



CASO CLÍNICO ENFERMERO

**Curso básico para la estandarización
y mejora de los Cuidados Enfermeros
en Atención Especializada 2006**

MANUELA MACÍAS BENAVENTE

INDICE

	<u>Página</u>
➤ INTRODUCCIÓN	3 y 4
• OBJETIVOS	
• JUSTIFICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO	
➤ A/ DATOS CLÍNICOS	5
➤ B/ VALORACIÓN ENFERMERA, SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	6 y 7
➤ C/ PLAN DE CUIDADOS SEGÚN TAXONOMÍAS NANDA-NOC-NIC:	8, 9 y 10
1º/ ANSIEDAD	
2º/ RIESGO DE INFECCIÓN	
3º/ DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	
➤ D/ INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA	11
➤ E/ ANEXO N° 1 : MODELO DE VALORACIÓN SAS	12 y 13
➤ F/ ANEXO N° 2: MODELO TEST	14
➤ G/ BIBLIOGRAFÍA	15



INTRODUCCIÓN

Este Documento ha sido elaborado por Manuela Macías Benavente, enfermera de la 5ª Planta de Maternidad del Hospital Reina Sofía de Córdoba.

El caso clínico que presento pertenece al trabajo que he de realizar como docente en el “Curso básico para la estandarización y mejora de los Cuidados Enfermeros En Atención Especializada” 1ª edición año 2006.

Me propongo los siguientes objetivos:

- Realizar el trabajo que es necesario para ultimar el curso arriba indicado
- Poner en práctica los conocimientos y habilidades de la Metodología Enfermera que me ha sido impartida
- Mejorar los cuidados enfermeros en “Atención Especializada”
- Lograr una mayor satisfacción de los cuidados recibidos por pacientes hospitalizados y familia
- Ser parte integrante y colaboradora del plan de Apoyo a las Familias Andaluzas que ha impulsado el SAS

Justificación del proceso enfermero:

Para detectar el problema o situación de salud que presenta esta paciente, me he valido de información proveniente de tres fuentes:

- 1º/ Historia Clínica
- 2º/ Valoración enfermera según Virginia HENDERSON aplicable a la enferma.
- 3º/ De su propia familia (marido)

Una vez detectado y contextualizado el problema, me decanto sólo por tres etiquetas diagnósticas:

- **Ansiedad**
- **Riesgo de infección**
- **Deterioro de la movilidad física**

Otras etiquetas que se evidencian como: Baja autoestima situacional; Disposición para mejorar los conocimientos; Deterioro del patrón del sueño, mejorarán trabajando primero la **ansiedad**

El estreñimiento, lo dejo para que lo trabaje la paciente en casa pues al ser una enferma quirúrgica, los días ingresada, estará con dieta progresiva según tolerancia



A/ DATOS CLÍNICOS

María, paciente de 47 años de edad ingresa a las 8 h. en la unidad de ginecología para ser intervenida por la tarde de H.T. radical + D.A.

Está diagnosticada de ca. de cervix y ha recibido tratamiento de quimioterapia y radioterapia antes de la cirugía.

La analítica preoperatoria es normal, la T.A. es de 123/78. F.C.84 y la tem.36'8 en el momento del ingreso. Viene en ayunas solo tomó un vaso de leche a las 7h..

Nunca antes había estado ingresada en un hospital ni intervenida quirúrgicamente de nada por lo que esa situación le crea incertidumbre y angustia, tampoco ha padecido enfermedad importante, solo dolor de cabeza y algún que otro resfriado.

Me confirma que no toma medicación pero en las últimas semanas le han recetado Lorazepán por la noche y que no conoce alergias a medicamentos ni a alimentos.

Ya vine duchada y la tarde anterior le han cursado las pruebas cruzadas Antes de bajar a quirófano ha de realizarse profilaxis A.B. con Tencef 2gms I.V. e Hibor 2.500 sub. 12 h. después de la I.Q.

Tras el procedimiento de acogida y la presentación como su enfermera responsable le explico como será su proceso hospitalario y que cuando esté cómoda tengo que canalizar una vía periférica para iniciar sueroterapia y poner tratamiento I.V. Además le sigo explicando que le tengo que colocar una sonda vesical y realizarle unas preguntas para poder atenderla mejor

B/ VALORACIÓN ENFERMERA, SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON:

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN: Sistema circulatorio y respiratorio sin alteración observada.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN: Comenta que siempre ha tenido apetito, pero que ahora le cuesta. Lo que mas le apetece son los zumos, frutas y ensaladas.

Bebe aproximadamente 1500 c.c. al día, pesa 58 Kgms y mide 1,60 cm. de altura

No lleva ningún tipo de dieta y la masticación y deglución no presenta problema alguno.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN: Urinaria: sin alteración observada.

Digestiva: dice ser estreñida

NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN: Actividad/ movilidad: Autonomía

Estado de consciencia: Consciente y orientado

NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO: Desde que le diagnosticaron su enfermedad, comenta tener problemas para conciliar el sueño.

Toma Lorazepán. por la noche

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE: Completamente independiente.

NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE HOMEOSTASIS: Sin alteración observada.

NECESIDAD DE HIGIENE : Higiene: Autónomo y es correcta.

NECESIDAD DE SEGURIDAD: Riesgo de infección por catéter venoso y sonda vesical.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN: Lenguaje, visión, oído y cognición sin alteración observada

CREENCIAS Y VALORES: Refiere que siempre se ha tenido como una persona fuerte ante las dificultades de la vida pero que ahora se encuentra hundida y no sabe como salir de esa situación.

