



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA APLICADO A UN  
PACIENTE POSTOPERADO DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA  
EN FASE DE REHABILITACION.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN:  
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**LUCIA VALENTIN OCAMPO**

**CON NÚMERO DE CUENTA:**

**080454065**



**DIRECTORA DE TRABAJO:**



**MAESTRA MARIA DEL PILAR SOSA ROSAS**

**MEXICO D.F., JUNIO 2005**

M348275



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

	Pagina
1.- Introducción	1-2
2.- Objetivos	3
3.- Marco Teórico	
3.1.- Antecedentes Históricos de Enfermería	4-7
3.2.- Antecedentes de la Rehabilitación	8-9
3.3.- Enfermería en Rehabilitación	10-16
3.4.- Conceptualización de Enfermería	17-20
3.5.- Modelo Conceptual de Enfermería	21
3.6.- Necesidades de MASLOW	22-24
3.7.- Filosofía de Virginia Henderson	25-32
3.8.- El modelo de Virginia Henderson y el P.A.E.	33
3.9.- Implicaciones de los modelos conceptuales en la Practica de Enfermería	34
4.- Proceso de Atención de Enfermería	35-37
4.1.- Valoración	38-42
4.2.- Diagnostico	43
4.3.- Planificación	44
4.4.- Ejecución	45
4.5.- Evaluación	46
5.- Metodología	47
6.- Presentación de caso	48-49
7.- Jerarquización de Necesidades	50-51
8.- Plan de cuidados	52-59
9.- Plan de Alta	60-61
10.- Conclusiones	62-63
11.- Sugerencias	64
Referencia Bibliografica	
Anexos	

## **1.- INTRODUCCION**

El profesional de enfermería tiene como finalidad proporcionar cuidados integrales al individuo, familia o grupo de personas, en estado de salud o de enfermedad, adquiriendo el compromiso con la sociedad de prepararse para poder enfrentar las problemáticas de salud actuales.

Los avances tecnológicos en las ciencias han permitido que el ser humano alcance un mayor promedio de vida y una mejor calidad de servicios de salud.

Pero también los problemas de salud se han incrementado junto con los adultos mayores, las enfermedades crónico degenerativas cada día han ido en aumento, encontrando que el aparato locomotor es uno de los sistemas mas afectados y una de sus principales patologías son las gonartrosis primarias y secundarias, que muchas de las veces alteran la movilidad del paciente y llegan a requerir tratamientos quirúrgicos, gracias al avance de la ingeniería biomédica en la actualidad ya es posible hacer un cambio protésico de articulación de la rodilla y de otras articulaciones.

Por lo que el desarrollo del presente trabajo es con la finalidad de contar con un instrumento que sirva de apoyo para el cuidado de este tipo de paciente y tener una base con fundamentos científicos, por medio de un proceso de atención de enfermería y poder fundamentar nuestras intervenciones.

Este trabajo se desarrollo en un paciente masculino adulto mayor de 78 años de edad con una gonartrosis secundaria de más de 10 años de evolución, qué le causaba alteración de la movilidad, por lo que le realizaron, la cirugía de artroplastia total de rodilla izquierda.

Este proceso esta basado en el modelo de Virginia Henderson que visualiza a la persona como un todo completo que presenta 14 necesidades fundamentales que debe satisfacer de diferente manera dependiendo de los, aspectos, biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

Considero que es un modelo completo que puede ser aplicado en un adulto mayor, que requiere de toda nuestra atención, para poder brindar un plan de cuidados que logre su recuperación, pero sobre todo su independencia, teniendo al mismo tiempo la oportunidad de desarrollarme profesionalmente.

## **2.- OBJETIVOS**

Realizar un proceso de enfermería a un paciente con alteración de la movilidad relacionada con una cirugía de prótesis total de rodilla izquierda basado en el modelo de virginia Henderson.

Identificar las necesidades de la persona mediante la aplicación de un instrumento de valoración de enfermería, para poder proporcionar cuidados específicos de enfermería a una persona con alteración de la movilidad mediante la aplicación de un plan de cuidados.

Educar al paciente y familia sobre el plan de cuidados domiciliario que debe de hacer para la pronta recuperación de la movilidad y lograr que en un futuro sea independiente.

Realizar un curso taller de Proceso Atención de Enfermería, dirigido al personal de enfermería del hospital general de Huitzuco Guerrero.

### **3.- MARCO TEORICO**

#### **3.1.-ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENFERMERÍA**

Es difícil describir de forma específica los orígenes de la enfermería ya que no sabemos prácticamente nada de la actividad de las enfermeras en la prehistoria. Todo lo que se ha escrito sobre la enfermería es una conjetura basada en los descubrimientos de los arqueólogos, antropólogos y demás estudiosos de la prehistoria.

Las primeras crónicas nos proporcionan información sobre el legado de las sociedades primitivas al hombre civilizado.

Desde los orígenes de la civilización existen pruebas que apoyan la premisa de que la crianza ha sido un elemento esencial para la preservación de la vida. Por tanto, la supervivencia de la raza humana esta intrínsecamente ligada al desarrollo de la enfermería.

A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales. Ha sido elemento partícipe de la cultura de una época, por la que ha sido modelada y a la que ha ayudado en su desarrollo. Los momentos decisivos para la historia también lo han sido para la enfermería. Los acontecimientos que dan lugar a un mayor grado de consideración hacia los desvalidos y oprimidos, tolerancia a aquellos de religión, raza o color diferentes etc. Tienden a promover actitudes como la enfermería que son fundamentalmente humanitarias. (Dock, Stewart; 1925).

A lo largo de la historia, el desarrollo de la enfermería se ha relacionado estrechamente con la evolución de la palabra, cuyas definiciones específicas dependen de las fuerzas sociales preponderantes. El significado ha evolucionado desde un término que indicaba la actividad humana innata del amamantar a un niño a otro de naturaleza altamente elaborada y

sofisticada. Estos cambios se reflejan profundamente en las variaciones de la función de la enfermera.

La enfermería tiene su origen en el cuidado materno de los niños indefensos y tiene que haber coexistido con este tipo de cuidado desde los tiempos más remotos. La palabra inglesa **Nurse** deriva del vocablo latino **nutrír**, "nutrir". El término inglés **Nurse** también tiene sus raíces en el latín, en el nombre **nutrix**, que significa "madre que cría". Hacía referencia a una mujer que amamanta un niño que no era hijo suyo o sea un ama de cría. Los vocablos latinos fueron la base de la palabra francesa **norrice** y de la española **nodriza**, que se refería a la mujer que amamanta a un niño en especial al hijo de otra. Este término se utilizó por primera vez en el siglo XIII, a lo largo de esta evolución de la palabra, se añadió otra dimensión a su significado, Mujer que cuida y atiende niños pequeños.

La palabra **nurse** se ha utilizado como verbo. El significado tanto del nombre como del verbo continúa ampliándose para abarcar un número cada vez mayor de funciones relacionadas con el cuidado de toda la humanidad.

Entre los significados del nombre hacia el siglo XVI figuraba el de una "persona generalmente mujer, que atiende a los enfermos o se ocupa de ellos". Hacia el siglo XVIII el significado del verbo empezó a incluir la idea de "atender a un enfermo u ocuparse de él". Durante el siglo XIX se añadieron otros dos componentes; la preparación de aquellos que cuidan a los enfermos y la realización de dichas funciones bajo la supervisión de un médico.

Existe la idea generalizada de que la mujer posee en mayor grado el instinto maternal, debido a eso fueron consideradas "enfermeras natas". Pero en realidad las personas de ambos sexos poseen una tendencia natural a responder frente al desamparo o a la vida amenazada por la enfermedad. Y tanto hombres como mujeres han ejercido como enfermeros a lo largo de los diversos periodos de la historia.



El papel de la enfermera se fue ampliando paulatinamente, desde el de madre cuya función biológica incluía el amamantamiento de los recién nacidos y la crianza de los niños pequeños hasta otro de mucho mayor alcance. El cuidado de los enfermos, ancianos, personas desvalidas o débiles y minusválidos, junto con la promoción a la salud, se convirtió en un componente vital de la enfermería como un concepto global.

Con el tiempo el “cuidado” también pasó abarcar el efecto, preocupación, solidaridad y responsabilidad hacia los necesitados.

Conforme los cuidados de enfermería se fueron haciendo más complejos, se hizo patente la necesidad de otros factores distintos de la simple motivación para realizar el trabajo de la enfermera. La motivación continuó siendo un componente vital en el desarrollo de la enfermería. En su pleno apogeo, se tradujo en altruismo o humanitarismo, las formas más nobles de amor y bondad.

Otras fuerzas coadyuvantes como el fervor religioso, reforzaron esta motivación en diferentes eras de la historia y abrieron el camino para que la gente dedicara su vida al servicio y sacrificio por amor a los demás.

Con el paso del tiempo se puso de manifiesto que el amor y la dedicación no bastaban por si mismos para fomentar la salud o vencer la enfermedad. El desarrollo de la enfermería dependía de otros ingredientes esenciales; habilidad, destreza, experiencia y conocimiento.

El conocimiento de los hechos y principios proporcionaría el impulso para que la enfermería se convirtiese tanto en un arte como en una ciencia (Dock y Stewart, 1925). La cabeza, el corazón y las manos se unieron firmemente para asentar los poderosos cimientos de la enfermería moderna.

La profesión de la enfermería ha ido evolucionando a través de los tiempos, todavía no ha alcanzado una plena madurez, continúa creciendo y desarrollándose a fin de incluir esferas más amplias del servicio y la practica profesional y aumentar sus responsabilidades. Sin embargo nunca podrá ir más allá de los instrumentos humanos mediante los cuales se aplica, ni de

los recursos que estos puedan extraer de la cultura de su época y de su grupo (Stewart y Austin 1962).

En el escenario cambiante de la enfermería, se han producido cambios trascendentes a lo largo del siglo XX. El descubrimiento de nuevos fármacos, nuevas técnicas y tecnología ha acrecentado la responsabilidad de las enfermeras y ha obligado a introducir modificaciones radicales en los cuidados de enfermería.

El cuidado del paciente de hoy plantea retos diferentes a los que tuvo que enfrentar en su época Florence Nightingale, cuyos escritos fueron las primeras teorizaciones sobre la enfermería y constituyen el embrión del desarrollo de la ciencia Enfermera, cuyo principal propósito es explicar su práctica, como específica y diferenciada de las otras ciencias de la salud.

A las enfermeras actuales se les exige efectuar tareas que antaño realizaron los médicos. Antes de la década de los años treinta había pocas enfermeras graduadas que fueran empleadas por los hospitales, ya que la mayor parte de los cuidados corrían a cargo de las estudiantes. En aquel tiempo la enfermería incluía una gran cantidad de tareas que nada tenían que ver con la profesión, se les dejaba poco tiempo para proporcionar cuidados de enfermería adecuados y mucho menos incorporar a ese cuidado un enfoque holístico.

Hacia los años cuarenta las enfermeras ya llevaban a cabo muchas tareas y procedimientos como resultado de profundas innovaciones de los cuidados de salud. Cada vez eran más las personas que ingresaban en los hospitales para someterse a nuevos tipos de pruebas, ya que estas instituciones se habían convertido en lugares seguros y eficaces.

El éxito demostrado en las salas de reanimación en el frente durante la segunda guerra mundial se tradujo en la creación de unidades especiales para el cuidado del paciente, de esta forma fue posible establecer una

progresión de la unidad de cuidados intensivos, intermedia, a la de auto cuidados, a la de cuidados a largo plazo y la de cuidados a domicilio. Dicho concepto de cuidado progresivo del paciente se formuló y puso en funcionamiento a mediados de los años cincuentas (Halderman y Abdllah, 1959).

Los años cincuenta y sesenta supusieron una época de revolución para los cuidados de enfermería, con el desarrollo del corazón y pulmón artificial, cirugía a corazón abierto, cateterización cardiaca, diálisis renal, trasplantes, cirugía con láser, prótesis de articulaciones etc. La ampliación del campo de la ciencia médica había hecho de los cuidados de la enfermería algo cada vez más complejo, al tiempo que ponía mayores exigencias sobre las enfermeras.

Se hizo evidente la necesidad de un enfoque distinto de los cuidados de enfermería, uno que proporcionara tanto calidad como atención integral al enfermo, para tal efecto surge la necesidad de contar con especialistas en Rehabilitación que puedan brindar este tipo de atención incluyendo la integración del individuo a sus actividades de la vida diaria, para lo cual la enfermería en rehabilitación surge en México como una necesidad de integración de los cuidados.

### **3.2.- ANTECEDENTES DE LA REHABILITACIÓN**

Después de la segunda guerra mundial fue necesaria la capacitación de personal medico y de enfermería que ayudara a la rehabilitación del gran numero de soldados que quedaron con diferentes discapacidades, pero sin embargo desde la antigüedad ya existían antecedentes al respecto como se menciona a continuación.

**Año 2000 a.c.** En China se practicaba el Cong –Fou, que consistía en ejercicios y posiciones corporales que se realizaban para obtener relajación y confort tanto mental como corporal.

**Hipócrates.** Reconoce el valor de los ejercicios, para fortalecer los músculos debilitados, para acelerar la convalecencia y mejorar las actitudes mentales. Las palabras más notables que escribió sobre el tema del ejercicio se refieren a la rehabilitación médica (*analepsis*).

**Galeno.** Clasifica los ejercicios de acuerdo a su vigor, duración, frecuencia, uso de aparatos y partes del cuerpo que se ejerciten. Se debe aplicar una gran atención al cuerpo que se ejercita, y se debe interrumpir el ejercicio enseguida cuando aparece un signo adverso.

**Cecilio Aurelio.** Enunció algunos conceptos sorprendentemente modernos que los antiguos sostenían acerca del tratamiento físico, incluyendo la hidrogimnasia, la suspensión y la kinesiterapia con poleas y pesas así como su insistencia de la práctica de la *analepsis*.

**Haard Rusk.** En 1943, demostró concluyentemente que la “Rehabilitación y no la convalecencia era esencial para lograr que los soldados retomaran adecuadamente al cumplimiento de sus deberes”.

**1947. La Rehabilitación.** Es reconocida como especialidad médica.

**1962.** En Estados Unidos de Norteamérica, se realizó un estudio que subraya “*Acción en lugar de apoyo, rehabilitación en lugar de alivio*”.

