

218



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A UN PACIENTE AMPUTADO DEL MIEMBRO INFERIOR A NIVEL DEL TERCIO MEDIO CAUSADO POR UN ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO

299416

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DULCE MARÍA VALDERRAMA GRANDE

NÚMERO DE CUENTA: 8931332-1



DIRECTORA DE TRABAJO:
Bertha A. Camacho Villicana
LIC. EN ENF. BERTHA A. CAMACHO VILICANA

Coordinadora de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE DEL 2001.





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.

DEDICATORIA

**A MI MADRE:
POR ENSEÑARME EL CAMINO DE LA RESPONSABILIDAD,
GRACIAS A SUS CONSEJOS, AMOR Y DEDICACIÓN, DE LOS CUALES
HE FORJADO MIS PRINCIPIOS EN EL ESTUDIO, EL TRABAJO Y EN EL
RESPECTO A MIS SEMEJANTES.**

**A MI HERMANA:
POR BRINDARME SU APOYO Y CARIÑO
EN TODO MOMENTO, Y POR SU EJEMPLO DE
PERSEVERANCIA PARA ALCANZAR SUS METAS**

**A MI FAMILIA:
GONZÁLEZ PEDROZA
GRANDE CASTILLO
SÁNCHEZ GRANDE
ROJAS GRANDE
BARRIOS
¡GRACIAS POR CONTRIBUIR EN MI
FORMACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL!**

**A LA MEMORIA DE MIS ABUELOS:
ESPERANZA
REFUGIO
LUÍS**

AGRADECIMIENTOS

A LA UNAM

A LA ENEO

*A MI ASESORA LIC. BERTHA ALICIA CAMACHO,
POR BRINDARME SU TIEMPO Y DEDICACIÓN EN
LA ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO*

*A MIS AMIGOS POR
APOYARME Y CREER EN MI*

CONTENIDO

	Página
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVOS	3
METODOLOGÍA	4
MARCO TEORICO CAPITULO I: GENERALIDADES	
1.1 LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON	5
1.2 GENERALIDADES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	8
1.3 ETAPAS DEL PROCESO	10
1.3.1 VALORACIÓN FOCALIZADA	10
1.3.2 DIAGNÓSTICO	12

1.3.3	PLANIFICACIÓN	13
1.3.4	EJECUCIÓN	16
1.3.5	EVALUACIÓN	16

CAPITULO II: LA AMPUTACIÓN

2.1	GENERALIDADES DE LA AMPUTACIÓN	18
2.2	ETIOLOGÍA	19
2.3	FISIOLOGÍA	19
2.4	COMPLICACIONES	20
2.4.1	COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS	20
2.4.2	COMPLICACIONES FÍSICAS	21
2.4.3	COMPLICACIONES SOCIALES Y ECONÓMICA	21

CAPITULO III: APLICACIÓN DEL PROCESO

3.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA 22

3.2 VALORACIÓN DE NECESIDADES 23

3.3 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES 28

3.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA 30

3.4 PLAN DE CUIDADOS 31

CONCLUSIONES 50

BIBLIOGRAFÍA 51

ANEXOS 52

INTRODUCCIÓN

La amputación es el más antiguo de los padecimientos quirúrgicos desde el hombre prehispánico. La amputación de miembro inferior era considerada un castigo común en muchas de las llamadas sociedades civilizadas y todavía se hacen en algunas culturas primitivas. La técnica consistía en colocar al paciente en una cama de piedra atado de manos y pies con lazos, sin anestesia seccionaban rápidamente con machete o cuchillo la zona, la consecuencia era mortal debido al dolor.

La cirugía fue mejorada con el torniquete en el siglo XVII por Morel; hoy en día las limitaciones que ocasiona la amputación son severas en la vida de la persona, constituye una de las causas más frecuentes de invalidez pues el 43% de las amputaciones provienen de lesiones traumáticas. Las estadísticas indican que la incidencia es más frecuente en los hombres menores de 50 años, por lo tanto la labor del profesional de enfermería debe incluir no solo la concienciación de este problema sino además proporcionar alternativas de prevención para disminuir la incidencia de traumatismos automovilísticos.

El documento incluye varios capítulos, En el Capítulo I. Se desarrollo el marco teórico basado en la teoría de Virginia Henderson y las etapas del proceso de atención de enfermería. En el Capítulo II. Muestra un panorama general sobre la amputación, y sus complicaciones. En el capítulo III, Se da a conocer la aplicación del (PAE) así como la valoración y jerarquización de necesidades, para la realización de diagnósticos y con ello la actuación y valoración en las esferas física, psicológica y social para cubrir las necesidades del paciente y lograr su independencia. Finalmente se contempla una sección de conclusiones y anexos.

Al concluir el Proceso de Enfermería se reconoce la importancia de proporcionar cuidados bajo un modelo que guíe la práctica, creando así un lenguaje propio de la disciplina.

JUSTIFICACIÓN

Al adentrarnos en los problemas que ocasiona la amputación no solo se da en las limitaciones de auto dependencia de las personas sino que además esta va seguida de tristeza, ansiedad frustración y dolor para la persona y su familia.

Cabe mencionar que la mayoría de las personas que son sometidas a este procedimiento quirúrgico no aceptan la pérdida del miembro; ya se enfrentan a un periodo de duelo, por lo que sienten que no encuentran sentido a la vida y que sienten un estorbo para los demás. Por toda esta complejidad el interés de realizar los cuidados en un paciente amputado surgió porque enfermería juega un papel muy importante en la rehabilitación del muñón, para culminar en la adaptación de la prótesis y con ello la independiente para realizar sus actividades no importando su limitación física, y de esta manera mejorar las condiciones de vida e integrarlo a la sociedad.

En apoyo a la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia; el profesional implementa conocimientos que enriquecen la formación y la practica diaria, misma que permite alcanzar la titulación a un nivel profesional.

OBJETIVOS DEL PROCESO

GENERAL:

Proporcionar atención integral de calidad y personalizada a un paciente amputado del tercio medio de la pierna izquierda causado por un traumatismo automovilístico; Bajo el enfoque de las 14 necesidades de Virginia Henderson, para lograr su independencia e integración a la sociedad.

ESPECÍFICOS:

- Valorar en forma focalizada al paciente amputado; las necesidades básicas a través de los datos subjetivos y objetivos que sirvan de referencia del estado de salud.
- Establecer la relación entre los problemas de dependencia para llegar a los diagnósticos de enfermería.
- Instrumentar un plan de cuidados individualizados, de acuerdo a las prioridades de atención de enfermería.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería y las actividades de enseñanza fomentando el autocuidado para lograr su independencia.

METODOLOGÍA

- Se realizó una revisión bibliográfica que consistió en lecturas y fichas bibliográficas de lo más relevante del modelo de Virginia Henderson, así como de la amputación supracondilia en el periodo pos operatorio, publicados en los últimos años, después se hizo el análisis de datos para conformar el marco teórico.
- Proceso de Atención de Enfermería, se lleva a cabo mediante la valoración focalizada, donde se efectuó la recogida de datos por medio de la entrevista directa, y la exploración física sistemática a través de la observación, inspección, auscultación, palpación; tomando la utilización de variables independientes y dependientes para identificar datos subjetivos y objetivos de la persona amputada.
- En el diagnóstico de enfermería se determinaron los problemas de salud reales y potenciales que fueron la base para la elaboración del plan de cuidados dando prioridad a los problemas que necesitan atención inmediata y que ponen en riesgo la vida del paciente.
- La elaboración de los diagnósticos está basado en las categorías de la NANDA, así como las estrategias a seguir y la fundamentación, una vez planeado y estructurado el plan de atención se procede a su ejecución en donde se pone en práctica las intervenciones con recursos materiales y físicos de acuerdo al enfermo y estilo del paciente.
- El seguimiento es a través de una continua evaluación del estado de salud del paciente, con la colaboración y comunicación del equipo multidisciplinario y la participación del tutor académico.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I : GENERALIDADES

1.1 LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Henderson es sin duda una iniciadora en las formas del pensamiento científico de la enfermería al plantear la necesidad de clarificar la práctica. Bajo esta visión establece una serie de conceptos: Persona, Salud, Entorno y cuidado.

El modelo de Virginia Henderson pretende dar a la enfermería una *identidad profesional* propia de manera que todas aquellas acciones que realiza la enfermera (o) permitan al individuo sano o enfermo para lograr la satisfacción de las 14 necesidades básicas y una independencia total en la realización de sus actividades en un determinado tiempo y círculo social a que alcancen su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.

V. HENDERSON. Describe la función central de la enfermera (o), como la de *asistir* al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o muerte tranquila), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.

LOS POSTULADOS SOBRE LOS QUE SE BASA EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON SON:

- Todo ser humano tiende hacia la independencia
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales

Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está completo Entero e independiente.¹

¹ Fernández Ferrín Carmen, *El Modelo de Henderson y El Proceso de Atención de Enfermería*. De. Masson- Salvat, Barcelona 1995. pag. 213

LOS VALORES QUE FUNDAMENTA EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON SON:

- La enfermera tiene funciones que le son propias
- Cuando la enfermera usurpa otra función, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador puede prestar.

El enfoque teórico de Virginia Henderson, estaba basado en una definición más que una teoría ya que la teoría no estaba de moda en esa época. Describe su interpretación como la "La síntesis de muchas influencias, unas positivas y otras negativas"; el método utilizado es deductivo del razonamiento lógico para desarrollar su definición de enfermería. Henderson ha hecho importantes contribuciones en sus más de 60 años de servicio como enfermera, profesora, autora e investigadora; publicando un sin número de obras. Su definición de enfermería apareció por primera vez en 1955 y la cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera como "La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena)."²

Las actividades que realizaría por sí mismos tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, con la finalidad de recobrar su independencia lo más rápido posible. A la aplicación empírica; Henderson incorporo principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de la enfermería, sus referencias en estos campos proceden de su relación con Stackpole y Thorndike durante sus estudios. A partir de esta definición se formulan conceptos básicos de Henderson.

- **LA PERSONA.** Se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.
1. Necesidad de Oxigenación
 2. Necesidad de Nutrición e hidratación
 3. Necesidad de Eliminación
 4. Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura
 5. Necesidad de Descanso y Sueño
 6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
 7. Necesidad de Termorregulación

² *Ibidem* p. 214

8. Necesidad de Higiene y protección de la piel
9. Necesidad de Evitar peligros
10. Necesidad de Comunicarse
11. Necesidad de Vivir según sus carencias y valores
12. Necesidad de Trabajar y realizarse
13. Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas
14. Necesidad de Aprendizaje

Estas necesidades son comunes en todos los individuos, pero individualmente hay diferencias personales para lograr la salud.

- **LA SALUD:** Aunque Henderson no especifica una definición propia de salud considera que: " en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería, así la calidad de salud que tenga el individuo le permitirá aumentar la satisfacción de vida. Henderson considera que la salud es necesaria para el funcionamiento humano, que requiere de independencia e interdependencia.

INDEPENDENCIA: Es la capacidad de la persona para satisfacer por si mismo 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: Es la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades básicas. Por otro lado, puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.³

Henderson considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, reales y potenciales. En ése sentido, busca y trata de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener en ese estado optima salud. Cuando esto no es posible, aparece una dependencia debido a tres causas y que identifica como: falta de fuerza, falta de conocimiento, falta de voluntad.

- 1.- **FALTA DE FUERZA:** Interpreta a la fuerza no solo como la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a termino las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas capacidad intelectual, etc.

