

VI.- PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

6.1 HISTORIA DE ENFERMERIA

6.1.1.- DATOS SOCIALES BASICOS:

NOMBRE.- R.S.G.

EDAD.- 34 años.

SEXO.-Masculino.

OCUPACION.- Intendencia.

NACIONALIDAD.- Mexicana.

ESCOLARIDAD.- Primaria, secundaria y preparatoria.

ESTADO CIVIL.- Casado.

RELIGION.- Católica.

DOMICILIO.- Calle mar amarillo, lote 4, manzana 5,
colonia Guaymas Norte.

LUGAR DE PROCEDENCIA.- Guaymas, Sonora.

AGRUPACIONES A LAS QUE PERTENECE.- Participa en el
equipo de beisbol del IMSS.

PREFERENCIAS PERSONALES.- El cuidado de sus hijos,
labores domésticas, ver televisión y leer el
periódico.

6.1.2.- DATOS FISIOLÓGICOS BASICOS:

PESO.- 74Kg.

AUDICION.- Escucha bien.

VISION.- Buena agudeza visual en ambos ojos.

OLFATO.- Percibe olores sin ningun problema.

LENGUAJE.- Sin problemas.

CAPACIDAD PARA MOVILIZACION.- Puede desplazarse normalmente.

MANO DOMINANTE.- Derecha.

ELIMINACION RENAL.- Expresa que la micción es normal, sin problemas de dolor ni ardor al orinar. No se comprobó por exámenes de laboratorio.

REPOSO Y SUEÑO.- Trabaja en el turno nocturno tres veces por semana; siendo estos días los que no duerme durante la noche y lo hace en siestas por la tarde. Para así continuar sus horas de sueño normalmente los días que no trabaja.

6.1.3.- FORMAS ORDINARIAS DE VIDA COTIDIANA:

HIGIENE PERSONAL.- Acostumbra baño diario, cambio de ropa, aseo de dientes después de cada comida y cuando sea necesario; se observa buen aliño personal.

ALIMENTACION.- Huevos y leche diariamente, alimentos de origen animal como: carne de res, pollo y pescado; frutas, verduras y legumbres de cuatro a cinco veces por semana.

RECREACION.- Acostumbra a salir por las tardes a visitar a sus padres y suegros. Los fines de semana va con su familia al parque o juegos mecánicos.

TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO.- Fuma de uno a dos

cigarrillos diarios; toma bebidas alcohólicas ocasionalmente sin llegar a la embriaguez.

6.1.4.- ESTUDIO DE SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA:

GENERALIDADES DE LA COLONIA.- Se encuentra situada a la entrada norte de Guaymas, colinda al norte con San Germán, al sur con la Colonia Loma Linda, al oeste con la Colonia Petrólera, al este con la Cárcel Municipal (CERESD) y Pantéon Municipal "Héroes Civiles de Guaymas". Aproximadamente a 10 minutos del centro de la ciudad. Las vías de acceso a la misma son; camiones urbanos y foráneos, taxis y carros particulares. Cuenta con pavimentación, agua potable intradomiciliaria, alumbrado público, teléfono y drenaje.

TIPO DE VIVIENDA.- De interés social (INFONAVIT).

UBICACION.- La vivienda colinda al norte con lá calle Mar amarillo, al sur con la calle Mar Báltico, al oeste con la calle Mar Egeo, al este con la calle Mar Bermejo.

CONSTRUCCION.- De bloques de cemento, techo de concreto y vitropiso (suelo). Cuenta con cinco cuartos distribuidos de la siguiente manera: dos recámaras, sala-comedor, estancia y baño.

VENTILACION.- Natural y artificial.

Natural, cada habitación cuenta con una ventana y una puerta por lo que la ventilación es buena en pri-

mavera, otoño e invierno.

Artificial, en verano utiliza dos ventiladores y un cooler.

ILUMINACION.- Buena iluminación ya que cuenta con luz eléctrica intradomiciliaria.

ABASTECIMIENTO DE AGUA.- Agua potable intradomiciliaria.

DISPOSICION Y ELIMINACION DE DESECHOS.- La vivienda cuenta con drenaje; el carro recolector de basura pasa tres veces por semana.

FAUNA NOCIVA Y ANIMALES DOMESTICOS.- Moscas y mosquitos.

ORGANIZACION FAMILIAR

AUTORIDAD FAMILIAR.- Está a cargo del paciente.