En México como en otros países fue necesario contar con personal médico y de enfermería calificado que pudiera brindar cuidados integrales al

paciente y poder integrarlo a su ambiente familiar, social y laboral en el menor tiempo posible.

#### **4.3.-ENFERMERÍA EN REHABILITACION**

En México la capacitación de enfermeras en Rehabilitación, se inició en el Hospital Infantil de México, capacitaban enfermeras en terapia física, aproximadamente de 1965 a 1968, ya que en esa época existió una epidemia de encefalitis equina y de poliomielitis la cual dejaba a los niños con graves discapacidades que requerían de una rehabilitación que pudiera integrarlos a su vida normal.

Posteriormente este curso continuó en la escuela de Enfermería de ferrocarriles desconociendo fecha de terminación del curso, todo esto sin reconocimiento universitario únicamente avalado por las instituciones de salud que las impartía.

El poder contar con personal calificado en rehabilitación para atender a pacientes que requieran una atención pronta y calificada ayuda a evitar que pierdan la vida o se queden con alguna secuela que les ocasione una discapacidad permanente, por lo que se requiere que las instituciones de salud cuenten con programas de capacitación, así como de formación de profesionales en esta área tan importante de la asistencia social.

La enfermera que se encuentra en los servicios de urgencias, terapia intensiva y hospitalización podrá aplicar un programa de rehabilitación al paciente de acuerdo a la condición física del paciente.

Desde 1988 se cuenta con la especialidad del curso postécnico de enfermería en Rehabilitación que se impartía en el Instituto Nacional de ortopedia sin reconocimiento universitario. En 1994 se consigue el reconocimiento universitario.

En 1994 se decide poner en marcha las especialidades de enfermería a nivel postgrado en la UNAM por lo que se tiene contemplada la

especialidad de Rehabilitación entre otras 9 especialidades, que son las de mayor demanda por los egresados a nivel licenciatura, por lo que se trabajó en conjunto con la ENEO – UNAM en la elaboración del plan único de especialización y en los programas específicos. En 1999 se firma el convenio UNAM y SSA a través del Centro nacional de Rehabilitación, para ser sede del postgrado de enfermería en rehabilitación.

A partir de septiembre del 2000 se realizaron las entrevistas para seleccionar a los aspirantes, iniciando las clases el 8 de enero del 2001, ya como postgrado de enfermería en Rehabilitación.

### **Beneficios**

Los beneficios que se pretenden lograr con este postgrado, son el poder brindar a los egresados de la Licenciatura en Enfermería, una especialidad que le permita ejercer la práctica libre especializada dentro del marco ético legal.

Así como desarrollar habilidades y destrezas en la rehabilitación integral del individuo discapacitado, con enfoque anticipatorio.

Detectar oportunamente las alteraciones neuromusculares, ejercer asesoría, docencia e investigación en el campo de la rehabilitación, así como elaborar programas de detección oportuna de complicaciones o de posibles padecimientos que ocasionen incapacidad o discapacidad parcial o permanente a los individuos.

### **Avances**

Uno de los mayores avances que se logrará al implementar este postgrado es la profesionalización de la Enfermería.

La rehabilitación es un término del siglo XX, al comienzo significó restauración y luego se utilizó como un sinónimo de la práctica de una buena medicina física.

Como el ejercicio puede ser un instrumento terapéutico preciso, incumbe a quienes lo prescriben y lo supervisan designarlo por su nombre correcto para reflejar la actitud científica que debe asumir al respecto el personal médico.

### **Definiciones**

La costumbre de usar indistintamente los términos Medicina Física y Rehabilitación, cuando se trata de alguna incapacidad, trae consigo el error de confundir un término con otro, por lo que es necesario definir cada uno de ellos.

**La Medicina Física.** Es la rama de la medicina que utiliza agentes y métodos físicos en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades, lesiones y secuelas invalidantes con fines preventivos, asistenciales o recuperativos y rehabilitatorios.

En los hospitales estos servicios son considerados como intermediarios o de apoyo.

**La Rehabilitación.** Es un proceso que busca la incorporación de los incapacitados, a pesar de sus limitaciones, a la vida de la comunidad en el menor tiempo y en las mejores condiciones de bienestar físico, mental y socioeconómico.

Constituye una de las cinco funciones que debe cumplir todo hospital, prevención, curación, rehabilitación, docencia e investigación.

Por lo que es importante que todo hospital cuente con programa de rehabilitación y personal capacitado en esta área para la atención de los usuarios.

## **Objetivos**

La amplitud de los objetivos de la rehabilitación sobrepasa los límites de un servicio hospitalario.

- Evitar la incapacidad física consecutiva a un traumatismo o evento quirúrgico.
- Disminuir, o aliviar la incapacidad constituida en todo lo posible, para su pronto restablecimiento.
- Adiestrar al individuo que sufre impedimento físico residual para vivir y trabajar dentro de los límites de la incapacidad, pero al máximo de su capacidad.

## **Fases de la Rehabilitación**

**Valoración inicial.**- Tiene como objetivo primordial la recolección de datos e integrar la historia clínica.

**Integración de Diagnósticos de Discapacidad.**- Este se obtiene a partir del síntoma principal de la enfermedad actual y de la historia social y vocacional del trabajo actual del paciente.

La enfermedad actual proporciona datos que pueden determinar la extensión de la pérdida funcional en las actividades personales básicas.

La historia social y vocacional valora el ambiente y brinda una aproximación a la estructura psicológica del paciente.

La revisión de los sistemas y la historia clínica pasada contribuyen a la evaluación de la capacidad residual.

**Programa de Rehabilitación.** Este debe ser acorde a los diagnósticos de discapacidad que se realizaron con anterioridad y de acuerdo a las posibilidades con que se cuente en el hospital.



## **Valoración.**

Exploración física y neurológica completa, esta debe realizarse con sumo cuidado para evitar lastimar al paciente y poder valorar los dermatomas y miotomas.

Evaluación Psicológica.- Debe ser realizada por personal calificado y que tenga contacto con el paciente desde el inicio al fin del programa rehabilitatorio.

Valorar los problemas reales y potenciales.- Esta detección debe poner de manifiesto los problemas de salud, de infraestructura, familiares, sociales y laborales que se encuentren presentes o se puedan presentar durante el programa de rehabilitación.

## **Integración de Diagnósticos de Discapacidad.**

- Jerarquizar las necesidades del paciente, estas deben de priorizar las que sea necesario atender lo más pronto posible e ir avanzando de acuerdo a la resolución de los problemas primarios
- Detectar los recursos humanos y de equipo con que se cuenta para poder establecer un Programa de rehabilitación acorde con las necesidades del paciente.

## **Fases de Rehabilitación.**

Se compone de varias fases que son las siguientes:

**Inicial.**-Esta debe llevarse a cabo desde que el paciente ingresa a un servicio hospitalario, y contempla la adecuada posición que se da al paciente en la cama, con ayuda de aditamentos especiales.

**Preparación Psicológica.**-Antes de iniciar el tratamiento de rehabilitación, se debe dar preparación psicológica tanto al paciente como a los familiares involucrados en el programa.

**Movilización pasiva asistida.**- Será proporcionada por la enfermera, el terapeuta físico o el familiar si permanece con el paciente.

**Movilización activa libre.**-De acuerdo a la evolución física del paciente se ira incrementando hasta que el paciente logre cierto grado de independencia en sus actividades de cama.

**Sedestación.**- En cuanto se da la indicación médica, se procederá a la sedestación, primero en la cama en semifowler, con cojines o cobertores. Posteriormente a la orilla de la cama, con apoyo en la espalda.

**Bipedestación.**-Iniciar la bipedestación con ayuda de andadera o muletas, con asistencia de la enfermera o el familiar, nunca dejar solo al paciente.

**Reeducación muscular.**-Esto servirá al paciente para aumentar la fuerza muscular.

**Propiocepción.**- Es el proceso de reequilibración articular a través de los estímulos posturales tendinosos y neuromusculares, que facilitan el equilibrio y el control articular.

**Preparación para la marcha.**- Esta será con ayuda de aditamentos, primeramente en el gimnasio posteriormente al ser dado de alta del hospital.

**Terapia ocupacional.**- Esta parte de la rehabilitación permite al paciente

Adaptarse a sus actividades de la vida diaria.

**Fase de adaptación:** \_ Esta fase trata de adaptar al paciente a su entorno de acuerdo a sus capacidades físicas reales.

**Integración.-** Después de todo el trabajo realizado se integra al paciente a su familia y a todo su entorno.

**Conclusión.-** En esta fase el paciente se va de alta del hospital a su domicilio en las mejores condiciones posibles para reintegrarse a sus actividades de la vida diaria y continuar con su programa de rehabilitación en forma externa.

La rehabilitación no debe ser la fase final del tratamiento del paciente, esta etapa debe iniciar desde el momento en que un paciente se estabiliza y se encuentra fuera de peligro, de esta manera se pueden evitar complicaciones graves que pueden llevar a una grave discapacidad.

### 3.4.-CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

Cuando se ve a la enfermería desde un punto de vista conceptual, se toman en cuenta una serie de acontecimientos históricos que sin duda han contribuido en la creación de esta profesión que ha logrado un notable avance y un interés en el cuidado humano.

El reconocimiento de la enfermería como disciplina profesional, como ciencia y arte de los cuidados, se ha ido logrando gracias a los esfuerzos realizados por las enfermeras preocupadas por definir un cuerpo propio de conocimientos científicos que sustente y guíe su práctica.

Podríamos afirmar que han sido dos las ideas fundamentales que han guiado las investigaciones de las enfermeras para construir y desarrollar su cuerpo específico de conocimientos:

- 1.- Comprender al ser humano en interacción con su entorno, en relación con sus necesidades de salud, exista o no enfermedad.
- 2.- Diferenciar cual es la contribución de las enfermeras, como profesionales independientes, en la satisfacción de estas necesidades.

El énfasis que han puesto las enfermeras en investigar en ambos campos, se refleja en el profundo cambio que en las últimas décadas se está produciendo en la orientación de los cuidados, basados en un marco teórico propio, centrado en la persona y sus necesidades de salud, en vez de orientarlo hacia la enfermedad y su tratamiento como de forma tradicional se había llevado a cabo, al guiarse por el marco de otra disciplina.

## **Ciencia**

La ciencia es un cuerpo unificado de conocimientos, apoyados en evidencias reconocidas, sobre determinados fenómenos.

Son los miembros de esta disciplina los que mediante el proceso de investigación, el razonamiento analítico, tienen el compromiso de desarrollar los medios teóricos y tecnológicos que les ayuden a cumplir con la responsabilidad de su función social.

## **Disciplina**

Una disciplina ha sido definida como “una perspectiva única, una forma diferenciada de ver los fenómenos”. Incluye una rama específica de conocimiento, los principios que rigen este conocimiento y las formas en que unas normas son aplicadas al conocimiento.

La disciplina de enfermería según (Harper 1975) incluye el contenido de cuatro patrones de conocimientos diferenciados e íntimamente relacionados entre sí; conocimiento empírico (ciencia enfermera), conocimiento ético (conocimiento moral), conocimiento estético (El arte de enfermería), y conocimiento personal.

El conjunto de la teoría de estos cuatro patrones, así como las estrategias de la investigación constituye la totalidad del conocimiento enfermero.

La enfermería es una disciplina profesional orientada hacia la práctica y es considerada como ciencia en tanto que posee un cuerpo organizado de conocimientos abstractos al que llega mediante la investigación científica, el análisis lógico y el razonamiento analítico, y como arte cuando en la práctica de los cuidados enfermeros, de forma ética creativa e imaginativa, usa ese cuerpo de conocimientos en servicio de los seres humanos y de sus necesidades de salud.

## **Metaparadigma**

Es la perspectiva más global de una disciplina; representa el gran marco teórico, dentro del cual, son elaboradas estructuras más restringidas. Identifica los fenómenos propios de la disciplina, y la perspectiva general adoptada para observarlo

La elección de cuatro fenómenos que la ciencia enfermera debe contemplar, desde una perspectiva única y diferenciada, y estos son: la persona, la salud, el entorno y el rol profesional.

## **Persona**

Es la receptora de los cuidados. Se concibe, tanto sana como enferma, como un ser global, que tiene necesidades y características individuales y comunes y que experimenta cambios y es capaz de interactuar con el entorno y con los otros seres humanos, puede ser considerada de forma individual y como integrante de un grupo, familia o comunidad. Los componentes de la persona fueron su concepción humanística y la visión holística que lo componen, además de los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

## **Entorno**

Son los aspectos contextuales relacionados con la persona y el lugar donde se desarrolla la actuación de la enfermera. Hace referencia a todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al comportamiento y desarrollo de las personas. El entorno comprende el medio interno y externo.

El medio interno se relaciona con los factores intrapersonales, tales como la personalidad, la capacidad mental y las condiciones genéticas.

El medio externo; incluye todas las fuerzas exteriores a la persona. Las enfermeras son parte del entorno las interacciones que se establecen entre ellas y las personas también influyen los cuidados enfermeros.

## **Salud**

La salud es la meta de los cuidados enfermeros, es entendida como la ausencia de enfermedad.

Se contempla como un estado dinámico o un proceso que cambia con el tiempo y varía de acuerdo con las circunstancias individuales.

Es una condición del ser humano y su existencia es independiente de la presencia de enfermedad o alguna lesión.

## **Rol profesional**

El rol profesional es conceptualizado como un servicio de ayuda a las personas, apoyado en las relaciones interpersonales enfermera/paciente y enfocado hacia la comprensión del ser humano en relación con su entorno y cuya meta es crear las condiciones necesarias para permitir que la persona actualice sus potencialidades con el fin de enfrentarse a una situación que representa un problema de salud real o potencial que ella percibe como importante.

De estos cuatro fenómenos, la persona es el centro de la práctica enfermera

La ausencia de alguno de ellos implica que la enfermería no puede desarrollarse como ciencia y profesión.

Estas estructuras preteóricas se denominan marcos o modelos conceptuales y ofrecen una visión global y determinada de la disciplina de enfermería.

### 3.5.-MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA

Puede describirse como la imagen mental o conceptual de un ideal, el ideal de lo que la enfermería debería ser, una imagen que proporciona una dirección o un patrón para alcanzar el objetivo del modelo. Es una representación de la realidad de enfermería en términos ideales, en la cual el conjunto de conceptos identifican imágenes mentales y relacionan los elementos esenciales de la práctica de enfermería: persona, salud entorno y rol profesional. Es un modelo para la realidad.

