

DATOS PERSONALES

NOMBRE: MARCELINA LÓPEZ GIL

SEXO: MUJER

EDAD:68

PROFESIÓN: AMA DE CASA

NUMERO DE HIJOS: 2

ESTADO CIVIL: VIUDA.

DATOS AL INGRESO

La paciente ingresa, en el servicio de Traumatología del Hospital de Móstoles el día 18-03-01, con motivo de una prótesis total de rodilla.

La paciente no presenta alergias. Antes de su ingreso tiene pautado Enalapril 20mg, debido a hipertensión, que se sigue manteniendo en el hospital.

La paciente no presenta alergias conocidas, ni diabetes.

Las constantes vitales son:

- Tensión arterial: 140/85
- Frecuencia cardíaca: 84 pulsaciones/minuto.
- Temperatura: 36,4°C.

VALORACIÓN DE NECESIDADES

NECESIDAD DE OXIGENO:

La paciente presenta un ritmo respiratorio normal y regular. Además, no presenta ni dificultad, ni problemas asmáticos.

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN Y LIQUIDOS.

La paciente presenta obesidad. Refiere comer bien, tres veces al día, mas un tentempié a media tarde. Debido a su hipertensión la paciente tiene algunas restricciones en su dieta, sigue una dieta hipolipídica e hiposódica.

Tras la operación se encuentra mareada y con nauseas por lo que sigue con sueros de mantenimiento. Al siguiente día comienza a tolerar.

La paciente se sigue encontrando débil por lo que el médico le pauta Tardyferon 270 mg vía oral.

La paciente se encuentra mejor con el paso de los días.

En relación a la ingesta de líquidos la paciente refiere tomar 1,5 litros al día de líquidos en su mayoría agua.

Presenta una buena turgencia de la piel.

NECESIDAD DE ACTIVIDAD/MOVILIDAD

La paciente antes de ingresar en el hospital presentaba alterada su movilidad debido al dolor que sentía al necesitar una prótesis de rodilla.

Tras la operación se encuentra en reposo terapéutico hasta que el médico vea oportuno que comience a mover el miembro afectado.

Una vez empieza a mover el miembro comienza rehabilitación.

Debido a su alteración de la movilidad la paciente será ayudada en sus tareas de higiene, aseo, vestido hasta que pueda deambular y llegar al servicio.

Durante 10 días no apoya el pie, tras estos días puede comenzar a andar con ayuda de bastones, pero sin cargar el pie.

NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO:

La paciente refiere dormir bien antes de entrar al hospital, una media de 6–8 horas diarias sin dormir durante el día, solo una pequeña siesta después de comer de unos 45 minutos. Aunque reconoce en los últimos tiempos desde que comenzó con los problemas de rodilla hay días que se despierta durante la noche a causa del dolor, y a consecuencia da unas cabezadas durante el día.

Antes de su ingreso no tomaba fármacos para conciliar el sueño, sin embargo, el médico le ha pautado Orfidal debido a que en el hospital le cuesta mucho conciliar el sueño y sigue despertándose por la noche y a consecuencia, despertarse como si no hubiera dormido nada.

NECESIDAD DE ELIMINACION

Mantiene un patrón urinario e intestinal normal, sin cambios en el color, olor o textura de la orina ni de las heces.

De todas manera la paciente refiere que en el hospital la frecuencia con la que hace sus necesidades es menor por que le cuesta defecar en la cuña. Sin embargo esta disminución no es significativa.

Tras quirófano presenta fiebre que tras las pruebas oportunas se detecta que proviene de una infección de orina.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

La paciente tras la operación presenta fiebre (su valor máximo es de 38.7°C). Al principio no se sabía cuál era el foco de la fiebre, tras descartar la infección de la herida quirúrgica, y tras las oportunas pruebas se detecta una infección de orina.

NECESIDAD DE MITIGACION DEL DOLOR.

Antes de su ingreso tenía dolor en la rodilla por la necesidad de la prótesis, Marcelina cuenta que cuando le dolía se tomaba calmantes que tenía en casa.

Tras la operación la paciente refiere dolor en el miembro operado por lo que se le administra el tratamiento

pautado por el medico.

