

98

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

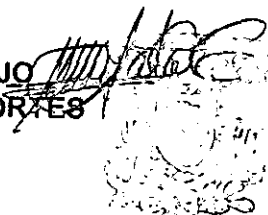
**APLICADO A UN PACIENTE SENECTO QUE PRESENTA
ALTERACION DE LA PERFUSION TISULAR
RELACIONADO CON LA DISMINUCION DE LA
IRRIGACION ARTERIAL**

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

PRESENTA

ROSA MARIA HERNANDEZ BARRERA
NO. CUENTA 87512573

DIRECTORA DE TRABAJO
LIC. MAGDALENA MATA CORTES



MEXICO, OCTUBRE 2000

**Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN. | 3 |
| JUSTIFICACIÓN. | 5 |
| OBJETIVOS. | 6 |
| Objetivos generales: | 6 |
| Objetivo específico: | 6 |
| 1. MARCO TEORICO. | 7 |
| 1.1. GENERALIDADES DE LA ENFERMERIA. | 7 |
| 1.2. EJERCICIO DE LA ENFERMERIA | 8 |
| 1.3. LA ENFERMERIA COMO PROFESIÓN. | 9 |
| 1.4 PROCESO DE ENFERMERIA. | 12 |
| 1.5. CONCEPTOS Y SUBCONCEPTOS DEL MODELO DE "HENDERSON" | 16 |
| 1.6. ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA. | 18 |
| 1.61. Valoración. | 18 |
| 1.6.2. Diagnóstico de enfermería. | 21 |
| 1.6.3. Fase de planificación de cuidados. | 25 |
| 1.6.4. Fase de ejecución. | 26 |
| 1.6.5. Fase de evaluación | 26 |
| 1.6.6. COMPARACION DEL METODO CIENTIFICO CON EL PROCESO | 26 |
| DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA. | 26 |
| 2. METODOLOGÍA. | 28 |
| 2.1. VALORACIÓN. | 28 |
| 2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. | 38 |
| 2.3. PLANEACION. | 38 |
| 2.4. EJECUCION. | 39 |
| 2.5. EVALUACION. | 40 |
| 3. APLICACION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA. | 41 |
| 3.1. PRESENTACION DEL CASO CLINICO: | 41 |
| 3.2. VALORACION. | 42 |
| 3.2.1. NECESIDADES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES. | 49 |

| | |
|-------------------------------|----|
| 3.3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | 50 |
| 3.4 PLANEACION | 51 |
| 3.5. Ejecución. | 52 |
| CONCLUSIONES | 58 |
| GLOSARIO | 60 |
| ANEXOS | 62 |
| PATOLOGIA ATEROSCLEROSIS. | 62 |
| BIBLIOGRAFIA | 68 |

INTRODUCCIÓN.

La aterosclerosis es un importante proceso patológico en el que los lípidos se depositan en las capas íntima y subíntima de las arterias, junto a los lípidos, se puede producir la precipitación de calcio, dando lugar a una placa calcificada, estas alteraciones se conocen como "endurecimiento de las arterias".

Se dice que el 2% de la población adulta mayor de 50 años sufre aterosclerosis sintomática de las extremidades inferiores, por lo tanto es de suma importancia establecer un diagnóstico etiológico y conocer su fisiopatología para proporcionar un tratamiento adecuado, por medio del proceso de enfermería que es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes, orientados al logro de objetivos.

Es organizado y sistemático por que consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados, la valoración, el diagnóstico, la planificación, ejecución y evaluación, en los cuales se realizan acciones intencionadas, pensadas para maximizar los resultados a largo plazo.

Y es de suma importancia para la formación profesional, ya que permite la integración teórica-práctica de los conocimientos adquiridos, aplicándolos con fundamento, logrando así una mejor calidad de atención al individuo.

El siguiente caso clínico se estructura en cinco capítulos que son:

1.- Con el marco teórico se inicia este proyecto, en donde se mencionan concepto de enfermería, y una breve historia de la enfermería conceptos del proceso atención de enfermería con sus etapas y una definición de aterosclerosis.

2.- En la metodología se describe como se va a llevar a cabo el caso clínico, por medio de la valoración, el diagnóstico de enfermería, la planeación, ejecución y

evaluación.

3.- Para llevar a cabo la aplicación del proceso de atención de enfermería, se presenta el caso clínico, en la valoración se aplica el instrumento utilizado y por cada necesidad detectada se establecerá un diagnóstico de enfermería, en la planificación se van a jerarquizar las necesidades y se llevará a cabo la ejecución.

4.- Evaluación: (si se lograron los objetivos).

5.- Se llevarán a cabo las conclusiones, sugerencias, anexos, glosario y bibliografía.

JUSTIFICACIÓN.

Realizar un proceso atención de enfermería es encauzar a la enfermera en etapa de formación a integrar sus conocimientos teóricos y científicos, en la plantación ideal de su atención a pacientes con problemas arterioscleróticos y de esta manera poder crear nuestro propio modelo de atención y con la experiencia practica, atender a este tipo de pacientes con el profesionalismo y ética que nos identifica y de esta forma lograr una mejor calidad de vida.

El proceso atención de enfermería se realizara en cinco etapas como son: valoración, diagnostico, planeación, ejecución y evaluación.

El trabajo se desarrolla desde definición, objetivos, metodología y el diagnostico de enfermería. clasificar, jerarquizar y fundamentar científicamente las acciones de enfermería es el objetivo de este así como la evaluación de los resultados obtenidos en la etapa final.

El proceso atención de enfermería tuvo como propósito el fundamentar, ordenar y desarrollar todos sus pasos que lo integran para así poder detectar todos los problemas y dar posibles soluciones o alternativas en base a los principios de la investigación que dieron el soporte a dicho trabajo.

6

OBJETIVOS.

Objetivos generales:

- Utilizar el proceso atención de enfermería contribuye a la adquisición de elementos teórico-prácticos que van a facilitar la detección de necesidades y problemas del paciente sano o enfermo y poder llevar a cabo los cuidados específicos.
- Fomentar el estudio mediante la investigación bibliográfica, integrando proceso atención de enfermería y método científico para constituir una base en la formación profesional, con ética y humanismo.

Objetivo específico:

- Formar un pensamiento analítico en la profesional, basado en la ética y en su criterio para proporcionar atención de la mejor calidad, a la persona que lo necesite, para reestablecer su salud en los aspectos físico, mental y social.

1. MARCO TEORICO.

1.1. GENERALIDADES DE LA ENFERMERIA.

La enfermería es una profesión dedicada a la salud, con funciones específicas en los medios urbanos y rurales en la atención del paciente durante las diferentes etapas de la vida.

La enfermera es la persona que proporciona el cuidado personal a los pacientes, suministra el tratamiento estricto y aplica las medidas higiénicas para preservar la salud.

La enfermería medicoquirúrgica dice, que la asistencia de enfermería no solo es necesaria en momentos de enfermedad, sino también para promocionar bienestar y que el personal de enfermería puede especializarse en un determinado tipo de localización o en una determinada población de enfermos las especialidades basadas en poblaciones concretas son las: **enfermería pedlátrica, la gerontología o la materno infantil.**

Pero retrocediendo hasta Florence Nightingale (1859), ella dijo, en esencia que lo que la enfermería tiene que hacer es, **"Dejar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza siga su curso"**.

Y así Llegamos hasta las teóricas de la enfermería y su filosofía, de los 80's y 90's, como mira Estrin Levine, que dice que **"La enfermería es una interacción humana" "la enfermería profesional se debe reservar a ese reducido grupo que es capaz de completar un programa de formación tan exigente como es de los profesionales de cualquier otra disciplina Habrá pocas enfermeras profesionales"**.

En 1955, la junta directiva de la American Nurse Association aprobó la definición de la practica de "enfermería" propuesta por su comité de legislación, esta sigue siendo la versión oficial publicada de nuevo en 1962 , su fin es reflejar el trabajo

práctico de la enfermera¹ y reza como sigue:

La mujer es una enfermera instintiva formada por la madre naturaleza la enfermera siempre ha sido una necesidad, y por tanto siempre ha carecido de estatus social. En los tiempos primitivos era una esclava y en la era de la civilización, una sirvienta. Olvidada de los planes de los legisladores y en los cursos de los pedagogos, se la dejó sin protección ni preparación alguna. No era una artesana que pudiera obtener ayuda de un gremio hereditario; no existía una Liga Hanseática para las enfermeras².

La enfermera, procedente de un ejército de pobreza; anónimo e innumerado, trabajó como una criada y obedeció como una sirvienta careciendo de la dignidad de un oficio y de una ética profesional, no podía emerger de la degradación de su entorno. Nunca se les ocurrió a los aristóteles del pasado que para el bienestar público habría sido más conveniente la formación de enfermeras que la de abogados.

Víctor Robinson

1.2. EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA

1.- El ejercicio de la enfermería profesional supone el desempeño remunerado de cualquier trabajo durante la observación, cuidado y consuelo del enfermo, herido o inválido, o en el mantenimiento de la salud o la prevención de enfermedades ajenas, o en la supervisión y enseñanza del personal o en la administración de medicamentos y tratamiento prescrito por un médico o dentista autorizado. Requiere capacidad de juicio y cualidades especiales basadas en el conocimiento y aplicación de los principios de la ciencia biológicas, físicas y sociales. Lo anteriormente dicho no puede considerarse incluidos los actos de diagnósticos o prescripción terapéutica o medidas correctivas.

¹ BEARE / MIRE, Pág. 65

2.- El ejercicio de la enfermería práctica supone el desempeño remunerado de cualquier trabajo escogido en el cuidado del enfermo herido, o inválido bajo la dirección de una enfermera profesional titulada o un médico o dentista autorizado; y no requiere las cualidades especiales el juicio y el conocimiento necesario en la enfermera profesional.

Y según Henderson;

La función específica del personal de enfermería consiste en ayudar a las personas, enfermas o no, a realizar actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte dulce), actividades que los parientes podrían realizar sin ayuda si tuvieran la fuerza, el deseo o el conocimiento necesario. Además esta contribución específica de la enfermería ayuda a las personas a volver a ser independientes de la misma en el menor tiempo posible.