³ Ibidem p. 215

2. - **FALTA DE CONOCIMIENTO:** Es lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. - **FALTA DE VOLUNTAD:** Se entiende como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

ENTORNO. Tampoco hace Henderson una definición propia del entorno. Remite al Webster's New Collegiate Dictionary 1960, define el entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo; considerando los aspectos socioculturales de relación y económicos, biológicos, espirituales, psicológicos y cognoscitivos, dice que todos estos aspectos influyen en la vida y el desarrollo del organismo.

CUIDADO. El cuidado es un Instituto que posee todo ser humano que está dispuesto a brindar ayuda para aliviar o disminuir el dolor, necesidad, deficiencia, pérdida. Cuando un ser humano es consciente en el estudio y el adiestramiento del resultado que se obtiene al proporcionar un cuidado específico a un cliente que le solicita o que se le detecta, se puede entonces afirmar que **CUIDADO-ENFERMERÍA** y son representados como una **UNIDAD**.⁴

1.2 GENERALIDADES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método de trabajo sustentado en teorías; conocido como Proceso de Atención Enfermería (PAE). Este método permite validar, organizar y registrar los datos con la finalidad de que los profesionales otorguen cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Él (PAE), es un método sistematizado y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de los objetivos. Es sistematizado por que sigue una secuencia y organización que permite establecer objetivos que se cumplen a corto o a largo plazo, mismos que serán valorados de acuerdo con el cumplimiento de todos los pasos del proceso de atención de enfermería.

⁴ *Ibidem* p. 215

El principal objetivo del (PAE) es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, así como identificar las necesidades reales y potenciales; para establecer planes de cuidados y actuar para cubrir y resolver los problemas del paciente.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961), y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas: *Valoración, Planeación y Ejecución*; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas: Valoración, planificación, realización y evaluación; y Bloch (1974), Roy (1975), Spinali (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa de diagnóstico.⁵

CARACTERÍSTICAS:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Parte de un planteamiento organizado par llegar al objetivo.
- Es flexible: Se puede adaptar a cualquier lugar o área de Enfermería.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen Paciente / enfermera.

VENTAJAS PARA EL PACIENTE

- Participación en su propio cuidado
- Continuidad en la atención
- Mejora la calidad de la atención

VENTAJAS PARA LA ENFERMERA

- Se convierte en experta
- Satisfacción en el trabajo
- Crecimiento profesional⁶

⁵ Alfaro-Lefevre, Rosalinda, *Aplicación del Proceso de Enfermería*, 3ª. Edic. De. Mosby, Madrid 1996 p.249

⁶ Wiyer Patricia, *Proceso de Enfermería*, 2ª edic. de Interamericana, España 1993, p. 22

- Al aplicar el Proceso de Atención de Enfermería; se debe promover mantener o recuperar el bienestar del paciente o a una muerte tranquila.
- Permitir que los individuos o grupos, a dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- Proporcionar cuidados de enfermería de la mejor calidad y eficiencia posible.

1.3 ETAPAS DEL PROCESO

El (PAE), configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico.

1.3.1. VALORACIÓN FOCALIZADA

Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida organización de los datos que conciernen a la persona "estado de salud" y descripción de sus capacidades y necesidades exhaustivamente. A través de diferentes fuentes a fin de valorar, organizar y registrar los datos.

Hay métodos para la valoración que son:

- **LA OBSERVACIÓN.** En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la recolección de datos por la observación sistemática, esto implica la utilización de los sentidos; una habilidad que precisa práctica y disciplina.
- **ENTREVISTA CLÍNICA.** Este es el primer contacto del paciente con la enfermera (fuente directa); se realiza el interrogatorio de tipo formal para reunir información sobre los datos que se relacionan con los aspectos físico, emocional, de desarrollo, social, intelectual y espiritual, antes y después de la amputación. Se emplea un formato de registro (historia clínica y las 14 necesidades) para la recolección de datos "subjetivos-objetivos e históricos" de acuerdo al modelo de Virginia Henderson. En la entrevista deberán identificarse las capacidades y problemas, este obedece a la organización de datos básicos con un enfoque holístico que caracteriza a enfermería.

- **LA EXPLORACIÓN FÍSICA.** Consiste en la inspección sistemática en la que se ahorra tiempo y se identifica problemas; los métodos mas usados para realizar Para llevar a la práctica el proceso, deben participar al menos dos personas; el paciente y la enfermera.
- **INSPECCIÓN:** Es la observación informada o con un propósito, con interés y decisión, viendo los detalles importantes, ya que comprende los sentidos del olfato, tacto y oído, mente ágil, que pueda recordar ya que la inspección es un proceso constante; empieza en la entrevista continua en el examen físico y termina hasta que el paciente es dado de alta.
- **PALPACIÓN:** Es la utilización del tacto, para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulso, vibraciones, consistencia y movilidad). En la palpación abdominal se busca los problemas de vejiga distendida, bazo palpable, hernia umbilical o hígado crecido, pulsación abdominal superior prominente, con expansión el feto.

Existen dos tipos de palpación la superficial y profunda.

- *Palpación superficial.* (después de asegurarse que las manos están tibias), aplique presión lenta, suave sobre la piel deprima aproximadamente 1 a 2 centímetros muevan la mano en forma circular.
- *Palpación profunda.* Localiza masas abdominales y órganos, en está técnica se aplica presión profunda de 4 a 5 cm.
- **PERCUSIÓN:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.
Los tipos de sonido que podemos diferenciar son:
 - *Sordos.* Aparecen cuando se percuten músculos o huesos.
 - *Mates.* Aparecen sobre el hígado y el bazo.
 - *Hipersonoros.* Aparecen cuando el pulmón esta lleno de aire.
 - *Timpánicos.* Se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **AUSCULTACIÓN:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras del pulmón, corazón e intestino.

- Continúa la **validación de los datos**: significa que la información que se ha reunido sea verdadera (basados en hechos). Los datos que no son medibles, se someten a validación confrontándolos con otros datos objetivos. Esta etapa trata de agrupar la información de forma tal que nos ayude en la identificación del problema.

El siguiente paso es la **organización de los datos** componentes de la valoración del paciente.

- Datos de identificación
- Datos culturales socioeconómicos
- Historia de salud
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud

Por último **el registro o anotación** de la valoración debe ser: objetivos, sin prejuicio juicios de valor u opiniones personales. Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos deben apoyarse en pruebas y observaciones concretas; las anotaciones deben ser claras y concisas, de forma legible y con tinta, sin faltas de ortografía.

1.3.2 DIAGNÓSTICO

Es el segundo paso es un proceso analítico que da como resultado el juicio o conclusión que se produce de una valoración de enfermería; en esta fase la enfermera clasifica y agrupa los datos de la valoración reales y potenciales; El diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Enfermería sigue una serie de pasos para la formulación de diagnóstico:

- 1) Identificación del problema
- 2) Formulación del problema
- 3) Componentes de las categorías (diagnósticos aceptados por la NANDA).

En 1990, sé aceptaron 90 categorías diagnósticas; compuestas por:

Un título que ofrece una descripción concisa del problema real o potencial.

Una definición. Expresa un significado claro y preciso y la diferencia de todas las demás.

Características definitorias. La definición nos da el significado del diagnóstico.

Factores etiológicos. Son las condiciones externas, físicas o de tratamiento que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo el problema.

DIRECTRICES PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Hay que relacionar la primera parte con la segunda "relacionado con".

La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona.

Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.

Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.

No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.

No rebautice un problema médico para convertirlo en diagnóstico de enfermería.

No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos

FORMATO P E S

Problema r/c + Etiología m/p + Signos y Síntomas

TIPOS DE DIAGNÓSTICO

Reales: Es un estado con características definitorias principales identificables. Ejemplo; Déficit en la nutrición manifestado por la falta de apetito.

Posible: Es un problema sospechado por el que necesita datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Ejemplo; Posible infección en el oído manifestado por dolor y comezón intensa.

De bienestar: Es el juicio clínico respecto a una persona desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.⁷

1.3.3 PLANIFICACIÓN

Esta etapa es la tercera en donde se desarrollan las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar a la salud.

Establecer prioridades en los cuidados: Se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados: Se deben definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema del paciente, para dirigir los cuidados e identificar los resultados esperados y por último medir las actuaciones.

⁷ *Ibidem* p. 22

Las características de los objetivos del cliente deben ser alcanzables, medibles y específicas; y los contenidos se deben describir como verbos con terminación (ar, er, ir,).

Elaboración de las actuaciones de enfermería: Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y /o familia realiza para hacer realidad los objetivos.

Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados.

Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente par que el personal de enfermería ejecute la prescripción; estas tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

Dependientes. Son las actividades realizadas con la puesta en práctica de las acciones médicas.

Interdependientes. Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud, (médicos, psicólogos, nutriólogos, etc.)

Independientes. Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia la respuesta humana que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencias práctica.⁸

CARACTERÍSTICAS

- Serán coherentes con el plan de cuidados
- Estarán basados en principios científicos (empírico analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones
- Serán individualizado par cada situación en concreto
- Se emplearan para proporcionar un medio seguro y terapéutico
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje
- Comprenden la utilización de los recursos apropiados⁹

⁸ Ibidem p. 73

⁹ Carpenito. Linda. Manual de Diagnostico de Enfermería. Pp462-463

LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA EN UN PLAN DE CUIDADOS SON:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problemas / diagnósticos.
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle (habilidades y actitudes).
- Aconsejar de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería.
- Ayudar a realizar las actividades por sí mismos.

LAS DIRECTRICES ESPECIFICAS PARA LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- La fecha
- El verbo, con los calificativos que indican claramente la actuación
- Especificación de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

Las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad mediante: cuidados individualizados, continuidad de los cuidados, comunicación y la evaluación; por la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todas los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria.

- Los planes de cuidados deben tener registros documentales como:
- Diagnóstico de enfermería / problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades)
- Evaluación (informe de evolución)

PLANE DE CUIDADOS:

Individualizado: permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.

Estandarizado: un plan de cuidado apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

Estandarizado con modificaciones. Este tipo de planes permite la individualización, al dejar abierta opciones en los problemas del paciente.
Computarizado: requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería son:

1. Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
2. Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación, su revisión y la mejora del plan.
3. Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros de servicios de salud.
4. Evitar la repetición de los datos
5. Facilitar datos a la investigación y a la educación
6. Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario

1.3.4 EJECUCIÓN

Esta fase es la cuarta etapa del plan de cuidados, en esta etapa pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución implica: continuar con la recogida y valoración de datos; Realizar las actividades de enfermería; Anotar los cuidados de enfermería (dirigidas hacia los problemas) Dar los informes verbales de enfermería; mantener el plan actualizado.

En esta fase se realizaran todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermera y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

1.3.5 EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comprobación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona. Comprobándolo con uno o varios criterios. (La eficacia y la efectividad de las actuaciones); Para esta evaluación consta de la recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnostico que queremos evaluar. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las valoraciones de fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para planear correcciones en las áreas de estudio.

Los resultados esperados son:

- El paciente ha alcanzado el resultado que deseaba
- El paciente esta en proceso de lograr el resultado nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. Es este caso podemos realizar una nueva revisión del problema de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.
- La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. Una característica a tener en cuenta en la relajación es, que esta es continua, así podemos detectar como una evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducción modificaciones para que la atención resulte más efectiva.¹⁰

¹⁰ Ibidem p. 73

CAPITULO II: LA AMPUTACIÓN

2.1 GENERALIDADES DE LA AMPUTACIÓN

La palabra amputación proviene del Latín "amputare" que significa: Alrededor, cortar, acortarse, se utiliza para indicar la separación de las partes del cuerpo en su totalidad o parcialmente.

La amputación es el más antiguo de los procedimientos quirúrgicos desde el hombre prehistórico. La amputación del miembro inferior era considerada un castigo o rito mágico común en muchas de las llamadas sociedades civilizadas y todavía se hace en algunas culturas primitivas.