NECESIDAD DE SEXUALIDAD:

Al abordar el tema Marcelina se incomoda. Solo dice que hasta que vivió su marido bien. Al intentar obtener mas información prefiere no comentar nada más.

NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

Tras la operación tiene alterada su integridad cutánea debido a la herida quirúrgica.

La herida es vendada en quirófano y presenta dos redones que serán retirados a las 24 horas y suturada con grapas.

La paciente tiene el riesgo de úlceras por presión debido tanto a la inmovilidad como a su obesidad.

Debido a la falta de movilidad la paciente debe ser asistida en sus necesidades de vestido y acicalamiento, baño e higiene y uso del WC.

No presenta ninguna alteración ni perceptiva ni cognitiva durante toda su hospitalización.

NECESIDAD DE ESTIMA Y AUTOESTIMA.

La paciente cuenta con el apoyo de sus dos hijos y de sus tres nietos que la visitan con mucha frecuencia. En la habitación siempre está alguien para acompañarla y ayudarla en lo que puedan.

No muestra inseguridad y además posee un gran concepto de sí misma.

NECESIDAD DE AFECTO Y PERTENENCIA

Aunque la pérdida de su marido ha sido relativamente reciente (hace tres años), el apoyo de toda su familia ha hecho que ese vacío haya sido llenado con otro tipo de cariño.

Por todo ello aunque en el hospital se encuentra realmente bien, mejor de lo que ella creía, según refiere, tiene ganas de volver a casa para poder seguir disfrutando de los suyos.

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES.

DIAGNÓSTICO N°1.- Deterioro de la movilidad física relacionado con PTR manifestado por incapacidad para el movimiento voluntario dentro del entorno físico, englobando movilidad en la cama, traslados y deambulación.

Objetivos:

- La paciente conseguirá la mayor independencia posible mediante la optimización máxima de su capacidad de movimiento, durante su estancia en el hospital.
- Se informará a la paciente de todos sus cuidados que se le realicen, durante toda su hospitalización.
- Se enseñará a la paciente a controlar el manejo de los dispositivos de ayudas tales como andadores y bastones, en el momento en que el medico vea oportuno que empiece a utilizar dichos dispositivos.
- Evitar que la paciente pierda tono muscular realizando el programa de ejercicios establecido.

Actividades:

- Conservar las funciones que la paciente sea capaz de mantener.
- Formar en la realización de ejercicios de movilización activa.
- Mantener el cuerpo alineado en todo momento, así como, alternar decúbito lateral, decúbito supino y sedestación (cuando esta sea posible).
- Mantener la piel lubricada, seca y limpia, protegiendo las áreas dañadas y aquellas que tengan el riesgo de serlo.
- Informar y formar a la paciente de la alteración que padece y los riesgos que conlleva, los tratamientos empleados y el manejo de los dispositivos de ayuda.

DIAGNÓSTICO N°2.- Déficit del autocuidado: baño/higiene relacionado con trastornos musculoesqueléticos manifestado por incapacidad para lavarse ella sola.

Objetivos:

- La paciente permanecerá aseada y limpia durante toda su estancia en el hospital.
- La paciente adquirirá las habilidades necesarias para realizar su higiene corporal con independencia en la medida de lo posible en el plazo de cuatro días.
- Aumentará su nivel de autonomía, durante la hospitalización.

Actividades:

- Proporcionar a la paciente todo el material necesario y ponérselo a su alcance para su baño e higiene.
- En el caso de dolor en los cuidados proporcionados, realizarlos en el momento en que la analgesia prescrita por el médico haga su máximo efecto.
- Fomentar la independencia.

DIAGNÓSTICO N°3.- Déficit del autocuidado: vestido y acicalamiento relacionado con trastornos musculoesqueléticos manifestado por el detrimento de la capacidad para lograr reemplazar su ropa sola.

Objetivos:

- La paciente estará vestida y cómoda durante su estancia en el hospital.
- La paciente adquirirá las habilidades necesarias para realizar el vestido y acicalamiento con independencia en la medida de lo posible en el plazo de tres días.
- La paciente aumentará su nivel de autonomía durante la hospitalización.