Por lo que se puede concluir que aun no hay una identidad propia de enfermera, considerándose la enfermera con funciones y actividades, para su desarrollo³.

1.3. LA ENFERMERIA COMO PROFESIÓN.

A principios del siglo XX, se admitía por lo general en E.E.U.U., que la legislación sobre la aprobación estatal para la enfermería elevaría a las personas que la practicaban a un nivel profesional mediante el establecimiento de unas normas educativas mínimas para las escuelas de enfermería . Sin embargo, a medida que la demanda de enfermeras crecía se establecieron más escuelas de enfermería de distinta calidad, circunstancia que hizo poco por mejorar el nivel de la profesión.

En la segunda guerra mundial, la enfermería adquirió mayor importancia y relieve . En los últimos días de la guerra, un artículo de Bixler, en el American Journal of Nursing valoraba la enfermería como una profesión.

Los siete criterios para una profesión identificados por estos autores eran aplicables a la enfermería de la forma en que se practicaba en ese momento y

² M. PATRICIA DONAHUE Pág 110

³ OREM, DOROTEA, Pág. 363

justificaban la consideración de la enfermería como profesión.

Bixler y Bixler revisaron sus criterios y el nivel profesional de la enfermería catorce años después y observaron que ambos continuaban siendo válidos. Más recientemente Hall ha identificado los siguientes cinco criterios de actitud con la profesionalidad.

- 1.- Uso de organizaciones profesionales como referentes importantes.
- 2.- Creencia en la autorregulación, lo que conlleva la idea de que sólo los profesionales de un área específica pueden establecer la norma para una práctica.
- 3.- Creencia en el servicio al público como parte esencial de la profesión.
- 4.- Sentimiento de considerar el campo o el compromiso con la profesión como un interés fundamental y un deseo que va más allá de las recompensas económicas.
- 5.- Autonomía cuando el profesional debe tomar decisiones sobre su trabajo basadas en las normas del mismo y en el código deontológico.

El seguimiento de estos criterios requiere autodisciplina, tanto por parte de la profesión como de los profesionales. En enfermería, la profesión debe establecer las normas de la práctica y los procedimientos que garanticen el cumplimiento de estas normas. Los profesionales deben conocer las normas establecidas por la profesión y consentir en desarrollar su actividad de acuerdo con ellas⁴.

La mejor forma para revisar el estado de la enfermería como profesión tal vez sea presentar en cada uno de los componentes, la profesionalidad como incontinuo. En relación con alguno de estos componentes la enfermería puede ser considerada como muy profesional mientras que en relación con otros parecería mas cercana a las características de una ocupación.

Por ejemplo, no llegan al 10% el personal de enfermería médico que pertenece a

⁴ BEARE / MIRES, Pág. 65

la American Nurses Association, a pesar de que la enfermería tiene uno de los mayores índices de participación en la fuerza de trabajo de todos los grupos profesionales.

El último y más importante componente la autonomía sigue en desarrollo dentro de la búsqueda de la enfermería como profesión.

La American Nurses Association (ANA) ha definido la práctica de la enfermería médicoquirúrgica de la siguiente forma:

*** A la asistencia de enfermería de individuos con una alteración fisiológica conocida o previsible ***.

El proceso de enfermería toma en consideración las influencias de apoyo y potencialmente perjudiciales sobre el estado de salud y de los problemas sociales y de conducta relacionados derivados o que afectan la respuesta del paciente, su adaptación a la alteración fisiológica o ambas cosas.

La práctica de la enfermería médicoquirúrgica se desarrolla en los lugares en los que se presta asistencia primaria, aguda y a largo plazo.

Con el fin de ejecutar con eficacia el proceso de enfermería las personas comprometidas con la práctica de la enfermería médicoquirúrgica deben:

- 1.- Ejercer la enfermería basándose en los principios y teorías de la ciencia biofísicos y de la conducta.
- 2.- Actualizar continuamente sus conocimientos y habilidades, aplicar los nuevos conocimientos generados por la investigación, los cambios en los sistemas de prestación de asistencia sanitaria y los cambios en los perfiles sociales.
- 3.- Determinar la amplitud de su actuación tras considerar las necesidades de los pacientes, la competencia profesional, el lugar donde se presta la asistencia y los recursos disponibles.
- 4.- Garantizar la participación del paciente y de su familia en la promoción

de la salud, su mantenimiento y su recuperación⁵.

Entorno.

Lo físico (familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambiente), para la valoración de las necesidades de la planificación de los cuidados.

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

Así cada persona se configura como un ser humano único complejo con componentes biológicos, psicológicos y socioculturales, y espirituales que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida.

1.4 PROCESO DE ENFERMERIA.

La elección entre acciones alternativas requiere la correcta identificación de los problemas del paciente, consideración de las alternativas a tomar en cuenta y disponer de criterios para valorar cada uno de los posibles resultados.

Estos son los pasos que forman el "*Proceso de Enfermería*".

El proceso de enfermería es un método sistemático de prestación de asistencia de enfermería individualizada, que consiste en valorar a los pacientes, identificar los problemas de asistencia de enfermería ejecutar las actuaciones de enfermera y valorar los resultados de la asistencia.

El proceso de enfermería es un proceso mental, una herramienta para la toma de decisiones intelectuales basadas en los conocimientos.

El uso del proceso de enfermería ayuda a que el personal organice su trabajo y

⁵ BEARE / MIREN, Pág 66

amplíe el campo de sus conocimientos y practica⁶.

Como afirma Henderson

"El proceso de enfermería ... es un proceso analítico que debe ser utilizado por todos los que prestan asistencia sanitaria cuando su actuación a la ayuda que ofrecen van encaminadas a resolver un problema".

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

El proceso de enfermería consta de una serie de pasos interrelacionados, estos pasos tienen una naturaleza continua y cada uno se repite en numerosas ocasiones a medida que los cambios en la salud del paciente alteran los datos básicos y obligan a una valoración adicional y a efectuar nuevos diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución y evaluación de los resultados.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos.

Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados:

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

En los cuales se realizan acciones intencionadas, pensadas para maximizar los resultados a largo plazo.

Está caracterizado por su humanidad, porque el plan de cuidados se desarrolla y

⁶ BEARE / MIREN, Pág. 77

se pone en práctica de la forma de los intereses e ideales únicos del consumidor y de las personas significativas para que el reciba la mayor consideración.

El proceso de Enfermería. Se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y progreso del paciente.

Se dedica el tiempo necesario para aprender y aplicar estos principios en las situaciones de la vida diaria, mejora su capacidad para solucionar problemas, tomar decisiones y maximizar las oportunidades y recursos.

Tendrá la satisfacción de lograr objetivos finales de los cuidados de la enfermería⁷.

La enfermería es un arte. Y si se pretende que sea un arte, requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o de un escultor; pero ¿como puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el tiempo e espíritu de dios? Es una de la bellas artes; casi diría, la mas bella de las bellas artes⁸.

Florence Nightingale...

Otra definición de enfermería:

"Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiaría de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud".

Esta definición incorpora los cuatro conceptos del "Metaparadigma de Enfermería", persona, entorno, enfermería y salud, estos conceptos han sido articulados por primera vez en 1984 (Fawcett). Entenderemos esta definición si es que analizamos detalladamente como estos conceptos se incorporan en la definición.

Empecemos con la frase:

Enfermería es definida como el arte y la ciencia del cuidado integrado y

⁷ BEARE / MIRES, Pág. 77

⁸ M. PATRICIA DONAHUE

comprendido.

"Enfermería es un arte porque requiere que la enfermera perciba el significado del momento para la persona que ella cuida, y pueda rápidamente entender y actuar".

"Enfermería es una ciencia porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de enfermería".

"Enfermería es cuidado integrado, porque incorpora la complejidad biopsicosocial del individuo y considera sus necesidades dentro del contexto de su mundo único".

"Enfermería es cuidado comprensivo, porque valora y considera las diferentes experiencias que la persona está confrontando, con el fin de asistir a la persona a entender esta experiencia y ganar fuerza para movilizar hacia un estado de salud."⁹

La persona. Es una unidad indivisible y particular (emocional, espiritual, física, cultural, social y económica).

El entorno o ambiente. Se concibe como el conjunto de relaciones entre el mundo natural y los seres vivos que influyen sobre la vida y el comportamiento del propio ser, de tal manera que este representa para el individuo un espacio vital, su mundo único del cual puede salirse y ser capaz de adaptarse en cualquier momento a otro.

La salud. No puede ser definida, ni universal, ni estáticamente, que es la armonía interacción entre la persona y el entorno, la salud es una dimensión que se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, es principio y motor de la vida y no puede ser absoluta, porque es inseparable del ambiente social y ecológico de la comunidad, el cual es esencialmente variable debido a la actividad del hombre.

En la concepción de salud hay que considerar los siguientes componentes; un componente subjetivo (bienestar), un componente objetivo capacidad para la función) y un tercero de tipo psicoecológico social¹⁰ (adaptación biológica, social

⁹ SEMINARIO DE PROCESO DE ENFERMERIA. Material de apoyo I-II

¹⁰ BEARE / MIREA, Pág 66

de la persona).

El profesionalismo del personal de enfermería. Ha sido motivo de preocupación y debate durante muchos años, no solo entre los propios profesionales, sino que también han intervenido otras disciplinas.

La profesión. Puede definirse de varias formas según la perspectiva histórica de la que se parta, del momento en que se ha acuñado la definición de la visión actual que tiene la sociedad acerca de la profesión y de la profesión propiamente dicha.

Esta falta de consenso sobre los elementos esenciales de la profesión dificulta el intercambio de definiciones entre las disciplinas sin una previa clarificación.

Debido a la amplitud del ámbito de la práctica que se refleja en el área designada como enfermería medicoquirúrgica, es intención del ANA Executive Committee of the Division on Medical-Surgical Nursing Practice , establecer normas para la practica de la enfermería en áreas especializadas de la enfermería, por ejemplo. Enfermería cardiovascular o enfermería oncológica.