Esto ha dado lugar a que actualmente contemos con varios modelos conceptuales de enfermería, que proporcionan una visión diversa de los conceptos del metaparadigma.

La propuesta de Meleis (1991) que agrupo los modelos en tres escuelas o corrientes de pensamiento, las denomino Necesidades, interacción y objetivos.

Por lo que para la elaboración del presente trabajo elegí a la escuela de necesidades que de acuerdo a Meleis, las teorizadoras de esta escuela tratan de responder a las pregunta ¿Qué hacen las enfermeras?, basan sus modelos en teorías de las necesidades humanas (Maslow) y en las teorías del desarrollo (EricKson).



### 3.6.-NECESIDADES DE MASLOW

Es probable que la primera descripción de las necesidades humanas corresponda a Aristóteles, en su análisis de las necesidades humanas de riqueza, placer y moralidad.

Abraham Maslow elaboró en la década del año 1950, una teoría de las necesidades humanas que ha sido de uso común por parte de los profesionales de la salud en la planeación y la prestación de los cuidados respectivos.

Algunos autores han dado el nombre de concepto de "fuerza para el crecimiento" a esta teoría. Maslow creía que cada persona lucha por lograr aquello de que es capaz, e identificó una jerarquía de necesidades.

Fundamenta, el desarrollo de la escuela humanista en la administración y permite adentrarse en las causas que mueven a las personas a trabajar en una empresa y a aportar parte de su vida a ella.

El concepto de jerarquía de necesidades de Maslow, planteado dentro de su teoría de la personalidad, muestra una serie de necesidades que atañen a todo individuo, organizadas de forma estructural (Como una pirámide), de acuerdo a una determinación biológica causada por la constitución genética del individuo.

En la parte más baja de la estructura se ubican las necesidades más prioritarias y en la superior las de menos prioridad.

Dentro de esta estructura, al ser satisfechas las necesidades de determinado nivel, el individuo no se toma apático sino que más bien encuentra en las necesidades del siguiente nivel su meta próxima de satisfacción. Aquí subyace la falla de la teoría, ya que el ser humano siempre quiere más y esto está dentro de su naturaleza.

## JERARQUÍA DE NECESIDADES



"Es cierto que el hombre vive solamente para el pan, cuando no hay pan. Pero ¿qué ocurre con los deseos del hombre cuando hay un montón de pan y cuando tiene la tripa llena crónicamente"  
**Maslow**

La pirámide de necesidades, según A. Maslow, muestra las necesidades básicas y de crecimiento que el individuo debe satisfacer para lograr su bienestar y su autorrealización.

Las necesidades que debe tener cubiertas el ser humano según Abraham Maslow son las siguientes:

### **Necesidades fisiológicas**

Constituyen la primera prioridad del individuo y se encuentran relacionadas con su supervivencia, como la homeostasis, la alimentación el mantenimiento de una temperatura corporal adecuada, necesidades de otro tipo como; el sexo, la maternidad etc.

### **Necesidades de seguridad**

Con su satisfacción se busca la creación y mantenimiento de un estado de orden y seguridad, la necesidad de estabilidad, la de tener orden y la de tener protección, pensar y actuar con libertad, impartir y recibir justicia, contar con un trabajo acorde con sus necesidades.

### **Necesidades sociales**

En este proceso los individuos que lo rodean intervienen en su desarrollo, con respecto a la aceptación social, comunicarse con otras personas, establecer amistad con ellas, la de vivir en comunidad, pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él.

### **Necesidades de reconocimiento**

Radica en la necesidad de toda persona de sentirse apreciado, tener prestigio y destacar dentro de su grupo social, se incluye la autovaloración y el respeto así mismo.

### **Necesidades de autorrealización**

Satisfechas las necesidades básicas y psicológicas, aunadas con su productividad y creatividad, se convierten en el ideal de cada individuo. En este nivel el ser humano requiere trascender, dejar huella, realizar su propia obra, desarrollar su talento al máximo.

### 3.7.- FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

#### **Antecedentes personales**

Henderson fue una mujer de gran personalidad que nació en Kansas City, Estados Unidos, en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, su padre ejercía la abogacía en Washington D:C., proveniente de una familia de fuertes vínculos familiares, con principios religiosos profundamente inculcados.

En su familia existía una magnífica tradición intelectual, nieta de un abuelo erudito poco común en esa época que preparaba alumnos incluyendo sus propios nietos para el ingreso a la universidad, el abuelo les daba clases de latín, griego, gramática latina, lectura, escritura, y aritmética, además de que era el pastor oficial de la iglesia a la que pertenecía, por lo que considero que su personalidad y su preparación intelectual le ayudaron a visualizar la enfermería desde un punto de vista diferente.

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería por lo que en 1918 ingresó a la escuela de enfermería en la Army School of Nursing de Washington, D.C y en 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el Teachers College de la universidad de Columbia, donde consiguió los títulos de B.s. y M.a. en la rama de enfermería.

Con la preparación intelectual y su larga trayectoria profesional como autora e investigadora, y el acercamiento con gran cantidad de enfermeras de diferentes países, le permitió conocer las diferentes formas de proporcionar cuidados y de unificar criterios visualizando así la necesidad de profesionalización de la enfermería, incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería, además de tener la oportunidad de dar a conocer su proyecto.

En el trayecto de su vida, logró hacerse acreedora a numerosos reconocimientos de diferentes países, universidades y asociaciones de enfermería por su enorme contribución a la investigación, la formación y la profesionalización en la enfermería a lo largo de su vida.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella la llevo a elaborar su trabajo fue la preocupación que le causaba constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Desde su época de estudiante sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. Le creaba insatisfacción la ausencia de un modelo de enfermería que le proporcionara una identidad profesional propia.

Su conceptualización de enfermería esta basada en teorías de relaciones interpersonales y de las necesidades humanas.

Su mayor contribución a la enfermería es una concisa definición de enfermería y la introducción de los términos "cuidados básicos de enfermería" y "practica independiente de enfermería".

Conceptualiza al paciente como un agente de cuidados de salud, y la enfermería como complementación del paciente, supliéndole en lo que necesita".

Describe a la enfermera como un profesional legítimo e independiente

El modelo conceptual de Virginia Henderson se basa en parte en su propia experiencia como enfermera clínica, docente e investigadora.

Henderson define la necesidad como un requerimiento más que una carencia, la palabra necesidad adquiera un sentido positivo, una necesidad fundamental es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

En 1956 Virginia Henderson creo su propio concepto de enfermería el cual define que; "la función propia de la enfermera es asistir al individuo sano

o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia en la forma mas rápida posible”.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años, su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo.

A partir de esta definición se observan conceptos y subconceptos del modelo de Henderson.

- **Persona**
  - Necesidades básicas
- **Salud**
  - Independencia
  - Dependencia
  - Causas de la dificultad o problema
- **Rol profesional**
  - Cuidados básicos de enfermería
  - Relación con el equipo de salud
- **Entorno**
  - Factores ambientales
  - Factores socioculturales

## LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BASICAS.

Partiendo de estos conceptos V. Henderson ofrece una visión clara de los cuidados de enfermería, el individuo sano o enfermo es considerado como un todo completo que presenta 14 necesidades fundamentales, que debe satisfacer de diferente manera dependiendo de los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales así como por la estrecha relación entre las diferentes necesidades, por lo que debe valorarse el estado del individuo en su totalidad (Fernández 1995).

La finalidad de los cuidados consiste en conservar o restablecer la independencia en la satisfacción de sus necesidades y que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería.

Las necesidades fundamentales que considero Virginia son las siguientes:

- 1.- Necesidad de Respirar normalmente
- 2.- Necesidad de Alimentarse e hidratarse
- 3.- Necesidad de Eliminar los desechos corporales
- 4.- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura
- 5.- Necesidad de Dormir y descansar
- 6.- Necesidad de Vestirse y desvestirse, seleccionar ropas adecuadas
- 7.- Necesidad de Mantener la temperatura corporal
- 8.- Necesidad de Mantener el cuerpo limpio y proteger tegumentos
- 9.- Necesidad de Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental)
- 10.- necesidad de Comunicarse con sus semejantes
- 11.- Necesidad de Actuar de acuerdo a sus creencias y valores
- 12.- Necesidad de Preocuparse de su propia realización (conservar su propia autoestima)
- 13.- Necesidad de Jugar o participar en actividades de ocio y recreación.
- 14.- Necesidad de Aprender

Cada una de estas necesidades está relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. En cada una de ellas puede descubrirse la dimensión biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

### **Necesidad**

Una Necesidad es aquello que se requiere o resulta útil o deseable para mantener el bienestar y la vida, además de que se convierte en un motivo para la conducta. Tal motivo y la conducta resultante pueden ser observables, es decir expresados, o imperceptibles.

Una necesidad humana no satisfecha da por resultado trastornos de las actividades corporales normales y, con frecuencia, origina a la larga enfermedad.

### **Características de las necesidades humanas:**

- Las necesidades humanas son universales, aunque algunas pueden estar sujetas a modificaciones por factores culturales.
- Las necesidades humanas son modificables según las prioridades de la persona.
- Las necesidades humanas suelen ser susceptibles de diferimiento.
- Las necesidades humanas pueden ser satisfechas en formas diferentes.
- Las necesidades humanas son originadas por estímulos sean externos o internos con relación al organismo.
- Las necesidades humanas están interrelacionadas.
- Una necesidad humana no satisfecha da por resultado trastornos de las actividades corporales normales y, con frecuencia, origina a la larga enfermedad.



## **SALUD. INDEPENDENCIA / DEPENDENCIA Y FUENTES DE LA DIFICULTAD.**

Salud; No especifica una definición propia de salud, pero considera la salud en función con la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería.

Dijo que es la calidad de la salud más que la vida en si misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida

**Independencia:** Se define como la capacidad de la persona para satisfacer por si mismo sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

**Dependencia:** Puede considerarse desde dos aspectos. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades básicas. Por otro lado, puede suceder que realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para satisfacer las necesidades.

Los criterios de independencia como los de dependencia deben considerarse de acuerdo a los componentes específicos de cada persona (Biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales).

**Fuentes de la dificultad o problema:** Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, estas se agrupan en tres posibilidades:

**a).- Falta de fuerza:** Se entiende como FUERZA; a la capacidad física, habilidades mecánicas y capacidad del individuo para llevar a cabo acciones pertinentes a la situación, determinado por el estado emocional, estado de funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

.b).- **Falta de conocimientos:** En lo relativo a cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, autoconocimiento y sobre los recursos propios y ajenos.

C).- **Falta de voluntad:** Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

## **ENTORNO**

Este concepto no aparece como tal en su modelo conceptual, siendo esta una de las principales críticas que se hacen al respecto, pero de acuerdo a sus escritos.

Lo define como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo, como pueden ser los factores socioculturales psíquicos y psicosomáticos y el entorno físico, la familia grupo, cultura, aprendizaje y factores ambientales.

El modelo de Virginia Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados ya que la meta es apoyar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de sus necesidades lo más rápido posible, por él mismo de acuerdo a sus propias necesidades y los recursos con que se disponga.

## **ROL PROFESIONAL; CUIDADOS DE ENFERMERIA Y LA RELACION CON EL EQUIPO DE SALUD.**

Rol profesional.- Los cuidados básicos de enfermería individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de sus funciones propias. Actuando según orientarlos de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia, identificado en el paciente.

Debe de haber una colaboración reciproca sin obstaculizar el desempeño de sus funciones, entre la enfermera y el equipo multidisciplinario de salud para poder planificar y ejecutar un programa global con la finalidad de mejorar la salud del paciente, su restablecimiento o para cuidarle en su sufrimiento hasta la hora de su muerte.

### **Postulados sobre los que se basa el modelo de Virginia Henderson.**

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está completo, entero, independiente.

### **Valores que fundamentan el modelo de Virginia Henderson.**

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

### 3.8.-EL MODELO DE V. HENDERSON Y EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

A partir de su concepto anteriormente mencionado Henderson precisa su conceptualización del individuo y persona objeto de los cuidados.

Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que deben satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.(Fernández Ferrin 1995)

Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinada por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona

Virginia Henderson desde una filosofía humanística considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas que identifica como falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad.

Independencia: se define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí 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.

Este modelo ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que la meta es apoyar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de sus necesidades lo mas rápido posible por el mismo de acuerdo a los recursos de que disponga.

En cada fase se consideran las catorce necesidades propuestas tomando en cuenta, las que presenta el individuo según su estado de salud o de enfermedad.

Causa	Manifestación	Diagnóstico de enfermería	Objetivos	Intervenciones de enfermería	Evaluación
-------	---------------	---------------------------	-----------	------------------------------	------------

### 3.9.-IMPLICACION DE LOS MODELOS CONCEPTUALES EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

El modelo conceptual es el conocimiento usado para la practica, mientras que el proceso es el método usado para aplicar el modelo, el modelo es el contenido el proceso es la forma de usar ese contenido. (Wals 1991) afirma que "un modelo nos dice como deben ser los cuidados enfermeros; el proceso de enfermería describe como deben organizarse"

Flórense Nigtingale demostró que la intervención sistemática de las enfermeras en el proceso salud enfermedad disminuía los índices de mortalidad y procuraba niveles más altos de bienestar en los enfermos, tras ella fue desapareciendo aquella enfermería intuitiva (Domínguez Alarcón, 1986), no aprendida de forma reglada.

Se inicio así una nueva etapa profesionalizada, en la que progresivamente se fueron abandonando sistemas de atención ciegos, mecánicos o por ensayo- error para incorporarse métodos más refinados para tratar de buscar las soluciones de forma eficaz a los problemas inherentes a la práctica de enfermería.

Desde entonces muchas enfermeras han trabajado hasta llegar a su conceptualización en el momento presente.

A continuación describiré los antecedentes históricos y las etapas que constituyen las fases de actuación concretas que tienen carácter operativo, estructurado en secuencias lógicas

#### **4.- PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA**

Es un método sistemático y racional para planificar y proporcionar cuidados de enfermería, cuyo objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales de la persona, elaborar planes de cuidados, para satisfacer las necesidades identificadas, actuando de modo específico para el logro de su independencia.

El PAE: es la aplicación del método científico en la práctica asistencial, permite a las enfermeras prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

#### **HISTORIA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Este enfoque ha atravesado varias fases, tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Lidia Hall (1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), Consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución).