La técnica utilizada consistía en colocar al paciente en una cama de piedra atado de manos y pies con lazos sin anestesia seccionaban rápidamente con machete o cuchillo la extremidad, la consecuencia era mortal causado por el dolor; para haber la hemostasia se aplastaba el muñón abierto o se sumergía en aceite hirviendo obviamente estos muñones no se prestaban para colocar prótesis.¹¹

El primer informe de amputación por motivos médicos se encuentra en el tratado de HIPOCRATES en el año 460-377 "LAS ARTICULACIONES" consideradas por gangrena vascular. Hipócrates recomendó que debería practicarse a través del tejido isquémico en el ámbito de la articulación y con utilización del cauterio para la hemostasia.

A mediados del siglo XVI la cirugía de amputación y la prótesis mejoran mucho; PERE creo muñones más funcionales y fue el primero que utilizó ligaduras para controlar el sangrado.

La cirugía de amputación fue mejorada todavía más cuando Morel introdujo el torniquete, en el siglo XVII. Con el advenimiento de la anestesia y la técnica aséptica, los cirujanos por primera vez pudieron preparar con sumo cuidado mejores amputaciones sobre todo funcionales, el personal de enfermería se encargaba de dar cuidados a la herida con técnica aséptica y prevención de infecciones nosocomiales.

¹¹ Hughes Sean, Ortopedia y Traumatología 4^a. Edil. Salvat 1998, pp 257-260

¹¹ Zollinger R.M. Atlas de la Cirugía de Amputación Vol. 2 MC Interamericana 1999, pp 462-460

El interés de la cirugía de amputación aumento en los estados unidos, después de la Primera Guerra Mundial; pero este interés no tardo en disiparse porque en este país la cantidad de amputados era relativamente pequeña y porque sobrevino una severa devaluación económica. Después de la Segunda Guerra mundial, este interés volvió a intensificarse y se idearon nuevas técnicas quirúrgicas y mejores prótesis por los muchos soldados amputados debido a la pólvora que la guerra producía. El interés en el diseño y desarrollo de prótesis recibió un estímulo adicional con la creación de la comisión de investigación y desarrollo.¹²

2.2 ETIOLOGÍA

Las amputaciones constituyen una de las causas más frecuentes de invalidez, es considerada una paradoja clínica, pues el 80% de los pacientes amputados proviene de arteriopatías de etiología diversas en primer lugar las Enfermedades vasculares periféricas avanzada (especialmente cuando esta asociada a la diabetes mellitus, a la infección y al habito de fumar); traumatismos (heridas, accidentes); lesiones térmicas extremistas (frío, calor); tumores y anomalías congénitas.

La segunda indicación más comunes de la amputación son las lesiones traumáticas automovilísticas; ocupando el 43%. Las estadísticas demuestran que la incidencia es más frecuente en hombres menores de 50 años.

En los accidentes automovilísticos, es frecuente que el conductor maneje a velocidades mayores a (30-60 Km./hora); y con exceso de alcohol.¹³

En la colisión de dos vehículos de frente, la velocidad del impacto es la suma de las dos velocidades individuales, en menos de una décima de segundo puede ocasionar lesiones crónicas que causen la amputación de una extremidad o incluso la muerte.

2.3 FISIOPATOLOGÍA

Las amputaciones traumáticas severas causadas por accidentes automovilísticos varían dependiendo de como se produzca el impacto, del nivel en que se produjo la lesión, y que tejidos destruyo.

La amputación traumática puede terminar en amputación completa cuando la parte es separada el cuerpo y no queda intacta ninguna estructura de unión. y cuando la irrigación sanguínea y los huesos, ligamentos y músculos se han destruido de manera irreparable, pues entonces no sólo se torna inútil sino que hace peligrar la vida, porque los productos tóxicos de la destrucción de tejidos se diseminan por el organismo;

¹³ Odling, W. *Traumatología y Ortopedia, Interamericana Barcelona, 1997, pp. 145-149*

Por esto la amputación puede convertirse en constructiva cuando la incapacidad restringe la capacidad y la comodidad por medio de prótesis.¹⁴

La intervención quirúrgica y la altura de la amputación dependen de la extensión de la lesión. La amputación se realiza varios centímetros por encima del sitio real del tejido ausente para asegurarse de que el tejido restante tenga riego suficiente, nutrición adecuada y oxígeno para sobrevivir. La amputación del tercio medio inferior; puede decirse que éste es el nivel más común de amputación debido fundamentalmente al hecho de que ofrece, en la mayoría de los casos, un mejor riego sanguíneo para la confección de un muñón adecuado y una recuperación sin complicaciones.

El muñón ideal por encima de la rodilla debe medir unos 25-30 centímetros del trocánter mayor hasta el extremo distal del muñón. Este tipo de muñón ofrece una excelente acción funcional lo suficientemente potente para controlar y mover la prótesis, y proporcionar un buen acabado cosmético.

2.4 COMPLICACIONES

La amputación es un procedimiento quirúrgico que implica riesgo; por lo que la enfermera reconoce que las consecuencias psicológicas del procedimiento son más devastadoras que el trastorno físico que resulta por eso se hizo una selección de cada una de ellas.

2.4.1 COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

La pérdida de una parte del cuerpo va seguida por un periodo de tristeza y aflicción. El proceso de aflicción por la pérdida de una parte del cuerpo, puede incluir sentimientos de importancia como: soledad, tristeza, culpa y enojo. Entre las etapas de adaptación de la pérdida se incluye el shock e incredulidad, depresión y aceptación final. (Duelo).

El dolor del miembro fantasma: Es una complicación frecuente de la amputación. El paciente se queja de dolor en la parte extirpada, a menudo inmediatamente después de la operación. El dolor se describe como intenso, quemante, como aplastamiento o espasmódico; además, algunos pacientes sienten como si la parte eliminada estuviera en una posición torcida e incómoda y experimentan entumecimiento y hormigueo, así como dolor.

Algunos pacientes indican que sienten que la parte más distal se retrae hacia el extremo del muñón, padecimientos concurrente, fatiga y estrés emocional. Si el dolor dura largo tiempo, cualquier estímulo puede causarlo, como el tocar cualquier parte de su cuerpo.

¹⁴ *Ibidem* p. 147

2.4.2 COMPLICACIONES FÍSICAS

Movilidad disminuida: El paciente tiene menor movilidad como resultado de la operación, por lo que suceden complicaciones como atelectasia, neumonía, lesión de la piel, estreñimiento etc.

La infección: Como en cualquier procedimiento quirúrgico, la infección puede presentarse en la herida o en el hueso. El anciano no debilitado y confundido tiene gran riesgo debido a que las excretas pueden ensuciar la herida y porque el paciente puede quitar los apósitos y lastimar la incisión.

Formación de un aneurisma: Un neuroma, es un tumor sensible formado por células nerviosas que se encuentran en terminales nerviosas lesionadas. Normalmente se solucionan con la aplicación de infiltraciones de fármacos adecuados.

Las contracturas por flexión de cadera o de la rodilla: Se ven en pacientes con amputaciones de las extremidades inferiores.

Arterial: La circulación deficiente hace que el muñón esté frío y azulado, fácil de ulcerarse. Este problema surge principalmente en las amputaciones por debajo de la rodilla y a menudo exige la reamputación.¹⁵

2.4.3 COMPLICACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS

La persona que sufre una amputación se enfrenta con una pérdida completa y usualmente se aísla de los seres queridos (familiares y amigos), debido al proceso de negación. En la sociedad el paciente se enfrenta etiquetas prediseñadas (minusválido, discapacitado, invalido, cojo, lisiado etc.), en donde son tratados en un ambiente socialmente hostil y de marginación en circunstancias adversas de indiferencia, menosprecio, y de ofensa.

En el aspecto laboral en muchos lugares les ponen trabas en la contratación y cuando son contratados realizan trabajos pesados y mal remunerados a veces trabajan horas extras.

¹⁵ Ibidem p.146

CAPITULO III : APLICACIÓN DEL PROCESO

3.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Masculino con tez morena; de 58 años, pesa 53Kg. y mide 1.59cm. nacido en el D.F. el 05 de febrero de 1943, de religión Católica, jubilado por la ANDA, dedicado al baile y la comedia por 30 años en teatros y carpas, con primaria terminada, viudo desde hace 9 años, con un hijo radicado en el extranjero, con domicilio en "la Casa del Actor Mario Moreno Cantinflas" ubicado en Tiziano No 34 Col. Mixcoac.

Los antecedentes familiares ambos padres diabéticos obesos (finados); hermana "mayor viva" insuficiencia venosa y obesidad; tío paterno Cáncer de pulmón; y abuelos maternos hipertensos.

Como antecedentes no patológicos sin familiares en la Ciudad de México, sedentario, cuenta con una recamara en "la Casa del Actor" con adecuada ventilación e iluminación, baño propio, y con servicio telefónico; Se le proporciona servicio de comedor tres veces al día, servicio de aseo, lavado y planchado, servicio medico y de enfermería por 24 hrs. y 365 días, servicio de rehabilitación, biblioteca, teatro, estancia de reposo y visitas, servicio chofer, así como visitas guiadas a varios lugares. En lo económico cuentan con una ayuda proporcionada por la (ANDA) y pensión de su esposa.

Actualmente el paciente cuenta con antecedentes de hipertensión, alcoholismo social y tabaquismo moderado (2 cigarros diarios). El 16 de Julio fue intervenido quirúrgicamente por lesiones traumáticas en la pierna izquierda a nivel del tercio medio, causadas por un accidente automovilístico. Diez días después de la operación el paciente ingresa a la Casa del Actor; refiere dolor de tipo quemante, punzante y la sensación de tener la pierna, así como debilidad para moverse, se traslada en silla de ruedas en silla de ruedas dice sentirse enojado consigo mismo, triste, sensible y deprimido, a demás se ha desligado de sus amistades. En cuanto a la evacuación actualmente sufre de estreñimiento; la herida se encuentra en proceso de cicatrización sin infección aparente.

3.2 VALORACIÓN DE NECESIDADES

Al valorar la **Necesidad de Oxigenación**. Al interrogatorio el paciente refiere que no ha padecido infecciones respiratorias recientes, no tiene tos o alergias, menciona que no tiene problema para respirar, presenta desviación a nivel de tabique, pero no le causa problema, fumaba hace 8 años aproximadamente de 2-3 cigarros diarios ya no lo hace por motivos de voluntad. A la exploración el paciente presenta narinas simétricas, secas y permeables, mucosa nasal sin escurrimiento; Presenta 23 respiraciones por minuto, campos pulmonares normales, pulso 72 por minuto, frecuencia cardíaca 140/90 mmhg. La piel se torna reseca, lechos ungueales y peribucales semihidratados. Buen retorno circulatorio. Durante la visita domiciliar se observó que la ventilación en su casa es buena ya que cuenta con 2 ventanas, el aire circula bien posee áreas verdes en el patio de la casa hogar. Durante la fase de preguntas y respuestas, se observó su respiración es normal.