1.5. CONCEPTOS Y SUBCONCEPTOS DEL MODELO DE "HENDERSON".

Henderson. Inicialmente en su teoría especifica que función es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, o a su recuperación , actividades que realizaría si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria .

Todo esto encaminado a recobrar su independencia de la forma mas rápida posible, por lo que extrae los siguientes conceptos básicos: '

Persona :individuo objeto de cuidados que configuran un ser humano, único y complejo con componentes, biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

Necesidades básicas que debe tener para satisfacer su integridad.

- Necesidad de oxigenación
- Necesidad de nutrición-e hidratación

- Necesidad de eliminación
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de descanso y sueño
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de termorregulación
- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- Necesidad de evitar peligros.
- Necesidad de comunicarse.
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- Necesidad de trabajar y realizarse¹¹.

Salud. Es considerada que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido tratan y buscan lograr la independencia por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

Independencia. La capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia. Puede ser considerada en una doble vertiente, por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por las personas con el fin de satisfacer las 14 necesidades básicas.

¹¹ SEMINARIO DE PROCESO DE ENFERMERIA. Pág 82 - 83

Causas de la Dificultad.

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Agrupadas en tres posibilidades



Falta de Fuerza

Falta de Conocimiento

Falta de Voluntad

Rol profesional.

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que llevan a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia actuando según criterios de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Cuidados básicos de enfermería.

Son considerados como un servicio derivado de análisis de las necesidades humanas¹².

- Promover, mantener o restaurar la salud o en el caso de enfermedades terminales, lograr una muerte tranquila.
- Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.
- Proporcionar unos cuidados de calidad, y a un costo efectivo.
- Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud¹³

1.6. ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA.

1.61. Valoración.

La fase de valoración es la etapa inicial del proceso de enfermería y requiere la máxima exactitud posible tanto en los datos obtenidos del paciente con el fin de

¹² SEMINARIO DE PROCESO DE ENFERMERIA Pág. 85 - 86

¹³ ALFARO LEFEVRE, ROSALINDA

obtener todos los hechos necesarios para definir el estado de salud como en los resultados de los análisis y demás estudios que se efectúen para evaluar su estado de salud y sus necesidades.

La obtención de datos basada en la información recogida durante la entrevista al paciente, es un punto fundamental de la fase de valoración. Un interrogatorio efectuado en clima de confianza con el paciente atendiendo todas sus inquietudes permite elaborar una correcta historia clínica.

En la etapa de valoración además de averiguar todo lo relacionado específicamente con el motivo de consulta debe procurarse la obtención de datos que, a modo de sugerencia, recojan información sobre los siguientes ámbitos:

- Información de carácter general: nombre, edad, sexo, estado civil lugar de residencia, etcétera.
- Características personales idioma, raza, religión, nivel socioeconómico nivel de educación etcétera.
- Hábitos estilo de vida, tipo de alimentación, hábitos de defecación pautas, habituales de ejercicio o actividad física, hábitos de descanso, relajación y sueño, higiene personal, ocio y actividades recreativas, etcétera.
- Sistema de apoyo; familiar, comunitario y social.
- Antecedentes personales y familiares relacionados con la salud; antecedentes hereditarios, enfermedades pasadas y actuales, embarazos intervenciones quirúrgicas, accidentes, etcétera.
- Estado físico constantes vitales; pulso, temperatura corporal, presión arterial, frecuencia respiratoria, peso y talla.
- Funciones fisiológicas estado de conciencia, patrones de reparación
- Alimentación, excreción, sueño. Movimiento, etcétera: a.

una disciplina entrenada y emplea los cinco sentidos: el oído, la vista, el olfato, el tacto, y con menor frecuencia gusto.

Inspección.

Consiste en el examen visual del paciente con miras al descubrimiento¹⁵ de rasgos físicos significativos.

Palpación.

Es la operación consistente en examinar el cuerpo, utilizando el sentido del tacto para apreciar las características de las estructuras corporales subyacentes a la piel.

Percusión.

Es útil para averiguar la existencia de una masa sólida, como un tumor dentro de un órgano hueco, se utiliza para apreciar la cantidad relativa de aire o de material sólido presente en los pulmones.

Auscultación.

Se define como la operación de oír los sonidos producidos por los diversos órganos del cuerpo con objeto de descubrir desviaciones con respecto al sonido normal los pulmones y el corazón son órganos auscultados con mayor frecuencia¹⁶.

1.6.2. Diagnóstico de enfermería.

El diagnóstico de enfermería consiste en un juicio clínico sobre un individuo una familia o una comunidad, basada en la obtención de datos realizados en la etapa de valoración y su posterior análisis, que permite al personal de enfermería establecer las actuaciones comprendida dentro de su ámbito de responsabilidad.

¹⁵ LIC. SUSANA ROSALES BARRERA, Pág. 98

Como requisitos elementales el diagnóstico de enfermería debe de terminar de forma concisa el estado de salud de paciente, el problema que presenta o que se aprecia como previsible, sobre la base de datos objetivos y subjetivos que pueden confirmarse indicando el juicio que resulta de la identificación e interpretación crítica de un patrón o conjunto de síntomas y signos.

Formulación.

Cada diagnóstico de enfermería consta de dos partes en una se expresa el problema o la situación que se ha identificado, mientras que la otra se intenta determinar su probable origen.

- ❖ Primera parte comprende el enunciado del diagnóstico y se refiere a la alteración dificultad o situación que determina el personal de enfermería en la fase de valoración.

Se trata de un problema de salud que intentara prevenir o corregir mediante los pertinentes objetivos de la intervención terapéutica; cabe destacar sin embargo que existen excepciones, puesto que algunos diagnósticos comprenden situaciones o patrones de normalidad¹⁷.

- ❖ Segunda parte corresponde a los factores relacionados o sea la etiología presumible. Se trata de elementos internos y externos (psicológicos medioambientales, socioculturales, psicológicos o espirituales) que puedan provocar, contribuir o participar en la génesis de la situación determinada. Dando que generalmente el diagnóstico se refiere a un problema de salud

¹⁶ LIC. SUSANA ROSALES BARRERA

¹⁷ LIC. SUSANA ROSALES BARRERA

tales factores deben tomarse en consideración para prevenir, minimizar o aliviar dicha situación.

Tomando en cuenta que cabe la posibilidad de que se requieran actuaciones diferentes para tratar un mismo problema. En algunas ocasiones en vez de factores relacionados se mencionan factores de riesgo cuando el diagnóstico hace referencia a la posibilidad de desarrollo de una determinada alteración.

Si identifica un diagnóstico de enfermería "posible", las intervenciones que prescribirá sean las que le conduzcan a obtener información para ayudarlo a decidir si el diagnóstico de "posible afrontamiento individual inefectivo", prescribirá actuaciones como "proporcionarle tiempo para discutir como cree el cliente que esta afrontando sus problemas actuales".

Como determinar las intervenciones de enfermería para los diagnósticos de enfermería "reales" "potenciales" y "posibles".

Para un diagnóstico de enfermería "real"

- 1.- Estudiar la etiología (cláusula que sigue a "relacionado con") e identificar las actividades que reducirán o eliminarán los factores contribuyentes.
- 2.- Planificar un régimen para realizar frecuentes valoraciones focalizadas de las manifestaciones clínicas para controlar el estado de los signos y síntomas del problema.

Para un diagnóstico de enfermería "potencial"

- 1.- Estudiar la etiología y determinar las intervenciones que reducirán o eliminarían los factores contribuyentes.

2.- Planificar un régimen para realizar frecuentes valoraciones focalizadas para asegurarse de que no han aparecido manifestaciones clínicas que cambien el estado del diagnóstico, de potencial a real.

Para diagnósticos de enfermería "posibles"

Identificar métodos de recogida de mas datos sobre el posible diagnóstico para determinar si existe cualquiera de las manifestaciones clínicas o factores contribuyentes del diagnóstico¹⁸.

Definición de los diagnósticos de enfermería.

Gordon, describe el diagnóstico de enfermería como "un problema de salud real o potencial" que las enfermeras, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar (1976)..

Shoemaker, ¹⁹⁸⁵ Considera el diagnóstico de enfermería como "un juicio clínico acerca de un individuo, familia o grupo que deriva de un proceso sistemático y deliberado de recogida y análisis de datos"

Carpenito, 1985. Sugiere que los diagnósticos de enfermería también pueden emplearse para designar estados de salud o modelos de interacción de los individuos o grupos¹⁹.

Diagnóstico de Enfermería. Problema de salud "real o potencial" (de un individuo, familia o grupo) que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o deducirlo.

¹⁸ ALFARO LEFEVRE, ROSALINDA

¹⁹ CARPENITO, Pág. 59

Comparación entre Diagnósticos de Enfermería
"Real, Potencial y Posible"²⁰

| Diagnóstico de Enfermería | Presencia de signos y síntomas | Presencia de factores etiológicos / contribuyentes | Plan de cuidados de Enfermería |
|---------------------------------------|--------------------------------|--|---|
| Diagnóstico "Real" de Enfermería | SI | SI | Controle los signos y síntomas presentes para determinar la mejoría o deterioro del proceso. Identifica actividades para reducir o eliminar la causa del problema. |
| Diagnóstico "Potencial" de Enfermería | NO | SI | Realice a diario valoraciones dirigidas para determinar si han aparecido signos y síntomas que cambien el estado de "potencial a real". Identifique actividades para reducir o eliminar los factores contribuyentes. |
| Diagnóstico "Posible" de Enfermería | NO SIEMPRE | NO SIEMPRE | Reúna más datos para clarificar señales vagas y determinar si los signos y síntomas o factores contribuyentes están realmente presentes |

1.6.3. Fase de planificación de cuidados.

Es una etapa fundamental del proceso de enfermería en la cual se establece las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados y se determinan los objetivos propuestos y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecución.

²⁰ CARPENITO, adaptación con permiso del autor

1.6.4. Fase de ejecución.

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la de concluir el paciente al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades.