Actividades:

- Proporcionar a la paciente todo el material necesario y ponérselo a su alcance para su vestido y acicalamiento.
- En el caso de dolor en los cuidados proporcionados, realizarlos en el momento en que la analgesia prescrita por el médico haga su máximo efecto.
- Fomentar la independencia de la paciente incitándola a que colabore.

DIAGNÓSTICO N°4.- Déficit del autocuidado: utilización del WC relacionado con trastornos musculoesqueléticos manifestado por incapacidad para ir al baño, sentarse o levantarse del inodoro, manipular la ropa o el inodoro o para limpiar la cuña o el inodoro tras su uso.

Objetivos:

- La paciente tendrá acceso durante su estancia en el hospital a la cuña y al baño, cuando su acceso a

este último sea posible, para hacer sus necesidades.

- La paciente adquirirá las habilidades necesarias para realizar sus necesidades en la cuña con independencia en la medida de lo posible en el plazo de cinco días.
- La paciente adquirirá las habilidades necesarias para realizar sus necesidades en el cuarto de baño con independencia en la medida de lo posible, en el plazo de dos días tras la orden facultativa de que la paciente puede deambular con la ayuda de dos bastones.

Actividades:

- Proporcionar la mayor intimidad posible dentro de las posibilidades del centro.
- Proporcionar a la paciente todo el material necesario (cuña, esponja, papel higiénico) y que esta lo pueda tener a su alcance para hacer sus necesidades.
- Fomentar la independencia.

DIAGNÓSTICO N°5.-Trastorno del patrón de sueño relacionado con cambios del entorno y dolor manifestado por la paciente que manifiesta dificultad para conciliar el sueño.:

Objetivos:

- La paciente verbalizará cada día las horas de sueño diarias.
- La paciente evidenciará una reducción de interrupciones durante el sueño en 2 días.
- La paciente mostrará un aumento del periodo de descanso que posibilite el desarrollo de su nivel de actividad normal dentro de las posibilidades en 2 días.

Actividades:

- Determinar cual es el origen del trastorno.
- Evitar el dolor para conseguir un mejor descanso mediante fármacos pautados por el médico.
- Evitar ruidos y mantener un nivel adecuado de luz y temperatura en la habitación para el descanso.
- Administrar los fármacos pautados por el facultativo para conseguir su descanso.
- Evitar periodos de sueño diurnos prolongados.
- Promover actividades que faciliten la conciliación del sueño.
- Favorecer la actividad diurna.

DIAGNÓSTICO N°6.- Hipertermia relacionado con infección de orina manifestado por temperatura corporal por encima de los límites normales y por calor y rubor en la piel.

Objetivos:

- La paciente mantendrá la temperatura dentro de los valores normales, mediante las técnicas de enfermería oportunas y fármacos pautados por el médico en un periodo de 2 días.
- La paciente estará informada de las técnicas que se le van a realizar durante los días en que se pongan en práctica.

Actividades:

- Se valorarán las constantes vitales una vez por turno mínimo.
- Se aplicarán aquellos medios físicos que faciliten la disminución de la temperatura, tales como: disminución de la temperatura de la habitación, aplicación de agua fría en axilas, ingles, pecho y frente.
- Fomentar la ingesta de líquidos para contrarrestar las pérdidas y mantener, así el balance hídrico.
- Asearla con mayor asiduidad debido a la sudación que se produce en este periodo.

DIAGNÓSTICO N°7.- Dolor relacionado con intervención quirúrgica manifestado pro comunicación verbal de existencia del dolor por parte del paciente.

Objetivos:

- La paciente presentará una mitigación del dolor en un plazo de 2 días.
- La paciente participará, en todo momento, en la elección de actividades mediante la identificación de las situaciones en las que ha encontrado una disminución del dolor.

Actividades:

- Suprimir los factores que provocan o aumentan el dolor, si las terapias establecidas lo permiten.
- Estimular a la paciente para que exprese su dolor antes de que este sea severo.
- Administrar los analgésicos pautados dentro de los intervalos pautados.
- Informaremos sobre posibles procesos alérgicos que pueden desencadenar los fármacos.
- Aprovechar los momentos en los que no tenga dolor para realizar aquellos cuidados que son interferidos por el dolor.