En la **Necesidad de Nutrición e Hidratación**. Al interrogatorio el paciente refiere que se ajusta al tipo de dieta, ya que lleva un sistema dietético controlado en sal, la ingesta es tres veces al día 9/15/20 Hrs. Los alimentos son proporcionados en su habitación "desayuno y cena" los consume en su cama; los de la comida lo llevan al comedor en silla de ruedas, (se sienta sólo y no permite que lo acompañen). Puede deglutir la comida sin dificultad alguna, aunque lo hace en forma lenta. Presenta intolerancia a la leche, por eso toma atole de avena (de agua), para hidratarse toma 2 vasos de agua diaria; era bebedor social 5-6 copas hasta antes del accidente; los hábitos higiénicos bucales los realiza después de cada comida; se lava las manos antes y después de ir al baño, y antes de cada comida. Refiere que nunca a practicado ningún deporte hasta ahora realiza ejercicio de fortalecimiento para el muñón. A la exploración Peso: 53Kg. Talla: 1.59cm. De complejión delgada, mucosas oral semihidratadas, permeables; con papilas gustativas presentes, masticación lenta, con reflejo de deglución y respuesta verbal normal; se observa dientes propios completos, con presencia de caries y gingivitis pero que están siendo tratadas. La piel se torna reseca, las uñas se tornan duras y se las corta cada 15 días, el cabello es delgado brillante el cuero cabelludo, canoso, con presencia de coronilla.

En la **Necesidad de Eliminación**. Al interrogatorio el paciente refiere que defecar regularmente cada tercer día; (de preferencia por las tardes), actualmente sufre de inflamación abdominal y estreñimiento menciona que las heces son de color café y bien formadas; al evacuar no presenta ardor, hemorragias u hemorroides, el paciente considera que el estreñimiento se debe a tantos días de hospitalización; para ir al W.C. enfermería lo lleva al baño en silla de ruedas o con muletas.

La eliminación urinaria es de 3-5 veces al día, sin dolor, ardor, o sangrado; refiere que la orina se torna amarilla concentrada, con olor a medicamento, y en cantidad normal, sin alteraciones o enfermedades renales; a pesar de que era tomador social; Por la noche utiliza urinal. A la exploración se observa la piel del abdomen presenta estrías, de coloración normal, no se aprecian cicatrices quirúrgicas erupciones o vasos dilatados, pequeña cantidad de vello distribuido en el abdomen; el ombligo está localizado en el centro, no se aprecia hernia ni escurrimiento. A la palpación el abdomen esta inflamado en el hipocondrio izquierdo; pero no hay dolor. A la percusión la sonoridad es mate y a la auscultación el peristaltismo es intermitente. Indicación medica: Supositorio de glicerina por 3 días a valoración. Los riñones se aprecian a la palpación profunda, Jordano negativo, contorno liso y firme sin hipersensibilidad, orificio uretral localizado centralmente en el externo distal del pene sin edema, depresiones ni masas.

En la **Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura.** Al interrogatorio refiere que su capacidad para moverse esta limitada debido a la amputación de la mitad de la pierna; por lo que no puede desarrollar sus actividades de la vida diaria (deambular, ir al WC, bañarse etc.); manifiesta que le falta fuerza en las piernas las siente débil, por lo que no aguanta estar mucho tiempo parado con las muletas, los desplazamientos solo los hace en su cuarto. Las actividades que realiza son ver la televisión y escuchar el radio, manifiesta que casi todo el día esta descansando ya que no puede hacer otra cosa. A la exploración el paciente se muestra sin ganar de realizar esfuerzo para moverse; sus funciones del aparato músculo esquelético están disminuidas, mas en el miembro izquierdo debido a la amputación a nivel del tercio medio del muslo. él muñón mide 28 cm de largo, hay presencia de dolor y hormigueo (de miembro fantasma). Su piel se torna rojiza e inflamada pero sin presencia de calor, el tono es hipotónico, el muslo se torna flácido y la piel esta colgante; la cicatriz se encuentra sin presencia de hemorragia masa o ulceración, sus reflejos musculares están disminuidas.

El grado de movilidad a la flexión es de 45° y a la extensión de 10°, con abducción de 30° y una aducción de 20°. La marcha es ambivalente no hay equilibrio y fuerza para sostenerse para deambular lo hace con asistencia de silla de ruedas o a veces utiliza las muletas su postura es encorvada(cifosis).

Su estado de conciencia es orientado en tiempo, lugar y espacio. Se encuentra deprimido por estar imposibilitado de las piernas para realizar las actividades de la vida diaria. Sus capacidades en cuanto a movimiento y coordinación y estímulos reflejos en miembros superiores están dentro de los límites normales para desarrollar actividades. Las indicaciones medicas son: De ambulación con muletas; movimiento de extremidad amputada y cambios de posición cada 4 hrs. Acudir a terapia física.

En la **Necesidad de Descanso y Sueño.** Al interrogatorio el paciente refiere que se duerme, a partir de las 23:00pm a las 6:00am. lo cual duerme 6 horas; para conciliar el sueño tarda aproximadamente 20 minutos y se despierta 1 vez por la madrugada a orinar (utiliza orinal) y cuando hace demasiado calor últimamente ha dolor intenso de tipo quemante, y hormiguea "dolor del miembro fantasma", ha tenido sueños 2 veces en lo que va de la semana que tienen que ver con la actividad de correr, saltar, hacer acordabais y bailar; Por lo que se despierta y le tienen que dar un calmante y se queda totalmente dormido. El paciente refiere que por las tardes después de la comida se sienta en su sofá a reposar y casi siempre se queda dormido por 1 hora; le molesta el ruido excesivo, pero una vez dormido lo hace profundamente y no siente nada. Al recuperarse del sueño se siente descansado y relajado. A la exploración se observa al paciente con ojeras propias de la edad, sin bostezos un poco desganado pero se debe al efecto del tranquilizante, su estado es apático, de carácter indiferente, sin presencia de cefalea o alteración del patrón del sueño, en cuanto a los reflejos responde de forma lenta a los estímulos visuales y de atención. Indicaciones médicas: (Diacepam 25mg/día/ R.N)

En la **Necesidad de Vestir Prendas Adecuadas.** Al interrogatorio el paciente prefiere busca la ropa holgada que sea fácil de quitar y poner, ya que no le gusta que el personal de enfermería lo vista, (porque le da pena).

Sin embargo él tiene que pedir ayuda para ponerse el vendaje y la bermuda; Manifiesta que ha tenido que modificar su forma de vestir, el pantalón lo ha tenido que sustituir por bermudas. Diario se cambia la ropa interior y los calcetines, por la noche utiliza solo calzoncillos y una playera, cuando hace frío utiliza prendas amplias y que le cubran como chamarra.

La ropa la da a lavar y se la entregan lavada y planchada al siguiente día. A la exploración se observa que su ropa es adecuada a su edad y combinada; a la valoración vestía con camisa de manga corta color blanca, chaleco café y bermuda de algodón color beige. Su aspecto es limpio bien peinado bañado y planchado, utiliza zapato estilo botina de piel beige en (él pie derecho), en el muñón izquierdo utiliza un vendaje y una maya de protección elástica. En la muñeca derecha trae una esclava de oro y un anillo en el dedo medio, no acostumbra a usar reloj, su closet es grande por lo que no tiene problemas de espacio para guardar su ropa, la ropa sucia la pone en un cesto, en general se observa la habitación limpia y ordenada.

En la **Necesidad de Termorregulación.** Al interrogatorio el paciente manifiesta que se adapta a los cambios de clima, sin embargo él prefiere el clima templado, porque el frío le duelen los huesos y con el calor le produce sensación de desesperación y bochorno, últimamente realiza ejercicio en forma pasiva asistida para el fortalecimiento de muñón, considera que esta aumentando la transpiración por el esfuerzo para moverse. A la exploración tiene una temperatura axilar de 36.8 su piel es reseca con textura áspera y delgada, pero limpia, sin olor desagradable, el muñón se palpa frío, sensible a la incisión con tornó rojizo, sin presencia de infección.

En la **Necesidad de Higiene / Protección de la Piel.** Al interrogatorio el paciente manifiesta que se baña diario por las mañanas en la regadera sentado en una silla, menciona que el personal de enfermería lo cuida al bañarse para prevenir caídas, mas no lo bañan/ tallan. El cambio de ropa es diario, las manos se las lava antes y después de ir al baño a sí como antes de los alimentos. A la exploración el paciente se observa con una apariencia limpia, sin olores desagradables, las uñas de las manos se encuentran recortadas y sin tierra. la incisión esta en proceso de cicatrización, limpia sin presencia de infección, adherencias o tumefacción. La higiene de muñón enfermería la realiza 2 veces al día con técnica estéril y después se le cubre con un vendaje.

En la **Necesidad de Evitar Peligros.** Al interrogatorio el paciente refiere que el único familiar que tiene es su hijo (Luis), pero radica en el extranjero, el único acercamiento es vía telefónica y eso ha raíz de la amputación; cada semana le habla. En cuanto a las medidas de acción contra una emergencia (incendio, sismo gas), tiene conocimiento pero ahora se encuentra imposibilitado para actuar y salvar la vida. Él considera ser una persona nerviosa ya que siempre viaja contra tiempo. Debido a que todavía nos tiene estabilidad dice que siente temor de que se pueda caer y lesionarse el muñón. A la exploración la habitación cuenta con buena amplitud para trasladarse en silla de ruedas, en el baño le faltan medidas de seguridad para evitar caídas (un tapete o alfombra) En cuanto a la Casa hogar cuenta con un sistema de alarma y vigilancia privada, así como sistema de emergencia y traslado en caso de una urgencia, también en los pasillos tienen barandales y pisos antiderrapantes.

En la **Necesidad de Comunicarse.** Al interrogatorio el paciente manifiesta ser viudo, actualmente vive solo en la casa del actor pero se ha hecho de 2 amigos que quiere y estima mucho ya que son su único apoyo y compañía, pero a raíz de la amputación se ha aislado de sus amigos y compañeros. Por ello la mayoría del día lo pasa solo por voluntad. A la exploración el paciente se expresa con claridad, sin problema visual campos visual completos puede leer y ver la televisión. El sentido del oído esta ligeramente disminuido pero esto no le causa problema.

En la **Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores.** Al interrogatorio menciona profesa la religión católica; últimamente se ha acercado mas a Dios y a la Virgen María, a raíz de la amputación, menciona que cuando esta demasiado triste pide fuerzas para seguir adelante o que le quiten la vida. Es católico porque sus abuelos y padres lo han sido; relata que se caso por la iglesia y bautizo a su hijo en la iglesia de las mercedes. Sus valores son el respeto, amor trabajo, honestidad, unión, ayuda, salud y dinero. A la exploración el paciente es congruente con su forma de pensar, debido a que tiene un altar con la imagen de la Virgen María y de Cristo y junto el retrato de su esposa, adornado con unas flores y un foco en un vaso como si fuera una vela, menciona que le gusta que respeten sus ideas sobre el catolicismo.

En la **Necesidad de Trabajar y Realizarse**, al interrogatorio el paciente manifiesta que tiene poco 8 años de retirado del ambiente artístico, su profesión era el baile y la comedia en teatros y carpas; menciona que se siente satisfecha por todos los lugares y personas que conoció, comenta que fue la mejor época de su vida porque siempre estaba con su mujer y su hijo. La aportación monetaria la compartían los dos y se enfrentaban a cualquier conflicto. A la exploración su estado emocional es cambiante debido a que me tuvo la confianza para mostrar sus fotos y expresaba por momentos alegría y luego tristeza, el trabajo de bailarín le proporciona la oportunidad de viajar y conocer mucha gente. Anteriormente tenía un oficio en la casa del actor (la carpintería), tiene su material en una repisa porque desde la amputación no ha tenido voluntad para trabajar.

En la **Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas**, al interrogatorio el paciente manifiesta que sus actividades recreativas son ver la televisión y jugar domino, en la actualidad se niega a convivir con sus compañeros en la sala de juegos, manifiesta que lo juzgan por la amputación o que le tengan lastima. A la exploración su estado de animo es apático y en fase de duelo de depresión en una postura sedentaria.