NUMERO DE MIEMBROS QUE CONVIVEN CON EL PACIENTE:

EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	EDO. CIVIL
1 año	hijo	-	-
3 años	hijo	-	-
29 años	esposa	comercio	casada

INTERRELACIONES FAMILIARES Y COMUNALES.- Existe buena relación familiar y armonía con sus vecinos.

SITUACION ECONOMICA.- Es solvente ya que trabajan el paciente y su esposa.

INGRESO MENSUAL. Ambos sueldos hacen un ingreso de N\$3,200.00.

DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS.- El dinero está distribuido así: N\$800.00 para alimentación, el resto se utiliza para pago de servicios públicos, vestido y recreación.

6.1.5.- ANTECEDENTES:

HEREDITARIOS FAMILIARES.- Informa el paciente que los antecedentes heredofamiliares son: padre diabético y un hermano con cáncer gástrico.

PERSONALES NO PATOLOGICOS.- Refiere el paciente que cuenta con esquema de vacunación completo; se aplicó la primer dosis de vacuna contra la hepatitis y la primera de toxoide tetánico.

VIDA SEXUAL.- Su vida sexual la inició a los 15 años de edad, sin alteraciones hasta hoy.

ANTECEDENTES PERINATALES.- El paciente es producto del séptimo embarazo; sin problemas de nacimiento.

PERSONALES PATOLOGICOS:

ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO.- Refiere el paciente que no padeció enfermedades propias de la infancia ni ninguna otra hasta que presentó la actual.

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES.- Ninguna.

TRATAMIENTO RECIBIDO Y RESPUESTA AL MISMO.- Ninguno.

6.1.6.- PERCEPCION DEL PACIENTE ACERCA DE SU ENFERMEDAD.- Refiere el paciente que su enfermedad se originó por descuido personal, ya que sabiendo que los cambios bruscos de temperatura pueden ocasionar daños graves a la salud, no le dió la debida importancia, ya que salió de un área caliente a otra fría y húmeda.

6.1.7.- DESCRIPCION DEL PADECIMIENTO DEL PACIENTE Y SU TRATAMIENTO.- Se trata de paciente masculino de 34 años de edad, que acude al Servicio de Urgencias el día 1 de marzo del presente año a las 14:00 Hrs., al Instituto Mexicano del Seguro Social de Guaymas, Sonora. Inicia tres días previos con rinorrea, tos seca escasa; un día antes la tos se hace productiva en accesos con expectoración verdosa, con hipertermia no cuantificada, cefalea frontal pulsátil, astenia, adinamia e hiporexia. Tratado sólo con analgésicos y antipiréticos sin mejoría, por lo que acude al hospital donde a la exploración física, se observa con insuficiencia respiratoria moderada, con polipnea, tiros intercostales bajos además de referir disnea de mediano esfuerzo. A la auscultación torácica se escuchan sibilancias y estertores gruesos bilaterales. Se observan también facies que denotan ansiedad, además refiere dolor retroesternal.

Se toma tele de tórax la que muestra hiperaerea-

ción pulmonar y discreta horizontalización costal, sin afectación del parénquima pulmonar. Por lo que se diagnostica bronquitis aguda.

Desde su ingreso se maneja con soluciones parenterales (glucosada al 5% de 1000 cc para 12 horas), metilprednisolona un gramo intravenosa dosis única, PGSC 5,000,000 U.I. cada 4 horas, dipirona por razón necesaria (en caso de fiebre mayor de 38.5 grado centígrados), ambroxol una cucharada cada 6 horas, micronebulizaciones cada 2 horas por 10 minutos con solución fisiológica 5 ml, más 1 ml de salbutamol solución y bromehexina 0.5 ml, fisioterapia pulmonar y oxígeno 3 litros por razón necesaria.

Mejora su estado general, cede la fiebre, hay buen apetito y disminuye la dificultad respiratoria con disminución de broncoespasmos.

Se maneja durante cuatro días y dada su evolución satisfactoria, sin datos de dificultad respiratoria, solo rudeza en ambas bases, se decide su egreso para ser manejado en forma externa con penicilina G procaína con penicilina cristalina 800,000 U.I. cada 12 horas y ambroxol una cucharada cada 6 horas. Se cita a consulta externa.