1967 un comité norteamericano definió el proceso de la asistencia sanitaria como; la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente.

Yura y Walsh (1967) Establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación)

Bloch (1974, Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más establecieron cinco etapas actuales Valoración, Diagnóstico, Planeación, ejecución y evaluación.

El uso del proceso como método para el cuidado en el ejercicio clínico fue definido de forma trascendental en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA). Publicó "Estándares del ejercicio de la enfermería: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación"

En 1977 El consejo internacional de enfermería y la organización mundial para la salud definen el proceso de enfermería como un sistema de

intervenciones propias sobre la salud de los individuos, las familias y las comunidades que se basan en el método científico e incluye la planificación y la administración de los cuidados así como la evaluación de los resultados.

Actualmente se define al Proceso de Atención de Enfermería como una guía metodológica para desarrollar el trabajo de enfermería y sistematiza una dirección para ofrecer cuidados de calidad a los pacientes atendidos.

### **Objetivos**

- El objetivo principal del proceso es construir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia o comunidad.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

### **Ventajas**

La aplicación del Proceso de enfermería tiene sus repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

#### **Para el paciente.**

- Calidad en el cuidado
- Participación en su propio cuidado
- Continuidad en la atención
- Mejorar la calidad de la atención

#### **Para la enfermera.**

- Se convierte en experta
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.
- Evita acciones legales.

#### **Organización**

El método sería el elemento conceptual utilizable para la coordinación de las operaciones; las etapas serían los elementos concretos estructurados en secuencias lógicas, se distinguen cinco etapas que son:

- Valoración
- Diagnostico,
- Planificación,
- Ejecución
- Evaluación.



#### 4.1.-VALORACIÓN

Es el punto de partida del proceso de Enfermería; es la base de todas las etapas lo que la convierte en el banco de datos imprescindible para tomar decisiones. Su objetivo es recoger datos sobre el estado de salud del paciente.

Consiste en la recopilación y organización de datos de la persona, familia o comunidad y entorno, sus necesidades, los problemas, respuestas humanas, limitaciones, incapacidades etc., los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la observación, la entrevista, y la exploración física, confirmando la validación y organización de los datos según clasificaciones conceptuales.

**a).- La observación:** En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera paciente.

La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de la información tanto del paciente como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa practica y disciplina.

**b).-La entrevista.-** Consiste en una comunicación planificada o una conversación con una finalidad: algunos objetivos de esta serían recabar información, identificar problemas, educar, evaluar cambios, etc.

Existen dos tipos de entrevista, esta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

**La entrevista tiene cuatro finalidades, estas son:**

- 1.- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- 2.-Facilitar la relación enfermera paciente
- 3.-Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- 4.-Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

**La entrevista tiene tres fases que son: Iniciación, cuerpo y cierre.**

**a).-Introducción:** Esta fase consiste en establecer una buena relación y orientación con el paciente; se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolle una relación interpersonal positiva. El establecimiento de buenas relaciones es el proceso de crear buena voluntad y confianza.

**b) Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria, comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas del historial médico, información sobre la familia y demás datos culturales y religiosos. En el desarrollo a través de las preguntas que realiza la enfermera, el paciente manifiesta sus pensamientos y percepciones.

**c).-El cierre:** Es la fase final de la entrevista. Normalmente la enfermera da por terminada la entrevista cuando ha obtenido la información requerida, aunque en ocasiones el paciente es quien la termina; cuando no quiere proporcionar más información o cuando se siente cansado. En esta fase es importante continuar con las buenas relaciones, para facilitar posibles encuentros futuros.

La enfermera debe planificar la entrevista para revisar la información que pueda ser de utilidad; debe tomar en cuenta el tiempo y, el lugar.

Las técnicas verbales son:

El interrogatorio permite obtener información aclarar respuestas y verificar datos.

La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar la información.

Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad que las palabras habladas.

**Las cualidades que debe tener un entrevistador son: empatía, calidez, concreción y respeto.**

**Empatía:** capacidad de comprender correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor. Consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del paciente, y el otro en que le da a entender al paciente que lo comprende

**Calidez:** es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador, se expresa a nivel no verbal.

**Concreción:** es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.

**Respeto:** es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe y que se preocupa por el, respetando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos.

c).- **La exploración física:** La actividad final de la recolección de datos es la exploración física. Debe explicarse al paciente en que consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

La exploración física. Se centra en: determinar la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas que son:

**Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, situación anatómica color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

**Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudaran en la valoración.

**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 percutimos sobre pulmón normal lleno de aire y Timpanitos: se encuentran al percudir el estomago 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 de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

### **Formas de abordar un examen físico:**

Desde la cabeza a los pies: Comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, hasta llegar a los pies.

Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

Por patrones funcionales de salud, permite centrarnos en áreas funcionales concretas.

### **Validación de datos**

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

### **Organización de los datos**

En esta etapa se trata de agrupar la información de forma tal que nos ayude a la identificación de problemas, el modo más habitual es por necesidades humanas o por patrones funcionales. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

### **Los componentes de la valoración del paciente son:**

Datos de identificación

Datos culturales y socioeconómicos

Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.

Valoración física

Patrones funcionales de salud.

## 4.2.- DIAGNOSTICO

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería. Se produce la identificación de los problemas interdependientes en relación con las necesidades, se identifican diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases, se diseña el plan de cuidados basado en el diagnóstico de enfermería.

Los diagnósticos enfermeros constituyen la base para la selección de resultados e intervenciones terapéuticas por lo que se evidencia la necesidad de una estructura común.

Se formula una relación causal entre el problema de salud y los factores asociados que pueden ser sociales, ambientales, psicológicos o espirituales, tomando en consideración que en un problema de salud intervienen más de uno de ellos, el diagnóstico de enfermería puede ser Real, Potencial o posible.

a) Real.- Un diagnóstico real describe la categoría diagnóstica que ha validado la enfermería; debido a las características de definición principal de signos y síntomas, es decir, reúne todos los datos que confirman su existencia. Consta de tres partes formato PES: problema (P)+ etiología, factores causales o contribuyentes (E)+ signos/síntomas(S) estos últimos son los que validan el diagnóstico.

b) Potencial.- Describe un estado que se puede presentar si no se ordenan o se ponen en práctica ciertas intervenciones de enfermería. Consta de dos componentes, formato PE: Problema (P)+ etiología/factores contribuyentes (E).

c) Posible.- Este diagnóstico describe un problema que la enfermera sospecha, pero que requiere la compilación de datos adicionales para confirmarlo o descartarlo. Consta de dos componentes formato PE: problema (P)+ etiología/factores contribuyentes (E).

### 4.3.- PLANIFICACIÓN

La fase de planificación tiene como propósito la elaboración del plan de cuidados, se inicia cuando se han identificado los problemas y riesgos de una situación que ha sido previamente valorada. Se desarrollan estrategias para evitar reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.

Los planes de cuidados son un instrumento que contiene las decisiones y estrategias individualizadas que se diseñan con la finalidad de producir cambios positivos en el estado de salud de las personas a los que van dirigidos. Actúan como núcleo central claramente definidos, la fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

Establecer prioridades en los cuidados; se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados, describir los resultados esperados tanto de parte del paciente y/o familia como por parte de los profesionales de enfermería de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta.

Elaboración de las actuaciones de enfermería; determinar los objetivos de enfermería, las actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas para hacer realidad los objetivos.

Las actividades propuestas se registran y deben especificar: que hay que hacer, cuando, cómo, donde y quien ha de hacerlo.

- 1.- Establecimiento de prioridades con los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes
- 2.- Objetivos centrados en la persona, resultados esperados, cambios en la salud de las personas, Favoreciendo los cuidados individualizados.
- 3.-Formulación de actividades a realizar, garantizando la comunicación y continuidad.

#### 4.4.-EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del proceso es en esta etapa cuando realmente se pone en practica el plan de cuidados elaborado.

La ejecución implica las siguientes actividades:

Continuar con la recogida y valoración de los datos

Realizar las actividades de enfermería

Anotar los cuidados de enfermería

Dar los informas verbales de enfermería

Mantener el plan de cuidados actualizado.

Se inicia una vez finalizada la planificación, significa actuar, poner en práctica el plan teniendo en cuenta que las acciones deben ser sobre todo éticas y seguras, implica que las realice la persona más calificada y que el entorno sea terapéutico, por lo que se recomienda que con anterioridad a la acción se tengan en cuenta dos elementos:

1.- Revisión de las órdenes del plan

2.- Análisis de los recursos humanos y materiales.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

La propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados.



#### 4.5.- EVALUACIÓN

Es la etapa final del proceso, evaluar es comparar una situación con los resultados esperados.

La evaluación se define como la comparación 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, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

##### **El proceso de evaluación consta de dos partes**

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.

Todas las etapas carecerían de significado sin la evaluación.

Esta etapa es importante porque además de conocer y medir el progreso de los pacientes basado en fuentes documentales se pueden obtener resultados sobre la eficacia de los cuidados en su conjunto.

La evaluación es el instrumento que poseen las enfermeras para medir la calidad de los cuidados que realizan y determinar si los planes han sido eficaces, si se necesitan cambios o se dan por finalizados.

## 5.- METODOLOGIA

Para la elaboración del proceso de atención de enfermería se procedió a realizar los siguientes pasos:

- Inscripción al seminario de titulación con la modalidad proceso, en el cual se retoman algunos conceptos básicos.
- La profesora fue asesorando paso a paso todo el proyecto del proceso de atención de enfermería.
- Elección del paciente con el que se trabajo 6 semanas al cual se le aplico el instrumento de valoración con las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Se establecieron los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los datos objetivos y subjetivos.
- Jerarquización de las necesidades para poder establecer prioridades en las intervenciones de enfermería.
- Elaboración del plan de cuidados a desarrollar de acuerdo a las necesidades del paciente
- Se realizo una revisión bibliografica para conocer la patología por la cual estaba afectado el paciente, así como para poder fundamentar las intervenciones de enfermería que se aplicaron.

## 6.- PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 78 años de edad originario de Cacahuananche municipio de Huitzucu Guerrero.

Vive en casa propia construida de paredes de tabique, piso de cemento y techo de lamina de asbesto, cuenta tres cuartos.

Ocupación agricultor, estado civil casado, padre de familia de 7 hijos vivos todos casados.

Refiere que nunca lo han operado y dice ser hipertenso sin control medico, únicamente tomo medicamento antes de ser intervenido.

Paciente postoperado de prótesis total de rodilla, por una gonartrosis que afecto su articulación de rodilla en los tres compartimientos, cursa su 7º día postoperatorio, encontrándose, conciente, intranquilo, quejumbroso, orientado en las tres esferas.

A la exploración física lo encuentro intranquilo, normotérmico, cabeza normocefala, de pelo canoso bien implantado sin datos de calvicie, ojos simétricos con datos de ojeras, refiere que no ha dormido muy bien, con presencia de catarata en ojo derecho, sin más alteraciones.

Tórax con frecuencia cardiaca de 95 latidos por minuto, campos pulmonares con dificultad inspiratoria, no se escuchan bien ventilados, presencia de ligeros estertores, refiere dificultad al esfuerzo y presenta accesos de tos con expectoraciones de secreción hialina, se checa presión arterial encontrando cifras de 160/120

Extremidades superiores simétricas con datos de flebitis en sitios de punción, sin más alteración

Abdomen ligeramente doloroso un poco distendido, se escucha peristaltismo un poco lento, refiere sentirse distendido y sentir molestias al presionar abdomen y datos de estreñimiento

Extremidades inferiores derecha sin alteraciones, izquierda con vendaje elástico en rodilla, se descubre y se observa la región anatómica de rodilla, a la cual se le retiraron puntos alternos, herida en proceso de cicatrización, ligeramente hiperemica, edematizada sin datos de infección. Sin salida de material sanguinolento o purulento, refiere datos de dolor y que este aumenta con el movimiento.

El primer día no pude iniciar su sesión de rehabilitación por su crisis hipertensiva, por lo que se refirió al servicio de urgencias y se presento posteriormente.

## 7.- JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Las necesidades detectadas en el paciente se jerarquizaron de la siguiente manera.

### 1.- Necesidad de oxigenación

Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio ventilatorio manifestado por disnea al ejercicio, no tolera el decúbito dorsal, presenta tos con secreción hialina, refiere acufenos y agitación al esfuerzo respiratorio, además presenta una presión arterial de 160/120mm. Hg.

### 2.- Necesidad de moverse y mantener buena postura

a).- Deterioro de la movilidad física relacionada con colocación de prótesis total de rodilla izquierda, manifestado por dolor al movimiento, disminución de fuerza, tono muscular y arcos de movimiento de miembro pélvico izquierdo.

b).-Riesgo de disfunción neurovascular periférica relacionada con alteración de la sensibilidad de los músculos tibiales y la planta del pie, manifestada por entumecimiento en las partes laterales de la rodilla izquierda y sensación de ardor y hormigueo.

### 3.- Necesidad de dormir y descansar

Dolor relacionado con colocación de prótesis total de rodilla manifestado por dificultad al movimiento, el paciente refiere que su molestia es constante y no se quita por completo ni con el uso de analgésicos

### 4.- Necesidad de eliminación

Estreñimiento relacionado con inactividad manifestado por abdomen distendido, el paciente refiere que obra cada tres días heces duras y dolor al evacuar.

### 5.- Necesidad de preocuparse de conservar su propia autoestima.

Alteración de la imagen corporal relacionada con enfermedad crónica degenerativa de rodillas manifestada por sentimientos negativos acerca de su organismo.