DIAGNÓSTICO N°8.- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con traumatismos mecánicos (herida quirúrgica y drenajes) manifestado por alteración del tejido epidérmico y dérmico.

Objetivos:

- Identificar, desde el primer momento, los factores de riesgo que pueden contribuir a la infección.
- No presentará, durante su estancia en el hospital, signos ni síntomas de infección.
- La herida permanecerá limpia, seca y protegida durante todo su periodo de curación.

Actividades:

- La paciente estará informada de los cuidados que hay que mantener respecto a la herida.
- Observar el aspecto del apósito para detectar posibles supuraciones de la herida.
- Curar la incisión cada vez que sea necesario.
- Retirar los drenajes cuando lo pauté el médico.
- Retirar grapas cuando lo pauté el médico.
- Valorar signos y síntomas de infección.
- Valorar el estado de la herida.

DIAGNÓSTICO N°9.- Riesgo de disfunción neurovascular periférica relacionado con cirugía.

Objetivos:

- La paciente no presentará ningún síntoma durante su periodo de hospitalización ningún signo ni síntoma de disfunción neurovascular.

Actividades:

- Valorar la temperatura, coloración, sensibilidad y llenado capilar del miembro operado.
- Animar a la paciente para que movilice los dedos de los pies para favorecer la circulación periférica.
- Mantener el miembro afectado elevado para favorecer la circulación periférica.

DIAGNÓSTICO N°10.- Riesgo de estreñimiento relacionado con inmovilidad terapéutica.

Objetivos:

- La paciente no mostrará estreñimiento durante todo su periodo de hospitalización.
- La paciente conservará normal su patrón de defecación durante toda la estancia en el hospital.

Actividades:

- La paciente tomará una dieta rica en fibra.
- La paciente tendrá una ingesta adecuada de líquidos.
- Ayudar a la paciente a que escoja la postura más cómoda para defecar dentro de las posibilidades.
- La paciente tendrá el mayor grado de intimidad posible.
- Atender lo más rápido posible la necesidad de defecar acercándole la cuña o ayudarla a llegar al baño, cuando esto último sea posible.
- Informar a la paciente sobre los factores que aumentan el riesgo de estreñimiento: astringentes, hábitos de vida, alimentación.

DIAGNÓSTICO N°11.– Riesgo de infección relacionado con alteraciones de la integridad cutánea y procedimientos invasivos.

Objetivos:

- Se identificarán desde el primer momento aquellos factores que favorezcan la aparición de infección.
- La paciente no mostrará en ningún momento signos ni síntomas de infección.
- La vía se mantendrá permeable desde su colocación hasta su retirada.

Actividades:

- El personal se lavará las manos antes y después de manipular la herida o la vía.
- Utilizar técnicas asépticas para el cuidado de la herida y la vía.
- Cambiar apósito cuando sea necesario, así como las medidas de sujeción de la vía.
- Valorar signos y síntomas de infección.

DIAGNÓSTICO N°12.– Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con movilidad alterada.

Objetivos:

- La paciente no padecerá úlceras por presión en ningún momento de la hospitalización.

Actividades:

- Se evitará la humedad externa para evitar la maceración de los tejidos y su posterior deterioro. Por ello el secado tras el aseo será escrupuloso y las sábanas serán cambiadas con la frecuencia que sea necesaria para evitar dicha humedad.
- Disminuir la presión ejercida sobre los tejidos en zonas de prominencias óseas.
- Realizar cambios posturales con la asiduidad necesaria para evitar las úlceras.
- Mantener una ingesta adecuada de proteínas y vitaminas para evitar pérdida de masa muscular que actúa de protector de la integridad cutánea de las prominencias óseas.

TRATAMIENTO MEDICO PAUTADO

- Pantecta 40 mg (vía oral).

- Clexane 40 mg (vía subcutánea).
- Tardyferon 270 mg (vía oral).
- Enalapril 20 mg (vía oral).
- Cod- Efferegan (vía oral).

Orfidal 1 mg (vía oral).