CRITERIOS PARA LA VALORACION DE LA CABEZA A PIES
DESCRIPCION DEL PACIENTE

ASPECTOS GENERALES.- Paciente sexo masculino, moreno claro, de 34 años de edad, su edad cronológica corresponde a la real, normotrófico, hidratado, con tegumentos normales, conciente, tranquilo, en posición semifowler, sin facies características, orientado en las tres esferas, católico, buen aliño personal, aunque actualmente se encuentra hiporéxico, con insomnio, el paciente refiere "no estoy acostumbrado a dormir fuera de casa ni con la luz encendida," tabaquismo positivo, de 1 a 2 cigarros al día, alcoholismo positivo, ocasionalmente sin llegar a la embriaguez, movilización libre.

SIGNOS VITALES:

Temperatura.- 38.6 grados centigrados.

Pulso.- 98 por minuto.

Presión arterial.- 110/60.

Respiración.- 36 por minuto.

SOMATOMETRIA:

Peso.- 74 Kg.

Talla.- 1.72 Mts.

Perímetro cefálico.- 50 cm.

Perímetro torácico.- 96 cm.

Perímetro abdominal.- 86 cm.

CABEZA.- Normocéfalo, simétrico, no hay exostosis ni endostosis.

CARA.- Ovalada, movimientos normales, con presencia de pequeñas cicatrices por acné en ambas mejillas.

CUERO CABELLUDO.- Sin alteraciones.

CABELLO.- Se observa bien implantado, textura y brillo normal.

CEJAS.- Simétricas, bien distribuidas.

OJOS.- Cafés, pupilas isocóricas, normorrefléxicas a la luz, agudeza visual normal en ambos ojos, movimientos oculares normales, conjuntivas hiperémicas.

PARPADOS.- Normales.

OIDOS.- Con buena agudeza auditiva, sin alteraciones.

OIDOS EXTERNO.- Pabellón auricular normal, conducto auditivo externo permeable con escaso cerumen, membrana timpánica normal.

NARIZ.- Recta, simétrica, buen sentido del olfato.

MUCOSA NASAL.- Enrojecida, buena sensibilidad, rinorrea.

BOCA Y GARGANTA.- Sin ninguna alteración, buena capacidad para hablar, masticar y saborear.

LABIOS.- Simétricos, bien hidratados, sin ninguna lesión.

ENCIAS.- No existe edema ni dolor.

DIENTES.- Buena implantación; ocho prótesis

(molares), dos de cada lado superior e inferior.

LENGUA.- Tamaño normal, saburral.

GARGANTA.- Con faringe hiperémica, granular, amígdalas normales, escasa descarga retranasal, con tos productiva en accesos con expectoración verdosa.

VOZ.- Sin pérdida o cambio de tono.

CUELLO.- Corto, grueso con adenomegalias en cadenas laterales no dolorosas, pulsos carotídeos presentes sincrónicos.

TRAQUEA.- Simétrica y central.

VASOS.- No existe ingurgitación yugular, latido coratídeo normal.

GANGLIOS LINFÁTICOS.- Adenomegalias no dolorosas.

TORAX.- Simétrico, sin deformidad, dolor retroesternal.

PIEL.- Moreno claro sin cicatrices.

MAMAS.- Simétricas normales.

PEZON.- Simétricos normales.

AXILAS.- No se detectan ganglios ni otras alteraciones.

PULMONES.- Movimientos rítmicos con frecuencia respiratoria de 36 por minuto, campos pulmonares con rudeza respiratoria con presencia de escasas sibilancias y estertores gruesos bilaterales.

CORAZON.- Area cardíaca dentro de lo normal,

aproximadamente late la punta del corazón a nivel de quinto espacio intercostal izquierdo, ritmo cardíaco normal, frecuencia cardíaca 98 por minuto.

ABDOMEN.- Plano, moreno claro, simétrico, sin presencia de grasa, buen tono muscular no hay puntos dolorosos, no visceromegalias.

RUIDOS.- Peristálticos normales.

ELIMINACION INTESTINAL.- Hecés de color café cantidad y características normales de uno a dos evacuaciones en 24 horas sin presencia de tenesmo o pujo.

ELIMINACION URINARIA.- 45 ml/m²/hr., color sui generis, olor sui generis.

APARATO GENITAL MASCULINO.- Escroto color café oscuro, presencia de cicatriz en ambos escrotos de 0.5 cm por vasectomía, meato central permeable, bolsas escrotales ocupadas, testículos normales.