1.6.5. Fase de evaluación

Que constituye la última etapa del proceso de enfermera corresponde a una actividad constante y compleja de cuyo cumplimiento depende la oportunidad reorientación del plan terapéutico con la introducción de las modificaciones necesarias en función de los resultados obtenidos con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados recibidos²¹.

1.6.6. COMPARACION DEL METODO CIENTIFICO CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

Proceso de atención de enfermería

Método científico

Identificación de las necesidades: Planteamiento del problema

Diagnostico de enfermería: Construcción de un modelo teórico

Planteamiento de cuidados: Deducción de consecuencias particulares.

Implementación del plan: Prueba de la hipótesis

Evaluación: Inducción de las conclusiones en la teoría

²¹ ALFARO LEFEVRE, ROSALINDA

Método científico

Proceso de atención de enfermería

I.- Observación identificación del problema.

I.- Recolección y selección de datos

Por medio de fuentes directa e indirecta.

Paciente, expediente, familia comunidad, equipo de salud, bibliografía.

II.- Formulación de hipótesis

II.- Conclusión de estado, del paciente familia y comunidad.

Problemas reales potenciales, jerarquización de necesidad.

III.- Prueba de hipótesis

III.- Planteamiento de los cuidados, contiene los objetivos de las actividades.

IV.- Soluciones sobre los resultados de la hipótesis.

IV.- Implementación del plan.

V.- Evaluación

V.- Evaluación

Aspecto, efecto , esfuerzo, eficiencia.

Sirve para retroalimentar las etapas y el producto de la calidad prestada.

2. METODOLOGÍA.

Esta se llevará acabo a través de las etapas del proceso de enfermería, en las cuales se planean y proporcionan los cuidados de enfermería.

Esta incluye las siguientes etapas:

2.1. VALORACIÓN.

La fase de valoración es la etapa inicial del proceso de enfermería y requiere la máxima exactitud posible tanto en los datos obtenidos del paciente, con el fin de obtener todos los hechos necesarios para definir el estado de salud, como en los resultados de los análisis y demás estudios que se efectúen para valorar su estado de salud y sus necesidades.

La obtención de datos, basada en la información recogida durante la entrevista al paciente, es un punto fundamental de la fase de valoración. Un interrogatorio efectuando en clima de confianza con el paciente, atendiendo todas sus inquietudes, permite elaborar una correcta historia clínica²².

Se proponen los siguientes instrumentos:

Exploración física:

Examen sistemático del paciente para encontrar evidencia física de capacidad o incapacidad funcional.

Este examen se realiza a través de los siguientes métodos:

²² Alfaro Lefevre, Rosalinda

Inspección:

Método de exploración física que se efectúa por medio de la vista.

Palpación :

Es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto.

Percusión :

Método de exploración física, que consiste en golpear suavemente en la mano o instrumentos, cualquier segmento del cuerpo.

Auscultación :

Método de exploración física que se efectúa por medio del oído.

Medición :

Es la comparación de una magnitud con una unidad establecida previamente y que se utiliza para dar valor numérico a algunos atributos del paciente²³.

²³ Lic. Susana Rosales Barrera

HISTORIA CLINICA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

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

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.-Necesidades básicas de :oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregularización.

a) Oxigenación.

Subjetivo:

| |
|---|
| Disnea debido a: _____ tos productiva / seca: _____ |
| dolor asociado con la respiración _____ fumador: _____ |
| desde cuando fuma/ cuantos cigarros al día /varía la cantidad según su estado emocional _____ |

Objetivo:

| |
|---|
| Registro de signos vitales y características: _____ |
| Tos productiva /seca: _____ Estado de conciencia: _____ |
| Coloración de piel/ lechos ungueales / peribucal: _____ |
| Circulación del entorno venoso: _____ |
| Otros: _____ |

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo

| | |
|---|----------------------------------|
| Dieta habitual (tipo): _____ | Numero de comidas diarias: _____ |
| Transtornos digestivos: _____ | |
| Intolerancia alimentaria/alergias: _____ | |
| Problemas de la masticación y deglución: _____ | |
| Patrón de ejercicio: _____ | |
| Objetivo: _____ | |
| Turgencia de la piel: _____ | |
| Membranas mucosas hidratadas / secas: _____ | |
| Características de uñas de cabello: _____ | |
| Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____ | |
| Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____ | |
| Otros: _____ | |

c) Eliminación:

Subjetivo

| | |
|---|---|
| Hábitos intestinales: _____ | Características de las heces, orina y menstruación: _____ |
| Historia de hemorragias/enfermedades renales/ otros: _____ | |
| Uso de laxantes: _____ | Hemorroides: _____ |
| Dolor al defecar / menstruar / orinar: _____ | |
| Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____ | |
| Objetivo: _____ | |
| Abdomen / características: _____ | |
| Ruidos intestinales: _____ | |
| Palpación de la vejiga urinaria: _____ | |
| Otros: _____ | |

d) Necesidades de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre _____

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

¿ Existen recursos en su comodidad para la recreación? _____

¿ Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? _____

Objetivo:

Integridad del sistema

neuromuscular:

¿ Rechaza las actividades recreativas? _____

¿ Su estado de ánimo es apático / aburrido /

participativo? _____

Otros: _____

e) Necesidades de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____

Preferencias: leer / escribir: _____

¿ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? _____

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

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órgano de los sentidos: _____

Estado emocional / ansiedad / dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

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

Objetivo:

| | |
|--|-------|
| Hábitos específicos de vivir (grupo social religioso): | _____ |
| ¿Permite El contacto físico? : | _____ |
| ¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: | _____ |
| Otros: | _____ |

c) Necesidad de trabajar y realizarse:

Subjetivo:

| | | | |
|---|-------|---|-------|
| ¿Trabaja actualmente? | _____ | Tipo de trabajo: | _____ |
| Riesgos | _____ | Cuanto tiempo le dedica al trabajo: | _____ |
| ¿Esta satisfecho con su trabajo? | _____ | ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia? | _____ |
| ¿Esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega? | _____ | | _____ |

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / Inquieto / eufórico:

Otros:

d) Termorregularización

Subjetivo:

| |
|---|
| Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____ |
| Ejercicio / tipo y frecuencia: _____ |
| Temperatura ambiental que les es agradable: _____ |

Objetivo:

| |
|---------------------------------------|
| Características de la piel: _____ |
| Transpiración: _____ |
| Condiciones del entorno físico: _____ |
| Otros: _____ |

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

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo

| |
|---------------------------------------|
| Capacidad física cotidiana: _____ |
| Actividades en el tiempo libre: _____ |
| Hábitos de descanso: _____ |

Objetivo:

| |
|--|
| Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: _____ |
| Capacidad muscular tono/ resistencia / flexibilidad: _____ |
| Posturas: _____ |
| Ayuda para la deambulaci3n: _____ |
| Dolor con el movimiento: _____ |
| Presencia de temblores: _____ |
| Estado emocional: _____ Estado de conciencia: _____ |
| Otros: _____ |

b) Descanso y sueño:

Subjetivo:

| | |
|--|-------------------------|
| Horario de descanso: _____ | Horario de sueño: _____ |
| Horas de descanso: _____ | Horas de sueño: _____ |
| Siesta: _____ | Ayudas: _____ |
| ¿Parece insomnio? _____ | |
| A que considera que se deba: _____ | |
| ¿Se siente descansado al levantarse? _____ | |
| Objetivo: | |
| Estado mental: ansiedad /estrés /lenguaje: _____ | |
| Orejas: _____ | Atención: _____ |
| Bostezos: _____ | Concentración: _____ |
| Apatía _____ | Cefaleas: _____ |
| Respuestas a estímulos: _____ | |
| Otros: _____ | |

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

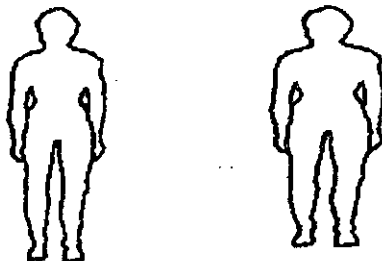
Subjetivo:

| | |
|--|--------------|
| ¿Influyen su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? _____ | |
| ¿Su autoestima es determina en su modo de vestir? _____ | |
| ¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____ | |
| ¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? _____ | |
| Objetivo: | |
| Viste de acuerdo a su edad? _____ | |
| Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____ | |
| Vestida incompleto: _____ | Sucio: _____ |
| Inadecuado: _____ | Otros: _____ |

d) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

| |
|--|
| Frecuencia de asco: _____ |
| Momento preferido para el baño: _____ |
| Cuántas veces se lava los dientes al día: _____ |
| Aseo de manos antes y después de _____ Después de eliminar comer: _____ |
| ¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? _____ |
| Objetivo |
| Aspecto general: _____ |
| Olor corporal: _____ |
| Halitosis: _____ |
| Estado de cuero cabelludo: _____ |
| Lesiones dérmicas , que tipo _____ |
| Otros: _____ |



e) Necesidades de evitar peligros:

subjetivo:

| |
|--|
| Que miembros componen su familia de pertenencia: _____ |
| Como reacciona ante una situación de urgencia: _____ |

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a procesos vitales o problemas sanitarios reales o potenciales.

El diagnostico de enfermería proporciona la base para seleccionar las actuaciones que permiten conseguir los resultados finales que son responsabilidad del personal de enfermería.

Estos diagnósticos se establecen por medio del formato "NANDA".

| | | |
|-------------------------|----------------------------|--------------------------|
| ETIQUETA DIAGNOSTICA | FACTORES CONDICIONANTES | FACTORES RELACIONADOS |
|-------------------------|----------------------------|--------------------------|

La forma preferida para expresar un diagnostico de enfermería real consiste en escribir una frase de tres partes que comienza con el termino o términos utilizados por la NANDA para ese problema diagnostico, seguidos del factor o factores etiológicos y completado con los signos y síntomas

2.3. PLANEACION.

Una vez identificados los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes específicos, esta preparada para iniciar el tercer paso del proceso de enfermería.