En la **Necesidad de Aprendizaje**, al interrogatorio no tiene problemas al leer y escribir, sus lecturas las hace de libros de banqueros y revistas que tienen que ver con el ambiente artístico, manifiesta a que tiene buena memoria, le resulta más fácil aprender cuando escucha y observa. A la exploración se observan revistas en el buró, en la casa del actor hay una pequeña biblioteca la cual cuenta con todo tipo de libros. Al interrogatorio expresa que no tienen mucha información sobre el conocimiento de su cuerpo; sin embargo dice que esta dispuesto a informarse sobre todo el manejo de la prótesis.

3.3 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura

Datos de independencia: <ul style="list-style-type: none">▪ Capacidad de movimiento y fuerza en miembros superiores se considera funcional.	Datos de dependencia: <ul style="list-style-type: none">▪ Requiere de asistencia para trasladarse (baño/ higiene, W.C.)▪ Apoyo de aparatos (silla de ruedas y muletas).▪ Requiere de rehabilitación física
--	---

Necesidad de eliminación

Datos de independencia: <ul style="list-style-type: none">▪ Su eliminación vesical es normal	Datos de dependencia: <ul style="list-style-type: none">▪ Estreñimiento por inactividad▪ Incapacidad para desplazarse por sí solo▪ Utilización de orinal
---	---

Necesidad de Descanso y Sueño

Datos de independencia: <ul style="list-style-type: none">▪ Descansa por las tardes después de comer▪ Después de la siesta se siente descansado y relajado	Datos de dependencia: <ul style="list-style-type: none">▪ El medicamento le provocan sueño (diazepam).▪ Le cuesta trabajo concebir el sueño por la madrugada debido al dolor y a la presencia del miembro fantasma
--	--

Necesidad de Trabajar y Realizarse

Datos de independencia: <ul style="list-style-type: none">▪ Le causa placer el recordar su pasado como bailarín▪ Trabaja un oficio	Datos de dependencia: <ul style="list-style-type: none">▪ Refleja negación ante su imagen▪ Existe falta de interés para incorporarse a trabajar en la (carpintería)
--	---

Necesidad de Comunicarse

Datos de independencia: <ul style="list-style-type: none">▪ Integridad en los sentidos de la vista	Datos de dependencia: <ul style="list-style-type: none">▪ El sentido del oído esta disminuido▪ Aislamiento social y falta de comunicación para socializarse
--	--

Necesidad de Evitar Peligros

Datos de independencia: <ul style="list-style-type: none">▪ Integridad en los sentidos	Datos de dependencia: <ul style="list-style-type: none">▪ Controles inadecuados en el entorno con posibilidades de ocasionar antecedentes en el baño
--	--

Necesidad de Nutrirse /Hidratarse

Datos de Independencia: <ul style="list-style-type: none">▪ Realiza 3 comidas al día, siguiendo una dieta variada y equilibrada de tipo hiposodica, ingiere sus medicamentos y dos vasos de liquido al día, las medidas antropométricas son: Peso:53 kg. Talla: 1.59	Datos de dependencia: <ul style="list-style-type: none">▪ Aislamiento social.▪ El Personal de enfermería lo traslada en silla de ruedas para él consumo de alimentos e higiene de manos y bucal.▪ Intolerancia a la leche
--	---

Necesidad de Uso de Prendas de Vestir Adecuadas

Datos de independencia: <ul style="list-style-type: none">▪ Su apariencia es pulcra y su vestuario se encuentra ordenado	Datos de dependencia: <ul style="list-style-type: none">▪ Se asiste en el vestuario de miembros inferiores▪ Aplicación del vendaje del muñón con venda elástica
--	--

3.4 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

- *Deterioro de la movilidad física, relacionada con la inmovilidad, manifestada por disminución de la fuerza muscular y dolor en el muñón*
- *Estreñimiento, relacionado con la ingesta de líquido y falta de movimiento manifestado inflamación abdominal, molestia y disminución peristáltica*
- *Incisión quirúrgica relacionada con dolor manifestado por malestar e inflamación.*
- *Alteración del Confort(sensación del miembro fantasma) relacionada por la estimulación nerviosa secundaria a la amputación manifestada por sentir hormigueo y dolor punzante.*
- *Trastorno de la imagen corporal, relacionado a la percepción de los efectos negativos de la amputación y a la respuesta por parte de los demás ante su aspecto manifestado por autoestima baja.*
- *Duelo anticipado, relacionado con la depresión manifestado por enojo y frustración.*
- *Aislamiento social, relacionado con la comunicación manifestado por la apatía.*
- *Potencial de riesgo de lesión relacionado a la alteración en la de ambulación y a los riesgos de los dispositivos asistenciales manifestado por miedo.*
- *Potencial de deterioro a la integridad cutánea relacionada con la amputación.*
- *Potencial de hemorragia relacionado con la amputación*

3.5 PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermería:

(Ámbito físico)

Deterioro de la movilidad física, relacionada con la inmovilidad, manifestada por disminución de la fuerza muscular y dolor.

Definición:

Estado en el cual el individuo experimenta una limitación de la capacidad de independencia física para movilizarse.

Objetivo del cliente:

- Mantener la amplitud de movimiento en la articulación, prevenir contracturas y caminar con auxiliares de la de amputación (prótesis).

INTERVENCIONES	26/07/01	FUNDAMENTACIÓN
1. Participar con el médico en la valoración.		La intervención temprana de especialistas en rehabilitación aumenta el potencial de movilidad.
INTERDEPENDIENTES 2. Fomentar la extensión articular.		Los cambios posturales adecuados fomentan el retorno venoso y disminuye el edema. El elevar el muñón con almohadas hace que la articulación próxima esté en flexión, lo que provoca una contractura en flexión de cadera.
3. Fomentar la postura en decúbito prono Durante al menos 2h/día.		El decúbito prono coloca las articulaciones pélvicas en extensión, estirando los músculos extensores y evitando contracturas.
4. Enseñar al paciente a realizar ejercicios Activos con los brazos y la pierna sana.		Los ejercicios activos aumentan la masa, el tono, y la fuerza muscular, mejorando la función cardiaca y respiratoria.

<p>5. Colocar las pertenencias personales, al alcance del paciente en todo momento. (ropa, cepillo, agua, teléfono, timbre etc.)</p>	<p>El poder alcanzar los artículos necesarios fomenta la independencia y aumenta la autoconfianza en los pacientes con disminución del propio concepto. La debilidad muscular y la alteración del equilibrio después de la amputación de una extremidad inferior pueden provocar una lesión.</p>
<p>6. Instruir al paciente amputado de una extremidad inferior a que pida ayuda cuando se levante de la cama. (mantenerla cama en posición baja).</p>	<p>El aprender las técnicas de traslado restablece la independencia del paciente y fomenta un sentimiento de seguridad al acostarse o levantarse de la cama.</p>
<p>27/07/01</p>	
<p>7. Enseñar las técnicas de traslado apropiadas como cambios posturales en la cama y de la cama a la silla o de la cama a la silla de ruedas.</p>	<p>La de ambulación precoz favorece la circulación y cicatrización de la herida; la de ambulación ayuda al paciente a comenzar a obtener un nuevo sentido de equilibrio para el uso de prótesis.</p>
<p>8. Fomentar el balanceo con la pierna sana; sobre los dedos de los pies flexione y salte sosteniéndose de una silla. (ayudar al paciente). No debe de excederse.</p>	<p>La alteración del centro de gravedad requiere una mayor fuerza muscular, equilibrio y coordinación para compensar la extremidad amputada. El permanecer con el paciente durante la practica le proporciona tranquilidad y le ayuda a prevenir las lesiones secundarias a la perdida del equilibrio.</p>
<p>9. Enseñar al paciente a evitar estar mucho tiempo sentado.</p>	<p>Estar mucho tiempo sentado puede producir contracturas por flexión de cadera.</p>

28/07/01

10. Animar al paciente a caminar utilizando la técnica correcta de andar con muletas y enseñar ejercicios de fortalecimiento muscular específicos para el muñón, (glúteo mayor y medio y el cuadrado lumbar, los abdominales y los rotadores internos y aductores.

El aumento de la movilidad promueve la independencia. Se requiere una fuerza muscular óptica para mantener el equilibrio mientras utiliza dispositivos de ayuda, tales como muletas, andadores o prótesis.

11. Dieta equilibrada rica en calcio. (verduras verdes y de hoja grande y leche)

El calcio es importante en la formación de huesos, aumenta la permeabilidad de la pared celular y la coagulación sanguínea.

Evaluación: El paciente fue adquiriendo la fuerza debido a la constancia y la voluntad para realizar los ejercicio, domina las muletas y su prótesis esta en proceso de elaboración.

Diagnóstico de Enfermería:**(Ámbito físico)***Estreñimiento relacionado con la ingesta de líquido y la falta de movimiento manifestado por inflamación abdominal, molestia y disminución peristáltica***Definición:**

Estado en el cual hay disminución de los movimientos intestinales con relación al ritmo de eliminación normal (presencia de heces duras y secas).

Objetivo del paciente:

- Recuperara los hábitos intestinales regulares incrementara el movimiento y la ingesta de líquidos.

INTERVENCIONES	26/07/01	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTES 1. Valorar el hábito intestinal del paciente anotando el número de defecaciones y características.	26/07/01	Estas actividades ayudan a identificar posibles problemas y a desarrollar un programa seguro de control intestinal.
2. Examinar al paciente en busca de hemorroides o fisuras anales.	27/07/01	Las hemorroides o fisuras anales pueden producir dolor al esfuerzo, haciendo que el paciente, consciente evite defecar.
3. Establecer un programa de habituación (consiste en llevar al paciente al servicio después de los alimentos "desayuno o comida" y dejarle suficiente tiempo para que defecue).		La motilidad intestinal aumenta durante y después de la ingesta de los alimentos; al intentar defecar después de comer se aprovecha la acción del reflejo gastrocólico. El establecer una hora determinada ayuda al paciente a acostumbrarse a defecar.
4. Hacer que el paciente inicie un programa de reducción intestinal animándole a que beba mínimo 8 vasos diarios de agua.		Los líquidos ayudan a mantener las heces blandas y transitables.

<p>5. Consumir líquidos templados "dejar una jarra con agua al alcance".</p>	<p>Los líquidos templados son un estimulante del peristaltismo.</p>
<p>6. Vigilar la dieta, consumir alimentos que contengan salvado y fibra.</p>	<p>La fibra ayuda a crear una masa fecal menos voluminosa que pase con facilidad en el trayecto. Los alimentos que contienen zumo producen catarsis, probablemente porque contienen sales de magnesio y también son ricas en fibra.</p>
<p>28/07/01 7. Enseñar como dar masaje gástrico. (izquierda a derecha)</p>	<p>El masaje estimula los músculos abdominales aumentando el peristaltismo y con ello las concentraciones del vaciado fecal.</p>
<p>8. Fomentar la actividad física</p>	<p>El ejercicio fomenta la resistencia cardiovascular, aumenta la fuerza y el tono, mejora la eficacia del control del oxígeno y reduce la presión intestinal</p>
<p>DEPENDIENTE 27 y 28 9. Ministración de supositorio de glicerina antes del desayuno hasta establecer régimen.</p>	<p>La estimulación digital refleja el esfínter rectal del intestino pudiendo verificar que el paciente ha perdido el control voluntario.</p>
<p>Evaluación: El paciente coopera con el programa de activación física; en cuanto a los líquidos incremento el consumo a 6 vasos diarios, y los supositorios de glicerina sola se le aplicaron dos, porque logró restablecer sus evacuaciones sin problema.</p>	

Diagnóstico de Enfermería:**(Ámbito físico)****Incisión quirúrgica relacionada con dolor manifestada por malestar e inflamación en el muñón****Definición:**

Experiencia sensitiva y emocional desagradable en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve o severa sin anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.