EXTREMIDADES.- Simétricas, buena movilidad, temperatura normal, moreno claro, sin presencia de cicatrices o deformidades.

ARTICULACIONES.- Simétricas, buena movilidad activa y pasiva, no existen inflamaciones ni dolor.

VASOS.- Sin presencia de vârices, pulsos periféricos presentes normales.

ESPALDA.- Sin cicatrices, columna vertebral normal sin desviaciones, con leve dolor al respirar profundamente.

6.1.9.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Paciente R.S.G. de 34 años de edad, aparente a la cronología, con el peso corporal de 74 Kg.

Ingresa al Servicio de Urgencias, informa el paciente que presenta fiebre no cuantificada, cefalea frontal pulsátil, astenia, adinamia e hiporexia.

A la exploración física se observa insuficiencia respiratoria moderada, con polipnea, tiros intercostales bajos, además de referir disnea de medianos esfuerzos, con facies que denotan ansiedad. A la auscultación torácica se escuchan sibilancias, estertores gruesos bilaterales y dolor retroesternal.

Se ordena radiografía de tórax lo que muestra hiperareación pulmonar, y discreta horizontalización costal, sin afectación de parénquima pulmonar. Por lo que se diagnostica bronquitis aguda.

Se decide su ingreso al Servicio de Medicina Interna, se coloca en posición semifowler con administración de oxígeno, se instala venoclisis en miembro superior derecho, se observa angustiado, en la toma de signos vitales presenta hipertermia (38.6 grados centígrados), con polipnea (36 respiraciones por

minuto) encontrándose con leve fatiga debido al esfuerzo, presión arterial de 110/60, pulso de 98 por minuto.

Presenta accesos de tos con expectoración verdosa y refiere insomnio.

El diagnóstico desde el punto de enfermería fué el siguiente:

1.- Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionada con mayor producción de secreciones viscosas.

2.- Patrón respiratorio ineficaz debido a un inadecuado intercambio gaseoso a través de la membrana alvéolo capilar, proceso inflamatorio y por obstrucción traqueobronquial.

3.- Ansiedad relacionada con el estrés debido a la dificultad para respirar.

4.- Alteración de la temperatura corporal relacionado con el proceso infeccioso de vías respiratorias bajas.

5.- Dolor relacionado con inflamación pleurítica y tos persistente.

6.- Tos productiva relacionada con la irritación de una membrana mucosa bronquial.

7.- Rechazo al alimento: relacionada por drenaje irritante ó excesivo de secreciones.

8.- Perturbación del patrón del sueño relacionado con un exceso de ruidos, luz encendida y ambiente desconocido.

9.- Incapacidad para movilizar miembro superior derecho relacionado a la permanente indicación de venoclisis.

6.1.10.- PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: R.S.G. No.CAMA: 133 SERVICIO: Medicina Interna.

EDAD: 34 años SEXO: Masculino DIAGNOSTICO: Bronquitis aguda.

FECHA: 1 AL 4 de marzo de 1995.

FUNDAMENTO DEL PROBLEMA REAL Y POTENCIAL.

1.- P.R. Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionada con mayor producción de secreciones viscosas.

P.P Obstrucción traqueobronquial.

OBJETIVO.- El paciente:

Disminuirá la cantidad de secreciones bronquiales en 48Hrs.

Eliminará secreciones de vías respiratorias bajas por si mismo y con asistencia de enfermería.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Micronebulizaciones cada 2 horas por 10 minutos.
- Fisioterapia pulmonar.
- Aspiración de secreciones.
- Animar y/o ayudar al paciente a toser y hacer respiraciones profundas.

- Controlar los ruidos respiratorios.
- Ayudar y controlar los efectos de la fisioterapia torácica y tratamiento respiratorio.
- Mantener una hidratación adecuada por vía oral.
- Brindar confianza y apoyo al paciente.
- Orientación a la esposa para que participe en la fisioterapia del paciente.
- Administrar y/o controlar los efectos de los expectorantes y antibióticos.

EJECUCION Y/O DELEGACION:

Personal de enfermería y familiares del paciente (esposa).

EVALUACION:

Se eliminaron secreciones bronquiales aunque no totalmente, persistiendo solo rudeza en ambas bases.

Se logró el objetivo de brindarle confianza.

Se logró la participación de la esposa eficazmente en relación a la fisioterapia pulmonar.