La Planificación. Es el momento en que se determinara como brindar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos, la planificación implicará lo siguiente;

- Fijación de prioridades.
- Establecimiento de objetivos del paciente / Resultados esperados.
- Determinación de acciones.
- Actividades de enfermería.

- Documentación del plan de cuidados²⁴.

2.4. EJECUCION.

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica el plan de actuaciones elaborando previamente, y cuya meta es la de conducir al paciente al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades, lo que implica el plan de acción:

- Valorar el estado actual de salud del, paciente.
- Realizar las intervenciones y sus actividades prescritas durante la fase de planificación.
- Seguir valorando al paciente, determinar las respuestas iniciales a sus acciones, comunicar y anotar.

| | |
|----------------------------|---------------|
| NECESIDAD: | |
| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: | |
| OBJETIVO: | |
| INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA | JUSTIFICACION |
| | |
| EVALUACIÓN | |

²⁴ BEARE / MIRES, Pág. 82

2.5. EVALUACION.

Constituye la última etapa del proceso de enfermería, corresponde a una actividad constante y compleja de cuyo cumplimiento depende la oportunidad y reorientación del plan terapéutico, con la introducción de las modificaciones necesarias en función de los resultados obtenidos, con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados recibidos²⁵.

²⁵ ALFARO LEFEVRE, ROSALINDA

3. APLICACION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

3.1. PRESENTACION DEL CASO CLINICO:

NOMBRE: A.H.M.P.

EDAD: 92 años.

SEXO: FEMENINO

PESO: 85 kilos.

TALLA: 1.65 cm.

DIAGNOSTICO MEDICO: ATEROSCLEROSIS, INSUFICIENCIA ARTERIAL:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: ALTERACION DE LA PERFUSION TISULAR RELACIONADO CON LA DISMINUCION DE LA IRRIGACION ARTERIAL.

Se trata de paciente femenino de 92 años la cual se encuentra en el servicio de urgencias por presentar dolor en MPI con cambios de coloración y temperatura, a la exploración se encuentra ausencia de pulsos desde la ingle hasta pedios.

Se decide manejo quirúrgico ya que se encontró el músculo isquémico, olor suigéneris, nervio ciático completamente liso, grasa lisiada, arteria femoral con trombo no reciente que abarca su totalidad, no hay flujo y abundantes placas de ateroma.

La Paciente presenta las siguientes necesidades;

- Evitar peligros.
- Higiene y protección de la piel.
- Moverse y mantener una buena postura.
- Aprendizaje.
- Descanso y sueño.
- Comunicación.

La paciente es sometida a una intervención quirúrgica la cual se realiza una amputación supracondilea, bajo anestesia (bloqueo edpidural) la cual responde al tratamiento y se encuentra con muñón y herida quirúrgica limpia, con bordes afrontados no datos de sangrado o hematoma, se ha mantenido con signos vitales estables, con buena evolución y respuesta al tratamiento.

3.2. VALORACION.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

| | | | |
|---|--|------------------------|-------------|
| NOMBRE: Alcántara Hernández María P. | Edad: 92 | Peso: 95 | Talla: 1.65 |
| Fecha de nacimiento: 1 de Enero de 1908 | Sexo: Femenino | Ocupación: Ama de casa | |
| Escolaridad: Analfabeta | Fecha de admisión: 10/08/00 | Hora: 16:00 | |
| Procedencia: Jilotepec Edo. de Méx. | Fuente de información: Directa e indirecta | | |
| Fiabilidad: (1-4) | Miembro de la familia/ persona significativa: Hijo | | |

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.-Necesidades básicas de :oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregularización.

a) Oxigenación.

Subjetivo:

| |
|---|
| Disnea debido a: _____ tos productiva / seca: _____ |
| dolor asociado con la respiración _____ fumador: _____ |
| desde cuando fuma/ cuantos cigarros al día /varía la cantidad según su estado emocional _____ |

Objetivo:

| | |
|---|--|
| Registro de signos vitales y características: | 120/ 90 78 22 36 ^o |
| Tos productiva /seca: _____ | Estado de conciencia: Bueno |
| Coloración de piel/ lechos ungueales / peribucal: | Rosados |
| Circulación del entorno venoso: | Mala, llenado capilar lento, sobre todo en muñon |
| Otros: Piel fría, cianótica | continua con cianosis, piel fría |

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo

| | | | |
|---|---|----------------------------|------------------|
| Dieta habitual (tipo) | <u>papillas</u> | Numero de comidas diarias: | <u>3 comidas</u> |
| Trastornos digestivos: | <u>Diarreicas ocasionadas por el tipo de dieta</u> | | |
| Intolerancia alimentaria/alergias: | <u>No tolera comidas que le resultan difícil masticar</u> | | |
| Problemas de la masticación y deglución: | <u>De masticación por la falta de dientes</u> | | |
| Patrón de ejercicio: | <u>Ninguno</u> | | |
| Objetivo: | | | |
| Turgencia de la piel: | <u>Delgada con manchas</u> | | |
| Membranas mucosas hidratadas / secas: | <u>Labios resecos</u> | | |
| Características de uñas de cabello: | <u>Uñas grandes y gruesas con hongos</u> | | |
| Funcionamiento neuromuscular y esquelético: | <u>Camina con dificultad debido al dolor articular</u> | | |
| Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: | | | |
| Otros: | | | |

c) Eliminación:

Subjetivo

| | | | |
|--|---|---|--|
| Hábitos intestinales: | <u>Inadecuados la digestión ha disminuido</u> | Características de las heces, orina y menstruación: | |
| Historia de hemorragias/enfermedades renales/ otros: | | | |
| Uso de laxantes: | | Hemorroides: | |
| Dolor al defecar / menstruar /orinar: | | <u>Presente disuria</u> | |
| Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: | | | |
| <u>Afectan un poco ya que en ocasiones se orina en la cama</u> | | | |
| Objetivo: | | | |
| Abdomen / características: | <u>Globoso por presentar panículo adiposo</u> | | |
| Ruidos intestinales: | <u>Normarles</u> | | |
| Palpación de la vejiga urinaria: | <u>Ligeramente caída</u> | | |
| Otros: | | | |

d) Necesidades de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo

| | |
|--|------------------------------|
| Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre | <u>Cuidar pájaros</u> |
| ¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? | |
| ¿ Existen recursos en su comodidad para la recreación? | <u>Si pero no las acepta</u> |
| ¿ Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? | <u>no</u> |
| Objetivo: | |
| Integridad del sistema neuromuscular: | |
| ¿Rechaza las actividades recreativas? | <u>Si</u> |
| ¿Su estado de ánimo es apático / aburrido / participativo? | <u>Apático</u> |
| Otros: | |

e) Necesidades de aprendizaje

Subjetivo:

| | |
|---|------------|
| Nivel de educación | analfabeta |
| Problemas de aprendizaje: | |
| Limitaciones cognitivas: | Tipo: |
| Preferencias. leer / escribir: | |
| ¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? | |
| ¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? | |
| Otros: | no |

Objetivo:

| | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| Estado del sistema nervioso: | Bueno |
| Órgano de los sentidos: | Disminuido ya no percibe sabores |
| Estado emocional / ansiedad / dolor: | Dolor en su MP |
| Memoria reciente: | Buena |
| Memoria remota: | Buena |
| Otras manifestaciones: | |

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

| | |
|--|----------------------|
| Creencia religiosa: | Si |
| Su creencia religiosa le genera conflictos: | No |
| Principales valores en su familia: | Hijo y nietos |
| Principales valores personales: | Sus cosas personales |
| ¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? | No |

Objetivo:

| | |
|--|---------------------------------------|
| Hábitos específicos de vivir (grupo social religioso): | Católico |
| ¿Permite El contacto físico? : | Poco |
| ¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: | Si sus objetos religiosos |
| Otros: | Como cuadros, escapularios e imágenes |

c) Necesidad de trabajar y realizarse:

Subjetivo

| | | | |
|---|----|---|----|
| ¿Trabaja actualmente? | No | Tipo de trabajo: | No |
| Riesgos | | Cuanto tiempo le dedica al trabajo: | |
| ¿Esta satisfecho con su trabajo? | | ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia? | |
| ¿Esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega? | Si | | |

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / Inquieto / eufórico:
Irritable, inquieta

Otros:

d) Temorregularización

Subjetivo:

| | |
|---|-------------------------------|
| Adaptabilidad a los cambios de temperatura: | Friolenta |
| Ejercicio / tipo y frecuencia: | Ninguno |
| Temperatura ambiental que les es agradable: | Cuando el clima esta templado |

Objetivo:

| | |
|---------------------------------|------------------------------|
| Características de la piel : | Ligera palidez de tegumentos |
| Transpiración: | No |
| Condiciones del entorno físico: | |
| Otros: | |

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

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo

| | |
|---------------------------------|--|
| Capacidad física cotidiana: | <u>Caminar solo para satisfacer neccs. Básicas</u> |
| Actividades en el tiempo libre: | <u>Ninguna</u> |
| Hábitos de descanso: | <u>Se la pasa sentada casi todo el día</u> |

Objetivo:

| | | | |
|--|--|-----------------------|--------------|
| Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: | <u>Disminuido</u> | | |
| Capacidad muscular tono/ resistencia / flexibilidad: | <u>Camina ayudada del bastón</u> | | |
| Posturas: | <u>Sentada</u> | | |
| Ayuda para la deambulación: | <u>Si se sienta necesita ayuda para levantarse</u> | | |
| Dolor con el movimiento: | <u>Si, en MPIS</u> | | |
| Presencia de temblores: | <u>En manos</u> | | |
| Estado emocional: | <u>Decaída</u> | Estado de conciencia: | <u>Buena</u> |
| Otros: | | | |

b) Descanso y sueño:

Subjetivo:

| | | | |
|--|--|-------------------|------------------------|
| Horario de descanso: | <u>De 23:00 a 9:30</u> | Horario de sueño: | <u>A las 23:00 hrs</u> |
| Horas de descanso: | <u>4:00 a 6:00</u> | Horas de sueño: | <u>7</u> |
| Siesta: | <u>Si en las tardes</u> | Ayudas: | |
| ¿Parece insomnio? | <u>Si</u> | | |
| A que considera que se deba: | <u>A que se levanta al baño y no se puede dormir</u> | | |
| ¿Se siente descansado al levantarse? | <u>Si</u> | | |
| Objetivo: | | | |
| Estado mental: ansiedad /estrés /lenguaje: | <u>Ansiedad debida a su dolor</u> | | |
| Orejas: | | Atención: | |
| Bostezos: | | Concentración: | |
| Apatía | | Cefaleas: | <u>Si</u> |
| Respuestas a estímulos: | <u>Al movimiento</u> | | |
| Otros: | | | |

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

| | |
|---|--|
| ¿Influyen su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? no le gusta la ropa ajustada y corta | |
| ¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? | Si |
| ¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? | Si |
| ¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? | No |
| Objetivo: | |
| Viste de acuerdo a su edad? | Si |
| Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: | |
| Vestida incompleto: | Sucio: |
| Inadecuado: | Otros: le gusta la ropa más desgastada |

| | |
|--|----|
| ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? | |
| En el hogar: | Si |
| | Si |
| En el trabajo: | |
| ¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? no | |
| Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida solo acude al médico cuando presenta alguna molestia | |
| Deformidades congénitas: | |
| Condiciones del ambiente de trabajo: | |
| Trabajo: | |
| Otros: | |

3.- Necesidades básicas de comunicación, vivir según creencias y valores. Trabajar y realizar, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

b) Necesidad de comunicarse.

Subjetivo:

| | | | |
|--|--------------|------------------|----|
| Estado civil: | Viuda | Año de relación: | |
| Vive con: | Hijo y nuera | | |
| Preocupaciones / estrés | No | Familiares: | No |
| Otras personas que pueden ayudar: Nietos | | | |
| Rol en la estructura familiar: Abuelita | | | |
| Comunica sus problemas debido a la enfermedad / estado: Si se los comunica pero no le gusta acudir mucho al médico | | | |
| Cuanto tiempo pasa sola: Poco tiempo | | | |

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo

Objetivo:

Hablo claro

Confusa.

Dificultad en la visión

Confusa:

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas.

Otros:

d) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo 2 veces por semana

Momento preferido para el baño: 12 horas del día

Cuántas veces se lava los dientes al día: Ninguna

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

si Si

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

Si

Objetivo

Aspecto general: Pte. Senil, un poco sucia

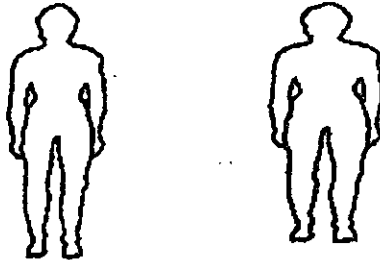
Olor corporal: A orina

Halitosis: Si

Estado de cuero cabelludo: Limpio

Lesiones dérmicas, que tipo: No

Otros:



e) Necesidades de evitar peligros:

subjetivo:

Que miembros componen su familia de

pertenencia: Hijo y nuera

Como reacciona ante una situación de

urgencia: Preocupada, llorosa y decaída

3.2.1. NECESIDADES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES.

NECESIDAD

1. Evitar peligros. Independencia : No existe

Dependencia: la modificación de los signos y síntomas en el color, la temperatura, sensibilidad y disminución de los pulsos periféricos, se tiene que estar valorando y el paciente a perdido la fuerza para poderse movilizar y no coloca el MPI en posición adecuada para aumentar el flujo arterial

2. Higiene y protección: Independencia: No existe
De la piel

Dependencia: Una de las principales complicaciones o factores de riesgo se dio por el sedentarismo e inactividad, así como mantener la pierna arropada y en posición adecuada para evitar traumatismos, porque la circulación esta disminuida y no es capaz de proporcionar la sangre adicional a la extremidad y la enfermera se encarga de mantener a la paciente limpia y aseada, para evitar laceraciones de la piel

3. Moverse y mantener Independencia: No existe
Una buena postura:

Dependencia: La paciente ahora depende de la enfermera y de los familiares porque las molestias que presenta a la claudicación, le imposibilitan llevarla acabo y tiene que ser colocada en su silla de ruedas y sin movilizar mucho su pierna ya que si se le produce dolor manifiesta enojo y maltrato y prefiere estar acostada la mayor parte del tiempo.

4. Aprendizaje : Independencia: No existe

Dependencia: La paciente a perdido las habilidades, se encuentra con ansiedad, se desconoce el tipo de dieta que tiene que llevar, se ha vuelto apática, no quiere hablar con nadie, prefiere un ambiente silencioso, tranquilo que se le realicen ejercicios moderados, que aprenda que su extremidad izquierda necesita de circulación adecuada que favorezca la oxigenación celular.

5. Descanso y sueño: Independencia : No existe

Dependencia: Las personas mayores tienen una necesidad de sueño mayor, pero la calidad de este se ve modificada con la edad, sin embargo cuando se presenta algún síntoma como el dolor , esta se ve modificada con ansiedad por lo que el sueño del individuo ya no es el mismo en cuanto a calidad y cantidad.

6. Comunicación: Dependencia: No existe

Independencia: Existe por que la paciente solo establece conversación con personas significativas como sus hijas y cuatro nietos. A ellos les manifiesta sus inconformidades, sentimientos, emociones y preocupaciones y no acepta la visita de familiares.

3.3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

NECESIDADES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

| | |
|--------------------------------------|--|
| Evitar peligros | Perfusión de los tejidos periféricos alterada, arterial en relación con la aterosclerosis progresiva |
| Higiene y protección de la piel | Alto riesgo de alteración de la integridad tisular en relación a la disminución de la circulación arterial manifestada por dolor. |
| Comunicación | Duelo en relación con la pérdida prevista de la extremidad por la insuficiencia arterial manifestada por la tristeza e impotencia. |
| Aprendizaje | Déficit de conocimientos de los factores riesgo para la insuficiencia arterial manifestada por la tristeza y apatía. |
| Moverse y mantener una buena postura | Intolerancia a la actividad, claudicación en relación con la enfermedad arterial periférica manifestada por enojo. |
| Descanso y sueño | Dolor agudo en relación con la isquemia, manifestado por inquietud y apatía. |

3.4 PLANEACION

| <u>NECESIDADES DETECTADAS</u> | <u>NECESIDADES JERARQUIZADAS</u> | <u>OBJETIVOS</u> |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Higiene y protección de la piel | Evitar peligros | Proporcionar comodidad física para mejorar la circulación. |
| Moverse y mantener una buena postura | Higiene y protección de la piel | Describir las actividades que facilitan la integridad de los tejidos. |
| Evitar peligros | Moverse y mantener una buena postura | Desarrollar actividades dentro de las limitaciones de la claudicación. |
| Comunicación | Aprendizaje | Proporcionar información acerca de los factores de riesgo de insuficiencia arterial. |
| Descanso y sueño | Descanso y sueño | Explicar el tipo de atención que requiere el individuo para calmar el dolor. |
| Aprendizaje | Comunicación | Señalar características relativas enfocadas a rehabilitación. |

3.5. Ejecución.

| | |
|--|---|
| Necesidad: | Evitar Peligros |
| Dx. de Enfermería: | Perfusión de los tejidos periféricos alterada, arterial en relación con la aterosclerosis progresiva |
| Objetivo: | Proporcionar una mayor comodidad física para ayudar a mejorar la circulación. |
| Intervenciones de Enfermería | Justificación |
| <p>Colocar la extremidad afectada en posición de declive.</p> <p>Mantener la ingestión oral para evitar sed y deshidratación.</p> <p>Verificar el color, la temperatura, la sensibilidad y la calidad de los pulsos periféricos inicialmente y a intervalos marcados; informar de inmediato si hay cambios.</p> <p>Valorar los factores causales y contribuyentes de la insuficiencia arterial como son: la diabetes mellitus, la obesidad, la vida sedentaria, el estrés.</p> <p>Distancia que el paciente pueda andar antes de que aparezca el dolor y de mantener el miembro pélvico en posición adecuada, la tolerancia al ejercicio y el no llevar ropa apretada.</p> | <p>La gravedad aumenta el flujo arterial.</p> <p>Hay que mantener el volumen del líquido intravascular para evitar el descenso de la presión arterial, que puede dar lugar a la oclusión de una arteria.²⁶</p> <p>Los cambios del color, la temperatura, la sensibilidad y la calidad de los pulsos periféricos, pueden indicar disminución del flujo arterial.²⁷</p> <p>La modificación de los factores contribuyentes puede reducir los síntomas, así como las enfermedades vasculares son 20 veces más frecuentes en los diabéticos.²⁸</p> <p>La restricción dietética para controlar el peso se puede combinar con un programa de paseos, que tiene el triple beneficio de que se gastan calorías, mejora el estado cardíaco general y se desarrolla mejor la circulación colateral.²⁹</p> <p>La piel isquémica se lesiona con facilidad incluso con el peso de la ropa de la cama.</p> |
| <p>Evaluación: Después de toda la comodidad física que se proporcione a la paciente, existieron otros factores de riesgo que ya tenía con anterioridad y que no fueron favorables para mantener la circulación arterial adecuada, y continuo presentando molestias.</p> | |