NECESIDAD DE REALIZACIÓN PERSONAL: Es ama de casa, vive con su marido y sus cuatro hijos a los que adora y son su preocupación permanente.

Su marido Francisco le acompaña constantemente, es un gran apoyo.

NECESIDAD DE OCIO: No se concentra ni en la lectura ni la televisión. No tiene interés por nada.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE: Necesita saber mas sobre su enfermedad.



C/ PLAN DE CUIDADOS SEGÚN TAXONOMÍAS NANDA-NOC- NIC

1º/ ANSIEDAD

	Diagnósticos NANDA	
Etiqueta diagnóstica	R/C	M/P
ANSIEDAD (1*)	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el estado de salud 	Incertidumbre, preocupación creciente y trastorno del sueño

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades
<p>Control de la ansiedad. 1402</p> <ul style="list-style-type: none"> • 140204 Busca información para reducir la ansiedad • 140214 Refiere dormir de forma adecuada • 140216 ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad 	<p>5820 Disminución de la ansiedad: Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5820,03 Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento • 5820,05 Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • 5820,02 Escuchar con atención. • 5820,14 Crear un ambiente que facilite confianza. • 5820,15 Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos • 5820,16 Identificar los cambios en el nivel de ansiedad • 5820,26 Alertar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo <p>1850 Fomentar el sueño: Facilitar ciclos regulares de sueño/ vigilia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1850,05 Observar, registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. • 1850,06 Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y / o psicológicas que interrumpen el sueño. • 185008 Ajustar el ambiente (luz, ruido, temp. etc) para favorecer el sueño

1: Nunca manifestado; 2: Raramente manifestado; 3: En ocasiones manifestado; 4: Manifestado con frecuencia; 5:Constantemente manifestado.

(1*) Cribado ansiedad depresión - Escala Goldberg. Ansiedad > 4, Depresión > 2 . (Ver anexo nº 2)

2º/ RIESGO DE INFECCIÓN

	Diagnósticos NANDA	
Etiqueta diagnóstica	R/C	M/P
RIESGO DE INFECCIÓN	Procesos invasivos (catéter venoso periférico y sonda vesical)	

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades
<p>Estado infeccioso.0703</p> <ul style="list-style-type: none"> • 070328 Flebitis por catéter venoso periférico 	<p>2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DVA) : Manejo del paciente con acceso venoso prolongado mediante catéteres perforados o no perforados y los implantados</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2440,08 Mantener vendaje oclusivo • 2440,14 Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.(rojez, tumefacción, fiebre, malestar). • 244015 Determinar si el paciente y / o la familia entienden el propósito, cuidados y mantenimiento del DAV • 2440,16 Instruir al paciente y / o la familia en el mantenimiento del dispositivo. <p>1876 Cuidados del catéter urinario :Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1876,02 Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario. • 1876,06 Cambiar el sistema del drenaje urinario a intervalos regulares

Grave – Sustancial – Moderado - Insignificante

3º/ DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

	Diagnósticos NANDA	
Etiqueta diagnóstica	R/C	M/P
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (1*)	Malestar y dolor	Limitaciones de movimientos, dificultad para girarse en la cama y para realizar las actividades de la vida diaria.

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades
<p>Nivel de movilidad 0208</p> <ul style="list-style-type: none"> • 020802 Mantenimiento de la posición corporal. <p>Conocimiento: actividad prescrita 1811</p> <ul style="list-style-type: none"> • 188801 Descripción de la actividad prescrita. • 181103 Descripción de los efectos esperados de la actividad. 	<p>1400: Manejo del dolor: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1400,01 Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición ,duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad. • 1400,12 Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, tiempo que dura y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. • 1400,13 Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos) • 1400,27 Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. <p>5612 Enseñanza actividad/ ejercicio prescrito: Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5612,02 Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad / ejercicio prescrito. • 5612,13 Enseñar al paciente una buena postura y la mecánica corporal, si procede. <p>1801 Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene: Ayudar a un paciente a realizar la higiene personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1801,09 Ayudar con el cuidado perineal

Ninguno – Escaso – Moderado – Sustancial - Extenso

1*) Diagnóstico al siguiente día de la intervención o día 2º del proceso.

D/ INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA

Sólo indicaré los cuidados que la paciente debe seguir en su casa.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE SU SITUACIÓN DE SALUD:

- Si fiebre, sangrado o dolor lo debe consultar en su Centro de Salud.
- Reposo relativo, se irá incorporando a su actividad diaria progresivamente.
- Dieta equilibrada rica en fibra y abundantes líquidos (para mejorar el estreñimiento)

PIEL / HERIDAS.

- Ducha diaria.
- Los puntos se retiran en su Centro de Salud según criterio de la enfermera.
- Última cura realizada con Povidona Yodada

CUADRO ANSIEDAD-DEPRESIÓN-ESCALA DE GOLDBERG

“A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”

Se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

- 1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- 2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- 3.- ¿Se ha sentido muy irritable?
- 4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando

- 5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- 6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
- 7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
- 8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- 9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

- 1.- ¿Se ha sentido con poca energía?
- 2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
- 3.- ¿Ha perdido la confianza en si mismo?
- 4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)

- 5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- 6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
- 7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- 8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- 9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son ≥ 4 para la escala de ansiedad y ≥ 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .



G/ BIBLIOGRAFÍA

- Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. SAS enfermar@s del Servicio Andaluz de Salud.
 - Cuidados de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía SAS
 - Curso básico para la estandarización y mejora de los cuidados enfermeros en Atención Especializada. Servicio Andaluz de Salud (Consejería de Salud) 2005
 - Nanda: Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2003-2004. SAS – ELSEVIER 2004
- 