A continuación presentare los planes de intervención de enfermería realizados, ejecutados y evaluados en el caso presentado.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**  
**CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION**  
**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

NOMBRE DEL PACIENTE: DELOYA MARBÁN CIRILO EDAD: 78 AÑOS SERVICIO: ORTOPEDIA  
 N° DE EXPEDIENTE: 10419 N° DE CAMA: 18 FECHA DE INGRESO: 28/ENE/2005

NECESIDAD DE OXIGENACIO

DX. ENF	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Deterioro del Intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio ventilatorio manifestado por disnea al ejercicio            No tolera la posición en decúbito dorsal, presenta tos con secreción hialina, refiere acufenos y agitación al esfuerzo respiratorio, presenta una presión arterial de 160/120 mm. Hg.</p>	<p>La hipertensión arterial es una enfermedad multifactorial en el caso de este paciente es posible que debido a la falta de disciplina en su dieta y en la continuidad de su tratamiento presente esta complicación ya que la hipertensión prolongada ocasiona la inflamación y necrosis de arterias, angostamiento del calibre de los vasos y disminución del flujo sanguíneo a las grandes vísceras</p>	<p>Mejorar su función respiratoria y su presión arterial en un promedio de 2 horas.</p>	<p>Colocar al paciente en una camilla en posición de semifowler.</p> <p>Checar su t/a y demás signos vitales c/15min hasta su recuperación</p> <p>Instalar oxigeno por puntas nasales a un flujo de 3 litros por minuto</p> <p>Mantener al paciente tranquilo y en reposo</p> <p>Administrar antihipertensivo indicado</p> <p>Estimular la realización de ejercicios de inspiración profunda</p>	<p>Esta posición mejora el intercambio gaseoso, relaja el diafragma y disminuye el esfuerzo respiratorio. y facilita la respiración            Signos vitales son las manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo en forma constante.</p> <p>El oxigeno ayuda a la función respiratoria, mejora la relajación muscular y permite reducir su esfuerzo respiratorio, ayuda a satisfacer la mayor carga de trabajo del miocardio.</p> <p>Durante la crisis hipertensiva el reposo favorece la relajación debido a que hay una mayor dilatación de venas y arterias.</p> <p>Los medicamentos antihipertensivos actúan sobre las resistencias vasculares o el gasto cardiaco, actúan a diferentes niveles, disminuyen la contractilidad cardiaca, Disminuye la presión del llenado ventricular modulando el volumen sanguíneo.            Los ejercicios de inspiración profunda ayudan a profundir todas las zonas del pulmón y la oxigenación sanguínea mejora.</p>	<p>El sr. Cirilo se sintió más cómodo en esa posición.</p> <p>Continuaba con cifras altas de tensión arterial se checarón s/v cada 15 minutos hasta que se normalizo su presión.</p> <p>El oxigeno le permitió respirar mejor</p> <p>El mantenerse acostado permitió que se sintiera más cómodo.</p> <p>Se aplico un antihipertensivo sublingual y otro por vía oral y posteriormente se ajusto a su horario de uso y mejoraron sus cifras tensionales.</p> <p>El sr. Cirilo manifestó sentirse mejor.</p> <p>El paciente refirió sentirse mucho mejor.</p>

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION  
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** DELOYA MARBÁN CIRILO **EDAD:** 78 AÑOS **SERVICIO:** ORTOPEDIA  
**N° DE EXPEDIENTE:** 10419 **N° DE CAMA:** 18 **FECHA DE INGRESO:** 28/ENE/2005  
**NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA**

DX. ENF.	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCIÓN ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Deterioro de la movilidad física relacionado con colocación de prótesis total de rodilla izquierda manifestado por dolor al movimiento, disminución de fuerza, tono muscular arcos de movimiento de miembro pélvico izquierdo.	se realizan incisiones musculares y resección de hueso poroso del fémur y de la tibia lo que provoca que el proceso de cicatrización y recuperación se retrase más de lo habitual.	Recuperación de la movilidad física habitual para lograr el desarrollo de sus actividades de la vida diaria en un periodo de 6 semanas.	<p>Orientación sobre su patología y los cuidados que esta requiere.</p> <p>Orientación sobre el plan de tratamiento rehabilitatorio</p> <p>Valoración de fuerza muscular</p> <p>Valoración de arcos de movilidad articular a miembro pélvico izquierdo.</p> <p>Colocación de compresas húmedas calientes en rodilla izquierda en región anterior y posterior.</p> <p>Estimular la realización de ejercicios isométricos a cuádriceps y región glútea. Indicarle ejercicios de movilidad a todas las articulaciones no afectadas en series de 10.</p>	<p>La orientación permite al paciente conocer su patología y tratamiento y de esta manera motivarlo a que colabore satisfactoriamente en el plan de tratamiento rehabilitatorio.</p> <p>El tener conocimiento sobre su tratamiento permite que realice sus ejercicios con entusiasmo.</p> <p>La valoración muscular se realiza con una escala de medición de 1 a 4 en los grupos musculares afectados</p> <p>La medición de arcos de movilidad por medio de un goniómetro permite determinar el grado de contractura muscular y determinar la rutina de ejercicio físico.</p> <p>El uso de calor húmedo favorece la vasodilatación y mejora la circulación sanguínea de la zona, produce analgesia, relajación muscular y permite la movilidad de la articulación.</p> <p>Los ejercicios isométricos son aquellos en que se realiza una contracción muscular por diez segundos seguida de un periodo de relajación en series de 10 sin realizar movilidad articular.</p> <p>Los ejercicios de movilidad mantienen las funciones de todos los tejidos, estimulando la circulación.</p>	<p>El paciente comprendió su patología y expuso sus dudas, las cuales fueron contestadas.</p> <p>Colaboro satisfactoriamente con su tratamiento</p> <p>Encontré una disminución de fuerza muscular en 2 en cuádriceps.</p> <p>El paciente presentaba limitación de la flexión y extensión de la rodilla.</p> <p>El paciente refiere agrado por el uso del calor.</p> <p>EL paciente realizo bien sus ejercicios isométricos</p> <p>El paciente acepta realizar los ejercicios</p>



DX. ENF.	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCIÓN ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
			<p>Ejercicios de movilidad suave asistida a rotula izquierda.</p> <p>Ejercicios de flexo extensión activa contra gravedad a rodilla izquierda.</p> <p>Ejercicios flexo extensión resistidos</p> <p>Estimular al paciente a que realice ejercicios de movilidad en bipedestación.</p> <p>Enseñar el uso de muletas y posteriormente de bastón</p> <p>Reeducación de la marcha Y corrección de vicios posturales</p>	<p>Los movimientos horizontales y verticales a la rotula permiten estimular el cartilago articular.</p> <p>Los ejercicios fortalecen y aumentan el grado de movilidad.</p> <p>El cartilago no posee una irrigación intrínseca por lo que debe ser irrigado mediante el movimiento articular.</p> <p>Los movimientos con apoyo en bipedestación permiten la recuperación del equilibrio.</p> <p>El uso de apoyo para el inicio de la marcha permite que tenga seguridad para deambular.</p> <p>La recuperación del arco articular y de fuerza muscular permiten la adquisición de la marcha libre.</p>	<p>El paciente permite que toque su rotula y le realice las movilizaciones. Acepta la rutina de ejercicios, aun con datos de dolor. Realiza los ejercicios con dificultad.</p> <p>Inicio ejercicios en bipedestación con mucha inseguridad poco a poco fue sintiéndose mejor.</p> <p>Acepto el uso correcto de muletas y bastón</p> <p>El paciente colabora con el tratamiento y recupero la fuerza muscular y la seguridad para caminar.</p>

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION  
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** DELOYA MARBÁN CIRILO **EDAD:** 78 AÑOS **SERVICIO:** ORTOPEDIA  
**N° DE EXPEDIENTE:** 10419 **N° DE CAMA:** 18 **FECHA DE INGRESO:** 28/ENE/2005

**NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA**

DX. ENF.	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCIÓN ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Riesgo de disfunción neurovascular periférica relacionada con alteración de la sensibilidad de los músculos tibiales y la planta del pie, el paciente manifiesta entumecimiento en las partes laterales de la rodilla izquierdo y sensación de ardor y hormigueo.	Los traumatismos ocasionados a los tejidos durante una intervención quirúrgica pueden producir alteraciones de la sensibilidad en la parte inferior de miembro pélvico, debido a la irritación que presentan las terminaciones nerviosas en esta zona.	Recuperar la sensibilidad y disminuir las molestias durante la sesiones de rehabilitación en seis semanas	Orientar al paciente sobre los cambios que ocurren durante la intervención quirúrgica. Valoración de dermatomas de miembro pélvico Realizar masaje suave en la articulación Ejercicios de propiocepción Usando telas de diferentes texturas Indicarle cambios de posición y descansos Se insiste en el uso correcto del vendaje	El tener conocimiento sobre su patología lo ayuda a comprender sus molestias La valoración nos permitirá conocer el grado de afectación de los nervios afectados. El masaje estimula la circulación y disminuye el edema. Los ejercicios de propiocepción ayudan a recuperar la sensibilidad Los cambios de posición mejoran la circulación sanguínea y relajan los músculos. El vendaje correcto brinda seguridad al paciente y ayuda a disminuir el edema	Se explico su patología y comprendió por que se sentía con esas molestias. No se encontró lesión de ninguna raíz nerviosa.  El paciente acepto y le agrado el masaje  Manifestó sentirse mejor.  El paciente refiere sentirse mejor.  El paciente ya se coloca correctamente el vendaje

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION  
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

NOMBRE DEL PACIENTE: DELOYA MARBÁN CIRILO EDAD: 78 AÑOS SERVICIO: ORTOPEDIA  
 N° DE EXPEDIENTE: 10419 N° DE CAMA: 18 FECHA DE INGRESO: 28/ENE/2005

**NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:**

DX. ENF.	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCIÓN ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Dolor relacionado con colocación de prótesis total de rodilla manifestado por dificultad al movimiento y el paciente refiere que su molestia es constante y no se quita por completo ni con el uso regular de analgésicos.	El dolor constante en la rodilla izquierda que es la zona postoperada se debe a la manipulación de los tejidos durante la intervención quirúrgica, determinado por el proceso de cicatrización y la sensibilidad de los receptores del dolor, por lo que esto no le permite un buen descanso.	Disminuir la percepción del dolor utilizando agentes físicos durante su tratamiento rehabilitatorio de seis semanas,	<p>Valorar la presencia, duración, características, intensidad y localización del dolor.</p> <p>Orientar al paciente sobre la correcta colocación del vendaje ya que traía el vendaje muy ajustado.</p> <p>Revisar la incisión quirúrgica y valorar datos de infección</p> <p>Orientar sobre cambios de posición, indicándole que no se mantenga mucho tiempo sentado, que se movilizó un poco.</p> <p>Indicarle periodos de descanso acostado en la cama y colocar sus piernas sobre una</p>	<p>El dolor señala la presencia de lesión, presión u otro proceso en las terminaciones nerviosas.</p> <p>La presión excesiva sobre las superficies corporales puede causar dolor por irritación de las fibras nerviosas sensitivas o alterar la circulación y, en consecuencia la nutrición de las células de esta zona.*</p> <p>El dolor en este caso es indicativo del proceso de cicatrización y disminuirá a medida que progresa la cicatrización y disminuya el edema.**</p> <p>Los cambios de posición mejoran los tejidos cansados, sensibles o doloridos, al aliviar la presión ejercida sobre las terminaciones nerviosas.</p> <p>El descanso en esta postura mejora la circulación sanguínea y produce una relajación muscular produciendo una</p>	<p>El paciente utilizaba su vendaje muy apretado lo cual contribuye a aumentar el dolor y el edema</p> <p>El paciente aprendió a colocarse correctamente su vendaje.</p> <p>La herida se encuentra en proceso de cicatrización un poco hiperémica sin datos de infección, cursa con edema +++.</p> <p>El sr. Cirilo pasaba mucho tiempo sentado y no tenía periodos de descanso aprendió a coordinar sus periodos de movilización y descanso y sus molestias disminuyeron</p>

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
			<p>almohada durante 20 minutos cada 3 horas.</p> <p>Colocación de compresas frías en zona de rodilla izquierda y hueso poplíteo durante la primera semana de tratamiento.</p> <p>Enseñar técnicas de relajación para aliviar el dolor.</p> <p>Prestar atención a las quejas de dolor del paciente y analizar su duración e intensidad.</p>	<p>sensación de bienestar.</p> <p>La aplicación de frío produce vasoconstricción en el área aplicada, disminuye el edema y produce analgesia***</p> <p>Las técnicas de relajación implican una serie de ejercicios que incluyen ejercicios de inspiración profunda para incrementar la oxigenación y relajación muscular.</p> <p>Si se presta atención al paciente y se analiza el significado del dolor aumenta su comprensión y su tolerancia.</p>	<p>El uso de compresas frías lo ayudo a mejorar el edema y el dolor.</p> <p>El paciente acepto realizar sus ejercicios de relajación al inicio de su terapia. El dolor fue disminuyendo poco a poco y fue prolongando la ingesta de analgésicos.</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
 CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION  
 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL PACIENTE: DELOYA MARBÁN CIRILO EDAD: 78 AÑOS SERVICIO: ORTOPEDIA  
 N° DE EXPEDIENTE: 10419 N° DE CAMA: 18 FECHA DE INGRESO: 28/ENE/2005

NECESIDADES DE ELIMINACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Estreñimiento relacionado con inactividad manifestado por abdomen distendido, el paciente refiere que obra cada tres días heces duras y dolor al evacuar.	El estreñimiento es un estado en el que el paciente esta en riesgo de experimentar una estasis del intestino grueso debido a varios factores en la cual la eliminación es poco frecuente.	El paciente recuperara los hábitos de eliminación intestinal al mejorar sus hábitos alimenticios y su movilidad en un promedio de 2 semanas	<p>Enseñar la importancia de una dieta equilibrada y horarios regulares en la dieta.</p> <p>Recomendar que incluya a su dieta aproximadamente 800 gr. De frutas y verduras.</p> <p>Fomentar la ingesta de por lo menos dos litros de agua al día.</p> <p>Recomendar la ingesta de un vaso de agua tibia 30 minutos antes del desayuno.</p> <p>Resaltar la necesidad de hacer ejercicio diario.</p> <p>Enseñar a realizar masaje abdominal siguiendo el recorrido del colon</p> <p>Establecer un horario regular para la eliminación.</p>	<p>El alimento es uno de los factores que afectan la defecación y los horarios regulares influyen en el echo de que existan respuestas fisiológicas de eliminación regulares.</p> <p>Estas cantidades de fibra en frutas y verduras favorece la evacuación intestinal diaria.</p> <p>Los líquidos ayudan a humedecer las heces para facilitar la defecación.</p> <p>El agua tibia estimula el peristaltismo y sirve de estímulo para la eliminación.</p> <p>El ejercicio ayuda a mantener un adecuado tono muscular, lo cual contribuye al buen funcionamiento de los músculos que intervienen en el peristaltismo.</p> <p>El masaje ayuda a estimular el peristaltismo.</p> <p>La educación intestinal contribuye a establecer hábitos de defecación regular, prestando atención al reflejo de la defecación.</p>	<p>El paciente intenta mejorar su alimentación y establecer sus horarios</p> <p>Después de ocho días de consumir verduras esta empezando a mejorar.</p> <p>El incremento en la ingesta de agua mejoro su estado de hidratación.</p> <p>Empezó a tolerar el agua tibia.</p> <p>Su. Cirilo esta en tratamiento rehabilitatorio incluye ejercicio físico y lo esta aceptando.</p> <p>Se le realizo el masaje para que posteriormente el se lo realice en casa.</p> <p>El paciente refirió sentirse mejor.</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
 CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION  
 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL PACIENTE: DELOYA MARBÁN CIRILO EDAD: 78 AÑOS SERVICIO: ORTOPEDIA  
 N° DE EXPEDIENTE: 10419 N° DE CAMA: 18 FECHA DE INGRESO: 28/ENE/2005