²⁶ Beare / Mires, págs. 662 y 652

²⁷ Beare / Mires, págs. 662 y 652

²⁸ Beare / Mires, págs. 662 y 652

²⁹ Beare / Mires, págs. 662 y 652

| | |
|--|---|
| Necesidad: | Higiene y protección de la piel. |
| Dx. de Enfermería: | Alto riesgo de alteración de la integridad tisular en relación a la disminución de la circulación arterial, manifestada por dolor. |
| Objetivo: | Describir las actividades que ayuden a facilitar la integridad de los tejidos. |
| Intervenciones de Enfermería | Justificación |
| <p>Potenciar los factores que protegen la extremidad.</p> <p>Mantener la extremidad caliente con ropa de abrigo.</p> <p>Reducir el riesgo de traumatismos.</p> <p>Cambios frecuentes de postura.</p> <p>Evitar el cruce de piernas.</p> <p>Evitar colocarse bandas o ligas que compriman la extremidad.</p> <p>Proteger los pies.</p> | <p>La lesión de la extremidad requiere una cantidad de sangre para la curación superior a la necesaria para mantener el tejido intacto. Una extremidad con circulación comprometida puede no ser capaz de proporcionar la sangre adicional necesaria.³⁰</p> <p>La ropa que comprime, como las ligas o bandas elásticas apretadas de los calcetines, así como el cruzar las piernas producen una compresión de los vasos de las piernas³¹.</p> |
| <p>Evaluación: Las lesiones de la extremidades son frecuentes debido a la falta de orientación, la paciente presentaba lesiones por ligas que se colocaba para sostenerse las medias, no lubricaba su piel ni cuidaba sus pies, ya que refería molestia al inclinarse debido a su obesidad por lo que fue necesario realizar cambios frecuentes de precisión y proteger la extremidad para reducir traumatismos y favorecer a la circulación.</p> | |

³⁰ Beare / Mires, pág. 662

³¹ Beare / Mires, pág. 662

| | | |
|---|--|--|
| Necesidad: | Aprendizaje. | |
| Dx. de Enfermería: | Déficit de conocimientos de los factores de riesgo para la insuficiencia arterial, manifestado por estrés. | |
| Objetivo: | Proporcionar información acerca de los factores de riesgo de la insuficiencia arterial. | |
| Intervenciones de Enfermería | Justificación | |
| <p>Instruir al paciente sobre los factores de riesgo para la insuficiencia arterial.</p> <p>Evitar el estrés.</p> <p>Evitar infecciones, heridas y laceraciones de la piel. *</p> <p>Modificar la dieta.</p> <p>Controlar la presión arterial y la glucemia.</p> | <p>La modificación de los factores de riesgo puede reducir los síntomas y evitar la necesidad de una intervención.³⁴</p> <p>Una presión arterial y un volumen de líquidos adecuados, junto a la disminución de la viscosidad sanguínea ayudan a evitar la oclusión en una zona estenótica de la arteria.³⁵</p> | |
| <p>Evaluación: La aterosclerosis es un proceso patológico que la paciente no puede entender con exactitud, sólo manifiesta dolor y angustia por lo que se implementan cuidados específicos tanto a nivel de piel, control de presión, y glucemia y a que esto disminuye la esperanza de vida</p> | | |

³⁴ Beare / Mires, pág. 663

³⁵ Beare / Mires, pág. 663

| Necesidad: | Descanso y sueño. |
|---|---|
| Dx. de Enfermería: | Dolor agudo en relación con la isquemia manifestado por inquietud y apatía. |
| Objetivo: | Explicará el tipo de actividades que requieren el individuo para calmar el dolor. |
| Intervenciones de Enfermería | Justificación |
| <p>El paciente manifestará que el dolor ha disminuido a consecuencia de:</p> <p>Mantener el miembro pélvico en posiciones adecuadas para la circulación arterial.</p> <p>Disminución de la demanda de oxígeno.</p> <p>Administración de analgésicos como diclofenaco y nubain.</p> <p>Evitar la vasoconstricción.</p> <p>Proteger el piel e preferencia con lana de oveja, ya que permite que el calor aumente porque la extremidad se manifieste fría.</p> | <p>La irrigación arterial de una extremidad puede aumentar si la coloca por debajo del nivel del corazón.</p> <p>La gravedad ayuda a que el flujo sanguíneo llegue a las extremidades.³⁶</p> <p>La medicación analgésica puede reducir el dolor y permitir que el paciente tolere las actividades cotidianas.³⁷</p> <p>Disminuye la presión de la piel en el área isquémica y permite que aumente el flujo sanguíneo en entre las prominentes óseas.³⁸</p> |
| Evaluación: El paciente continua manifestando dolor al movimiento por lo que su ansiedad aumenta, en ocasiones el miedo para poder ayudarla a que llegue a la recuperación con la mayor disponibilidad posible. Tanto a los familiares como a su enfermera para que la ayuden en su rehabilitación. | |

³⁶ Beare / Mires, pág. 663

³⁷ Beare / Mires, pág. 663

| | | |
|--|--|--|
| Necesidad: | Comunicación. | |
| Dx. de Enfermería: | Duelo en relación con la pérdida prevista de la extremidad por la insuficiencia arterial manifestada por tristeza. | |
| Objetivo: | Señalar características relativas enfocadas a la rehabilitación. | |
| Intervenciones de Enfermería | Justificación | |
| <p>Valorar los temores acerca de la pérdida potencial.</p> <p>Valorar las respuestas del individuo.</p> <p>Estimular al paciente a que comparta sus sentimientos.</p> <p>Apoyar los puntos fuertes del paciente.</p> <p>Si la amputación es inevitable, aceptar la reacción del paciente y su familia.</p> <p>La intervención quirúrgica</p> <p>El programa de rehabilitación</p> <p>Las expectativas postoperatorias.</p> <p>Los ejercicios.</p> <p>Facilitar la enseñanza sanitaria y las consultas necesarias.</p> <p>Comentar los posibles resultados.</p> <p>Comentar las estrategias de afrontamiento.</p> <p>Identificar los grupos de apoyo.</p> | <p>Las personas con insuficiencia arterial tienen el riesgo de perder la extremidad, con o sin actuaciones médicas o quirúrgicas.³⁹</p> <p>Las respuestas al duelo son individuales.⁴⁰</p> <p>El repaso de los acontecimientos previsibles ayuda a facilitar estrategias positivas de afrontamiento.⁴¹</p> <p>La identificación de otras personas que han pasado por situaciones similares sirve de apoyo al paciente.⁴²</p> | |
| Evaluación: Tras la evaluación de la patología existen varias opciones como la amputación como medida conservadora. Aunque esto va a modificar los niveles de vida ya que en ella la tristeza por la pérdida afecta psicológicamente a la paciente. | | |

³⁸ Halabe, José, pág. 692

³⁹ Beare / Mires, pág. 663

⁴⁰ Beare / Mires, pág. 663

⁴¹ Beare / Mires, pág. 663

⁴² Beare / Mires, pág. 663

CONCLUSIONES

Una de las decisiones que debe tener el personal de enfermería en el manejo de situaciones se refiere a su participación para valorar el estado de salud del individuo, sobre todo por el enfoque que se ha dado al proceso atención de enfermería donde se adquiere habilidad y destreza que son indispensables para formular juicios críticos con mejor razonamiento dentro del contexto de la práctica y no para sustituir la función del médico en el diagnóstico, si no para complementarla y hacerlo un componente indispensable del proceso atención de enfermería que permite obtener en forma precisa y ordenada, información del individuo en las áreas fisiológica, psicológica y social, que una vez analizadas y sintetizadas permitirán elaborar un diagnóstico de enfermería el cual facilitara la planeación y ejecución del plan de atención correspondiente, así como llegar a la valoración del estado de salud individual.

Una de las ventajas del proceso es la familiarización que se tendrá con el paciente ya que los ancianos llegan a las nuevas experiencias educativas, con ideas, actitudes y patrones de conducta previamente establecidos y aprendidos a lo largo de sus vidas, también tienen muchas responsabilidades y problemas vitales que pueden tener, poco o nada que ver con lo que el personal de enfermería cree que debe conocer, y lo estimulara escuchándolo y así tratar de reducir en lo posible la ansiedad, la depresión, la aflicción y el miedo para poder ayudarlo a que llegue a la recuperación con la mayor disponibilidad posible.

El resultado del proceso se valorara en el análisis de las necesidades de asistencia de enfermería requeridas para conseguir los resultados determinados y para el logro de los objetivos, ya que habrá oportunidad de aplicar lo aprendido, otra de las ventajas de aplicarlo en el área hospitalaria es que la enfermera se familiariza cada día mas con su paciente y se estudia a fondo cada patología y se encamina al paciente hacia los cuidados que debe tener en su domicilio que ayuden a su propia rehabilitación.

También se deben de cumplir todos los objetivos encauzados al paciente y al

estudio mediante la investigación y se cumple porque se han aplicado todos los conocimientos teórico-prácticos encaminados a satisfacer las necesidades del paciente.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

GLOSARIO

PERFUSION: Circulación artificial en un órgano de un líquido de composición apropiada para mantener las funciones de aquel en la experimentación fisiológica. (gota a gota.).

ALTERACION: Cambio cualquiera en la naturaleza, forma o cualidades de un cuerpo o sustancia. Ordinariamente cambio en mal sentido.

CLAUDICACION: Trastorno intermitente de una función.

CLAUDICACION INTERMITENTE ISQUEMICA: Entorpecimiento, debilidad y rigidez dolorosa de un miembro inferior después de algún tiempo de marcha y que desaparece con el descanso del miembro, fenómenos debidos a la disminución del calibre de la luz de las arterias por arteriosclerosis.

ESTENOSIS: Estrechez patológica congénita o accidental de un orificio o conducto, obstrucción en forma de anillo alrededor de las paredes de un órgano.

OCLUSION: Cierre.

COLATERAL: Que acompaña, que marcha al lado, dicese de ciertas arterias y nervios. Secundario o accesorio.

CIRCULACION: Movimiento de una masa por un curso regular, como la circulación de la sangre.

ARTERIAL: Transporte de la sangre en el sistema arterial desde los orificios aórtico y pulmonar de los ventrículos a los capilares generales o pulmonares.

NEUROPATÍA: Afecciones nerviosas, en especial las degenerativas.

GANGRENA: Mortificación de una parte del cuerpo, muerte local producida por causas circulatorias, físicas, químicas.

GANGRENA SENIL. Gangrena seca, ateriosclerosa de los viejos.

HEMATÍES: Contienen hemoglobina, que tiene por misión transportar el oxígeno a la intimidad de los tejidos

HEMODILUCIÓN: Aumento del volumen del plasma en relación al de los glóbulos rojos.