Objetivo del paciente:

- El paciente experimentara alivio o reducción del dolor quirúrgico

INTERVENCIONES	25/07/01	FUNDAMENTACIÓN
DEPENDIENTES		
1. Ministrar de Dipirona 1g. I.M. / R.N.		La dipirona es un antiinflamatorio no esteroideo derivado de la pirazolona, se utiliza en el tratamiento de cualquier afección; Actúa mitigando la rigidez, inflamación, y el dolor.
INDEPENDIENTES	26/07/01	
2. Valorar el tipo de dolor (no confundirse con el de miembro fantasma).		El diferenciar la sintomatología disminuye el empleo de medicamentos.
3. Usar medidas para aliviar el dolor sin medicamentos, como distracción, música y <u>respiraciones de relajación</u> , de acuerdo a las necesidades.		Las medidas para aliviar el dolor sin uso de medicamentos, pueden reducir el uso de analgesia narcótica.
INTERDEPENDIENTE	29/07-3/08/01	
4. Aplicación de (tens)		Los (tens) son una alternativa que disminuyen el dolor, mediante el impulso eléctrico que ejerce a nivel del nervio periférico.
Evaluación: <i>El paciente participo en del programa de fisioterapia con poco Dolor. El paciente establece que el dolor se aminoro conforme pasaron Los días.</i>		

Diagnóstico de Enfermería: (Ámbito psicológico).

Alteración del confort: (sensación del miembro fantasma) relacionado con la estimulación nerviosa secundaria a la amputación, manifestado por sentir hormigueo y dolor punzante

Definición:

Sensación fantasma debido a que los nervios siguen enviando impulsos dolorosos, dando la sensación de la existencia del miembro.

Objetivos del paciente:

- Disminuir la sensación del miembro fantasma.

INTERVENCIONES	27/07/01 FUNDAMENTACIÓN
<p>DEPENDIENTES</p> <ol style="list-style-type: none">1. Explicar la causa de la sensación y dolor del miembro fantasma. Informar al paciente que esto puede continuar durante unos 6 meses (raras veces es superior) aunque el dolor del miembro fantasma pueda presentarse incluso años después.2. Explicar que la sensación fantasma puede presentarse como malestar, dolor, picor, hormigueo, calor u otro tipo de sensaciones sentidas anteriormente con el miembro.3. Evitar administrar narcóticos o analgésicos para el dolor fantasma. Por el contrario animar al paciente a aumentar la actividad.	<p>La sensación de miembro fantasma es el sentimiento o percepción de la presencia continua de la extremidad amputada. El dolor del miembro fantasma, un incidente clínico independiente, es el conocimiento del dolor en la parte corporal. El conocer los síntomas del miembro puede tranquilizar al paciente.</p> <p>Las sensaciones fantasma se deben a la estimulación del nervio próximo a la amputación, que anteriormente llegaban hasta el miembro. El paciente percibe la estimulación como si procediera del miembro ausente.</p> <p>Los analgésicos narcóticos y no narcóticos no resultan apropiados para el dolor fantasma, ya que por lo general es una sensación enfermera.</p>

<p>4. Documentar los episodios de dolor, observar la localización, características, irradiación, frecuencia, intensidad y observar si tiene una postura tensa.</p>	<p>La documentación proporciona una orientación para ayudar a otros profesionales a interpretar los comportamientos relacionados con el dolor. La actuación precoz proporciona el confort al paciente; el dolor estimula el sistema nervioso simpático provocando síntomas físicos.</p>
<p>INTERDEPENDIENTES 29/07 - 03/08</p>	
<p>1. En la Rehabilitación se le dan ejercicios de relajación. (respiratorios)</p>	<p>La actividad ayuda a sustraer la atención de la sensación del dolor. Relajando el sistema nervioso central.</p>
<p>2. Dar masaje de estimulación en el muñón (desplazamiento suaves y de toques digitales)</p>	<p>El masaje alivia la tensión muscular anormal, relajando el músculo y produce una sensación de bienestar incrementando la movilidad de los tejidos blandos, así como la sensibilidad.</p>
<p>3. Aplicación de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS).</p>	<p>La estimulación que produce una segunda sensación para anular la sensación fantasma en el sistema nervioso. ÉL (tens), bloquea las señales emitidas por los receptores nerviosos antes de que llegue al cerebro. Por tanto disminuye el dolor y hay mayor relajación, morbilidad, resistencia muscular y cardiovascular.</p>
<p>4. El terapeuta aplicará calor húmedo</p>	<p>El calor húmedo mejora la circulación y proporciona mayor aporte de oxígeno disminuyendo los espasmos musculares.</p>

<p>DEPENDIENTES</p> <p>5. Ministración de Diacepam 25 mg/día/ R.N.</p>	<p>El diacepam es un medicamento ansiolítico, también llamado tranquilizantes menores, se utiliza para aliviar el nerviosismo y la tensión causados por trastornos psicológicos, así como somnífero; Actúan deprimiendo la actividad de la porción cerebral disminuyendo los reflejos con rapidez.</p>
<p><i>Evaluación:</i> La sensación del miembro fue eliminada por completo cuando el paciente logro aceptar la amputación y la colocación de prótesis.</p>	

Diagnóstico de Enfermería:

(Ámbito psicológico)

Trastorno de la imagen corporal relacionado con la percepción de los efectos negativos de la amputación manifestado por la autoestima baja.

Definición:

Es la alteración en la forma en que uno percibe su propia imagen corporal.

Objetivo del paciente:

- Promover la aceptación de la pérdida de una parte corporal.
- Que el paciente exprese sus sentimientos sobre la pérdida de la pierna
- Que el paciente exprese confianza en sí mismo.

INTERVENCIONES	26-03/08	FUNDAMENTACIÓN
<p>DEPENDIENTES</p> <p>1. Animar al paciente a expresar lo que siente con relación a su aspecto físico.</p>		<p>El concepto de uno mismo incluye las percepciones y sentimientos que permiten afrontar la realidad.</p>

<p>2. Preguntar sobre la percepción de los efectos sobre el estilo de vida.</p> <p>3. Observar la capacidad de participar en los autocuidados incluyendo los cambios de apósitos.</p>	<p>La aceptación del muñón promueve el reconocimiento de la realidad y fomenta la aceptación de imagen corporal. Cada paciente vive de forma individual el proceso de aceptación.</p> <p>La participación en los cuidados personales y la planificación fomenta una adaptación positiva al cambio; cuando hay sobreprotección tiende a fomentar sentimientos de desesperanza y dependientes.</p>
<p style="text-align: center;">30-31/07/01</p> <p>Presentar al paciente a otras personas que hayan sufrido amputaciones similares que su adaptación sean todo un éxito.</p>	<p>Las personas que están en su misma situación puede proporcionar un estímulo real y una ayuda practica para la adaptación al cambio.</p>
<p>4. Ayudar al paciente a identificar características y fuerzas personales.</p>	<p>Esto puede ayudar al paciente a centrar en las características positivas que contribuye al concepto global de la persona en vez de sólo en el cambio de imagen personal.</p>
<p>5. Facilitar la adaptación, escuchándole activamente.</p>	<p>La enfermera deberá razonar todos los aspectos positivos y animar al paciente a reincorporarlos al concepto que tiene de sí mismo.</p>
<p>6. Fomentar una óptima higiene y demás actividades de autocuidado.</p>	<p>La participación en los cuidados personales y la planificación fomenta una adaptación positiva al cambio.</p>
<p>7. Fomentar las visitas</p>	<p>Conservar los contactos sociales y acudir a los sistemas de apoyo resulta especialmente importante cuando se intenta afrontar una pérdida.</p>

<p>8. Cuando sea apropiado, hacer lo siguiente:</p> <p>a) Compartir su opinión de la lesión y la respuesta del paciente ante ella.</p> <p>b) Explicar la naturaleza de la enfermedad o lesión.</p> <p>c) Enseñar comportamientos saludables que deban aprenderse para facilitar la adaptación a los cambios en el estilo de vida.</p> <p>9. Proporcionar información respecto a una prótesis adecuada y uso, reforzando la enseñanza del fisioterapeuta.</p> <p>10. Canalizar con el psicólogo o asistente social.</p>	<p>Las conversaciones abiertas y francas donde se diga que se producirán cambios pero que son controlables fomentan sentimientos de control. La sustitución de la parte corporal aumenta por una prótesis, da al cuerpo un aspecto más normal e incrementa la participación del paciente en las actividades de la vida diaria.</p> <p>El conocimiento de la disponibilidad de la prótesis proporciona al paciente un objetivo a conseguir. La prótesis se puede aplicar de forma inmediata o al mes de la operación (dependiendo de la debilidad del paciente, insuficiencia vascular periférica o a una infección).</p> <p>La ayuda especializada durante el proceso de duelo disminuirá. La mala adaptación puede provocar una depresión grave a una conducta suicida.</p>
<p>Evaluación: <i>El paciente logra la aceptación de sí mismo, de su imagen, y de su estilo de vida. Esta etapa se logra en con la participación activa del paciente y sus amigos que le motivaron a seguir adelante. El objetivo se cumplió en un lapso de 6 semanas.</i></p>	

Diagnóstico de Enfermería:**(Ámbito psicológico)***Duelo anticipado relacionado por depresión manifestado enojo y frustración.***Definición:**

El duelo anticipado es el estado en que la persona experimenta una pérdida significativa prevista.

Objetivos del paciente:

- Ayudar a superar el duelo.

INTERVENCIONES	26-31/07/01	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTE		
1. Dar al paciente y a la familia oportunidades para expresar sus sentimientos, comentar abiertamente la pérdida y analizar el significado personal de dicha pérdida. Explicar que el duelo es una reacción frecuente y saludable.		La amputación puede originar sentimientos de impotencia, cólera profunda tristeza y demás respuestas de dolor, las intervenciones abiertas y francas pueden ayudar al paciente a los familiares a aceptar y afrontar la situación y su respuesta a la misma.
2. Fomentar la utilización de estrategias positivas de afrontamiento que hayan sido útiles en el pasado.		Las estrategias de afrontamiento positivas ayudan a aceptar y solucionar problemas
3. Valorar la respuesta que tiene él Paciente y sus amigos a la situación. <ul style="list-style-type: none"> ▪ La idea que tiene de los efectos a corto y largo plazo de la incapacidad. ▪ Dinámica familiar pasada y presente. 		Una buena adaptación depende de la percepción realista de la situación que tengan el paciente y sus allegados.
4. Explicar el peligro que supone intentar quitarle importancia al duelo, fomentando con cada respuesta la superación del dolor.		El duelo implica una serie de respuestas emocionales; las intervenciones dependen de cada respuesta y estado del paciente.