**NECESIDAD DE PREOCUPARSE DE CONSERVAR SU PROPIA AUTOESTIMA**

DX. ENF.	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCIÓN ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Alteración de la imagen corporal relacionada con enfermedad crónica degenerativa de rodillas manifestada por sentimientos negativos acerca de su organismo.	El trastorno de la imagen corporal es un estado en el que la persona experimenta un cambio negativo en la percepción de su imagen secundario a una enfermedad crónica degenerativa.	El paciente deberá poner en practica nuevos mecanismos de afrontamiento y demostrar que acepta su aspecto durante las sesiones de rehabilitación de seis semanas	Establecer una relación de confianza entre enfermera-paciente. Fomentar la interacción social Animar al paciente expresar sus sensaciones en especial lo que siente, piensa o ve de su propia persona Admitir los sentimientos de hostilidad, pena, temor, y dependencia. Enseñar métodos para afrontar las emociones. Proporcionar comodidad y ambiente seguro durante sus terapias de rehabilitación física Animarlo a entrar en contacto con las creencias religiosas y los valores que refuerzan la dignidad.	Los contactos frecuentes durante sus terapias, facilitan la confianza. Las interacciones pueden ratificar que la persona es digna de aceptación Las conversaciones sinceras y francas fomentan un sentimiento de liberación. El hecho de expresar los sentimientos y percepciones favorece la conciencia que el paciente tiene de si mismo, proporciona confianza y puede disminuir la ansiedad Un ambiente seguro, favorece la comunicación. La interacción social en grupos religiosos a los que pertenece, ayudarán a que perciba estímulos espirituales que mejoraran su auto estima	Durante sus sesiones de rehabilitación física, el paciente fue interactuando con los demás pacientes, esto le permitió mejorar su estado de animo en cuento a su persona, ya que se pudo percatar de que existen pacientes con problemas de salud mas delicados, esto le esta ayudando a aceptarse a si mismo.

ESTA TESIS NO SAIR DE LA BIBLIOTECA

## 9.-PLAN DE ALTA

Durante el proceso de rehabilitación el paciente va a regresar a su domicilio y asistirá al hospital para tomar su terapia de rehabilitación por lo que es importante establecer actividades de orientación a través del dialogo como se refiere en los párrafos siguientes:

Después de la intervención quirúrgica a la que fue sometido, recuerde que le fue realizada una cirugía de prótesis total de rodilla en la cual le realizaron un reemplazo de los componentes de la articulación de la rodilla , los componentes que le colocaron son muy parecidos a los de su rodilla, sin embargo requieren de ciertos cuidados.

Los primeros días tras la operación debe descansar y recuperarse, comenzara a realizar ejercicios circulatorios suaves, posteriormente iniciara su rehabilitación con la finalidad de ayudar a su rodilla a recuperar la fuerza y la movilidad. Iniciara la marcha con un andador, posteriormente con muletas y finalmente con ayuda de bastón.

Recuerde que debe llevar una dieta balanceada con restricción de sal además debe incluir frutas y verduras con horarios bien establecidos para que su proceso de recuperación sea más favorable.

Hay unos cuantos signos de alarma que debe conocer respecto a su rodilla, ante la aparición de alguno de ellos debe acudir con su ortopedista.

- Aumento del dolor en la rodilla
- Aumento de edema en la pierna o rodilla
- Aparición de un dolor inusual o aumento de este en la rodilla
- Presencia de secreciones líquidas en la incision quirúrgica
- Dolor o edema en los músculos de la pantorrilla
- Cualquier otro síntoma que usted no entienda.

A continuación le enumero algunos de los ejercicios de fortalecimiento y amplitud que puede realizar en su domicilio para su pronta recuperación y mejor funcionamiento de su nueva articulación.

Estos ejercicios le ayudaran a reforzar los músculos de su pierna y a recuperar su movilidad y flexibilidad.

- 1.- Estírese sobre la espalda en la cama con una toalla debajo del tobillo. Apoye sobre el colchón la rodilla operada y mantenga esa posición 10 segundos. Después relájese 5 segundos y repita el ejercicio en series de 10.
- 2.- Tumbado sobre la espalda en la cama con una toalla debajo del tobillo apoye el talón sobre el colchón y mantenga esa posición durante 10 segundos con un periodo de descanso de 5 segundos y repítalo 10 veces.
- 3.- Tumbado sobre la espalda, levante la pierna operada unos 30cm. mientras mantiene estirados los músculos del muslo. Mantenga esta posición de 5 a 10 segundos y luego vuelva lentamente a la posición inicial. Repita el ejercicio en forma alterna con la otra pierna.
- 4.- Siéntese en una silla. Levante despacio el pie y luego llévelo hacia atrás lo máximo posible. Repita lo mismo con la otra pierna en series de diez.
- 5.- De pie apoyado con su andador párese sobre la punta de sus pies durante 5 segundos y descanse repita el ejercicio 10 veces.
- 6.- De pie apoyado con su andador realice extensión de la pierna operada y alterne con la pierna sana 10 veces con cada pierna
- 7.- De pie apoyado con su andador realice flexión de rodilla a toleran alternando con las dos piernas 10 veces con cada pierna.

Si sigue los consejos indicados y realiza los ejercicios en su domicilio de preferencia por la mañana al levantarse, conseguirá que su rodilla goce de una movilidad aceptable durante muchos años, esto le permitirá realizar sus actividades de la vida diaria en forma independiente.

Le deseo una muy pronta recuperación.



## 10.- CONCLUSIONES

En la realización del presente trabajo, se hizo una amplia revisión bibliográfica en la cual encontré muchas cosas interesantes en especial de todas las teóricas que se han preocupado por la profesionalización de enfermería y han logrado darle un lugar especial pero sobre todo independiente al profesional de enfermería.

En esa búsqueda se han preguntado ¿Que hace en especial el profesional de enfermería que no realice otro miembro del equipo de salud? ¿Que logra hacerlo diferente y al mismo tiempo no se valora el trabajo que realiza?

Encontré que el enfermero/a hace muchas actividades que no realiza ningún personal de salud pero que desgraciadamente no documenta y sin embargo es muy interesante, nuestra intervención en la recuperación de la independencia del paciente en estado de enfermedad y nuestra labor continua aun cuando el paciente ha recuperado su salud y espera que se le brinde apoyo en su recuperación, considerando al personal de enfermería como algo importante dentro de la crisis circunstancial por la que atraviesa.

Un aspecto importante en la realización del presente trabajo fue lograr la integración en la fundamentación científica, del plan de atención de enfermería, en cada uno de los procedimientos que se realizan.

En mi experiencia como personal operativo considero que la rutina del trabajo, logra minimizar nuestras intervenciones aun cuando se pone todo el esfuerzo y el empeño necesario para sacar adelante a nuestro paciente, no logramos disciplinarnos en la documentación de cada una de nuestras intervenciones.

Todo este trabajo me pareció muy interesante, me deja el enorme compromiso de difundir la importancia que representa el quehacer enfermero.

En lo personal me gusto la integración del proceso ya que fui realizando paso a paso cada una de sus etapas y efectivamente me demuestra que es un instrumento capaz de medir cada una de las intervenciones de enfermería por lo que considero que los objetivos trazados se cumplieron en un 80%.

La relación enfermera paciente durante las seis semanas que asistió a recibir su terapia fue de respeto, cordialidad y confianza, el paciente no faltó a ninguna de sus terapias y se presentaba puntualmente.

La valoración fue muy importante, y el plan de cuidados resulto ser adecuado para las necesidades detectadas de este paciente.

Se logró ejecutar el plan de cuidados de acuerdo a la jerarquización de las necesidades y se realizaron cada una de las acciones planeadas.

Con respecto a la etapa de Evaluación el paciente termino su tratamiento rehabilitatorio y al término de este; logro su independencia con una marcha libre con apoyo de bastón y refirió agradecimiento por la atención y los cuidados brindados.

En el aspecto profesional, el Proceso Atención de Enfermería me permitió, planear adecuadamente un plan de atención de acuerdo a las necesidades reales del paciente con un enfoque de atención más holístico, el cual permite brindar una mejor calidad de atención.

## SUGERENCIAS

Sugeriría que las universidades realicen convenios con las instituciones de salud, para actualizar y dar a conocer esta metodología mediante la realización de cursos y talleres de Procesos atención de enfermería.

Que las licenciadas en enfermería egresadas de esta institución motiven el uso y la aplicación del Proceso Atención de Enfermería dentro de las instituciones de salud en que se desarrollan como profesionales de salud.

## Referencias Bibliográficas

- 1.-Cárdenas, Jiménez Margarita et. Al. Conceptualización de la enfermería. México, ENEO, UNAM, S/F.
- 2.- Colliere, Marie Françoise, Encontrar el sentido original de los cuidados, en nonanogésimo aniversario de la ENEO, compilación, México, ENEO, UNAM 1997.
3. - Davison Wc. Nursing as the foundation of medicine. North Carolina Medical Journal, April 1943.
- 4.-Dock LL, Sttewar IM. A Short History of nursing 2ª Ed. Nueva York, GP Putnam's Sons, 1925
- 5.-Dock LL, Sttewar IM. A Short History of nursing 2ª Ed. Nueva York, GP Putnam's Sons, 1925
- 6.- Dossier, Bárbara et. Al." Marco conceptual y teorías de enfermería", en enfermería fundamental.Tr. Carlos J. Bermejo Ceja y otros, 4ª ed. Editorial. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1993 p.p. 61- 86.
- 7.-Fernández Ferrin, Carmen, et. Al. El modelo de henderson y el proceso de atención de enfermería, Editorial Masson- Salvat, Barcelona 1995.
- 8.-Fernández Ferrin Carmen/Garrido Abejar Margarita/ Santo tomas Pérez Magdalena/Serrano parra Mª. Dolores; Enfermería fundamental. Editorial M. Masson 2000 Masson s.a. Barcelona España.
- 9.- Silberman Fernando s.; Ortopedia y traumatología "ª Edición Editorial Interamericana

- 10.- Phaneuf, Margot. "Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson", en cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería, tr. Carlos M<sup>a</sup>. López González y Julia López Ruiz, Editorial. McGraw Hill, Madrid, 1993, p.p. 17-48.
- 11.- <http://teleline.terra.es/personal/duenas/pac.htm> El proceso de Atención de Enfermería, 27 p.
- 12.- <http://teleline.terra.es/personal/duenas/pac.htm>. Etiquetas diagnósticas de la NANDA según las necesidades humanas.
- 13.- <http://www.gestiopolis.com/canales/gerenciales/articulos/18Rerarquia> de las necesidades de Abraham Maslow. Htm. P.1, 2.
- 14.- IDEM: Etiquetas Diagnósticas de la NANDA según patrones Funcionales de la Salud, 4P.
- 15.- IDEM. Clasificación de los diagnósticos de Enfermería: Definición, Factores de Riesgo y Características, 29 Pág.
- 16.- James P. Smith O.E.B. B. Sc. (soc.), D.E.R., S.R.N., B.T.A., Certificate, F.R.C. N, F.R.S.H.; Virginia Henderson los 1<sup>o</sup> 90 años Masson s.a. Barcelona, España.
- 17.- Leona A. Mourad Ms, RN, ONC, Associate professor emeritus, The Ohio State University, College of Nursing Columbus, Ohio; Nursing Consultant, Ortopedia Para Enfermeras, Mosby / Doyma libros. Madrid Barcelona 1998.
- 18.- Nutting MA, Dock LL. A history of nursing Vol. 1 Nueva York, GP Putnam's Sons, 1937. Stewart IM Austin AL. A history of nursing 5.<sup>a</sup> ed. Nueva York, Gp Putnam's Sons, 1962.

- 19.-Revisión Luis Rodrigo M<sup>a</sup> Teresa Versión en español de la obra original en inglés NANDA Nursing Diagnosis: Definitions Classification 2003-2004 2003 Edición en español Elsevier España. S.A. Madrid España
- 20.- Rodríguez Jiménez Sofía, et. Al. "Instrumento de Valoración" en Fundamentos de Enfermería Tomo I Antología, México, ENEO, SUA, UNAM, 1996. 9p.
- 21.-Rosales Barrera Susana/Reyes Gomes Eva; Fundamentos de enfermería; 3<sup>a</sup> edición México. Editorial El manual moderno 2004.
- 22.-Serra Gabriel M<sup>a</sup> R/ Díaz Petit J./ De Sande carril M<sup>a</sup> L. "Fisioterapia en Traumatología, Ortopedia y reumatología" 1<sup>a</sup> edición Editorial Springer-Verag Ibérica, S:A: Barcelona 1997.
- 23.- Silberman Fernando s.; Ortopedia y traumatología "a Edición Editorial Interamericana
- 24- Solís Guzmán Carolina, y Amanda Orozco Tagle, Programa Académico de Servicio Social y de Titulación, ENEO, UNAM, México, 1997.
- 25.-Virginia Henderson "La naturaleza de la enfermería". Reflexiones Editorial Interamericana Mc Graw\_ Hilu Primera edición 1994.
- 26.-Zamudio Leonardo; Brevario de ortopedia y Traumatología 3<sup>a</sup> Edición.

**11.-ANEXOS:** Referencias a la patología del paciente y al instrumento de valoración de enfermería utilizado en el desarrollo del presente trabajo.

