Rabia _____ Depresión _____
 Otros _____

Alergias a alguna sustancia o medicamento: si _____ no _____
 cuales _____ -

El estado de la persona puede constituir un peligro para ella _____ o para
 otros _____ Especificar _____

Precauciones: mas vigilancia _____ poner barandillas _____ contención
 mecánica _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD.

Organización del pensamiento- lenguaje:
 Contenido: coherente y organizado _____ distorsionado _____
 Descripción de la alteración. _____

Curso del pensamiento:
 Inhibido _____ Acelerado _____ Perseverancia _____
 Incoherencia _____ desorganizado _____
 Formas de expresión:
 Claro _____: Organizado _____ Coherente _____
 Confuso _____ Desorganizado _____
 Incoherente _____ Tartamudeos _____ Autista _____

Humor:
 Deprimido _____ Eufórico _____ Ansioso _____
 Triste _____ Apático _____ otros _____

Lenguaje:
 Velocidad: rápido _____ lento _____ paroxístico _____ Cantidad:
 abundante _____ escaso _____ lacónico _____
 Tono y modulación: alterado _____ tranquilo _____
 hostil _____

Vive: solo _____ acompañado _____ lugar que ocupa en la familia. Rol

 Personas más significativas. _____
 Principal confidente. _____
 Personas con las que se relaciona a diario. _____

Su relación es: satisfactoria _____ insatisfactoria _____
indiferente _____

Tiempo que pasa solo y porque. _____

Tiempo que pasa con amigos y compañeros. _____

Inicio de vida sexual activa _____

Sexualidad: Última regla _____ Anticoncepción: si _____
no _____ método _____

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: si _____
no _____ motivos _____

No. de embarazos. _____ partos _____ abortos _____
cesáreas _____ realiza auto examen: si _____

no _____ Enfermedades de transmisión sexual.
Partos _____ abortos _____ cesárea _____

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

¿Qué es lo más importante para usted en la vida? _____

Religión: católica romana _____ protestante _____
judía _____ otra _____

Desea realizar prácticas religiosas: si _____ no _____ ¿visita del capellán?:

Si _____ no _____

Mitos y creencias _____

Existencia de conflictos internos sobre creencias _____

En caso de no poder tomar decisiones, ¿Qué persona le gustaría que lo hiciera por usted? _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: si _____
no _____

Si la respuesta es si, explíquese. _____

Problemas laborales: si _____ no _____
cuales. _____

Tiempo dedicado al trabajo _____ .Tiempo dedicado al ocio. _____

Capacidad de decisión: si _____ no _____ Resolución de problemas
si _____ no _____

Grado de incapacitación personal atribuida _____

¿Que hace durante el día? _____ Tipo de trabajo _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco _____
mucho _____ suficiente _____

¿Cuál es su diversión preferida? _____

Perdida de interés por las actividades recreativas: si _____ no _____

Cambios en las habilidades o funciones físicas corporales _____

Asistir a eventos: Culturales _____ Sociales _____ Reuniones familiares _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Alteración en la memoria: reciente _____ remota _____

Inteligencia general: adaptado al momento _____ retraso en el desarrollo _____

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:

Pregunta _____ Escucha _____

Interés _____ Desinterés _____

Sabe leer: si _____ no _____ Escribir:
si _____ no _____



Apéndice 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para participante en el desarrollo de la Metodología de Enfermería aplicado a un Paciente con Diagnóstico Médico de Infarto Agudo al Miocardio y Enfermedades Crónicas, en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson Yo _____ doy mi consentimiento para participara en la Metodología de intervención en Enfermería que tiene como finalidad identificar las principales respuestas humanas.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de esta metodología, así como de la importancia de mi participación en la misma. Estoy convencido que mis datos serán total mente confidenciales pero que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Sé, pues así se me ha informado no existe riesgo sobre mi salud y que mi participación será voluntaria, sin obligación y consciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

Enterado que el responsable de dicha investigación es Renato Hernández Campos y no teniendo ningún inconveniente _____

Acepto participar en la presente investigación.

(Nombre del Enfermero)

Testigo

Morelia, Mich. a _____ de _____ 2007