<p>5. El paciente necesita superar el proceso de aflicción; el expresar los sentimientos y la obtención de apoyo por parte de la familia, amigos y enfermeras ayuda a superar este proceso.</p>	<p>La aflicción es la respuesta subjetiva a una pérdida; y el duelo es la respuesta total de la experiencia emocional de la pérdida y se manifiesta en pensamientos, sentimientos y conductas. Superar el duelo es importante ya que se ha comprobado que la aflicción tiene posibles efectos devastadores sobre la salud.</p>
<p>NEGACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la aceptación de la situación, no reforzar la negación dando falsas esperanzas. - Fomentar la esperanza, garantizando unos cuidados, bienestar y apoyo. - Explicar al resto de los familiares utilización de la negación por parte de uno de sus miembros. - No forzar a una persona a superar la negación hasta que esté emocionalmente preparado. 	<p>El paciente se niega a creer en la pérdida de la pierna ya que no se encuentra preparado para afrontar el problema; como sustituir la pierna por una prótesis.</p>
<p>COLERA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente comprender que la cólera es una respuesta normal a los sentidos de pérdida e importancia. - Transmitir aceptación, fomentando la expresión del dolor. - Fomentar una comunicación franca y abierta para favorecer la integración. - Fomentar la socialización como algo posible (grupos sociales, actividades recreativas, o de religión etc. - Escuchar con atención y animar al paciente a hablar para mitigar los temores. - Conforme a sus creencias ofrecer ayuda o apoyo espiritual. 	<p>El paciente puede dirigir la cólera hacia la enfermera o el personal del hospital. Explicar que la cólera representa un intento de controlar el ambiente, y que surge de la frustración por la independencia de controlar la enfermedad.</p>

<p>ACEPTACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emplear la empatía y reconocer el dolor. - Desarrollar estrategias apropiadas. - Identificar el nivel de depresión y desarrollar estrategias apropiadas. - Proporcionar un entorno seguro y privado donde expresar el dolor. 	<p>En esta etapa el paciente puede expresar planes; por ejemplo el uso de prótesis modificaciones en la forma de vivir y aceptar su limitación y con ella salir adelante.</p>
<p><i>Evaluación: El paciente solo cruzó por la etapa de negación, cólera, y aceptación, por lo tanto los objetivos fueron alcanzados con ayuda del especialista (psicólogo), los resultados fueron favorable porque ahora el paciente hace chistes de su discapacidad.</i></p>	

Diagnóstico de Enfermería:

(Ámbito social)

Aislamiento social relacionado con la comunicación manifestado por la apatía.

Definición:

Soledad experimentada para la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador.

Objetivo del paciente:

- Lograra incorporarse al núcleo familiar y a la convivencia con amigos.

INTERVENCIONES	27/07/01	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar la capacidad del paciente de comunicarse y el nivel de aislamiento social. 2. Fomentar la ayuda con sus seres más cercanos. 		<p>El paciente se aísla debido a la falta del miembro debido a una depresión significativa.</p> <p>Los amigos pueden alentar al paciente a que se reincorpore al núcleo social.</p>

3. Escoger temas de conversación que sean familiares o de interés para el paciente.	El paciente puede mostrar mayor deseo de participar si el tema posee interés personal.
4. Proporcionar estímulo a través del uso de radio, tele y videos.	El paciente se beneficiara al escuchar o ver conversaciones que inciten a realizar actividades o tareas nuevas con mayor éxito.
5. Valorar las fuerzas del paciente y animarle que utilice la comunicación.	El éxito aumenta la autoestima y la ejecución de las tareas.
6. Fijar objetivos a corto y a largo plazo y verificar los progresos del paciente.	Eso proporciona una conducta positiva poniendo de manifiesto el progreso del paciente.
7. Informar al paciente del progreso es posible pero que puede suceder gradualmente.	Esto permite adoptar una actitud realista pero positiva.
8. No forzar al paciente a comunicarse contra de su deseo.	El hablar requiere de cooperación; no forzarle es una muestra de respeto a su persona.
<p><i>Evaluación: El paciente logro integrarse con la sociedad. (Sigue con el tratamiento psicológico).</i></p>	

Diagnóstico de Enfermería:

(Ámbito físico / Entorno)

Potencial de riesgo, relacionado con la alteración en la de ambulación y a los riesgos de los dispositivos asistenciales.

Definición:

Es la probabilidad de que tiene un individuo de que exista daño.

Objetivo del paciente:

- Adaptación y manejo de aditamentos para mejorar la de ambulación
- Prevenir lesiones.

INTERVENCIONES	02-11/08/01	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTES		
1. Ejecutar los ejercicios y actividades realizadas en la fisioterapia.		Los ejercicios aumentan la fuerza muscular necesaria para el traslado y de ambulación.
2. Proporcionar un dispositivo asistencial por ejemplo andador, bastón. Para compensar la alteración de la de ambulación, según sea necesario.		Es posible que haya que ayudar al paciente para que pueda andar o reducir el riesgo de caída.
3. Enseñar al paciente a reducir los riesgos ambientales del hogar, tales como: - Alfombras - Desorden - Luces tenues - Suelo desiguales o resbaladizos.		Retirar los peligros reducen el riesgo de resbalarse y caerse.
4. Animar al paciente a pedir ayuda cuando la necesite, cuando esté en un sitio o situación desconocida.		La asistencia puede ayudar a impedir lesiones.
5. Animar al paciente a avisar al personal de salud de la alteración en la de ambulación.		La alteración en la de ambulación puede deberse a una prótesis mal encajada o a otros motivos; necesita ser más examinado.
Evaluación: <i>El paciente logra la adaptación y comodidad de la prótesis</i>		

Diagnóstico de Enfermería:**(Ámbito Físico)****Potencial de deterioro a la integridad cutánea relacionada con la amputación.****Definición:**

Estado en el que la piel del individuo corre el riesgo de resultar dañada.

Objetivos del paciente:

- El paciente no experimentara infección en la herida quirúrgica.

INTERVENCIONES	26/07-11/08	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTE		
1. Observar la línea de incisión durante cada cambio de apósito para detectar un enrojecimiento, edema exudado signos de necrosis tisular, puntos calientes, dolor u olor fétido.		La valoración de la línea de incisión durante el primer cambio de apósito proporciona datos orientativos para una comparación futura. La liberación de histamina provoca los signos clásicos de inflamación. La disminución de la perfusión tisular como resultado de una disminución circulación secundaria a la presión externa provoca la muerte celular. La necrosis tisular provoca dolor, una sensación de calor local, drenaje y olor.
2. Proteger el muñón de la contaminación y de un traumatismo. Utilizar siempre técnica estéril durante los cambios de apósito		La introducción de microorganismos predispone al paciente a la infección. El traumatismo provoca la muerte tisular y disminuye la curación.
3. Fijar siempre los apósitos firmemente, pero no herméticamente. No aplicar cinta adhesiva encima de la piel.		Los apósitos apretados pueden impedir que el flujo sanguíneo llegue a la herida que sé esta curando reduciendo el aporte de oxígeno y nutrimentos esenciales.
4. Estimularle la ingesta de la dieta prescrita. Fomentar la ingesta de alimentos altos en proteínas, vitaminas, calorías y minerales.		Las enfermedades presentes, tales como la diabetes, pueden requerir que el paciente siga una dieta específica. Las cantidades adicionales de proteínas, calorías y vitaminas y minerales, son necesarias par la curación de la herida.

<p>5. Bañar el muñón diariamente con jabón suave o neutro y agua una vez ya no sea necesario el apósito.</p>	<p>La higiene es esencia para mantener la piel sana para la preparación de una prótesis.</p>
<p>6. Secar y exponer el muñón al aire logre durante 20 minutos diarios.</p>	<p>El secado meticuloso del muñón, previene de la proliferación de microorganismos patógenos y provoca maceración.</p>
<p>7. Dar un masaje suave al muñón. Evitar emolientes, evaluar la respuesta del paciente.</p>	<p>El masaje aumenta la circulación en la zona traumatizada. Puede desarrollarse una maceración cutánea, si se utilizan emolientes.</p>
<p>8. Enseñar los signos de ulceración o grietas en la piel.</p>	<p>La detección precoz de complicaciones en el muñón permite un tratamiento inmediato. Las complicaciones no detectadas comprometen el programa de rehabilitación y puede ser necesaria una nueva amputación.</p>
<p>9. Enseñar ejercicios para endurecer el muñón. Hacer que el paciente empuje el muñón contra una almohada blanda de 4 a 6 veces al día. Incrementar gradualmente la resistencia y registrar el proceso.</p>	<p>La piel frágil y delicada no resistirá la precisión aplicada mientras lleve la prótesis. El endurecimiento de la piel prepara al paciente para el uso de la prótesis y reduce la probabilidad de la infección relacionada con la ruptura cutánea.</p>
<p>10. Vigilar la circulación distal del muñón.</p>	<p>El vigilar la circulación y el llenado capilar nos indica el aporte de oxígeno y nutrimentos a los tejidos y músculos.</p>
<p>11. Vigilar los signos vitales cada 4 hrs. en busca de hipertermia.</p>	<p>El aumento del pulso y temperatura indican infección en la herida.</p>

Evaluación: *El paciente no manifestó síntomas de infección en la herida, esta se encuentra cicatrizando perfectamente, sin complicación.*

Diagnóstico de Enfermería:

(Ámbito Físico)

Potencial de hemorragia relacionado con la amputación.

Definición:

Derrame de la sangre contenida en los vasos sanguíneos por rotura de los mismos.

Objetivo:

- Mantener el volumen circulatorio.

INTERVENCIONES	25-31/07/01	FUNDAMENTACION
INDEPENDIENTES		
1. Documentar la valoración de la zona quirúrgica.		El aumento de drenaje y el color rojo brillante puede indicar hemorragia.
2. Observar y documentar los signos del drenaje. Reforzar el apósito según se requiera. No retirar el apósito hasta que este ordenado. Documentar la cantidad de suministros utilizados y la frecuencia del refuerzo.		Una superación insignificante de la escisión es normal. El registrar el material utilizado y las características del drenaje ayudaran a que otros miembros del equipo valoren los cambios. Inicialmente la mayoría de los apósitos comprensivos o apósitos de yeso. Su retirada precoz puede permitir el desarrollo de un edema indeseable, hemorragia o ambos.
3. Mantener la vía intravenosa documentar su lugar, aspecto e impermeabilidad.		La pérdida de volumen de sangre circulante provoca una constricción de los vasos, incrementando la dificultad de establecer un acceso por vía intravenosa. Una vía ya establecida proporciona la reposición rápida de líquidos en caso necesario.
4. Tener un torniquete al lado de la cama. Aplicarlo a la extremidad directa de la arteria si se presenta una hemorragia. Notificarlo al medico inmediatamente, documentar los incidentes y permanecer con el paciente hasta que él medica llegue.		Si se presenta una hemorragia, la aplicación inmediata de un torniquete a la extremidad residual prevendrá la pérdida significativa de sangre y el choque. Si la hemorragia es intensa, puede ser necesaria una presión directa a la arteria. El paciente puede estar atemorizado por la cantidad de sangre perdida y la presencia de la enfermería lo tranquilizara.
Evaluación: El paciente no tuvo ninguna hemorragia o complicación.		

CONCLUSIONES

Al término del presente Proceso de Atención de Enfermería, realizado con un paciente amputado se concluye lo siguiente.

Al reflexionar la importancia que tiene la independencia de la persona amputada, la enfermera debe de ir mejorando la calidad de vida del individuo, mediante las intervenciones especializadas de enfermería en rehabilitación. Como agente dinámico no olvidando desarrollar los componentes de la humanización en la atención de enfermería, el impacto de las intervenciones planeadas para y con el paciente de estudio, fueron muy efectivas ya que los patrones de respuesta ante la adaptabilidad a una nueva vida, se manifestaron en la actitud al demostrar mayor seguridad, confianza, autoestima, así como la superación del duelo, le fue colocada una prótesis de forma temporal, la cual fue aceptado para posteriormente aplicarle la prótesis definitiva.

Al integrar al paciente con el grupo de amputados logro aprender el manejo y el cuidado de la misma para cubrir las necesidades básicas.

La teoría de Virginia Henderson proporciona una estructura para la organización de las intervenciones de enfermería, al llevar paso a paso cada etapa; me fui dando cuenta de la importancia que tienen considerar al individuo como a un todo, y con catorce necesidades básicas que deben satisfacer.