## **GONARTROSIS DE RODILLA**

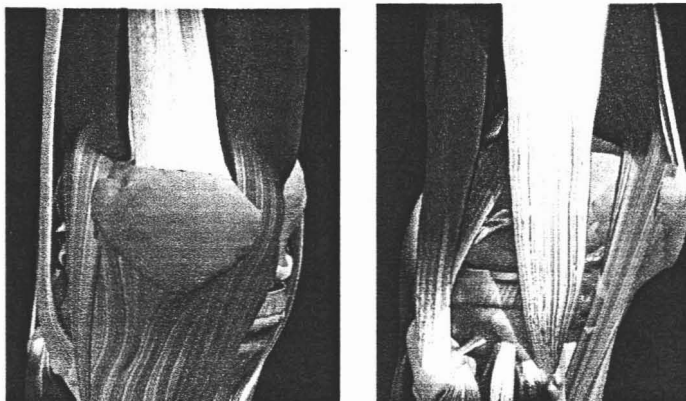
### **INTRODUCCION**

La rodilla es la articulación más voluminosa del cuerpo humano y se sitúa en la unión de los dos brazos de palanca óseos más largos del organismo (fémur y tibia).

La rodilla es una articulación tricompartmental con dos compartimientos femorotibiales, interno y externo y otro femoropatelar.

Los principales grupos musculares que le dan movilidad son: cuádriceps crural, bíceps crural, y tríceps sural.

Es una de las articulaciones más traumatizadas y las secuelas de estas lesiones pueden generar una enfermedad artrosica.



### **Definición**

La artrosis o gonartrosis de rodilla representa un proceso degenerativo con alteración de la superficie articular de uno o más de los tres compartimientos que componen esta articulación. Esta alteración ocurre a consecuencia del desgaste y pérdida ulterior del cartílago articular y por el desarrollo de lesiones asociadas; formación de osteofitos marginales, quistes subcondrales etc.

## **Etiología**

Artrosis primaria: No reconoce una causa definida; es más frecuente en las mujeres alrededor de los cincuenta años, a menudo bilateral, intervienen en su desarrollo factores hormonales, metabólicos, mecánicos y hereditarios.

Artrosis secundaria: Desencadenada por toda noxa que lesione el cartílago articular por ejemplo:

- Postraumática: secuelas de fracturas, luxaciones, inestabilidad crónica por deficiencias ligamentaria, traumatismos deportivos repetidos.
- Sobrecarga: obesidad, deportes con sobrecarga, (Pesas, saltadores).
- Inflamatorias: Diversas formas de artritis reumatoide, gotosa, psoriasis, lupica, hemofílica, procesos infecciosos por lesiones penetrantes, fracturas expuestas etc.
- Neuropáticas, por alteración de la sensibilidad profunda en el tabes y la siringomielia
- Secuelas de lesiones osteocartilaginosas. En la adolescencia osteocondritis disecante o enfermedad de koening, en los ancianos osteonecrosis del condilo femoral o enfermedad de ahlback.
- Secuelas quirúrgicas; meniscectomias, elementos intraarticulares extraños, cuerpos libres osteocartilaginosos, elementos metálicos etc.

Los factores mecánicos alterados tendrán como consecuencia una pérdida del equilibrio entre la resistencia del cartílago articular y la carga que este debe soportar. Se reconocen causas articulares y extraarticulares.



### **Causas articulares.**

- Una incongruencia o desnivel en la superficie del cartílago articular suele conducir a la aparición de una lesión artrosica. Estas irregularidades se presentan en fracturas de condilos femorales, espinas y platillos tibiales o cara articular de la rotula.
- Las lesiones ligamentarias crónicas particularmente la inestabilidad que genera una insuficiencia del ligamento cruzado anterior, generalmente lleva a una artrosis con el transcurso de los años.
- Los distintos tipos de alteración en la alineación entre el extremo distal del fémur y la rotula generan un síndrome de la alineación femorrotuliana y puede provocar una artrosis de esta articulación.

### **Causas extraarticulares**

- Alteración del eje femorotibial. El eje anatómico entre el fémur y la tibia es de unos 7° de valgo fisiológico. Cualquier variación de este eje determinara que la transmisión del peso corporal se desplace a uno u otro compartimiento, aumentando anormalmente el desgaste del cartilago.  
Cuando la desviación lleva anormalmente hacia la línea media se denomina menú varo (piernas en paréntesis). Si la desviación lleva a la tibia a alejarse de la línea media se denomina genu valgo (piernas en Y o patas de catre). El genu valgo será patológico si supera el valor angular de 7° de valgo fisiológico.
- Alteraciones en la longitud de miembros inferiores: Las discrepancias de longitud en los miembros inferiores tienen relevancia clínica cuando la diferencia es mayor de 2 cm.
- Alteraciones en otras articulaciones: La alteración en la libre movilidad de las articulaciones vecinas (cadera y tobillo) pueden fomentar la aparición de lesiones artrosicas al contribuir al deseje del miembro inferior afectado.

Los pacientes con secuelas de displasia del desarrollo de cadera presentan un genu valgo acentuado ocasionando por la actitud de la cadera durante muchos años. El pie plano valgo pronado crónico favorece la aparición de un valgo excesivo en la rodilla.

## **Patogenia**

La génesis de la enfermedad artrosica no ha sido dilucidada en su totalidad, se menciona la interacción de factores químicos y mecánicos que producen la alteración de la superficie articular.

Se han encontrado fracturas por fatiga en las fibras colágenas, hecho que permite la formación de grietas, las que al llegar a la base del cartílago liberan productos de la matriz con capacidad para lesionar las células cartilaginosas. Coexistirían otros factores genéticos a través de un gen autosómico simple dominante en la mujer y recesivo en el hombre; metabólicos en la diabetes, en la cual existiría una utilización inadecuada de la glucosa por parte de la membrana sinovial y en la obesidad, en la que se han hallado alteraciones en la calidad de las grasas saturadas y poliinsaturadas.

La necrosis del condilo femoral interno es una patología que afecta la superficie de la carga de esta parte del fémur. Su patogenia es la necrosis del hueso subcondral, con la formación de una caries en la articulación. Su frecuencia es más común de lo que se cree. De comienzo agudo, afecta a personas mayores de 60 años.

La artrosis consiste en un deterioro progresivo del cartílago interarticular y se caracteriza por la aparición de fisuras, erosiones superficiales irregulares y desgaste, fibrilación y pérdida de algunas células.

Los fragmentos del cartílago pueden desprenderse dentro de la articulación, ocasionando una inflamación crónica moderada intraarticular en la membrana sinovial. A medida que el cartílago degenera, el hueso subyacente produce unos espolones de hueso recién formado denominados osteofitos, que pueden afectar la movilidad articular a medida que aumentan de tamaño, en ocasiones se desarrollan quistes en el hueso subcondral debido a la infiltración del líquido sinovial a través del cartílago articular figurado. Aunque el cartílago intenta autorrepararse en las primeras fases de la artrosis, en fases más avanzadas este proceso se enlentece y al final desaparece.

La progresión de los cambios del cartílago articular son variables, y la artrosis persiste durante largos periodos sin que aumente su gravedad. El dolor no aparece precozmente, pero si lo hace a veces cuando se manifiestan los cambios inflamatorios crónicos.

El dolor puede manifestarse durante el movimiento de la articulación cuando se realiza alguna actividad, la amplitud de movimiento puede empeorar a medida que aumenta el tamaño de los osteofitos.

Aunque las dos articulaciones que soportan el peso y se afectan con mayor frecuencia son la cadera y la rodilla, pueden afectarse en menor grado otras articulaciones.

### **Cuadro clínico**

Los síntomas varían según la gravedad del proceso, el síntoma principal es el dolor referido en la cara medial en los genu varos y el la cara lateral en los menús valgus.

En la artrosis femororotuliana el dolor es referido en la cara anterointerna puede propagarse al hueso poplíteo.

En los inicios no hay dolor en reposo, pero al intentar comenzar la marcha el paciente refiere que la rodilla se siente endurecida trabada y al entrar en actividad el dolor disminuye y vuelve aparecer al caminar

distancias largas, al efectuar esfuerzos o transitar escaleras. La marcha se hace más lenta y menos segura

En casos avanzados cuando la deformidad de los extremos óseos, permite la subluxación femorotibial pueden aparecer alteraciones en la estabilidad.



Los signos característicos son; rigidez o limitación de la movilidad, tumefacción y atrofia muscular.

La rigidez asociada con el dolor se debe a la falta de deslizamiento por la irregularidad de las superficies y a la fibrosis de los tejidos periarticulares.

La hipertrofia muscular causara grados crecientes de impotencia funcional.

La debilidad de la masa muscular del aparato extensor de la rodilla se perpetúa por la presencia del dolor, estableciéndose un círculo vicioso con aumento de la atrofia por desuso.

La deformidad de los extremos óseos genera ruidos de fricción percibidos por el paciente como roces y crujidos con los movimientos.

El arco de movilidad normal de 0 a 140° extensión completa, con flexión máxima a menudo se restringe en sus extremos con actitudes de flexión de 10 a 20° déficit de extensión completa y limitación de flexión hasta de 100 a 110°.

La tumefacción y el aumento de tamaño de la articulación aparecen como consecuencia de la inflamación de la sinovial, con aumento del

calor local y pérdida de los relieves normales y el derrame articular podrá evidenciarse con la maniobra del choque rotuliano.

### **Diagnostico**

El interrogatorio y el examen físico son primordiales aun frente a la alta tecnología existente.

Radiología simple; sigue siendo el privilegio entre los exámenes complementarios, las posiciones radiográficas de frente en posición acostada y de pie (para observar las modificaciones de los ejes y el pinzamiento de algún compartimiento que puede aparecer con el peso corporal).

Las radiografías axiales y radiografía de perfil de la rodilla son para valorar articulación femororrotuliana. En todas las posiciones se valora las alteraciones de la forma de la estructura y las relaciones entre los distintos segmentos óseos:

- a).- alteraciones de la forma; aplanamiento de las curvaturas de los condilos femorales y los patillos tibiales, osteofitos marginales.
  
- b).- Alteración de la estructura; el aumento de la densidad ósea en el hueso subcondral del lado sometido a cargas excesivas: Compartimiento interno en los genu varo y externo en el genu valgo.
  
- c).- Alteración de las relaciones; estrechamiento (pinzamiento) y desaparición ulterior de la interlinea articular.

Las lesiones artrosicas se aprecian mejor en las placas de perfil y en las posiciones axiales de la rotula.

La tomografía lineal y la tomografía computarizada son útiles en la determinación de trazos intraarticulares de fracturas, extensión de tumores óseos y presencia y localización de cuerpos extraños.

Resonancia magnética; gran especificidad en el diagnóstico de las partes blandas intraarticulares, meniscos y ligamentos

Punción intraarticular; puede dar información a través del examen químico y bacteriológico del líquido extraído, una rodilla normal contiene de 3 a 5 cm. de líquido sinovial, una hinchazón o hemartrosis puede presentar de 80 a 100 ml. De líquido.

La video artroscopia se limita a la evaluación del estado del cartílago y el eventual tratamiento de las lesiones meniscales asociadas.

### **Diagnostico diferencial**

Artritis reumatoidea de inicio; suele ser bilateral y simétrica.

Artritis gotosa; más frecuente en los varones monoarticular, hay hiperuricemia

Artritis séptica; comienzo agudo.

### **Tratamiento**

En relación con el estadio de la patología existen opciones de tratamiento medico conservador, quirúrgico y rehabilitatorio.

#### **Tratamiento conservador**

Este se reserva para pacientes que no están en posibilidades quirúrgicas por otras patologías asociadas.

Analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos

Aplicación de calor local

Aplicación de ultrasonido

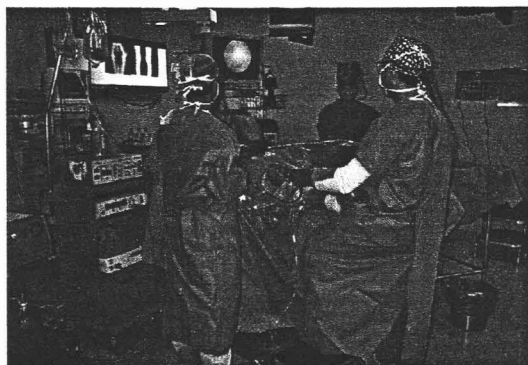
Inmovilización de la articulación por periodos cortos, solo en caso de gran dolor y derrame articular.

Uso de apoyo externo como bastón, muletas o andador

Fortalecimiento muscular

### **Tratamiento quirúrgico**

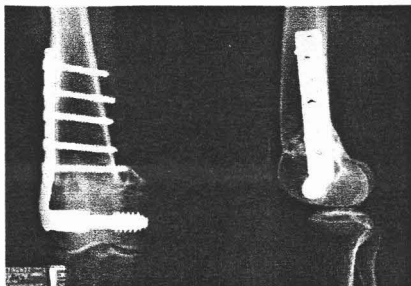
Ante la falta de respuestas al tratamiento conservador, existen diversas posibilidades quirúrgicas, con diversos grados de complejidad y eficacia de resultados, puede utilizarse la artroscopia como operación de limpieza de cuerpos libres, rupturas meniscales crónicas y resección de osteofitos. Presentan poca morbilidad pero su eficacia es relativa, ya que la mejora de la sintomatología solo abarca un periodo de uno a dos años.



### **Osteotomía alineadora**

La osteotomía se encuentra entre los procedimientos ortopédicos más antiguos. De indicación precisa debe efectuarse antes de que el procedimiento artroscópico sea tricompartmental, con desejes menores de 20° y deformidad en flexión de 15°. El objetivo de la osteotomía es la realineación del miembro al valgo fisiológico.

En los casos de genu varo se efectuara una osteotomía tibial valgusante, de preferencia en la zona supracondilea femoral. Los efectos benéficos duran entre 5 y 10 años, sobre todo por la corrección del eje mecánico.

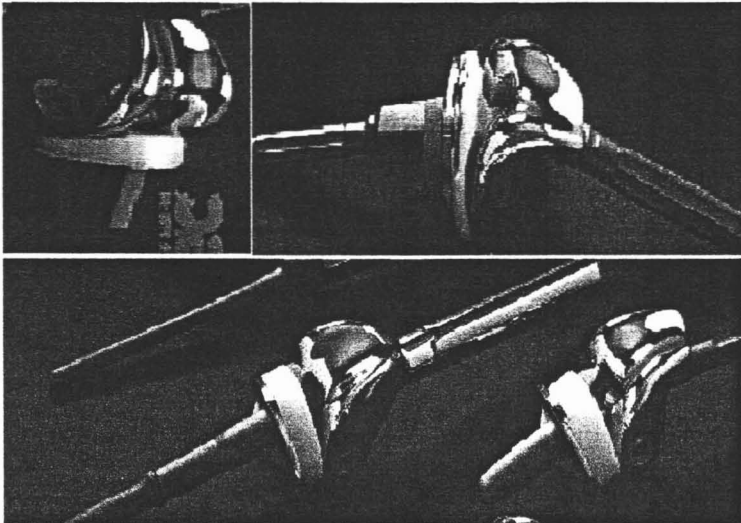


## Artroplastia total de rodilla

La artroplastia o reemplazos articulares totales, en la actualidad se puede efectuar una sustitución de la articulación enferma utilizando un implante (prótesis interna) que reemplaza las superficies articulares del fémur distal, tibia proximal y cara articular de la rotula.