2.- P.R. Patrón respiratorio ineficaz debido a un inadecuado intercambio gaseoso a través de la membrana alvéolo capilar, proceso inflamatorio y por obstrucción traqueobronquial.

P.P. Fatiga, angustia e insuficiencia respiratoria aguda.

OBJETIVOS.- El paciente:

Disminuirá su frecuencia, ritmo, la profundidad de

las respiraciones dentro de los límites normales a los dos días.

Disminuirá el estado de angustia en las primeras tres horas.

Mantendrá vías aéreas permeables.

Disminuirá el esfuerzo inspiratorio.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Colocar al paciente en posición semifowler.
- Administración de oxígeno a 3 litros por minuto.
- Vigilar la efectividad de la oxigenoterapia.
- Observar el patrón respiratorio.
- Auscultar los ruidos respiratorios cada 4 horas.
- Enseñar al paciente a realizar ejercicios de respiración controlada, por ejemplo; respiración a través de los labios semicerrados.
- Tranquilizar al paciente respecto a que no se quedará solo en los episodios de disnea.
- Aconsejar al paciente a que deje el tabaco.

EJECUCION Y/O DELEGACION:

Personal de enfermería.

EVALUACION:

Mejóro su insuficiencia respiratoria dentro de las 48 horas planeadas.

Realizó ejercicios respiratorios a través de sus labios semicerrados sin dificultad.

El paciente se mostró tranquilo en los periodos de disnea por estar acompañado de la enfermera.

Se logró mantener adecuada oxigenación, disminuyendo su insuficiencia respiratoria.

3.- P.R. Ansiedad relacionada con el estrés debido a la dificultad para respirar.

P.P. Que se incremente la angustia e irritabilidad.

P.P. Neurosis.

OBJETIVO.- El paciente:

Disminuirá su ansiedad en un periodo de tiempo corto (24 horas).

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Permitir la presencia de su esposa.
- Enseñar a la esposa sobre los procedimientos para que participe (fisioterapia y nebulizaciones).
- Explicar al paciente cada procedimiento que se le realice.
- Mostrarle interés.
- Crear un ambiente terapéutico adecuado.
- Proporcionarle literatura de su agrado.

EJECUCION Y/O DELEGACION:

Personal de enfermería y familiar del paciente.

EVALUACION:

El paciente se mostró más tranquilo con la compa-

ña de su esposa.

Su esposa colaboró eficazmente en la atención del paciente (fisioterapia y micronebulizaciones).

El paciente se observó confiado debido a la relación enfermera-paciente, por la explicación de cada procedimiento.

El paciente solicitó y se le proporcionó el periódico matutino.

4.- P.R. Alteración de la temperatura corporal relacionado con el proceso infeccioso de vías respiratorias bajas.

P.P. Aumento de las pérdidas de líquidos.

OBJETIVO.- El paciente:

Recuperará su temperatura corporal dentro de los parámetros normales en una hora y así se mantendrá.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Control de temperatura por medios físicos.
- Aplicación de antipirético indicado (dipirona 1 gr. intravenosa por razón necesaria).
- Vigilar curva térmica cada 30 minutos hasta disminuir la fiebre.
- Ofrecer abundantes líquidos por vía oral.
- Mantenerlo eutérmico.

EJECUCION Y/O DELEGACION:

Personal de enfermería.

EVALUACION:

Disminuyó la fiebre y se logró mantenerlo eutérnico.

No presentó deshidratación.

5.- P.R. Dolor relacionado con inflamación pleurítica y tos persistente.

P.P. temor, angustia.

OBJETIVOS.- El paciente:

Disminuirá el dolor torácico en lo posible.

Evitará el estado de angustia.

Mantendrá la capacidad ventilatoria normal.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Aplicar analgésico indicado (dipirona 1 gr I.V.).

- Valorar las características del dolor como localización, intensidad, duración, irradiación del dolor.

- Explicar el motivo del dolor.

- Enseñar al paciente la respiración a través de los labios semicerrados, respiración diafragmática y técnica de la tos controlada.

- Enseñar al paciente técnica de relajación progresiva.

EJECUCION Y/O DELEGACION:

Personal de enfermería.

EVALUACION:

Cedió el dolor retroesternal con la aplicación del analgésico indicado.

Se observa tranquilo, sin angustia.