Actualmente la práctica del Profesional de Enfermería, ha evolucionado notablemente ya que retoma las teorías y modelos para lograr construir una estructura que cubra las necesidades del paciente, familia y comunidad. A través de la promoción, asistencia y rehabilitación

BIBLIOGRAFÍA

- Bruner y Sudarth; **“Enfermería Médico Quirúrgica”**. México Mac-Graw Hill Interamericana, 1995.
- Hill, Cia. Mh. **“Tratamiento de disfunción músculo-esquelética”**. México: Latinoamericana, traductor Dr. Carlos García Caldera, 1995.
- Fernández F.C, Novel Mg. **“Conceptos Básicos del Modelo de V. Henderson en el Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de casos”**. México Salvatt, 1995.
- Kozier, Blais. **“Fundamentos de Enfermería”**. Conceptos, proceso y practica”. 5º ed. México. McGraw -Hill. Interamericana. Vol. 1-2, 1999.
- M.T. **“Diagnósticos Enfermeros”**. Madrid Harcourt Brace, 1998.
- Donna D. **“Enfermería Médico Quirúrgica”** McGraw – Hill Interamericana Vol. 1-2, 1995.
- W. Humm. **“Rehabilitación del Amputado de Miembro Interior”** Barcelona España, Jims 1996.
- Harry B. Skinner. **“Diagnostico y Tratamiento en Ortopedia”** México D.F Manual Moderno 1996.
- Bertram G. Katzung **“Farmacología Básica y Clínica”**. México, Manual Moderno 1998
- Donahoo C.A. **“Enfermería Ortopédica para Enfermeras”** México D.F Limusa 1980.
- Cash **“Kinesiología en Ortopedia y Reumatología”**. Buenos Aires Panamericana 1997.

ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Escolaridad _____ Fecha de Admisión: _____ Hora: _____
Procedencia: _____ Fuente de información: _____
Fiabilidad: (1-4) _____ Miembro de la familiar persona significativa: _____

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS.

1. Necesidades básicas de: oxigenación e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea a: debido _____ Tos productiva seca: _____ Dolor asociado con la

Respiración: _____ Fumador:

Desde cuándo fuma/ cuantos cigarros al día _____ Varía la cantidad según su estado
emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y característicos:

Tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia:

Coloración de piel / lechos ungueales/peribuca:

Circulación del retorno

venoso: _____

Otros: _____

Nutrición e hidratación.

Subjetivo

Dieta habitual (tipo) _____ Número de comidas
diarias: _____

Trastornos
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
cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético:

Aspecto de los dientes y encías:

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____ Otros: _____

b) 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: _____

c) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____

Temperatura

ambiental le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno fisico: _____

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 cotidiana: _____ física

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____ de

Hábitos de trabajo: _____ de

Objetivo:

Estado esquelético/fuerza: _____ del sistema músculo

Capacidad tono/resistencia/flexibilidad: _____ muscular

Posturas: _____

Ayuda deambulación: _____ para la

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____

Ayudas: _____

¿Padece insomnio?: _____

A qué considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado ansiedad/estrés/lenguaje: _____ mental: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____
Concentración _____

Apatía: _____
Cafeleas: _____

Respuesta estímulos: _____ a _____

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: _____

¿Su autoestima es determinante 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: _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____
Otros: _____

d) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo: _____

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

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

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

Objetivo: _____

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero
cabelldo: _____

Lesiones dérmicas,
tipo: _____ qué

(Anoté su ubicación en el diagrama)

Otros: _____

e) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de
permanencia _____

Cómo reacciona ante una situación de
urgencia _____

¿Conoce las medidas de prevención de
accidentes? _____

En el
hogar _____

En el
trabajo _____

¿Realiza controles periódicos de salud
recomendados? _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su
vida _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su
hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3. Necesidades básicas de comunicación vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidades de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil _____ Años de relación _____ Vive con _____

Preocupaciones familiares: _____ estrés: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol familiar en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad estado: _____

Cuánto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla clara: _____ Conducta: _____

Dificultad en la visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal / no verbal con la familia u otras personas significativas: _____

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Subjetivo:

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religiosos): _____

¿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: _____ Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Está satisfecho con su trabajo?: _____ ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?: _____

¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega?: _____

Objetivo:

Estado emocional/calmando/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: _____

Otros: _____

d) Necesidad 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 comunidad 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) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____ de

Problemas de aprendizaje: _____ de

Limitaciones cognitivas: _____
Tipo: _____

Preferencias: leer/escribir: _____

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

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: _____

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

Otros _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y EVALUACION.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA FECHA Y HORA	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES

AMPLITUD DE MOVIMIENTO NORMAL PARA LAS ARTICULACIONES

<p>C U E L L O:</p> <p>FLEXIÓN 45° EXTENSIÓN 55° FLEXIÓN LATERAL 40° ROTACIÓN 45°</p>	<p>H O M B R O:</p> <p>FLEXION 180 EXTENSION 50° ABDUCCION 180° ADUCCION 50° ROTACION EXTERNA 90° ROTACION INTERNA 90°</p>
<p>C O D O S:</p> <p>FLEXION 120° EXTENCION 0°</p>	<p>M U Ñ E C A:</p> <p>FLEXION 90° EXTENSION 70° DESVIACION CUBITAL 55° DESVIACION RADIAL 20° PRONACION 90° SUPINACION 90°</p>
<p>E S P A L D A:</p> <p>FLEXIÓN 75° - 90° EXTENSIÓN 30° FLEXIÓN LATERAL 35° ROTACIÓN 30°</p>	<p>C A D E R A:</p> <p>FLEXION 120° EXTENSION 15° ABDUCCION 45° ADUCCION 45° ROTACION EXTERNA 40° ROTACION INTERNA 40°</p>
<p>R O D I L L A:</p> <p>FLEXION 130° EXTENCION 0°</p>	<p>T O B I L L O:</p> <p>FLEXION PLANTAR 45° FLEXION DORSAL 20° INVERSION 30° EVERSION 20°</p>

FUENTE: Henry M. Seidel, Exploración Física, 3ª ed. Harcourt Brace Mosby, Barcelona, 1999.
P. 714 -719

EVALUACION DE LA MARCHA

<i>C O M P O N E N T E S</i>	<i>N O R M A L</i>	<i>A N O R M A L</i>
<i>INICIO DE LA MARCHA</i>	No titubea o claudica	Duda o intenta arrancar mas de una vez.
<i>LONGITUD DE PESO</i>	El pie izquierdo rebasa al derecho El pie derecho rebasa al izquierdo	El pie izq. no rebasa el derecho El pie izq. no rebasa al derecho
<i>ELEVACIÓN DEL PESO</i>	El pie derecho deja el piso El pie izquierdo deja el piso	El pie derecho no deja el piso El pie izquierdo no deja el piso
<i>SIMETRÍA DEL PASO</i>	Uniforme	Desigual
<i>CONTINUIDAD DEL PASO</i>	Continuos	Incontinuos
<i>RUMBO</i>	Derecho sin auxilio	Marcha desviación
<i>TRONCO</i>	No balanceo pero flexiona rodillas o dorso o supera los brazos	Balanceo marcado o usa apoyo fisico
<i>BASE DE SUSTENTACIÓN</i>	Talones se tocan al caminar	Talones separados

FUENTE: Henry M. Seidel, Exploración Física, 3ª ed. Harcourt Brace Mosby, Barcelona, 1999. P. 714 -719

EVALUACIÓN DEL EQUILIBRIO

MANIOBRA	NORMAL	ADAPTATIVO	ANORMAL
EQUILIBRIO SENTADO	Estable, uniforme	Se sostiene de una silla para mantenerse erguido	Se apoya, se desliza de la silla
LEVANTARSE DE LA SILLA	Capaz de levantarse en un solo movimiento si usar los brazos	Usar los brazos	Requiere múltiples intentos o es capaz de levantarse sin ayuda
EQUILIBRIO INMEDIATO DE PIE POR 3 SEGUNDOS	Estable, sin sostenerse de un auxiliar para caminar u otro objeto	Estable, pero usa un auxiliar para caminar u otro objeto como apoyo	Cualquier signo de inestabilidad. (Se toma de objetos para apoyarse, se bambolea, balanceo de trocú mayor al mínimo.
EQUILIBRIO DE PIE	Estable, capaz de permanecer con los pies juntos si sostenerse	Estable, pero no puede juntar los pies	
EQUILIBRIO SOBRE UNA PIERNA	Capaz de pararse sobre una pierna durante 5 seg. Sin sostenerse de algo		Incapaz
SENTARSE	Capaz de sentarse en un solo movimiento uniforme	Necesita usar los brazos para guiarse hasta la silla o no utilizar un movimiento uniforme	Caer en la silla, calcula mal las distancias.
EQUILIBRIO DURANTE EL GIRO DE 360°	Estable, no necesita sostenerse de algún objeto; pasos continuos y gira con fluidez.	Los pasos son discontinuos, (el paciente pone un pie completo en el piso antes de levantar el otro	Cualquier signo de inestabilidad o se sostiene de algún objeto.

MUSLOS MAYORES Y SUS FUNCIONES

C U E R P O	M U S C U L O	F U N C I O N
ANTEBRAZO	BICEPS BRAQUIAL TRICEPS BRAQUIAL	FLEXIONA EL ANTEBRAZO EXTIENDE EL ANTEBRAZO
BRAZO	1. DELTOIDES 2. PECTORAL MAYOR 3. DORSAL ANCHO	1. ABDUCE EL BRAZO AYUDA EN LA FLEXION Y EXTENSION (BRAZO) 2. FLEXIONA BRAZO (ARRIBA) 3. EXTIENDE BRAZO (BAJO)
MUSLO	GRUPO DE GLUTEOS GLUTEO MAYOR 1. GLUTEO MEDIANO 2. GLUTEO MENOR PSOAS ILIACO RECTO ANTERIOR DEL MUSLO	EXTIENDE Y ROTA EL MUSLO ABDUCE AL MUSLO Y LO ROTA HACIA FUERA. 1. ABDUCE Y ROTA EL MUSLO (FUERA) 2. ABDUCE Y ROTA EL MUSLO (DENTRO) FLEXIONA EL MUSLO FLEXIONA EL MUSLO Y EXTIENDE LA PIERNA
PIERNA	GRUPO DE CUADRICEPS CRURAL 1. RECTO ANT. DEL MUSLO 2. VASTO EXTERNO 3. VASTO INTERNO 4. CRURAL 5. GRUPO DE LA CURVA BICEPS CRURAL	1. FLEXIONA EL MUSLO Y EXTIENDE LA PIERNA. 2. EXTIENDE LA PIERNA 3. EXTIENDE LA PIERNA 4. FLEXIONA LA PIERNA 5. FLEXIONA LA PIERNA Y EXTIENE EL MUSLO.
ABDOMEN	OBLICUO MAYOR OBLICUO MENOR TRANSVERSO (ABDOMEN) RECTO MAYOR (ABDOMEN)	TODOS COMPRIMEN EL ABDOMEN Y TIRAN HACIA DELANTE Y HACIA ARRIBA DE LA PELVIS Y ENDUREZEN LA CURVATURA LUMBAR

FUERZA MUSCULAR

<i>NIVEL DE FUNCIÓN</i>	<i>GRADO</i>	<i>% NORMAL</i>	<i>ESC LOVETT</i>
Sin evidencia de contractilidad	0	0	Cero
Contractilidad normal, sin movimiento	1	10	Indicios
Gama total de movimientos, eliminando la gravedad	2	25	Escaso
Gama total de movimiento, con gravedad	3	50	Aceptable
Gama total de movimiento, contra la gravedad y cierta resistencia	4	75	Bueno
Gama total de movimiento, contra gravedad y total resistencia	5	100	Normal

FUENTE: Henry M. Seidel, Exploración Física, 3ª ed. Harcourt Brace Mosby, Barcelona, 1999. P. 677