Las piezas utilizadas están fabricadas en acero inoxidable y plástico de alta resistencia y deben estar unidas firmemente al hueso, ya sea por medio de cemento acrílico o por crecimiento óseo en la superficie porosa externa del implante.

La técnica de colocación es muy rigurosa y la durabilidad es a largo plazo (más de 10 años) dependerá de la técnica quirúrgica correcta, del diseño protésico y del desgaste de sus componentes, así como del uso juicioso por parte del paciente.



Este procedimiento quirúrgico se le realizó al paciente Sr., cirilo deloya ya que su articulación de la rodilla izquierda se encontraba muy deteriorada, el dolor limitaba y dificultaba la marcha.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
**Instrumento de valoración de enfermería: Necesidades Humanas**  
Academia del Adolescente, Adulto y Anciano (I y II)



**Ficha de identificación:**

Nombre del paciente: Deloya Marbán Cirilo Edad: 78 Peso: 68  
Talla: 164 Fecha de Nacimiento: 1/01/1927 Sexo: Masculino  
Ocupación: Agricultor Escolaridad: Primaria 3º Fecha de Admisión:  
28/enero/05 Edo. Civil: casado Procedencia: Cacahuatanche  
Guerrero Fuente de información: Entrevista Fiabilidad (1-  
4): 3 Miembro de la familia/persona significativa: El sr. Cirilo es el jefe de  
la familia, pero económicamente el que solventa los gastos es su hijo Benito  
Deloya que ocupa el 5º lugar de los hijos. Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nº de Registro: 10419 Servicio: Ortopedia Nº de cama: 18

1. **Necesidad De Oxigenación**

**Subjetivo:** (Información que proporciona el paciente/familiar)

Dificultad para respirar, bebido a: Realizar ejercicio  
Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_ productiva \_\_\_\_\_ características de las  
secreciones: Blancas, hialinas Dolor asociado con la respiración:  
agitación- esfuerzo Fumador: no Tiempo: \_\_\_\_\_  
Cantidad de cigarrillos: \_\_\_\_\_ ¿de acuerdo al estado emocional  
varía la cantidad de cigarrillos? \_\_\_\_\_

**Objetivo:** (valoración que realiza el alumno)

Presencia de: Dificultad respiratoria al esfuerzo  
Disnea: Si Sin esfuerzo: \_\_\_\_\_ Con esfuerzo: si \_\_\_\_\_ Tos  
productiva/seca: Si Características de las secreciones: Hialinas:  
X Amarillo-verdosas: Hemoptisis: \_\_\_\_\_ otras:  
F.R. 26 T/A 160/120 F.C. 96  
PVC \_\_\_\_\_ Dolor asociado a la inspiración o espiración: - No  
Tabaquismo: positivo/nativo: Negativo Síndrome de  
abstinencia: \_\_\_\_\_  
Uso de O<sub>2</sub>: No Puntas nasales: \_\_\_\_\_ Mascarilla: \_\_\_\_\_  
ventilador: \_\_\_\_\_ Parámetros del ventilador: \_\_\_\_\_  
Presencia de cánula Endotraqueal/Traqueotomía: No coloración  
de piel, lechos ungueales y peri bucal: Palidez: ++ Cianosis:  
Rubicundez: Otros: \_\_\_\_\_ Llenado capilar: 3 segundos

## 2. Necesidades De Nutrición E Hidratación:

### Subjetivo:

Dieta:

Habitual: desayuno, comida, pan, tortilla, frijol, sopa, arroz

Número de comidas: 2

Trastornos digestivos Estreñimiento

Intolerancia alimentaria/alergias: No Problema de masticación y deglución: No

Aumento de peso: Si Pérdida de peso: No Realiza ejercicio:

No Uso de suplemento alimenticio: No Uso de fármacos: Si

Uso de sustancias que reducen el apetito: No Otros: \_\_\_\_\_

### Objetivo:

Dieta indicada: Blanda Coloración de la piel: Ictérica: \_\_\_\_\_

Pálida: X Grisácea: \_\_\_\_\_ Estado de la piel: turgencia:

Hidratada Hidratada: \_\_\_\_\_ Seca: X Estado de

Mucosas: Integras: X Hidratadas: X Deshidratadas: \_\_\_\_\_

Constitución: Endomorfica: \_\_\_\_\_ X Ectomorfica: \_\_\_\_\_

Características de cabello y uñas: seco-

Aspectos de dientes y encías: Adónica: \_\_\_\_\_ Adantulia: \_\_\_\_\_

Afección y manifestaciones de tubo digestivo: Ninguna

Parámetro de P.V.C. \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

### Resultados de laboratorio:

Q.S.: glucosa 68mg/dl urea 27.82, creatinina 1.1

Bilirrubina: X Pruebas de funcionamiento

Hepático: X BH \_\_\_\_\_ Hemoglobina de

10.5mg

Electrolitos Séricos:

Cl \_\_\_\_\_

Na \_\_\_\_\_

K \_\_\_\_\_

P \_\_\_\_\_

Mg \_\_\_\_\_

Ca \_\_\_\_\_

Fármacos específicos: \_\_\_\_\_

Enzimas séricas:

Transaminasas:

DLH:

Glucemia capilar:

Guayaco:

Otros: \_\_\_\_\_

### **3. Necesidad de Eliminación:**

#### **Subjetivo:**

Hábitos intestinales: c/3días Características de las heces Duras  
Orina: características microscópicas normales  
Antecedentes de afecciones renales, hemorrágicas u otras: Ninguna  
Uso de laxantes o sustancias que favorecen la orina: No  
Presencia de hemorroides: No Dolor al evacuar: Si  
Prurito: No Sangrado: No Dolor al orinar: Si  
Otros: \_\_\_\_\_

#### **Objetivo:**

Auscultación del abdomen: Ruidos intestinales, normales  
Características del abdomen: Distendido Estomas: No  
Ruidos intestinales: Si  
Palpación de vejiga urinaria: Si Volumen Urinario: 1000 c/24  
Características de orina: normales - amarillo concentrado  
Características de la evacuaciones: de consistencia dura Presencia de edema: No Características de drenaje: \_\_\_\_\_

### **4. Necesidad de Termorregulación:**

#### **Subjetivo:**

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Si  
Temperatura ambiental que le es agradable: Calor

#### **Objetivo:**

Temperatura corporal: 37C° Características de la piel: fría: X caliente: X húmeda: \_\_\_\_\_ transpiración: Si  
Condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

### **5. Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura:**

#### **Subjetivo:**

Capacidad física cotidiana: Desempeña sus actividades en forma dependiente Funcionamiento neuro-muscular y esquelético: 10 años  
c/dolor en rodillas Ejercicio, tipo y frecuencia: No realiza ejercicio Uso de prótesis y ortesis: (prótesis de rodilla) muletas

**Objetivo:**

Nivel de conciencia: conciente  
Estado del sistema Neuro muscular y esquelético (estado del sistema nervioso) Fuerza: 2 Tono: 2  
Motricidad:     Sensibilidad: Si Postura: Vicios postura  
ayuda para la deambulación: andadera – muletas  
Presencia de temblores: No Cómo influyen las emociones en la movilidad y postura: Cuando lo motivan intenta hacer mejor sus ejercicios  
Patrón de rehabilitación específico de acuerdo al caso: recuperación de la movilidad. Fármacos específicos:   

**6. Necesidad de Descanso y Sueño**

**Subjetivo:**

Horario de descanso: nocturno Horario de sueño: de 6 a 8hrs Siesta: 1/2 hr después de comer Alternación del sueño: insomnio ¿a que hora considera que deba la alteración del sueño? Al proceso quirúrgico y a la ingesta de analgésicos no puede cambiar de posición ¿Se siente cansado al levantarse? Si

**Objetivo:**

Actitud: Ansioso X Angustiado X Irritable     
Ojeras: Si Atención:     
Bostezos: Si Concentración:    Apatía:     
   Cefalea:    Respuesta a estímulos:     
Si Otros: Fármacos específicos: Captopril, Ketorolaco Clonisinato de lisina, Naproxeno

**7. Necesidad Del Uso De Prendas De Vestir Adecuadas:**

**Subjetivo:**

¿Elige su vestuario de forma personal? Si  
¿Necesita ayuda para vestirse? No parcialmente ¿sus prendas de vestir incluyen accesorios completos? No ¿Utiliza pañal? No

**Objetivo:**

¿Acepta el uso de bata hospitalaria? Si  
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Si Otros:

## **8. Necesidades De Higiene Y Protección De La Piel:**

### **Subjetivo:**

Frecuencia de baño y aseo de cavidades: diario - baño c/3días  
¿Cuántas veces se lava los dientes al día? 1 de día 1 por la noche  
Aseo de las manos antes y después de comer: Si  
Aseo de las manos después de evacuar: Si ¿Tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos? No

### **Objetivo:**

Aspecto general con relación a su higiene: Buena olor corporal: grato  
Presencia de halitosis: No Higiene y características de las uñas: Uñas sucias Estado del pelo y cuero cabelludo: Limpio  
Lesiones dérmicas: No Úlceras por decúbito (presión): No  
Intervención quirúrgica: Si Micosis: Uñas de los pies Puntas de presión en salientes óseas: Zona de injerto: \_\_\_\_\_ Lesión por quemaduras (espesor): \_\_\_\_\_ %S.C.Q. \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
Anotar en el diagrama el sitio de ubicación de la lesión dérmica: \_\_\_\_\_

### **Claves:**

- \* Herida quirúrgica (tipo incisión)
- # Úlcera por decúbito
- O Bolsa de drenaje
- = Quemadura
- + Micosis
- Injerto

## **9. Necesidad De Evitar Peligros:**

### **Subjetivo:**

¿Vive solo o con su familia? con su esposa  
¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Si En caso de ser afirmativo, mencione cuales:  
Hogar escaleras Trabajo animales Vía publica: calles y carros  
Hospital: pisos  
¿Realiza controles periódicos de salud cada año? No  
¿Cómo analiza las situaciones de tensión en la vida diaria? Auto concepto, auto imagen, auto estima: Si muy molesto con su problema de salud  
Mencione las causas que considera que le puedan causar peligro: Dificultad para; Escuchar: \_\_\_\_\_ hablar: \_\_\_\_\_  
Ver: \_\_\_\_\_ Desplazarse: las muletas Uso de aparatos ortopédicos: Andadera y muletas  
Otros \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Hábitos específicos de vivir (grupo social, religioso) asiste a la iglesia católica ¿Permite la exploración física? Si  
¿Tiene algún objeto indicativo, de valores o creencias? cadena con un crucifijo ¿Demanda la atención de algún guía espiritual? no  
Otros: \_\_\_\_\_

**12. Necesidad De Trabajar Y Realizarse:**

**Subjetivo:**

Fuente de ingreso (jubilado, pensionado, otro) Hijos, cría borregos  
¿Su ingreso le permite cubrir sus necesidades Básicas? si  
¿Qué actividades le hace sentir útil y satisfecho? Cuidar sus animales  
¿Cómo influye en su estado emocional, la incapacidad que presenta para trabajar? Refiere sentirse inútil y eso lo pone triste.

**Objetivo:**

Estado emocional del paciente:

Calmado x Ansioso: \_\_\_\_\_ Enfadado: X  
Retraído: \_\_\_\_\_ Temeroso: X Irritable: \_\_\_\_\_  
Inquieto: \_\_\_\_\_ Eufórico: \_\_\_\_\_ Otras manifestaciones: Tristeza por no poder caminar bien

**13. Necesidad De Jugar Y Participar En Actividades Recreativas:**

**Subjetivo:**

Actividades recreativas que realiza es su tiempo libre: ninguna  
¿Cómo influyen los estados de estrés ante el juego y la recreación? \_\_\_\_\_  
¿Participa en alguna actividad lúdica o recreativa? No

**Objetivo:**

¿Presenta alguna afección en el sistema neuro-muscular que le limite realizar actividades lúdicas o recreativas? Si  
¿Rechaza las actividades recreativas? No esta acostumbrado \_\_\_\_\_ ¿Se observan cambios en el estado de ánimo al realizar actividades lúdicas o recreativas No realiza Otros: \_\_\_\_\_

## Objetivo

Afecciones corporales detectadas y grado de afección: \_\_\_\_\_  
Métodos invasivo: \_\_\_\_\_ condiciones del ambiente de la  
unidad del paciente: \_\_\_\_\_ Iluminación: Buena Ventilación:  
Aceptable Humedad en el piso: No  
Higiene: \_\_\_\_\_ Si Otros: \_\_\_\_\_ Fármacos específicos: \_\_\_\_\_

## 10. Necesidad De Comunicarse:

### Subjetivo:

Estado civil: Casado Años de relación: 40 años Vive con: Su esposa  
Causas de preocupación/estrés: Sus hijos ¿Manifiesta estas preocupaciones? Si ¿A quien? Su esposa  
Rol en la estructura familiar: Dependiente económico de sus hijos  
¿Comunica sus problemas debido a su afección o estado? Si  
¿Cuánto tiempo pasa solo? poco ¿con que frecuencia? Ocasionalmente tiene visitas

### Objetivo:

Habla: Claro: si Confuso: No Dificultad en la visión: No  
Dificultad en la audición No Comunicación verbal/no verbal: Si  
Con la familia: con su esposa Otras personas significativas: sus hijos  
Otros: sobrinos

## 11. Necesidad De Vivir Según Creencias y valores:

### Subjetivos:

Creencias religiosas: católicas  
¿Sus creencias les generan conflictos personales? No ¿De que tipo \_\_\_\_\_  
Principales valores personales: Vivir honestamente  
¿Es congruente su forma de pensar, con su forma de vivir? Si  
¿Qué creencias tiene acerca de la vida y de la muerte? Hacer buenas obras con sus semejantes para poder ir al cielo