El paciente realiza ejercicios respiratorios con los labios semicerrados mejorando la eficacia diafragmática.

6.- P.R. Tos productiva relacionada con la irritación de una membrana mucosa bronquial.

P.P. Insomnio, irritabilidad, fatiga y anorexia.

OBJETIVOS.- El paciente:

Disminuirá los accesos de tos.

Disminuirá las secreciones.

Evitará la fatiga.

Eliminará secreciones de vías respiratorias bajas por si mismo.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Micronebulizaciones cada 2 horas por 10 minutos con solución fisiológica 5 ml. más salbutamol 1 ml. más brohemexina 0.5 ml.

- Fisioterapia pulmonar.

- Aspiración de secreciones por razón necesaria.

- Ayudar a toser y hacer respiraciones profundas cada 2 horas.

- Proporcionarle un ríñon y enseñar al paciente el

manejo adecuado de secreciones respiratorias.

- Administrar los fármacos indicados (ambroxol una cucharada cada 6 horas).

- No suprimir la tos productiva.

- Proporcionar abundantes líquidos orales.

- Vigilar la expectoración en cuanto a cantidad, color y consistencia.

EJECUCION Y/O DELEGACION:

Personal de enfermería.

EVALUACION:

Disminuyeron los accesos de tos.

Salida abundante de secreciones bronquiales por sí mismo.

No hubo necesidad de aspirar secreciones.

Disminuyó la fatiga causada por los accesos de tos.

7.- P.R. Rechazo al alimento: por defecto, relacionado por drenaje irritante ó excesivo de secreciones.

P.P. Pérdida de peso, desnutrición.

OBJETIVOS.- El paciente:

Mantendrá su aporte calórico durante su tratamiento.

Evitará presentar una desnutrición en lo posible.

Ingerirá alimentos de su agrado.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Proporcionar alimentos de su agrado.
- Pesarlo a diario a las 7:00 de la mañana usando la misma báscula.
- Fomentar que le traigan la comida de su casa en caso de que se permita.
- Proporcionar soluciones antisépticas para enjuagues bucales.
- Coordinación con el Departamento de Dietología para una buena presentación de su dieta.
- Que el riñón se mantenga siempre en buenas condiciones de higiene.

EJECUCION Y/O DELEGACION.

Personal de enfermería, dietología y familiar.

EVALUACION:

El paciente no presentó pérdida de su peso.

Se logró mantener en buen estado nutricional al paciente durante su estancia.

Aumentó su apetito.

No hubo necesidad de traerle alimentos de su casa.

B.- P.R. Perturbación del patrón de sueño relacionado con exceso de ruido, luz encendida y ambiente desconocido.

P.P. Irritabilidad, cefalea.

OBJETIVOS.- El paciente:

Dormirá ocho horas durante la noche.

Le evitaremos cefalea.

Le evitaremos ruidos que perturben su sueño.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Proporcionar un ambiente terapéutico y organizar los cuidados para fomentar periodos de descanso ininterrumpidos.
- Apagar la luz de la sala del paciente.
- Baño con agua tibia antes de dormirse.

EJECUCION Y/O DELEGACION:

Personal de enfermería, intendencia y familiares de los pacientes.

EVALUACION:

Se logra apagar la luz de la sala donde se encuentra el paciente.

No se logra un ambiente libre de ruidos.

El paciente logra dormir 4 horas durante las primeras dos noches, durmiendo así en siestas durante el día.

Posteriormente el paciente concilia el sueño normalmente.

9. P.R. Incapacidad para movilizar miembros superior derecho.

P.P. Flebitis, contractura muscular.

OBJETIVO.- El paciente:

Mantendrá el miembro superior derecho en actividad

ligera.

Evitará una contractura muscular.

Evitará una flebitis en el miembro donde se instaló la venoclisis.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- Cambio de venoclisis cada 48 horas de su sitio.
- Movilización ligera del miembro superior derecho.
- Ejercicios pasivos al miembro inmovilizado.
- Revisión del sitio de punción y trayecto venoso para evitar una flebitis a largo plazo.
- Identificar con fecha, hora y firma la persona que instaló la venoclisis.

EJECUCION Y/O DELEGACION:

Personal de enfermería.

EVALUACION:

Se mantuvo el miembro superior derecho en actividad.

No hubo contractura muscular.

Se logró que no se presentara flebitis en el sitio en que se instaló la venoclisis.