ANEXOS

PATOLOGIA ATEROSCLEROSIS.

CONCEPTO.

La aterosclerosis es un importante proceso patológico en el que los lípidos se depositan en las capas íntimas y subíntima de las arterias junto a los lípidos, se puede producir la precipitación de calcio, dando lugar a una placa calcificada. Estas alteraciones se conocen vulgarmente como "ENDURECIMIENTO DE LAS ARTERIAS".

La aterosclerosis de la aorta y de las arterias ilíacas es una de las causas más frecuentes entre los ancianos de los países desarrollados.

ETIOLOGIA

La aterosclerosis obliterante es la enfermedad arterial más frecuente, al menos un 95% de las enfermedades arteriales oclusivas son de origen aterosclerótico. Es la primera causa de enfermedad oclusiva en las extremidades inferiores después de los 30 años. Los pacientes con enfermedad sintomática de las extremidades inferiores tienen una esperanza de vida 10 años menor que la de la población general. Se han realizado distintos estudios a largo plazo sobre pacientes con enfermedad sintomática de las extremidades inferiores (claudicación), con la edad y se observó que los varones eran más sintomáticos de que las mujeres. Otros estudios han confirmado estos hallazgos. Las morbilidades de la diabetes mellitus y el elevado consumo de tabaco están relacionados con el aumento de la claudicación intermitente en su grado más alto. El hábito de fumar triplica el riesgo de desarrollar claudicación y la hipertensión lo duplica. Además, el tabaco aumenta la necesidad potencial de amputación⁴³.

⁴³ BEARE / MIRES, Pág. 649, 654

SIGNOS Y SINTOMAS.

La gravedad de los síntomas de las extremidades inferiores depende del tiempo que la arteria lleva ocluida, del nivel de la oclusión, de si la estenosis es única o múltiple, del grado de estenosis y de la presencia de vasos colaterales. Puede o no haber ausencia de pulso o disminución del pulso distal a la estenosis u oclusión, dependiendo del grado de circulación colateral. Parece ser que los vasos colaterales tardan de 6 a 24 meses en desarrollarse, aunque este periodo puede reducirse con una rehabilitación vascular adecuada. Algunos investigadores opinan que la disminución de sistemas se debe más a la adaptación metabólica del músculo que a un aumento real del flujo sanguíneo

El dolor de esta reacción es la razón que lleva casi todos los pacientes a la consulta del médico por una enfermedad arterial de las extremidades inferiores. La claudicación intermitente es el síntoma que a parece en primer lugar en la mayoría de los casos. Son relativamente escasos los pacientes con claudicación intermitente que progresan hacia dolor de reposo, gangrena, o pérdida de la extremidad. La claudicación se suele describir como un dolor de tipo calambre que aparece en la pantorrilla o en el muslo de los pacientes con enfermedad de la extremidad inferior. Si la lesión se localiza por encima de la ingle, la claudicación puede afectar a la nalga.

Cuando el enfermo ha desarrollado circulación colateral el organismo compensa en cierta medida la disminución del riesgo sanguíneo. Sin embargo si la circulación colateral es insuficiente, el paciente puede desarrollar dolor en reposo. Ello implica que el aporte de oxígeno es insuficiente, incluso en reposo, y contribuye un siglo de afectación grave. Los pacientes con dolor de reposo por enfermedad arterial de la extremidad inferior comunican que el dolor es relativamente escaso durante el día, pero que aumenta significativamente al acostarse por la noche. Pueden tratar de aliviarlo dejando el pie colgado por el lado de la cama o caminando. A menudo, los narcóticos no consiguen aliviar el dolor, que afecta sobre todo a los dedos de los pies y que se debe a la

disminución de la presión arterial y a la falta de ayuda de la gravedad..

Los enfermos con neuropatía diabética y otras enfermedades pueden no notar el dolor o la lesión y continuar dañando la frágil piel del pie. El peso de la ropa de cama sobre la piel y las abrasiones de los pies pueden progresar hacia la gangrena.

Los pacientes con dolor de reposo pueden parecer cansados por la falta de sueño, ya que el dolor de reposo los despierta a menudo. El dolor es agudo e intenso. El personal de enfermería puede observar que el que el enfermo se frota el pie afectado o lo deja colgado por el borde de la cama. El paciente puede tener edema uní o bilateral de las piernas como consecuencia de haber dejado colgando una o ambas piernas por el lado de la cama. Algunos enfermos solo pueden descansar sentados en una silla. Otro síntoma puede ser la imposibilidad de dormir, debido al peso de la ropa de cama sobre los dedos de los pies⁴⁴.

La segunda manifestación de la insuficiencia arterial de las extremidades inferiores es la palidez. Al elevar la pierna, las venas se vacían y no se vuelven a llenar, con lo que la extremidad palidece. Cuando el pie se coloca en posición declive, la piel toma un color rojo lo que recibe el nombre de rubor declive. El rubor es consecuencia de la dilatación de las arteriolas, de modo que en la enfermedad crónica se pueden apreciar una coloración rojo azulada permanentemente.

Además, se produce una pérdida de pelo (por lo general con distribución en calcetín) y las uñas se deforman y se toman quebradizas, a medida que los tejidos se hacen más cadavéricos como consecuencia de la insuficiencia crónica, su color puede pasar de la palidez o el tono rojizo a un color azul oscuro o violáceo.

Este cambio de coloración puede ser por zonas o en un dedo, progresando hasta afectar al pie o la extremidad.

La frialdad de un miembro indica un flujo sanguíneo reducido. Es esencial hacer

⁴⁴ BEARE / MIRES, Pág. 654

una valoración bilateral de la temperatura. En ocasiones se observa una línea de temperatura diferencial que se corresponde con el área de oclusión arterial. Esta temperatura diferencial es más espectacular en casos de enfermedad oclusiva aguda.

En la aterosclerosis avanzada, la isquemia puede dar lugar a necrosis ulceración y gangrena. La gangrena es un signo de muerte hística secundaria a la irrigación inadecuada la gangrena es indolora, ya que también provoca la muerte de los nervios.

Suele ser una indicación para que las actuaciones médicas o quirúrgicas se hagan con la mayor rapidez posible, siempre que el enfermo pueda soportarlo⁴⁵.

TRATAMIENTO.

TRATAMIENTO MEDICO.

El objetivo fundamental del tratamiento de la enfermedad arterial oclusiva es reducir el desequilibrio entre las demandas del tejido y el aporte sanguíneo disponible. El plan consiste en incrementar la irrigación y conseguir un equilibrio entre el reposo, para reducir las necesidades de oxígeno, y la actividad para estimular la circulación colateral.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

La pentoxifilina es un medicamento muy utilizado en la enfermedad arterial oclusiva de las extremidades inferiores. Este fármaco reduce la viscosidad sanguínea, alterando la flexibilidad de la membrana de los hematíes de forma que estos puedan moldearse y adaptarse a los vasos de menor calibre. Esta indicada en pacientes que solo tienen claudicación o en lo que el riesgo quirúrgico es extraordinariamente elevado y se desea optar por un tratamiento conservador. El fármaco requiere unos 4 meses para resultar eficaz ya que actúa sobre las

⁴⁵ BEARE / MIRES, Pág. 654- 655

AMPUTACIÓN:

La amputación es el último recurso terapéutico para un miembro isquémico el tratamiento conservador o las técnicas de derivación arterial hacen que en los pacientes que pueden caminar, la amputación sea un acontecimiento relativamente raro. Sin embargo, en los pacientes seniles confinados a la cama o que no pueden andar , hay que considerar la conveniencia de una amputación si el riesgo de la derivación es para sus posibles beneficios.

La mitad de la amputaciones no traumáticas realizadas en E.E.U.U., se hacen a enfermos diabéticos en estos casos, la neuropatía puede impedir que se aprecie una grave infección que impide salvar el pie.

En otros casos , una derivación puede proporcionar una irrigación adecuada al pie, suficiente como para que cicatrice una amputación local por ejemplo, de un dedo a una amputación transmetatarsiana⁴⁷.

COMPLICACIONES

La aterosclerosis de las extremidades (sobre toda en las piernas), es responsable de la mayor morbilidad en esta enfermedad, con la excepción del accidente cerebrovascular (para la enfermedad cerebrovascular).

La pérdida de la función, el dolor y la incapacidad en las extremidades, además de la amputación, son las complicaciones más habituales de la enfermedad arterial oclusiva de las mismas . Estas complicaciones aparecen cuando la estenosis es una arteria que irriga una zona inferior a las arterias renales es lo bastante intensa como para causar limitaciones en el aporte sanguíneo. Las consecuencias son, la lesión tisular y una mayor dificultad para la curación⁴⁸.

⁴⁷ BEARE / MIRES, Pág. 658

⁴⁸ BEARE / MIRES, Pág. 654

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Beare / Mires. PRINCIPIOS Y PRACTICA DE LA ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA. Segunda edición, Volumen 1, Editorial Mosby / Doyma libros.

- 2.- M. Patricia Donahue, phd, m. HISTORIA DE LA ENFERMERIA. Ediciones Doyma, Primera reimpresión 1993, Edición original, T.p 506

- 3.- Orem, Dorothea, MODELO DE OREM. Barcelona, Doyma 1995. P.363.

- 4.- SEMINARIO DE PROCESO DE ENFERMERIA. Material de apoyo I-II

- 5.- Alfaro Lefevre, Rosalinda. APLICACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA, GUIA PRACTICA. Tercera edición. Editorial Mosby / Doyma, Madrid , 1996.

- 6.- Lic. Susana Rosales Barrera. FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA. Volumen I, tercera reimpresión 1994, UNAM.

- 7.- Sorrentina, Sheila A. ENFERMERIA PRACTICA. Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V., t.p 422, quinta reimpresión.

- 8.- Carpentino L, NOTAS DE UN SEMINARIO NO PUBLICADAS, adaptación con permiso del autor, 1985.

- 9.- Halabe, José, EL INTERNISTA, MEDICINA INTERNA PARA INTERNISTAS, Editorial Interamericana McGraw Hill, Volumen I.